

Número 18
ISSN 2182-9381



Psiquiatria, Psicologia & Justiça

Indexada na Latindex

Julho de 2020



SUMÁRIO

Um estudo exploratório sobre risco de consumo de álcool e sintomatologia psicopatológica em polícias

Fernanda de Almeida/ Joana Dias/ Jorge Negreiros/ Andreia Alves dos Santos/ Ana Cristina Vieira..... 1

An exploratory study on risk of alcohol consumption and psychopathological symptomatology in police officers

Fernanda de Almeida/ Joana Dias/ Jorge Negreiros/ Andreia Alves dos Santos/ Ana Cristina Vieira.....32

Voluntary homicides and premeditation: A comprehensive review

Carlos Castro/ Diana Moreira/ Fernando Almeida62

A perspetiva dos jovens em contexto de acolhimento residencial sobre o processo de autonomização

Maria Martins Lopes/ Helena Grangeia/ Anita Santos77

The perspective of young people in residential care regarding their autonomization process

Maria Martins Lopes/ Helena Grangeia/ Anita Santos 116



A relação do suporte social percebido com o bem-estar subjetivo e com a qualidade de vida dos reclusos

Carmen Rodrigues/ Anita Santos155

The relationship of perceived social support with subjective well-being and quality of life among inmates

Carmen Rodrigues/ Anita Santos210



Corpo Editorial

Editores-Chefe

Prof. Doutor Fernando Almeida

Prof. Doutora Anita Santos

Comissão Científica

Prof. Doutor Adriano Vaz Serra

Prof. Doutor Agostinho Santos

Prof. Doutora Ana Sani

Prof. Doutora Ana Sofia Neves

Prof. Doutora Anita Santos

Prof. Doutor António Pacheco Palha

Prof. Doutora Carla Antunes

Prof. Doutora Célia Ferreira

Prof. Doutora Cristina Soeiro

Doutoranda Diana Moreira

Prof. Doutor Duarte Nuno Vieira

Prof. Doutora Emília Marques

Prof. Doutor Eurico Figueiredo

Prof. Doutor Fernando Almeida

Prof. Doutor Fernando Barbosa

Prof. Doutor Francisco Machado

Prof. Doutor Gualberto Buela-Casal

Prof. Doutora Helena Grangeia

Dr. Hernâni Vieira



Prof. Doutor Ivandro Soares Monteiro

Prof. Doutor João Marques-Teixeira

Prof. Doutor João Salgado

Prof. Doutor Jorge Costa Santos

Prof. Doutor Jorge Trindade

Prof. Doutor José Pinto da Costa

Prof. Doutora Laura Nunes

Prof. Doutora Liliana Meira

Prof. Doutor Luís Fernandes

Prof. Doutor Luís Gamito

Prof. Doutora Maria José Carneiro de Sousa

Prof. Doutora Maria Luísa Figueira

Prof. Doutor Mário Simões

Prof. Doutora Marisalva Fávero

Prof. Doutora Marlene Matos

Prof. Doutora Marta Pinto

Prof. Doutora Olga Cruz

Prof. Doutora Paula Gomide

Prof. Doutor Pio Abreu

Prof. Doutora Rita Conde Dias

Prof. Doutora Sónia Caridade

Prof. Doutora Teresa Magalhães

Um estudo exploratório sobre risco de consumo de álcool e sintomatologia psicopatológica
em polícias

Fernanda de Almeida¹, Joana Dias¹, Jorge Negreiros², Andreia Alves dos Santos¹, e Ana
Cristina Vieira¹

¹Polícia de Segurança Pública

²Universidade do Porto

Nota de autor

Fernanda de Almeida, Divisão de Psicologia da Polícia de Segurança Pública, mfpalmeida@psp.pt; Joana Dias, Divisão de Psicologia da Polícia de Segurança Pública, jssdias@psp.pt; Jorge Negreiros, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto (FPCEUP), jorgeneg@fpce.up.pt; Andreia Alves dos Santos, Divisão de Psicologia da Polícia de Segurança Pública, avasantos@psp.pt; Ana Cristina Vieira, Divisão de Psicologia da Polícia de Segurança Pública, accvieira@psp.pt.

Autor correspondente: Joana Dias – Divisão de Psicologia da Polícia de Segurança Pública, Quinta das Águas Livres, 2605-197 Belas, Portugal. Fax: 219809814; Tel: 21802020; E-mail: jssdias@psp.pt.

Resumo

O consumo de álcool tem sido identificado como uma realidade preocupante nos profissionais de polícia, aparecendo associado a variadas consequências adversas como, por exemplo, o aumento dos níveis de ansiedade, depressão, somatização, com repercussões a nível laboral. Paralelamente, os elementos policiais encontram-se entre os profissionais sujeitos a maiores níveis de stresse, destacando-se os seguintes fatores: o trabalho por turnos, a incompreensão da população, a falta de participação nas decisões devido à estrutura hierarquizada, o afastamento da família e amigos e o envolvimento em processos judiciais complexos. Este estudo teve como objetivo explorar a relação entre níveis de risco de consumo de álcool nos profissionais da Polícia de Segurança Pública (PSP) e variáveis laborais psicossociais, expectativas e motivos para o consumo de álcool, bem como a coexistência de sintomatologia psicopatológica. Numa amostra de 309 polícias, foi identificado um risco baixo de consumo nocivo de álcool, com 75,7% da amostra a apresentar um risco baixo e 5,8% a apresentar um risco médio/alto. Estes últimos apresentaram maior incidência de sintomatologia psicopatológica, maiores motivos para consumir álcool e expectativas mais elevadas em relação ao consumo desta substância.

Palavras-chave: polícias, níveis de risco de consumo de álcool, sintomatologia psicopatológica

Um estudo exploratório sobre risco de consumo de álcool e sintomatologia psicopatológica
em polícias

O uso abusivo do álcool é preocupante na população em geral, em virtude do impacto que produz a nível da saúde e dos problemas sociais. A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2018) refere que mais de 3 milhões de pessoas morreram como resultado do uso nocivo do álcool em 2016. Ainda, de acordo com aquele relatório, o uso nocivo do álcool causa mais de 5% do total das doenças. Nos últimos anos, tem-se dado especial atenção ao impacto do consumo de álcool no local de trabalho, devido aos seus efeitos na produtividade, no aumento do absentismo e dos acidentes (WHO, 2010).

Apesar da profissão policial ser considerada por diversos autores como uma das mais stressantes do mundo (Dantzer, 1987; Kroes, 1976; Dewe, O'Driscoll & Cooper, 2010; *Bureau of Labor Statistics*, 2016), os estudos em Portugal são ainda escassos. No caso das forças policiais, há evidência sobre a relação entre o trabalho e os sintomas de stresse (Malasch-Pines & Keinan, 2006; Moon & Maxwell, 2004; Teixeira, 2012). Vários estudos identificam a população policial como uma das profissões que apresenta níveis mais elevados de consumo de álcool (Davey, Obst & Sheehan, 2000; Violanti, Slaven, Charles, Burchfiel, Andrew & Homish, 2011), contudo, a sua relação com a depressão, a ansiedade e o stresse tem sido um tema muito pouco abordado, quer internacionalmente, quer em Portugal (Chopko, Palmieri & Adams, 2013; Ferreira, 2013; Violanti, Marshall & Howe, 1985).

Um estudo realizado na Austrália por Richmond, Wodak, Kehoe e Heather (1998) refere que 48% dos polícias do sexo masculino e 40% dos polícias do sexo feminino afirmaram que tinham consumido excessivamente ou apresentado um consumo elevado/nocivo de álcool nos últimos 3 anos. Num outro estudo, também realizado na Austrália, verificou-se que 33% dos homens e 24% das mulheres polícias reconheceram

ter-se envolvido num consumo de álcool de risco elevado/nocivo e 3% obtiveram valores que os colocavam num nível de dependência de álcool (Davey et. al., 2000). Ballenger e colaboradores (2010), numa população de polícias da Califórnia, verificaram que 18.1% dos homens e 15.9% das mulheres reconheceram ter experienciado consequências adversas do consumo de álcool, e 7.8% da amostra cumpria critérios para o abuso ou dependência de álcool ao longo da vida. Num outro estudo (Gershon, 2002) com uma amostra de polícias mais experientes, verificou-se que o stresse percebido no trabalho estava significativamente associado ao abuso de álcool, ao aumento da ansiedade, depressão, somatização, sintomas de stresse pós-traumático, *burnout*, dor lombar crónica, e comportamento agressivo inadequado.

As expectativas e as exigências que são feitas aos polícias pela população, bem como fatores organizacionais, como os turnos, pressão de tempo e recursos inadequados, parecem também contribuir para os níveis elevados de stresse encontrados (Collins e Gibbs, 2003; Teixeira, 2012). Em consonância, Liberman (2002, cit. in Wang, Inslicht & Metzler, 2008), reforça que estudos anteriores mostraram que o stresse ocupacional rotineiro ou condições stressantes de trabalho têm efeitos adversos na saúde mental.

Em função do exposto, os polícias podem sofrer sequelas psicológicas, que incluem um risco aumentado de sintomas relacionados com trauma, depressão, perturbações por uso de álcool e condições médicas relacionadas com o stresse (Wang, Inslichtb, Metzlerb, Henn-Haaseb, McCaslinb, Tongb, Neylanb & Marmarb, 2010; Price, 2017).

Recentemente, a relação entre o stresse e o consumo de álcool nas forças policiais tem recebido alguma atenção na literatura científica. Diferentes variáveis têm sido investigadas, quer em conjunto, quer separadamente. Violanti e col. (1985) identificam o consumo de álcool, quer como uma das consequências mais sérias do stresse profissional que os elementos policiais enfrentam, quer como forma de lidar com o próprio stresse. Em

consonância, Gonçalves (2012) salienta a dependência de álcool como uma das consequências do stresse.

De acordo com Dantas, Brito, Rodrigues e Maciente (2010), as expectativas dos polícias relativamente à carreira são, geralmente, elevadas no início, mas, com o passar dos anos, cedem lugar à percepção das limitações e dos obstáculos, resultando daí efeitos negativos, como um aumento do stresse e um maior consumo de álcool. Num estudo sobre stresse nos polícias, Agolla (2009) analisou os sintomas e estratégias de *coping* em dez (10) esquadras de Polícia de Botswana, tendo identificado sintomas como agitação, dificuldades de concentração, pensamento ruminativo, depressão, ansiedade, perda de apetite, afastamento relacional, falta de energia, associados a fatores como abuso de álcool e tabaco. Em conformidade, Violanti e col. (1985), numa investigação realizada com o objetivo de encontrar a relação entre o stresse policial, estratégias de *coping* e uso de álcool, constataram que o stresse potencia o consumo de álcool cerca de vinte (20) vezes mais que outras variáveis estudadas (dissonância emocional e “cinismo”). Segundo os autores, o insucesso de algumas estratégias de *coping* poderá influenciar o uso de álcool. Gershon, Lin & Li (2002), num estudo realizado com polícias brasileiros com idade superior a 50 anos, associaram o stresse no trabalho ao abuso de consumo de álcool (60%) e a sintomas de stresse pós-traumático, *burnout* e lombalgia crónica.

Outros estudos enfatizam o impacto do *burnout* no bem-estar pessoal e ocupacional da vida dos polícias, associando-se altos valores de *burnout* a várias perturbações psicopatológicas e comportamentos de risco associados ao consumo de álcool (Gana & Boblique, 2000; Demerouti, Bakker, Nachreiner & Ebbinghaus, 2002; Burke & Mikkelsen, 2006). Blau (1994, cit. in Oliveira & Queirós, 2012) argumenta que os agentes das forças policiais nos Estados Unidos manifestam mais sintomas somáticos, maior ansiedade e maior vulnerabilidade para o consumo de álcool. No que se refere à existência de

problemas emocionais nos agentes das forças policiais, Anshel (2000) salienta existir um número maior de divórcios e uma taxa elevada de abuso de substâncias psicoativas. Por outro lado, Chopko, Palmieri e Adams (2013) concluíram existir uma associação significativa entre o uso de álcool e o sofrimento traumático. Em virtude dos polícias terem uma maior probabilidade de se encontrarem expostos a situações traumáticas, também Chopko e Schwartz (2012) levantam a questão de se saber se o consumo de álcool se altera de acordo com a variedade e frequência do trauma. Ainda segundo os autores, as várias formas de stresse inerentes ao trabalho policial contribuem para o abuso de álcool entre os polícias.

A associação entre consumo abusivo de álcool e depressão é frequentemente referenciada pela literatura. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2010), a perturbação depressiva *major* encontra-se entre as perturbações mais debilitantes, e estima-se que venha a tornar-se a segunda causa de doença incapacitante. Chen, Chou, Chen, Su, Wang, Feng, Chen, Lai, Chao, Yang, Tsai, Tsai, Lin, Lee & Wu (2006) referem que as taxas de perturbação depressiva *major* e os níveis de sintomas de depressão são maiores na polícia do que na população geral. Como fatores preditivos para a depressão foram encontrados problemas familiares, stresse no trabalho (relacionados com a realização), pressão dos colegas sobre o desempenho e a elevada carga laboral, sendo que os elementos policiais com depressão têm pior qualidade de vida.

O presente estudo visa identificar prevalências de consumo de álcool na Polícia de Segurança Pública (PSP) portuguesa, examinar a relação entre risco de consumo de álcool e riscos psicossociais no trabalho, expectativas e motivos para o consumo de álcool, bem como analisar a relação entre risco de consumo de álcool e sintomatologia psicopatológica (depressão, ansiedade e stresse).

Método

Participantes

Foram inquiridos 309 agentes da PSP, colocados em diversos Comandos de Polícia, a nível nacional. Na amostra, predominou maioritariamente o sexo masculino (82.8%), e as idades variaram entre 23 e 59 anos, com uma média de 44.12 e desvio padrão de 8.37.

Relativamente às restantes características sociodemográficas, na escolaridade, predominou a categoria “até ao 12º ano” (61.7%), seguida da categoria “até ao 9º ano” (16.9%), apresentando a frequência universitária o valor mais baixo (5.2%). Em relação ao estado civil, verificou-se a predominância de indivíduos casados (75.3%), enquanto que, para a existência de filhos, predominaram os inquiridos com descendentes (80.5%).

Relativamente à distribuição por categoria profissional, verificou-se que a maioria dos inquiridos pertencia à categoria de Agente Principal (47.4%), por oposição à minoria de Oficiais (8.1%). Os anos na atual função variaram entre menos de um ano e 36 anos, com média de 15.6 anos, predominando, no ano de admissão na PSP, 1998 e 1999. Uma percentagem baixa da amostra (14%) indicou exercer funções a mais de 50 km da residência do agregado familiar, ou seja, encontrar-se deslocado da sua residência familiar. No que diz respeito à especificidade do trabalho policial, a maioria da amostra (80.8%) referiu exercer funções operacionais, e 68.5% dos inquiridos indicou trabalhar por turnos.

Medidas

Foi aplicado um questionário de autopreenchimento, anónimo e confidencial, com 6 grupos de questões, que incluiu instrumentos de avaliação psicológica adaptados para português e usados no estudo das variáveis em causa, nomeadamente o *Copenhagen Psychosocial Questionnaire* (COPS-OQ, de Kristensen, 2002; Kristensen, Hannerz, Hogh & Borg (2005), adaptado por Fernandes et al., 2011); pela *Depression Anxiety and Stress Scale* (DASS, Lovibond & Lovibond, 1995); pela *Alcohol Outcome Expectancies Scale*

(AOES, Leigh & Stacey, 1993); pelo *Drinking Motives Questionnaire* (DMQ, de Cooper, 1994; Fernandes-Jesus, Beccaria, Demant, Fleig, Menezes, Scholz & Cooke, 2016); e pelo *Alcohol Use Disorders Identification Test: Self-Report Version* (Babor, Higgins-Biddle, Saunders & Monteiro, 2001). Adicionalmente, este questionário contemplou questões sociodemográficas e profissionais, em concreto idade, sexo, existência de filhos, estado civil, ano de ingresso na PSP, anos na atual função, grau de escolaridade, categoria profissional, distância ente o local de exercício de funções e residência do agregado familiar, exercício de funções operacionais, trabalho por turnos e absentismo no último ano.

No caso concreto do *Copenhagen Psychosocial Questionnaire*, não foram utilizadas todas as subescalas ou dimensões do instrumento, mas dentro destas foram considerados todos os itens de forma a não interferir com a qualidade psicométrica das dimensões (Negreiros, Queirós, & Pereira, 2017).

O *Copenhagen Psychosocial Questionnaire* visa avaliar os riscos psicossociais no trabalho e na versão reduzida é composto por 41 itens cotados numa escala de 1 (Nunca) a 5 (Sempre), organizados nas dimensões exigências laborais (e.g., ritmo de trabalho, exigências quantitativas, cognitivas ou emocionais), organização do trabalho e conteúdo (e.g., possibilidade de desenvolvimento e influência que pode ter no trabalho, significado que este tem, e compromisso com o trabalho), relações sociais e de liderança (e.g., apoio de superiores e qualidade de liderança, recompensas e reconhecimento, previsibilidade e transparência do papel profissional desempenhado), interface trabalho-família (e.g., satisfação ou insegurança laboral e conflito entre o trabalho e a família), valores no local de trabalho (e.g., comunidade social no trabalho, justiça, respeito, confiança vertical), personalidade (através da percepção de autoeficácia), saúde e bem-estar (e.g., sintomas

depressivos, dificuldade em dormir) e, finalmente, comportamentos ofensivos (e.g., assédio, ameaças, exposição a violência no local de trabalho).

Os sintomas de depressão, ansiedade e stresse psicológico foram avaliados pela *Depression, Anxiety and Stress Scale* constituída por 42 itens cotados numa escala de 0 (não se aplicou nada a mim) a 3 (aplica-se a mim a maior parte das vezes).

As expectativas em relação ao consumo de álcool foram avaliadas através da *Alcohol Outcome Experiences Scale* composta por 34 itens cotados numa escala de 1 (nada provável) a 6 (extremamente provável) e organizados nos factores facilitação social, divertimento, desejo sexual e redução da tensão (tradutores de expectativas positivas) e ainda agressividade, emoções negativas, sintomas físicos e dificuldades de concentração e desempenho (que reflectem expectativas negativas).

Os motivos para consumir álcool foram avaliados através do *Drinking Motives Questionnaire* constituído por 18 itens cotados numa escala que varia de 1 (quase nunca ou nunca) até 5 (quase sempre ou sempre) e organizados nos factores emoções positivas (ou melhoria dos estados emocionais), *coping*, conformidade e interação social.

A prevalência do consumo de álcool e nível de risco foi avaliado através do *Alcohol Use Disorders Identification Test: Self-Report Version* composto por 10 questões que avaliam a frequência do consumo de álcool, os comportamentos alcoólicos e os problemas provocados pelo consumo. O risco de consumo é calculado em valor numérico e em categoria (risco baixo, moderado ou elevado).

Pela utilização de uma amostra de profissionais tão específicos (elementos policiais) foi efetuado o cálculo do *Alpha de Cronbach* como medida de consistência interna de cada escala e subescala.

Tabela 1

Alpha de Cronbach por escala e dimensão dos questionários utilizados

Dimensões	<i>Alpha de Cronbach</i>
Exigências Laborais	0.662
Organização Trabalho Conteúdo	0.544
Relações Sociais Liderança	0.717
Interface Trabalho-Família	0.795
Valores Local Trabalho	0.720
Personalidade Autoeficácia	-----
Saúde e Bem Estar	0.907
Comportamentos Ofensivos	0.814
COPS-OQ	0.626
Depressão	0.919
Disforia	0.850
Perda de Esperança	0.873
Desvalorização da Vida	0.868
Auto-desvalorização	0.666
Perda de Interesse	0.756
Anedonia	0.663
Inércia	0.574
Ansiedade	0.893
Activação Autónoma	0.809
Efeitos Musculares	0.736
Ansiedade Situacional	0.765
Experiência Subjectiva de Ansiedade	0.769
Stresse	0.941

Dificuldade em Relaxar	0.809
Activação Nervosa	0.808
Ficar facilmente preocupado/irritado e impaciente	0.914
DASS	0.965
<hr/>	
Facilitação Social	0.909
Divertimento	0.916
Desejo Sexual	0.927
Redução Tensão	0.896
Agressividade	0.819
Emoções Negativas	0.792
Sintomas Físicos	0.882
Dificuldade Concentração e Desempenho	0.890
AOES	0.969
<hr/>	
<i>Coping</i>	0.861
Interação Social	0.873
Melhoria dos Estados Emocionais	0.924
Conformidade	0.704
DMQ	0.938
<hr/>	
Uso	0.558
Dependência	0.676
Problemas resultantes do uso	0.773
AUDIT	0.765
<hr/>	

Procedimento

O presente estudo foi autorizado pelo Diretor Nacional da Polícia de Segurança Pública em 03 de julho de 2015, de acordo com o pedido solicitado pela Divisão de Psicologia da PSP através da Comunicação de Serviço n. 447/DP/2015.

Foi utilizado um questionário impresso, cujo preenchimento demorou cerca de 30 minutos, em formato anónimo e confidencial. Foi também utilizado um documento relativo ao consentimento informado, em duplicado, de forma a salvaguardar a liberdade do indivíduo em participar na investigação. Os questionários foram recolhidos em grupo, em dois momentos - reavaliação psicológica e ações de formação sobre a temática do Suicídio realizadas pela Divisão de Psicologia da PSP -, ambos determinados por despacho ministerial de 2007, enquadrados no Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (Ministério da Saúde, 2008), entre setembro de 2017 e março de 2018.

Os resultados foram analisados no programa *IBM SPSS Statistics* versão 23 e a análise estatística efetuada baseou-se nos pressupostos recomendados por vários autores (Pestana & Gageiro, 2008; Field, 2009) para este tipo de amostra, variáveis e objetivos do estudo, correspondendo a uma análise descritiva (frequências, média e desvio-padrão), análise correlacional e análise de variância.

Resultados

Análise descritiva e correlacional

No que se refere à análise descritiva, foram encontrados baixos valores de depressão, e ansiedade, apresentando a depressão uma média de 1.23 (numa escala de 1 a 4) e a ansiedade uma média de 1.22 (numa escala de 1 a 4). O stresse apresentou um valor um pouco mais elevado, com uma média de 1.46 (numa escala de 1 a 4).

Relativamente aos fatores psicossociais no trabalho, as dimensões que apresentaram médias mais elevadas, sendo percecionadas como mais positivas, incluem a

“personalidade” (relacionada com a percepção de autoeficácia), a “organização do trabalho e conteúdo” (e.g., possibilidade de desenvolvimento e influência que pode ter no trabalho, significado que este tem, compromisso com o trabalho), “valores no local de trabalho” (e.g., comunidade social no trabalho, justiça, respeito, confiança vertical) e “relações sociais e de liderança” (e.g., apoios de superiores e qualidade de liderança, recompensas e reconhecimento, previsibilidade e transparência do papel profissional desempenhado).

As expectativas em relação ao consumo de álcool têm sido definidas como crenças, - quer positivas, quer negativas - no que concerne aos efeitos do álcool no comportamento, humor e emoções. Os resultados relativos a esta variável indicam-nos que os valores mais elevados foram registados nas expectativas “divertimento” com uma média 2.98 (numa escala de 1 a 6), “dificuldades de concentração e desempenho” com uma média de 2.77 (numa escala de 1 a 6), “facilitação social” com uma média de 2.63 (numa escala de 1 a 6) e “redução da tensão” com uma média de 2.51 (numa escala de 1 a 6). Nesta amostra, foram sobretudo valorizadas as expectativas positivas do consumo, ainda que de forma moderada (médias próximas de 3 numa escala de 1 a 6).

Quanto aos motivos para consumir, os valores mais elevados foram obtidos nas componentes “interação social” (com uma média de 1.7, numa escala de 1 a 5) e por “melhoria dos estados emocionais “ (com uma média de 1.56, numa escala de 1 a 5).

No que diz respeito às prevalências de consumo de álcool, 24.6% dos inquiridos indicou beber uma bebida alcoólica 2 a 4 vezes ao mês, 23.3% indicou beber uma ou menos vezes ao mês, 15.2% indicou beber 2 a 3 vezes numa semana, 14.6% indicou beber 4 ou mais vezes numa semana e 12% indicou nunca beber. Na análise geral dos resultados, ao nível de padrões de consumo regular de álcool, verifica-se uma baixa percentagem de sujeitos com consumos regulares. Concretamente, uma vasta maioria dos inquiridos (74.1%) indicou beber nenhum, um ou dois copos de uma bebida alcoólica por dia, e

46.3% dos inquiridos indicou nunca beber 6 ou mais copos de uma bebida alcoólica numa única ocasião, por oposição a apenas 1% da amostra que referiu fazê-lo todos os dias ou quase.

Relativamente ao risco de consumo nocivo de álcool para o total da amostra, verificou-se uma média significativamente baixa (3.47, numa escala que tem como valor máximo 36 pontos). Com efeito, a análise do risco de consumo excessivo, tendo em consideração a categorização do questionário AUDIT (Babor et. al., 2001), permitiu verificar que 75.7% da amostra apresenta um risco baixo (risco inferior a 8), 5.2% apresenta um risco médio (risco entre 8 e 15), sendo praticamente inexistentes as situações que configuram um risco elevado - apenas .6% da amostra apresentou um risco superior a 16.

Para efeitos de análise estatística, os três níveis de risco identificados através da aplicação do questionário AUDIT foram reagrupados em apenas dois níveis – nível baixo e nível médio/alto, referindo-se os valores apresentados nas tabelas a esse reagrupamento. A análise correlacional permitiu verificar que existem correlações (Tabela 2) positivas, estatisticamente significativas, da categoria profissional com a dimensão valores no local de trabalho do CPQ, bem como em relação às expectativas acerca dos efeitos do álcool “facilitação social” e “desejo sexual” (ambas positivas) e “sintomas físicos” (negativa). Existe também uma correlação negativa, estatisticamente significativa, da categoria profissional com a dimensão exigências laborais do CPQ. O estado civil apresenta apenas uma correlação positiva com os valores no local de trabalho.

Tabela 2

Média, desvio padrão e correlação entre variáveis

Dimensões	<i>M</i>	<i>DP</i>	Estado	Sexo	Categoria	Faixa
-----------	----------	-----------	--------	------	-----------	-------

			civil			etária ¹
Depressão	1.23	.346	.008	-.018	.004	.050
Ansiedade	1.22	.299	-.023	-.014	.033	.080
Stresse	1.46	.451	-.004	.041	-.023	.051
Exigências Laborais	3.22	.551	-.079	.057	-.156**	-.088
Organização Trabalho	3.78	.451	.039	-.041	-.043	.025
Conteúdo						
Relações Sociais	3.62	.672	.064	-.072	.079	.074
Liderança						
Interface Trabalho	3.38	.870	.090	-.038	.041	.095
Família						
Valores Local	3.62	.654	.115**	-.018	.117**	.090
Trabalho						
Personalidade	4.16	.716	.003	.063	.001	-.056
Autoeficácia						
Saúde Bem-Estar	2.29	.727	.005	.094	-.019	.091
Comportamentos	1.62	.666	-.064	.073	-.004	.008
Ofensivos						
Facilitação Social	2.63	1.154	.043	.056	.159**	.024
Divertimento	2.98	1.198	.012	.080	.112	-.075
Desejo Sexual	2.31	1.148	-.004	.023	.177**	.052
Redução da Tensão	2.51	1.294	.005	.067	.104	.036

¹A faixa etária reflete a divisão da amostra em três grupos, em função da idade: até 35 anos, de 36 a 45 anos, e mais de 45 anos de idade.

Agressividade	1.63	.875	-.101	-.048	.111	.049
Emoções Negativas	1.92	1.045	-.005	-.004	.118	.095
Sintomas Físicos	2.46	1.280	.017	.008	.132*	-.029
Dificuldades						
Concentração e	2.76	1.298	-.014	-.004	.075	-.086
Desempenho						
<i>Coping</i>	1.20	.485	-.084	-.012	.027	.064
Interação Social	1.70	.693	-.064	.066	.044	.007
Melhoria dos Estados	1.56	.741	-.115	.052	.019	.025
Emocionais						
Conformidade	1.15	.353	-.084	-.009	.027	.009
Níveis de Risco	1.07	.258	-.006	.025	-.007	.099

* $p < .050$ ** $p < .010$

Verificou-se, ainda, existirem (Tabela 3) correlações positivas estatisticamente significativas do nível de risco com todos os indicadores psicopatológicos, com a dimensão “saúde e bem-estar” do CPQ, com todas as expectativas em relação ao consumo de álcool, exceto na categoria “divertimento”, e com todos os motivos para consumir álcool.

Tabela 3

Correlação entre nível de risco e restantes dimensões

Dimensões	Nível de Risco
Depressão	.292**
Ansiedade	.305**
Stresse	.338**
Exigências Laborais	.064

Organização Trabalho Conteúdo	-.087
Relações Sociais Liderança	-.117
Interface Trabalho Família	-.055
Valores Local Trabalho	-.124
Personalidade Autoeficácia	-.107
Saúde Bem-estar	.221**
Comportamentos Ofensivos	.069
<hr/>	
Facilitação Social	.210**
Divertimento	.131
Desejo Sexual	.212**
Redução da Tensão	.210**
Agressividade	.286**
Emoções Negativas	.332**
Sintomas Físicos	.173*
Dificuldades de Concentração e Desempenho	.134*
<hr/>	
<i>Coping</i>	.364**
Interação Social	.283**
Melhoria dos Estados Emocionais	.275**
Conformidade	.280**

* $p < .050$ ** $p < .010$

Análise comparativa

Para a análise comparativa em função do nível de risco (Tabela 4), e devido à ausência de normalidade das variáveis estudadas e à grande diferença de dimensão dos

dois grupos comparados, foram utilizados o teste não paramétrico de *Mann-Whitney* e o teste paramétrico *t de Student*, tendo-se encontrado diferenças estatísticas nas mesmas variáveis. Para melhor ilustrar a comparação entre grupos, optou-se pela utilização das médias (procedimento que os testes paramétricos permitem).

Ao nível da sintomatologia psicopatológica, verifica-se que os valores da depressão (1.21 *versus* 1.62), ansiedade (1.20 *versus* 1.56) e stresse (1.44 *versus* 2.03) são mais elevados nos indivíduos que integram o grupo risco médio/alto do que nos que constituem o grupo risco baixo.

Relativamente aos riscos psicossociais no trabalho, verifica-se que a dimensão “saúde e bem-estar” (que avalia a saúde geral, o stresse, o *burnout*, os problemas em dormir e sintomas depressivos) é mais elevada nos elementos do grupo risco médio/alto do que nos elementos do grupo risco baixo (2.26 *versus* 2.91), não existindo diferenças estatisticamente significativas entre os grupos nas restantes dimensões.

Já os resultados relativos às expectativas em relação ao consumo de álcool indicam que os indivíduos que integram o grupo risco médio/alto têm expectativas, quer positivas, quer negativas, mais elevadas, comparativamente com os elementos do grupo risco baixo, com exceção da expectativa divertimento que não apresenta diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos.

Os motivos para consumir álcool estudados apresentam valores mais elevados no grupo risco médio/alto do que no risco baixo.

Os resultados indicam ainda não existirem diferenças estatisticamente significativas nas variáveis sócio demográficas analisadas - género, faixa etária, estado civil e categoria profissional -, em função do nível de risco.

Tabela 4

Comparação de médias nas várias dimensões com o nível de risco

Dimensões		Risco	Risco	Teste <i>t</i> -	<i>Sig</i>	<i>Sig</i>
		Baixo	Médio/Alto	<i>student</i>		<i>Mann</i>
		(<i>N</i> =234)	(<i>N</i> =18)			<i>Whitney</i>
						<i>U Test</i>
Depressão (1-4)		1.21	1.62	-3.100	.006**	.000***
Ansiedade (1-4)		1.20	1.56	-3.342	.004**	.000***
Stresse (1-4)		1.44	2.03	-5.591	.000***	.000***
Exigências	Laborais	3.21	3.34	-.994	.321	.414
(1-5)						
Organização	Trabalho	3.77	3.61	1.360	.175	.306
Conteúdo (1-5)						
Relações	Sociais	3.64	3.35	1.837	.067	.140
Liderança (1-5)						
Interface	Trabalho	3.38	3.19	.865	.388	.258
Família (1-5)						
Valores	Local	3.65	3.35	1.962	.051	.065
Trabalho (1-5)						
Personalidade		4.17	3.89	1.226	.236	.248
Autoeficácia (1-5)						
Saúde Bem-estar (1-5)		2.26	2.91	-3.569	.000***	.000***
Comportamentos		1.58	1.75	-1.080	.281	.171
Ofensivos (1-5)						
Facilitação	Social (1-	2.59	3.47	-3.184	.002**	.001**

6)

Divertimento (1-6)	2.98	3.56	-1.952	.052	.051
Desejo Sexual (1-6)	2.24	3.15	-3.207	.002**	.003**
Redução Tensão (1-6)	2.46	3.46	-3.203	.002**	.003**
Agressividade (1-6)	1.55	2.46	-3.167	.005**	.001**
Emoções Negativas (1-6)	1.81	3.06	-5.207	.000***	.000***
Sintomas Físicos (1-6)	2.39	3.18	-2.593	.010*	.010*
Dificuldades de Concentração e Desempenho (1-6)	2.73	3.36	-1.990	.048*	.032*
<i>Coping</i> (1-5)	1.15	1.79	-2.655	.016*	.000***
Interação Social (1-5)	1.65	2.36	-4.289	.000***	.000***
Melhoria dos Estados Emocionais (1-5)	1.52	2.26	-3.224	.005**	.000***
Conformidade (1-5)	1.12	1.48	-2.559	.020*	.000***

* $p < .050$ ** $p < .010$ *** $p < .001$

Discussão/Conclusões

O consumo de álcool nos elementos policiais tem sido identificado como um problema importante, com consequências quer a nível da saúde mental dos indivíduos quer no plano organizacional, com efeitos na produtividade, absentismo e motivação laboral. Kirshman (2000) refere, que os profissionais de polícia têm riscos únicos e hábitos perigosos, como o controlo do processamento emocional, combinado com a pré-disposição mental para “resolver o problema e seguir em frente”, o que faz elevar os níveis de stresse e conseqüentemente os níveis de ansiedade por se libertarem dos problemas em vez de os

enfrentarem. A vigilância excessiva leva a que os profissionais de polícia procurem, muitas vezes, meios extremos para relaxar, como o consumo excessivo de álcool.

Devido à dificuldade de acesso a estes profissionais para a recolha de dados (Rosa, Passos, & Queirós, 2015), não existem estudos nacionais sobre esta temática com esta população, sendo que os mesmos assumem particular importância, uma vez que a estabilidade emocional e a supressão de emoções negativas no trabalho são fundamentais para o exercício da multiplicidade de funções que lhes são atribuídas, como fazer cumprir a lei, dar conforto ou prestar assistência social (Tung Au, Yi Wong, Mei Leung & Mee Chiu, 2018).

O presente estudo procurou identificar prevalências de consumo de álcool e a presença de sintomatologia psicopatológica numa amostra de polícias da Polícia de Segurança Pública, em Portugal.

No que diz respeito às prevalências de consumo, 74.1% da amostra reconheceu beber de 0 a 2 copos por dia, 46.3% indicou nunca beber mais de 6 copos por dia e 1% afirmou beber todos os dias ou quase. Para o total da amostra, o risco de consumo de álcool encontrado é baixo, com uma média de 3.47, numa escala que tem como valor máximo 36 pontos. Violanti e colaboradores (2011), num estudo com polícias americanos utilizando o AUDIT, encontraram uma média de 5.64 (risco baixo < 8) para o total da amostra, ou seja, no total da amostra, 77.5% dos polícias auto-relataram um risco baixo de consumo de álcool. Este resultado coincide com os dados obtidos por Lindsay (2008) num outro estudo, em que 73.7% dos polícias integraram o grupo risco baixo no AUDIT. Por seu lado, Davey, Obst e Sheehan (2000), numa amostra com polícias australianos, verificaram que 63,5% da amostra pontuou no intervalo de baixo risco de consumo de álcool, 33% pontuou num risco médio e apenas 3,5% pontuou no intervalo de risco de dependência do álcool.

Pese embora alguns autores (e.g., Pendergrass & Ostrove, 1986; Territo & Vetter, 1981) refiram que o consumo de álcool na população policial é superior ao da população em geral, verificamos neste estudo valores mais baixos de consumo de álcool (75.7% da amostra com um risco baixo, e 5.8% com um risco médio/alto) comparativamente com a população geral portuguesa (SICAD, 2017). No IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (SICAD, 2017), os resultados, avaliados através do AUDIT, mostraram que 42% da população residente em Portugal, entre os 15 e os 74 anos, não apresentava risco ou apresentava baixo risco de consumo de álcool, 15.5% patenteava um risco médio/elevado, e .8% evidência de sintomas de dependência.

Para Violanti e colaboradores (1985), o uso de álcool nas polícias encontra-se subestimado, já que o seu consumo pode ter consequências, tanto para a estrutura organizacional, como para o indivíduo. Kroes (1976) afirma que os elementos policiais não reconhecem a sua dependência de álcool. Segundo aqueles autores, a organização policial parece ambivalente relativamente aos problemas com o consumo de álcool, colocando, sobretudo, o ónus no indivíduo e não na estrutura organizacional.

Os resultados deste estudo reforçam também a associação entre risco de consumo de álcool e a presença de sintomatologia psicopatológica, sendo esta última mais elevada quanto maior o consumo de álcool.

Apesar de os resultados gerais relativos à prevalência de sintomatologia psicopatológica na amostra serem baixos, encontraram-se diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de baixo risco e o grupo de risco médio/alto, sendo a diferença maior relativa ao stresse (1.44 *versus* 2.03). Estes dados corroboram os resultados encontrados em estudos anteriores com esta população que afirmam que o stresse e o consumo de álcool estão associados (Blau, 1994, cit. in Oliveira & Queirós, 2012; Violanti et. al, 1985).

Os valores baixos encontrados a nível da depressão, ansiedade e stresse poderão estar relacionados com o facto de os elementos policiais terem consciência do impacto do seu trabalho diário na sua saúde física, mas uma menor perceção quanto ao impacto do mesmo na sua saúde mental (Tung Au, Yi Wong, Mei Leung & Mee Chiu, 2018). Tais resultados parecem sugerir existir uma desvalorização dos sintomas de foro emocional por parte da população estudada.

Quanto às variáveis sócio demográficas analisadas - género, faixa etária, estado civil e categoria profissional -, os resultados indicam não existirem diferenças estatisticamente significativas em função do nível de risco. No que diz respeito à variável género, o resultado deste estudo é concordante com o de outras investigações com a população policial (Ballenger et al., 2010; Davey et. al., 2000), nas quais também não foram encontradas diferenças.

Um estudo de Davey e colaboradores (2000) aponta para um maior nível de risco de consumo de álcool na faixa etária entre os 18 e os 25 anos. Neste estudo em particular, as idades variaram entre os 23 e os 59 anos, o que poderá justificar a ausência de diferenças.

Tendo em conta que os elementos policiais da Polícia de Segurança Pública exercem as suas funções num contexto muito específico, com diversos desafios organizacionais, que os tornam mais vulneráveis aos riscos físicos e psicológicos no trabalho, este estudo procurou também encontrar a relação entre risco de consumo de álcool e riscos psicossociais no trabalho. Apenas se verificaram diferenças estatisticamente significativas na dimensão “saúde e bem-estar” (que avalia a saúde geral, o stresse, o *burnout*, os problemas em dormir e sintomas depressivos), sendo esta mais elevada nos elementos do grupo risco médio/alto do que nos elementos do grupo risco baixo. Assim, podemos afirmar que, nesta amostra, não foram identificados fatores de risco na

organização que possam potenciar os consumos de álcool, mas apenas o reforço da sintomatologia psicopatológica como contribuindo para o consumo excessivo.

Quer as expectativas relativas ao consumo de álcool, quer os motivos para consumir, apresentaram valores mais elevados no grupo risco médio/alto, com exceção da expectativa “divertimento”, que não apresentou diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos.

Apesar dos resultados obtidos serem, de alguma forma, expectáveis – dada a sua especificidade -, a realização do presente estudo alarga horizontes na aquisição de conhecimentos, sobretudo numa população tão pouco estudada no que concerne à problemática do alcoolismo.

Por último, estudos sobre esta temática ficam necessariamente limitados pelo facto de o consumo de álcool pelos elementos policiais ter invariavelmente consequências disciplinares e profissionais, o que nos levanta a possibilidade das prevalências encontradas neste estudo não corresponderem à realidade do consumo de álcool na Instituição PSP.

O facto de terem sido psicólogos pertencentes à Divisão de Psicologia da PSP a conduzir o estudo também poderá ter contribuído para a defensividade dos participantes nas respostas dadas, por eventuais receios relacionados com a confidencialidade dos dados recolhidos, apesar dos mesmos terem sido devidamente clarificados. A cultura policial fomenta nos polícias uma auto-imagem de “armadura”, sendo a expressão de emoção percecionada como um sinal de fraqueza (Twersky-Glasner, 2005). Para alguns autores (e.g., Kureczka, 2002), os polícias têm dificuldades em confiar nos outros e, por isso, isolam a expressão dos seus sentimentos. No mesmo sentido, a nossa prática e experiência profissional tem-nos mostrado que a temática da saúde mental, e tudo o que lhe está

implícito, é ainda alvo de estigma nas forças de segurança, o que tem condicionado maior assunção crítica face ao tema, bem como a procura de apoio especializado.

Os resultados sugerem que uma abordagem de teor mais psicoeducativo, com ênfase na promoção da saúde, a nível do bem-estar da população policial, poderia passar por: a) programas com uma abordagem centrada na promoção de estilos de vida saudáveis (alimentação, higiene do sono, exercício físico, *hobbies*), b) dinamização de programas e estratégias formativas na área do stresse, ansiedade e depressão, c) criação de estratégias de alerta para sintomas decorrentes de incidentes críticos vivenciados por estes profissionais, d) redução do estigma associado à procura de ajuda e aconselhamento clínico quando existe sofrimento psicológico.

Em investigações futuras, atendendo às características da população estudada, afigura-se necessário realizar novas pesquisas, com diferentes metodologias designadamente qualitativas.

Agradecimento

Agradecemos a colaboração de todos os elementos policiais da PSP que se dispuseram a participar no estudo preenchendo o protocolo, bem como aos psicólogos da Divisão de Psicologia da PSP, que colaboraram na aplicação e recolha dos questionários. Um agradecimento muito especial à Dra. Sónia Carvalho, que nos apoiou na criação e leitura ótica dos questionários, e à Dra. Sara Sampaio pelo trabalho na tradução do artigo.

Referências

- Agolla, J. E. (2009). Occupational stress among police officers: The case of Botswana police service. *Research Journal of Business Management*, 3(1), 25-35.
- Anshel, M. K. (2000). A conceptual model and implications for coping with events in police work. *Criminal Justice and Behavior*, 27, 375-400.
- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B. & Monteiro, M. G. (2001). *AUDIT – The alcohol use disorders identification test: Guidelines for use in primary care* (2nd edition). World Health Organization – Department of Mental Health and Substance Dependence.
- Ballenger, J. F., Best, S. R., Metzler T. J., Wasserman, D. A., Mohr, D. C., Liberman, A., ... Marmar, C. R. (2010). Patterns and predictors of alcohol use in male and female urban police officers. *American Journal on Addictions*, 20, 21-29.
- Bureau of Labor Statistics, U.S. Department of Labor (2016). *Occupational Outlook Handbook*, Police and Detectives, acessado em 20 de Fevereiro de 2019, <https://www.bls.gov/ooh/protective-service/police-and-detectives.htm>.
- Chen, H., Chou F.H., Chen, M. Su, S., Wang, S., Feng, W., ... Wu, H. (2006). A survey of quality of life and depression for police officers in Kaohsiung – Taiwan. *Quality of Life Research*, 15, 925-932.
- Chopko, B.A., Palmieri, P.A., & Adams, R. E. (2013). Associations between police and alcohol use: Implications for practice. *Journal of Loss and Trauma*, 18, 482-497.
- Chopko, B.A., & Schwartz, R. C. (2012). Correlates of career traumatization and symptomatology among active-duty police officers. *Criminal Justice Studies*, 25, 83-95.
- Collins, P.A., & Gibbs, A.C. (2003). Stress in police officers: a study of the origins, prevalence and severity of stress-related symptoms within a county police force.

Occupational Medicine, 53, 256-264.

Cooper, M. L. (1994). Motivations for alcohol use among adolescents: Development and validation of a four factor model. *Psychological Assessment*, 6, 117-128.

Dantas, M. A., Brito, D. V. C., Rodrigues, P. B. & Maciente, T. S. (2010). Avaliação de estresse em policiais militares. *Psicologia: Teoria e Prática*, 12(3), 66-77.

Dantzer, M. L. (1987). Police-related stress: A critique for future research. *Journal of Police Criminal Psychology*, 3, 43-48.

Davey, J. D., Obst, P. L., & Sheehan (2000). The use of AUDIT as screening tool for alcohol use in the police work-place. *Drug and Alcohol Review*, 19, 49-54.

Dewe, P. J., O'Driscoll, M. P., Cooper, C. L. (2010). *Coping with work stress: A review and critique*. Chichester, Wiley.

Fernandes da Silva, C., Amaral, V., Pereira, A., Bem-haja, P., Pereira, A., Rodrigues, V., ... Nossa, P. (2011). *Copenhagen Psychosocial Questionnaire – COPSQ, versão para Portugal e países africanos de língua oficial portuguesa*. Aveiro: Universidade de Aveiro.

Fernandes-Jesus, M., Beccaria, F., Demant, J., Fleig, L., Menezes, I., Scholz, U., ...

Cooke, R. (2016). Validation of the Drinking Motives Questionnaire - Revised in six European countries. *Addictive Behaviors*, 6, 291-298

Ferreira, C.A. (2013). Análise pericial do padrão de consumo de álcool em policiais e seus fatores de risco. *Revista Especialize On-line IPOG*, 5(1).

Field, A. (2009). *Descobrendo a estatística usando o SPSS*. Porto Alegre: Artmed.

Gershon, R.R.M., Lin, S. & Li, X. (2002). Work stress in aging police officers. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 44(2), 160-167.

Gonçalves, S. (2012). *Bem-estar no trabalho em contexto policial: O contributo dos valores e das práticas organizacionais*. Tese de Doutoramento em Psicologia.

Lisboa: ISCTE-IUL.

Kirschman, E. F. (2000). *I Love a Cop: What Police Families Need to Know*. New York:

Guilford Press.

Kristensen, T. S. (2002). A new tool for assessing psychosocial factors at work: The

Copenhagen Psychosocial Questionnaire. *TUTB Newsletter*, 19-20, 45-47.

Kristensen, T. S., Hannerz, H., Hogh, A., & Borg, V. (2005). The Copenhagen

Psychosocial Questionnaire – A tool for assessment and improvement of the
psychosocial work environment. *Scandinavian Journal of Work, Environment and
Health*, 31(6), 438-449.

Kroes, W. (1976). *Society's victims, the policeman. An analysis of job stress in policing*.

New York: Charles C. Thomas.

Kureczka, A. W. (2002). Surviving assaults: After the physical battle ends, the

psychological battle begins. *FBI Law Enforcement Bulletin*, 71(1), 18-21.

Leigh, B. C., & Stacey, A. W. (1993). Alcohol outcome expectancies: scale construction

and predictive utility in higher order confirmatory models. *Psychological
Assessment*, 5, 216-229.

Lieberman, A. M., Best, S. R., Meltzer, T.J., Fagan, J.A., Weiss, D.S. & Marmar, C.R.

(2002). Routine occupational distress in police. *Policing: An International Journal of
Police Strategies and Management*, 25, 421-441.

Lindsay, V. (2008). Police officers and their alcohol consumption: Should we be

concerned? *Police Quarterly*, 11(1), 74-87.

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.

Lynch, J. (2007). *Burnout and Engagement in Probationary Police Officers: A Scoping Paper*. Australasian Centre for Policing Research, Commonwealth of Australia.

Maslach-Pines, A., & Keinan, G. (2006). Stress and burnout in Israeli border police. *Internacional Journal of Management*, 13(4), 519-540.

Ministério da Saúde, Alto Comissariado da Saúde, Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2008). *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016: Resumo Executivo*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental.

Moon, B., & Maxwell, S.R (2004). The sources and consequences of corrections officers: A South Korean example. *Journal of Criminal Justice*, 32, 359-370.

Negreiros, J., Queirós, C., & Braga Pereira, I. (2017). *Relatório Projecto: Aquisição de um dispositivo de diagnóstico de consumo de substâncias psicoativas em contexto laboral e respectivos impactos para a Câmara Municipal de Matosinhos*. Porto: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.

Oliveira, J. P., & Queirós, C. (2012). O estudo empírico do burnout na Polícia de Segurança Pública portuguesa. In Durão, S., Darck, M. (orgs), *Polícia, segurança e ordem pública. Perspetivas portuguesas e brasileiras*. Lisboa: ICS. Imprensa de Ciências Sociais.

Pendergrass, V.E., & Ostrove, N.M. (1986). Correlates of alcohol use by police personnel. In J. T. Resse & H. A. Goldstein (Eds.), *Psychological services for law enforcement* (pp. 489-495). Washington, DC: Federal Bureau of Investigation.

Pestana. M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de Dados para Ciências Sociais - A Complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.

Price, M. (2017). Psychiatric disability in law enforcement officers. *Behavioral Sciences and the Law*, 35, 113-123.

Richmond, R. L., Wodak, A., Kehoe, L., & Heather, N. (1998). How healthy are the

police? A survey of life-style factors. *Addiction*, 93(11), 1729-1737.

Rosa, J., Passos, F., & Queirós, C. (2015). Um estudo exploratório sobre burnout e indicadores psicopatológicos em polícias. *International Journal of Working Conditions*, 10, 101-119.

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências – SICAD

(2017). Relatório Anual 2016 - A Situação do País em Matéria de Álcool.

http://www.sicad.pt/BK/Publicacoes/Lists/SICAD_PUBLICACOES/Attachments/130/RelatorioAnual_2016_%20ASituacaoDoPaisEmMateriaDeAlcool_PT.pdf

Teixeira, I. (2012). Vulnerabilidade ao stress e burnout em polícias. Tese de Mestrado em *Psicologia*. Porto: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.

Tung Au, W., Yi Wong, Y., Mei Leung, K., & Mee Chiu, S. (2018). Effectiveness of emotional fitness training in police. *Journal of Police and Criminal Psychology*,
acedido em 07 de novembro de 2018, <https://doi.org/10.1007/s11896-018-9252-6>.

Twersky-Glasner, A. (2005). Police personality: What is it and why are they like that? *Journal of Police and Criminal Psychology*, 20(1), 56-67.

Violanti, J. M., Marshall, J. R., & Howe, B. (1985). Coping, and alcohol use: The police connection. *Journal of Police Science and Administration*, 13(2), 106-110.

Violanti, J. M., Slaven, J.E., Charles, L. E., Burchfiel, C. M., Andrew, M. E., & Homish, G. G. (2011). Police and alcohol use: A descriptive analysis and associations with outcomes. *American Journal of Criminal Justice*, 36, 344-356.

Wang, Z., Inslicht, S., & Metzler, T. (2008). A prospective study of predictors of depression symptoms in police. *Psychiatry Research*, 175(3), 211-216.

Wang, Z., Inslicht, S. S., Metzler, T. J., Henn-Haase, C., McCaslin, S. E., Tong, H., ... Marmar, C. R. (2010). A prospective study of predictors of depression

symptoms in police. *Psychiatry Research*, 175(3), 211-216.

WHO, World Health Organization (2010). Self-help strategies for cutting down or stopping substance use: a guide.

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44322/9789241599405_eng.pdf?sequence=1.

WHO, World Health Organization (2018). *Global status report on alcohol and health*

2018. http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/.

An exploratory study on risk of alcohol consumption and psychopathological
symptomatology in police officers

Fernanda de Almeida¹, Joana Dias¹, Jorge Negreiros², Andreia Alves dos Santos¹, e Ana
Cristina Vieira¹

¹Public Security Police

²University of Porto

Author's note

Fernanda de Almeida, Psychology Division of Public Security Police,
mfpalmeida@psp.pt; Joana Dias, Psychology Division of Public Security Police,
jssdias@psp.pt; Jorge Negreiros, Faculty of Psychology and Educational Sciences of
Oporto University (FPCEUP), jorgeneg@fpce.up.pt; Andreia Alves dos Santos,
Psychology Division of Public Security Police, avasantos@psp.pt; Ana Cristina Vieira,
Psychology Division of Public Security Police, accvieira@psp.pt.

Corresponding author: Joana Dias – Psychology Division of Public Security Police,
Quinta das Águas Livres, 2605-197 Belas, Portugal. Fax: 219809814; Phone number:
21802020; E-mail: jssdias@psp.pt.

Abstract

Alcohol consumption has been identified as a worrying reality in police professionals, and it appears to be associated with various adverse consequences, such as increased levels of anxiety, depression, somatization, with repercussions at work level. At the same time, police elements are among the professionals subject to higher levels of stress, being highlighted the following factors: shift work, incomprehension of the population, lack of participation in decisions due to hierarchical structure, distance from family and friends and involvement in complex court proceedings. This study aimed to explore the relationship between risk levels of alcohol consumption among Public Security Police (PSP) professionals and psychosocial work variables, expectations and reasons for alcohol consumption, as well as the coexistence of psychopathological symptomatology. In a sample of 309 police officers, we have identified a low risk of harmful alcohol consumption, with 75.7% of the sample presenting a low risk and 5.8% presenting a medium / high risk. The latter had a higher incidence of psychopathological symptoms, greater reasons for consuming alcohol and higher expectations regarding the consumption of this substance.

Keywords: police officers, risk levels of alcohol consumption, psychopathological symptomatology

An exploratory study on risk of alcohol consumption and psychopathological
symptomatology in police officers

Alcohol abuse is a matter of concern in the general population due to its impact on health and social problems. The World Health Organization (WHO, 2018) reports that more than 3 million people have died as a result of harmful alcohol use in 2016. Also, according to that report, harmful use of alcohol causes more than 5% of all diseases. In recent years, special attention has been paid to the impact of alcohol consumption in the workplace due to its effects on productivity, increased absenteeism and accidents (WHO, 2010).

Although the police profession is considered as one of the most stressful in the world by many authors (Dantzer, 1987; Kroes, 1976; Dewe, O'Driscoll & Cooper, 2010; Bureau of Labor Statistics, 2016), in Portugal studies are still scarce. In the case of police forces, there is evidence about the relationship between work and symptoms of stress (Malasch-Pines & Keinan, 2006; Moon & Maxwell, 2004; Teixeira, 2012). Several studies have identified police population as one of the jobs with the highest levels of alcohol consumption (Davey, Obst, & Sheehan, 2000; Violanti, Slaven, Charles, Burchfiel, Andrew & Homish, 2011), although its relationship with depression, anxiety and stress has been a remotely discussed topic, both internationally and in Portugal (Chopko, Palmieri & Adams, 2013, Ferreira, 2013; Violanti, Marshall & Howe, 1985).

A study carried out in Australia by Richmond, Wodak, Kehoe & Heather (1998) mentions that 48% of male police officers and 40% of female police officers stated that they had consumed excessively or had had high/harmful alcohol consumption in the past 3 years. In another study, also conducted in Australia, it was mentioned that 33% of men and 24% of female police officers acknowledged their involvement in high-risk/harmful alcohol consumption and 3% had obtained values that put them at a level of alcohol

dependence (Davey et. al., 2000). Ballenger et al. (2010), in a California police population, have established that 18.1% of men and 15.9% of women acknowledged they had experienced adverse consequences of alcohol consumption, and 7.8% of the sample met criteria for alcohol abuse or dependence over the years. In another study (Gershon, 2002) with a sample of senior police officers, it was acknowledge that perceived work stress was significantly associated with alcohol abuse, increased anxiety, depression, somatization, posttraumatic stress symptoms, burnout, chronic low back pain, and inappropriate aggressive behaviour.

Expectations and demands that are made by the population towards police officers, as well as organizational factors such as shifts, time pressure and inadequate resources also seem to have contributed to the high levels of stress encountered (Collins & Gibbs, 2003; Teixeira, 2012). In accordance, Liberman (2002, cit. in Wang, Inslicht & Metzler, 2008) reinforces that previous studies have shown that routine occupational stress or stressful working conditions have adverse effects on mental health.

As a result, police officers may suffer psychological after-effects, which include an increased risk of trauma-related symptoms, depression, alcohol use disorders and stress-related medical conditions (Price, 2017; Wang et al., 2010).

Recently, the relationship between stress and alcohol consumption in police forces has been receiving some attention in the scientific literature. Different variables have been investigated, either together or separately. Violanti et al. (1985) have identified alcohol consumption, either as one of the most serious consequences of professional stress that police officers face, or as a way of coping with their own stress. In harmony with this, Gonçalves (2012) emphasizes alcohol dependence as one of the consequences of stress.

According to Dantas, Brito, Rodrigues, and Maciente (2010), police career expectations are generally high at first, but over the years give way to the perception of

limitations and obstacles, resulting in negative effects such as increased stress and higher alcohol consumption. In a study on police stress, Agolla (2009) analysed symptoms and coping strategies in ten (10) Botswana Police stations, having identified symptoms such as agitation, difficulty in concentration, reflective thinking, depression, anxiety, loss of appetite, relational distance, lack of energy, associated with factors such as alcohol and tobacco abuse. Accordingly, Violanti et al. (1985), in an investigation conducted to find the relationship between police stress, coping strategies and alcohol use, have determined that stress boosts alcohol consumption about twenty (20) times more than other variables studied (emotional dissonance and “cynicism”). According to the authors, the failure of some coping strategies may influence the use of alcohol. Gershon, Lin, and Li (2002), in a study with Brazilian police officers over 50 years old, have associated work stress with alcohol abuse (60%) and symptoms of post-traumatic stress, burnout and chronic low back pain.

Other studies emphasize the impact of burnout on the personal and occupational well-being of the lives of police officers, associating high burnout values with various psychopathological disorders and risk behaviours associated with alcohol consumption (Burke & Mikkelsen, 2006; Demerouti, Bakker, Nachreiner & Ebbinghaus, 2002; Gana & Boblique, 2000). Blau (1994, cit. in Oliveira & Queirós, 2012) argues that police officers in the United States manifest more somatic symptoms, greater anxiety, and greater vulnerability to alcohol consumption. Regarding the existence of emotional problems among police officers, Anshel (2000) points out that there are more divorces and a high rate of psychoactive substance abuse. Moreover, Chopko, Palmieri, and Adams (2013) have concluded that there is a significant association between alcohol use and traumatic suffering. Because police officers are more likely to be exposed to traumatic situations, Chopko and Schwartz (2012) have also raised the question of whether alcohol

consumption changes according to the variety and frequency of trauma. According to the authors, the various forms of stress inherent in police work contribute to alcohol abuse among police officers.

The association between alcohol abuse and depression is often mentioned in the literature. According to the World Health Organization (WHO, 2010), major depressive disorder is among the most debilitating disorders, and it is estimated to become the second leading cause of disabling illness. Chen, Chou, Chen, Su, Wang, Feng, Chen, Lai, Chao, Yang, Tsai, Tsai, Lin, Lee & Wu (2006) report that rates of major depressive disorder and levels of symptoms of depression are higher in the police force than in the general population. As predictive factors for depression they have found out family problems, work-related stress (performance-related), peer pressure on performance, and high workload, with depressed police officers having poorer quality of life.

This study aims to identify prevalence of alcohol consumption in the Portuguese Public Security Police (PSP), to examine the relationship between risk of alcohol consumption and psychosocial risks at work, expectations and reasons for alcohol consumption, and to analyse the relationship between risk of alcohol consumption and psychopathological symptomatology (depression, anxiety and stress).

Method

Participants

A total of 309 PSP officers were interviewed, positioned into various Police Commands at national level. The sample was predominantly male (82.8%), and ages ranged from 23 to 59 years, with an average of 44.12 and standard deviation of 8.37.

Regarding the remaining sociodemographic characteristics, in schooling, the category “up to the 12th grade” (61.7%) predominated, followed by the “up to the 9th grade” category (16.9%), being the university attendance the less predominant category

(5.2%). Regarding marital status, there was a predominance of married individuals (75.3%), while for the existence of children, respondents with descendants predominated (80.5%).

Regarding the distribution by professional category, it was established that the majority of respondents belonged to the category of Principal Agent (47.4%), as opposed to the minority of Officials (8.1%). The years in the current position ranged from less than one year to 36 years, with an average of 15.6 years, predominating in the year of admission to PSP the years 1998 and 1999. A low percentage of the sample (14%) indicated that they were working over 50 km away from the household residence, i.e. being displaced from their family residence. Regarding the specificity of police work, the majority of the sample (80.8%) reported performing operational duties, and 68.5% of respondents indicated working in shifts.

Medidas

An anonymous and confidential self-completed questionnaire with 6 question groups was applied, which included psychological assessment tools adapted to Portuguese and used to study the variables in question, namely the Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPS-OQ, Kristensen, 2002; Kristensen, Hannerz, Hogh & Borg (2005), adapted by Fernandes, Amaral, Pereira, Bem-haja, Pereira, Rodrigues, Cotrim, Silverio & Nossa, 2011); the Depression Anxiety Stress Scale (DASS, Lovibond & Lovibond, 1995); the Alcohol Outcome Expectancies Scale (AOES, Leigh & Stacey, 1993); the Drinking Motives Questionnaire (DMQ, de Cooper, 1994; Fernandes-Jesus, Beccaria, Demant, Fleig, Menezes, Scholz & Cooke, 2016); and the Alcohol Use Disorders Identification Test: Self-Report Version (Babor, Higgins-Biddle, Saunders & Monteiro, 2001). Moreover, this questionnaire included sociodemographic and professional questions, namely age, sex, existence of children, marital status, year of joining PSP, years in the

current position, level of education, professional category, distance between the place of exercise of duties and household residence, exercise of operational duties, shift work and absenteeism in the previous year.

In the specific case of the Copenhagen Psychosocial Questionnaire, not all subscales or dimensions of the instrument were used, but within them all items were considered in order not to interfere with the psychometric quality of the dimensions (Negreiros, Queirós & Pereira, 2017).

The Copenhagen Psychosocial Questionnaire aims to assess psychosocial risks at work and in its reduced version it consists of 41 items rated on a scale of 1 (Never) to 5 (Always), organized into the dimensions of labour requirements (e.g., work pace, quantitative, cognitive or emotional demands), work organization and content (e.g., possibility of development and influence one may have on work, its significance, and commitment to work), social and leadership relationships (e.g., superior support and leadership quality, rewards and recognition, predictability and transparency of the professional role played), work-family interface (e.g., job satisfaction or insecurity and conflict between work and family), values in the workplace (e.g., social community at work, justice, respect, vertical trust), personality (through perception of self-efficacy), health and well-being (e.g., depressive symptoms, difficulty sleeping) and finally offensive behaviours (e.g., harassment, threats, exposure to workplace violence).

Symptoms of depression, anxiety and psychological stress were assessed by the Depression, Anxiety Stress Scale consisting of 42 items rated on a scale from 0 (did not apply to me) to 3 (applies to me most of the time).

Expectations regarding alcohol consumption were assessed using the Alcohol Outcome Experiences Scale, which consisted of 34 items rated on a scale from 1 (not likely) to 6 (extremely likely) and organized into the following factors: social facilitation,

fun, sexual desire and stress reduction (translators of positive expectations) as well as aggressiveness, negative emotions, physical symptoms and difficulties in concentration and performance (which reflect negative expectations).

The reasons for consuming alcohol were assessed through the Drinking Motives Questionnaire consisting of 18 items rated on a scale ranging from 1 (almost never or never) to 5 (almost always or always) and organized into positive emotion factors (or improved emotional states), coping, compliance and social interaction.

The prevalence of alcohol consumption and risk level was assessed by Alcohol Use Disorders Identification Test: Self-Report Version consisting of 10 questions that assess the frequency of alcohol consumption, alcohol behaviours and problems caused by drinking. Consumption risk is calculated by numerical value and by category (low, moderate or high risk).

By using a sample of highly specific professionals (police elements), Cronbach's Alpha was calculated as a measure of internal consistency of each scale and subscale.

Table 1

Cronbach's Alpha by scale and dimension of questionnaires used

Dimensions	<i>Cronbach's Alpha</i>
Labour Requirements	0.662
Work Content Organization	0.544
Social Relations Leadership	0.717
Work-Family Interface	0.795
Workplace Values	0.720
Self-efficacy personality	-----
Health and well-being	0.907

Offensive Behaviors	0.814
COPS-OQ	0.626
<hr/>	
Depression	0.919
Dysphoria	0.850
Loss of Hope	0.873
Depreciation of Life	0.868
Self-depreciation	0.666
Loss of Interest	0.756
Anhedonia	0.663
Inertia	0.574
Anxiety	0.893
Autonomous Activation	0.809
Muscle Effects	0.736
Situational Anxiety	0.765
Subjective Anxiety Experience	0.769
Stress	0.941
Difficulty Relaxing	0.809
Nervous Activation	0.808
Getting easily worried / annoyed and impatient	0.914
DASS	0.965
<hr/>	
Social facilitation	0.909
Entertainment	0.916
Sexual Desire	0.927
Reduced Tension	0.896

Aggressiveness	0.819
Negative Emotions	0.792
Physical Symptoms	0.882
Concentration and Performance Difficulties	0.890
AOES	0.969
<hr/>	
Coping	0.861
Social Interaction	0.873
Improvement of Emotional States	0.924
Compliance	0.704
DMQ	0.938
<hr/>	
Use	0.558
Addiction	0.676
Problems resulting from use	0.773
AUDIT	0.765
<hr/>	

Procedure

This study was authorized by the National Director of the Public Security Police on July 3, 2015, according to the request by the PSP Psychology Division through Service Communication no. 447/DP/2015.

It was used a printed questionnaire, which took about 30 minutes to complete, in anonymous and confidential format. It was also used a duplicate informed consent document to safeguard the individual's freedom to participate in the investigation. The questionnaires were collected in group at two moments - psychological re-evaluation and training activities on the subject of Suicide Prevention conducted by the PSP Psychology

Division - both determined by ministerial order of 2007, within the National Suicide Prevention Plan (Health Ministry, 2008), between September 2017 and March 2018.

The results were analysed using the IBM SPSS Statistics version 23 program and the statistical analysis was based on the assumptions recommended by several authors (Pestana & Gageiro, 2008; Field, 2009) for this type of sample, variables and study objectives, corresponding to a descriptive analysis (frequencies, average and standard deviation), correlational analysis and analysis of variance.

Results

Descriptive and correlational analysis

Regarding the descriptive analysis, low values of depression and anxiety were found, with depression averaging 1.23 (on a scale from 1 to 4) and anxiety averaging 1.22 (on a scale from 1 to 4). Stress had a slightly higher value, with an average of 1.46 (on a scale from 1 to 4).

Regarding psychosocial factors at work, the dimensions with the highest averages and perceived as most positive, include “personality” (related to the perception of self-efficacy), “work organization and content” (e.g. possibility of development and influence one can have at work, meaning it has, commitment to work), “values in the workplace” (e.g. social community at work, fairness, respect, vertical trust) and “social and leadership relationships” (e.g. support from immediate superiors and quality of leadership, rewards and recognition, predictability and transparency of the professional role played).

Expectations regarding alcohol consumption have been defined as beliefs - whether positive or negative - regarding the effects of alcohol on behaviour, mood and emotions. The results for this variable indicate that the highest values were recorded in expectations “fun” with an average of 2.98 (on a scale from 1 to 6), “difficulties in concentration and performance” with an average of 2.77 (on a scale from 1 to 6), “social facilitation” with an

average of 2.63 (on a scale from 1 to 6) and “stress reduction” with an average of 2.51 (on a scale from 1 to 6). In this sample, positive expectations of consumption were valued above all, albeit moderately (averages close to 3 on a scale of 1 to 6).

Regarding the reasons for consuming, the highest values were obtained in the components “social interaction” (with an average of 1.7, on a scale of 1 to 5) and by “improvement of emotional states” (with an average of 1.56 on a scale of 1 to 5).

Regarding the prevalence of alcohol consumption, 24.6% of respondents indicated drinking one to two times a month, 23.3% indicated drinking one or less times a month, 15.2% indicated drinking two to three times a week, 14.6% indicated drinking 4 or more times a week and 12% indicated never drinking. In the general analysis of the results, at the level of regular alcohol consumption patterns, there is a low percentage of subjects with regular consumption. Specifically, a vast majority of respondents (74.1%) reported drinking none, one or two glasses of one alcoholic beverage per day, and 46.3% of respondents reported never drinking 6 or more glasses of alcohol on a single occasion, as opposed to just 1% of the sample who reported doing so every day or so.

Regarding the risk of harmful alcohol consumption for the entire sample, there was a significantly low average (3.47, on a scale with a maximum value of 36 points). Indeed, the analysis of the risk of excessive consumption, taking into account the categorization of the AUDIT questionnaire (Babor et. al., 2001), showed that 75.7% of the sample had a low risk (risk below 8), 5.2% has a medium risk (risk between 8 and 15), and there are virtually no situations that constitute a high risk - only 0.6% of the sample presented a risk greater than 16.

For the purpose of statistical analysis, the three risk levels identified through the application of the AUDIT questionnaire were regrouped into only two levels - low level and medium / high level, referring to the values presented in the tables for this regrouping.

The correlational analysis showed that there are statistically significant positive correlations (Table 2) between the professional category and the CPQ workplace values dimension, as well as in relation to expectations about the effects of alcohol “social facilitation” and “sexual desire” (both positive) and “physical symptoms” (negative). There is also a statistically significant negative correlation between the professional category and the labour requirements dimension of the CPQ. Marital status has only a positive correlation with values in the workplace.

Table 2

Média, desvio padrão e correlação entre variáveis

Dimensions	<i>M</i>	<i>DP</i>	Marital Status	Gender	Status	Age range ¹
Depression	1.23	.346	.008	-.018	.004	.050
Anxiety	1.22	.299	-.023	-.014	.033	.080
Stress	1.46	.451	-.004	.041	-.023	.051
Labour Requirements	3.22	.551	-.079	.057	-.156**	-.088
Work Content Organization	3.78	.451	.039	-.041	-.043	.025
Social Relations Leadership	3.62	.672	.064	-.072	.079	.074
Work-Family Interface	3.38	.870	.090	-.038	.041	.095
Workplace Values	3.62	.654	.115**	-.018	.117**	.090
Self-efficacy personality	4.16	.716	.003	.063	.001	-.056

¹The age range reflects the division of the sample into three groups according to age: up to 35 years old, 36 to 45 years old, and over 45 years old.

Health and well-being	2.29	.727	.005	.094	-.019	.091
Offensive Behaviours	1.62	.666	-.064	.073	-.004	.008
Social facilitation	2.63	1.154	.043	.056	.159**	.024
Entertainment	2.98	1.198	.012	.080	.112	-.075
Sexual Desire	2.31	1.148	-.004	.023	.177**	.052
Reduced Tension	2.51	1.294	.005	.067	.104	.036
Aggressiveness	1.63	.875	-.101	-.048	.111	.049
Negative Emotions	1.92	1.045	-.005	-.004	.118	.095
Physical Symptoms	2.46	1.280	.017	.008	.132*	-.029
Concentration and Performance Difficulties	2.76	1.298	-.014	-.004	.075	-.086
Coping	1.20	.485	-.084	-.012	.027	.064
Social Interaction	1.70	.693	-.064	.066	.044	.007
Improvement of Emotional States	1.56	.741	-.115	.052	.019	.025
Compliance	1.15	.353	-.084	-.009	.027	.009
Risk Levels	1.07	.258	-.006	.025	-.007	.099

* $p < .050$ ** $p < .010$

There were also statistically significant positive correlations of risk level with all psychopathological indicators, with the “health and well-being” dimension of CPQ, with all expectations regarding alcohol consumption, except in the “fun” category, and with every reason to consume alcohol (Table 3).

Table 3

Correlation between risk level and other dimensions

Dimensions	Risk Level
------------	------------

RISK OF ALCOHOL CONSUMPTION AND PSYCHOPATHOLOGICAL
 SYMPTOMATOLOGY IN POLICE OFFICERS

Depression	.292**
Anxiety	.305**
Stress	.338**
Labour Requirements	.064
Work Content Organization	-.087
Social Relations Leadership	-.117
Work-Family Interface	-.055
Workplace Values	-.124
Self-efficacy personality	-.107
Health and well-being	.221**
Offensive Behaviours	.069
Social facilitation	.210**
Entertainment	.131
Sexual Desire	.212**
Reduced Tension	.210**
Aggressiveness	.286**
Negative Emotions	.332**
Physical Symptoms	.173*
Concentration and Performance Difficulties	.134*
Coping	.364**
Social Interaction	.283**
Improvement of Emotional States	.275**
Compliance	.280**

* $p < .050$ ** $p < .010$

Comparative analysis

For the comparative analysis according to the risk level (Table 4), and due to the lack of normality of the variables studied and the large difference in size of the two groups compared, the nonparametric Mann-Whitney test and the parametric t of Student tests were used, and statistical differences were found in the same variables. To better illustrate the comparison between groups, we opted to use the averages (procedure that parametric tests allow).

In terms of psychopathological symptomatology, depression (1.21 versus 1.62), anxiety (1.20 versus 1.56) and stress (1.44 versus 2.03) values are higher in individuals in the medium/high risk group than in the low risk group.

Regarding psychosocial risks at work, it appears that the dimension “health and well-being” (which assesses overall health, stress, burnout, sleeping problems and depressive symptoms) is higher in the medium/high risk group than in the elements of the low risk group (2.26 versus 2.91), with no statistically significant differences between the groups in the remaining dimensions.

Results on the expectations regarding alcohol consumption indicate that individuals in the medium/high risk group have higher expectations, positive or negative, compared to the elements of the low risk group, except for the expectation of fun, which does not present statistically significant differences between the two groups.

The reasons for consuming alcohol studied presented higher values in the medium/high risk group than in the low risk group.

Results indicate that there are no statistically significant differences in the demographic variables analysed – gender, age range, marital status and professional category – depending on the level of risk.

Table 4

Comparison of averages in their various dimensions with risk level

Dimensions	Low Risk (N=234)	Medium/High Risk (N=18)	T-Test <i>student</i>	<i>Sig</i>	<i>Sig</i> <i>Mann</i> <i>Whitney</i> <i>U Test</i>
Depression (1-4)	1.21	1.62	-3.100	.006**	.000***
Anxiety (1-4)	1.20	1.56	-3.342	.004**	.000***
Stress (1-4)	1.44	2.03	-5.591	.000***	.000***
Labour Requirements (1-5)	3.21	3.34	-.994	.321	.414
Work Content Organization (1-5)	3.77	3.61	1.360	.175	.306
Social Relations Leadership (1-5)	3.64	3.35	1.837	.067	.140
Work-Family Interface (1-5)	3.38	3.19	.865	.388	.258
Workplace Values (1- 5)	3.65	3.35	1.962	.051	.065
Self-efficacy personality (1-5)	4.17	3.89	1.226	.236	.248
Health and well-being (1-5)	2.26	2.91	-3.569	.000***	.000***
Offensive Behaviours (1-5)	1.58	1.75	-1.080	.281	.171
Social facilitation (1- 6)	2.59	3.47	-3.184	.002**	.001**
Entertainment (1-6)	2.98	3.56	-1.952	.052	.051
Sexual Desire (1-6)	2.24	3.15	-3.207	.002**	.003**
Reduced Tension (1-6)	2.46	3.46	-3.203	.002**	.003**

Aggressiveness (1-6)	1.55	2.46	-3.167	.005**	.001**
Negative Emotions (1-6)	1.81	3.06	-5.207	.000***	.000***
Physical Symptoms (1-6)	2.39	3.18	-2.593	.010*	.010*
Concentration and Performance Difficulties (1-6)	2.73	3.36	-1.990	.048*	.032*
Coping (1-5)	1.15	1.79	-2.655	.016*	.000***
Social Interaction (1-5)	1.65	2.36	-4.289	.000***	.000***
Improvement of Emotional States (1-5)	1.52	2.26	-3.224	.005**	.000***
Compliance (1-5)	1.12	1.48	-2.559	.020*	.000***

* $p < .050$ ** $p < .010$ *** $p < .001$

Discussion/Conclusions

Alcohol consumption in police elements has been identified as an important problem, with consequences not only on the mental health of individuals, but also in the organizational plan, with effects on productivity, absenteeism and work motivation. Kirshman (2000) states that police professionals have unique risks and dangerous habits, such as controlling emotional processing, combined with a mental willingness to “solve the problem and move on”, which raises stress levels and consequently anxiety levels, for letting loose of problems rather than facing them. Excessive vigilance often leads police professionals to look for extreme ways to relax, such as excessive alcohol consumption. Due to the difficulty of access to these professionals for data collection (Rosa, Passos & Queirós, 2015), there are no national studies on this subject with this population, and they assume particular importance, since emotional stability and the suppression of negative emotions at work are fundamental to the exercise of the multitude of functions assigned to

police professionals, such as enforcing the law, providing for comfort or providing for social assistance (Tung, Yi, Mei & Mee, 2018).

The present study aimed at identifying the prevalence of alcohol consumption and the presence of psychopathological symptoms in a sample of police officers from the Public Security Police in Portugal.

Regarding the prevalence of drinking, 74.1% of the sample recognized drinking from 0 to 2 glasses a day, 46.3% indicated never drinking more than 6 glasses a day and 1% said to drink every day or almost. For the total sample, the risk of alcohol consumption found is low, with an average of 3.47, on a scale that has a maximum value of 36 points. Violanti, Slaven, Charles, Burchfiel, Andrew & Homish (2011), in a study with US police officers using AUDIT, found an average of 5.64 (low risk < 8) for the total sample, i.e. considering the whole sample, 77.5% of police officers self-reported a low risk of alcohol consumption. This result coincides with data obtained by Lindsay (2008) in another study, where 73.7% of the police officers were in the low risk group in AUDIT. On the other hand, Davey, Obst and Sheehan (2000), in a sample with Australian police officers, found that 63.5% of the sample scored in the low risk range of alcohol consumption, 33% scored in an average risk and only 3.5% scored in the risk range for alcohol dependence. Although some authors (e.g., Pendergrass & Ostrove, 1986; Territo & Vetter, 1981) report that alcohol consumption in the police population is higher than in the general population, in this study we have found lower alcohol consumption figures (75.7% of the sample with a low risk, and 5.8% with a medium/high risk) compared to the general Portuguese population (SICAD, 2017). In the IV National Survey on Consumption of Psychoactive Substances in the General Population (SICAD, 2017), the results, assessed through AUDIT, showed that 42% of the resident population in Portugal, between 15 and 74 years old, was not at risk or had low risk of alcohol consumption, 15.5% exhibited a

medium/high risk, and 0.8% exhibited evidence of addiction symptoms. For Violanti et al. (1985), the use of alcohol in police forces is underestimated, as its consumption can have consequences for both the organizational structure and the individual. Kroes (1976) states that police officers do not recognize their dependence on alcohol. According to those authors, the police organization seems ambivalent about the problems with alcohol consumption, placing, above all, the burden on the individual and not on the organizational structure.

The results of this study also reinforce the association between risk of alcohol consumption and the presence of psychopathological symptoms, the latter being higher the higher the alcohol consumption.

Although the overall results regarding the prevalence of psychopathological symptoms in the sample were low, statistically significant differences were found between the low risk group and the medium / high risk group, with the largest difference regarding stress (1.44 versus 2.03). These data corroborate the results found in previous studies with this population, associating stress to alcohol consumption (Violanti et. Al, 1985; Blau, 1994, cit. in Oliveira & Queirós, 2012).

The low values found in the level of depression, anxiety and stress may be related with the fact that the elements are aware of the impact of their daily work on their physical health, but a lower perception of the impact on their mental health (Tung Au, Yi Wong , Mei Leung and Mee Chiu, 2018). These results seem to suggest a devaluation of the symptoms of emotional stress by the population studied.

As for the demographic variables analysed – gender, age range, marital status and professional category – the results indicate no statistically significant differences according to the risk level. Concerning the gender variable, the result of this study is consistent with

that of other police population investigations (Ballenger et al., 2010; Davey et al., 2000), where no differences were found either.

A study by Davey et al. (2000) points to a higher level of risk of alcohol consumption between the ages of 18 and 25 years. In this particular study, ages ranged from 23 to 59 years, which may account for the absence of differences.

Given that police officers from the Public Security Police perform their duties in a very specific context, facing various organizational challenges that make them more vulnerable to physical and psychological hazards at work, this study also sought to find the relationship between consumer risk of alcohol and psychosocial risks at work. There were only statistically significant differences in the “health and well-being” dimension (which assesses overall health, stress, burnout, sleeping problems and depressive symptoms), which is higher in the medium / high risk group than in the low risk group elements. Thus, we can state that, in this sample, no risk factors were identified in the organization that could enhance alcohol consumption, but only the reinforcement of psychopathological symptoms as contributing to excessive consumption.

Both the expectations regarding alcohol consumption and the reasons to consume presented higher values in the medium / high risk group, except for the “fun” expectation, which did not present statistically significant differences between the two groups. Although the results obtained are to some extent expected – given their specificity – the execution of this study broadens horizons in the acquisition of knowledge, especially in a population so little studied regarding the problem of alcoholism.

Finally, studies on this subject are necessarily limited by the fact that the consumption of alcohol by police officers has invariably disciplinary and professional consequences, which raises the possibility that the prevalence found in this study did not correspond to the reality of alcohol consumption in the PSP Institution.

The fact that were psychologists from the PSP Psychology Division conducting the study may also have contributed to the participants' defensiveness in the answers given, possibly due to concerns about the confidentiality of the data collected, although these were duly clarified. Police culture encourages a self-image of “armour” in police officers, with the expression of emotion perceived as a sign of weakness (Twersky-Glasner, 2005). For some authors (e.g., Kureczka, 2002), police officers have difficulty trusting others and therefore isolating the expression of their feelings. In the same vein, our practice and professional experience have shown us that the theme of mental health, and all that is implied, is still subject to stigma in the security forces, which has conditioned greater critical assumption on the subject, as well as seeking expert support.

Results suggest that a more psychoeducational approach, with emphasis on health promotion, in the well-being of the police population, could include: a) programs in the approach to the promotion of healthy lifestyles (food, sleep hygiene, physical exercise, hobbies), b) promotion of support programs and training strategies in the area of stress, anxiety and depression, c) creation of alert strategies for symptoms resulting from critical incidents experienced by these professionals, d) reduction of stigma associated with seeking help and clinical advice when psychological distress exists.

In future investigations, given the characteristics of the population studied, it appears to be necessary to conduct further research, with different methodologies namely qualitative.

Acknowledgment

The authors acknowledge the PSP police officers who were willing to collaborate in the study by filling out the protocol, as well as the psychologists of the PSP Psychology Division, who collaborated in the implementation and collection of the questionnaires. They also acknowledge the contribution in the creation and optical reading of the

questionnaires to Sónia Carvalho, BSc, and the contribution in the translation of the article to Sara Sampaio, BSc.

References

- Agolla, J. E. (2009). Occupational stress among police officers: The case of Botswana police service. *Research Journal of Business Management*, 3(1), 25-35.
- Anshel, M. K. (2000). A conceptual model and implications for coping with events in police work. *Criminal Justice and Behavior*, 27, 375-400.
- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B. & Monteiro, M. G. (2001). *AUDIT – The alcohol use disorders identification test: Guidelines for use in primary care* (2nd edition). World Health Organization – Department of Mental Health and Substance Dependence.
- Ballenger, J. F., Best, S. R., Metzler T. J., Wasserman, D. A., Mohr, D. C., Liberman, A., ... Marmar, C. R. (2010). Patterns and predictors of alcohol use in male and female urban police officers. *American Journal on Addictions*, 20, 21-29.
- Bureau of Labor Statistics, U.S. Department of Labor (2016). *Occupational Outlook Handbook*, Police and Detectives, acedido em 20 de Fevereiro de 2019, <https://www.bls.gov/ooh/protective-service/police-and-detectives.htm>.
- Chen, H., Chou F.H., Chen, M. Su, S., Wang, S., Feng, W., ... Wu, H. (2006). A survey of quality of life and depression for police officers in Kaohsiung – Taiwan. *Quality of Life Research*, 15, 925-932.
- Chopko, B.A., Palmieri, P.A., & Adams, R. E. (2013). Associations between police and alcohol use: Implications for practice. *Journal of Loss and Trauma*, 18, 482-497.
- Chopko, B.A., & Schwartz, R. C. (2012). Correlates of career traumatization and symptomatology among active-duty police officers. *Criminal Justice Studies*, 25, 83-95.
- Collins, P.A., & Gibbs, A.C. (2003). Stress in police officers: a study of the origins, prevalence and severity of stress-related symptoms within a county police force.

Occupational Medicine, 53, 256-264.

Cooper, M. L. (1994). Motivations for alcohol use among adolescents: Development and validation of a four factor model. *Psychological Assessment*, 6, 117-128.

Dantas, M. A., Brito, D. V. C., Rodrigues, P. B. & Maciente, T. S. (2010). Avaliação de estresse em policiais militares. *Psicologia: Teoria e Prática*, 12(3), 66-77.

Dantzer, M. L. (1987). Police-related stress: A critique for future research. *Journal of Police Criminal Psychology*, 3, 43-48.

Davey, J. D., Obst, P. L., & Sheehan (2000). The use of AUDIT as screening tool for alcohol use in the police work-place. *Drug and Alcohol Review*, 19, 49-54.

Dewe, P. J., O'Driscoll, M. P., Cooper, C. L. (2010). *Coping with work stress: A review and critique*. Chichester, Wiley.

Fernandes da Silva, C., Amaral, V., Pereira, A., Bem-haja, P., Pereira, A., Rodrigues, V., ... Nossa, P. (2011). *Copenhagen Psychosocial Questionnaire – COPSQ, versão para Portugal e países africanos de língua oficial portuguesa*. Aveiro: Universidade de Aveiro.

Fernandes-Jesus, M., Beccaria, F., Demant, J., Fleig, L., Menezes, I., Scholz, U., ...

Cooke, R. (2016). Validation of the Drinking Motives Questionnaire - Revised in six European countries. *Addictive Behaviors*, 6, 291-298

Ferreira, C.A. (2013). Análise pericial do padrão de consumo de álcool em policiais e seus fatores de risco. *Revista Especialize On-line IPOG*, 5(1).

Field, A. (2009). *Descobrendo a estatística usando o SPSS*. Porto Alegre: Artmed.

Gershon, R.R.M., Lin, S. & Li, X. (2002). Work stress in aging police officers. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 44(2), 160-167.

Gonçalves, S. (2012). *Bem-estar no trabalho em contexto policial: O contributo dos valores e das práticas organizacionais*. Tese de Doutoramento em Psicologia.

Lisboa: ISCTE-IUL.

Kirschman, E. F. (2000). *I Love a Cop: What Police Families Need to Know*. New York:

Guilford Press.

Kristensen, T. S. (2002). A new tool for assessing psychosocial factors at work: The

Copenhagen Psychosocial Questionnaire. *TUTB Newsletter*, 19-20, 45-47.

Kristensen, T. S., Hannerz, H., Hogh, A., & Borg, V. (2005). The Copenhagen

Psychosocial Questionnaire – A tool for assessment and improvement of the
psychosocial work environment. *Scandinavian Journal of Work, Environment and
Health*, 31(6), 438-449.

Kroes, W. (1976). *Society's victims, the policeman. An analysis of job stress in policing*.

New York: Charles C. Thomas.

Kureczka, A. W. (2002). Surviving assaults: After the physical battle ends, the

psychological battle begins. *FBI Law Enforcement Bulletin*, 71(1), 18-21.

Leigh, B. C., & Stacey, A. W. (1993). Alcohol outcome expectancies: scale construction

and predictive utility in higher order confirmatory models. *Psychological
Assessment*, 5, 216-229.

Lieberman, A. M., Best, S. R., Meltzer, T.J., Fagan, J.A., Weiss, D.S. & Marmar, C.R.

(2002). Routine occupational distress in police. *Policing: An International Journal of
Police Strategies and Management*, 25, 421-441.

Lindsay, V. (2008). Police officers and their alcohol consumption: Should we be

concerned? *Police Quarterly*, 11(1), 74-87.

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.

Lynch, J. (2007). *Burnout and Engagement in Probationary Police Officers: A Scoping Paper*. Australasian Centre for Policing Research, Commonwealth of Australia.

Maslach-Pines, A., & Keinan, G. (2006). Stress and burnout in Israeli border police. *Internacional Journal of Management*, 13(4), 519-540.

Ministério da Saúde, Alto Comissariado da Saúde, Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2008). *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016: Resumo Executivo*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental.

Moon, B., & Maxwell, S.R (2004). The sources and consequences of corrections officers: A South Korean example. *Journal of Criminal Justice*, 32, 359-370.

Negreiros, J., Queirós, C., & Braga Pereira, I. (2017). *Relatório Projecto: Aquisição de um dispositivo de diagnóstico de consumo de substâncias psicoativas em contexto laboral e respectivos impactos para a Câmara Municipal de Matosinhos*. Porto: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.

Oliveira, J. P., & Queirós, C. (2012). O estudo empírico do burnout na Polícia de Segurança Pública portuguesa. In Durão, S., Darck, M. (orgs), *Polícia, segurança e ordem pública. Perspetivas portuguesas e brasileiras*. Lisboa: ICS. Imprensa de Ciências Sociais.

Pendergrass, V.E., & Ostrove, N.M. (1986). Correlates of alcohol use by police personnel. In J. T. Resse & H. A. Goldstein (Eds.), *Psychological services for law enforcement* (pp. 489-495). Washington, DC: Federal Bureau of Investigation.

Pestana. M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de Dados para Ciências Sociais - A Complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.

Price, M. (2017). Psychiatric disability in law enforcement officers. *Behavioral Sciences and the Law*, 35, 113-123.

Richmond, R. L., Wodak, A., Kehoe, L., & Heather, N. (1998). How healthy are the

police? A survey of life-style factors. *Addiction*, 93(11), 1729-1737.

Rosa, J., Passos, F., & Queirós, C. (2015). Um estudo exploratório sobre burnout e indicadores psicopatológicos em polícias. *International Journal of Working Conditions*, 10, 101-119.

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências – SICAD

(2017). Relatório Anual 2016 - A Situação do País em Matéria de Álcool.

http://www.sicad.pt/BK/Publicacoes/Lists/SICAD_PUBLICACOES/Attachments/130/RelatorioAnual_2016_%20ASituacaoDoPaisEmMateriaDeAlcool_PT.pdf

Teixeira, I. (2012). Vulnerabilidade ao stresse e burnout em polícias. Tese de Mestrado em *Psicologia*. Porto: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.

Tung Au, W., Yi Wong, Y., Mei Leung, K., & Mee Chiu, S. (2018). Effectiveness of emotional fitness training in police. *Journal of Police and Criminal Psychology*,
acedido em 07 de novembro de 2018, <https://doi.org/10.1007/s11896-018-9252-6>.

Twersky-Glasner, A. (2005). Police personality: What is it and why are they like that? *Journal of Police and Criminal Psychology*, 20(1), 56-67.

Violanti, J. M., Marshall, J. R., & Howe, B. (1985). Coping, and alcohol use: The police connection. *Journal of Police Science and Administration*, 13(2), 106-110.

Violanti, J. M., Slaven, J.E., Charles, L. E., Burchfiel, C. M., Andrew, M. E., & Homish, G. G. (2011). Police and alcohol use: A descriptive analysis and associations with outcomes. *American Journal of Criminal Justice*, 36, 344-356.

Wang, Z., Inslicht, S., & Metzler, T. (2008). A prospective study of predictors of depression symptoms in police. *Psychiatry Research*, 175(3), 211-216.

Wang, Z., Inslicht, S. S., Metzler, T. J., Henn-Haaseb, C., McCaslinb, S. E., Tongb, H., ... Marmarb, C. R. (2010). A prospective study of predictors of depression

symptoms in police. *Psychiatry Research*, 175(3), 211-216.

WHO, World Health Organization (2010). Self-help strategies for cutting down or stopping substance use: a guide.

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44322/9789241599405_eng.pdf?sequence=1.

WHO, World Health Organization (2018). *Global status report on alcohol and health*

2018. http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/.

Voluntary Homicides and Premeditation: A Comprehensive Review

Carlos Castro², Diana Moreira^{1,2,5} & Fernando Almeida^{1,2,3,4},

¹University Institute of Maia

²University of Porto

³Health Research and Innovation Institute (i3S)

⁴Porto Lusíadas Hospital

⁵Institute of Psychology and Neuropsychology of Porto – IPNP Health

Author Note

Fernando Almeida, Social and Behavioral Sciences Department, University Institute of Maia, Abel Salazar Biomedical Sciences Institute, Health Research and Innovation Institute (i3S), and Porto Lusíadas Hospital (Portugal). Carlos Castro, Abel Salazar Biomedical Sciences Institute (Portugal). Diana Moreira, Laboratory of Neuropsychophysiology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Porto, Social and Behavioral Sciences Department, University Institute of Maia, and Institute of Psychology and Neuropsychology of Porto – IPNP Health (Portugal).

The authors do not have financial, personal, or professional conflicts of interests. After the local ethics committee approved the study, it was conducted according to APA ethical standards.

Corresponding author: Fernando Almeida, University Institute of Maia, Avenida Carlos Oliveira Campos, 4475-690, Maia, Portugal. Tel: + 351 229 866 000; Email:

afernandalmeida@sapo.pt.

Abstract

In terms of its impact on the victim, the victim's family and friends, and the financial resources devoted to its investigation, homicide is the most severe form of antisocial behavior. Studies on voluntary homicides have focused on the experience of perpetrators and their relationship with victims, the personality of the protagonists, the motivations of the crimes, the associated risk factors, the instruments used, the locations, periods of the day and year in which the crimes are perpetrated. The characteristics and profiles of the perpetrators have also been the object of study, for which it was essential to know their personal, criminal, professional, clinical and psychological backgrounds, as well as their personality, including impulsiveness and impulse control. Thus, this review sought to explore the complex relationship between voluntary homicides and forethought/premeditation. The studies were obtained from multiple EBSCOhost databases, including Academic Search Ultimate, CINAHL Plus with Full Text, Criminal Justice Abstracts, Education Source, ERIC, Humanities Abstracts, Medline, Medline with Full Text, PsycARTICLES, PsycINFO, Sociology Source Ultimate. Evidence of premeditation in homicide is important to the investigation of psychological processes relating to homicide, because it necessarily indicates that the perpetrator thought of committing the murder prior to the behavior.

Keywords: homicide, murderer, manslaughter, premeditated, premeditation, non premeditation, crime-scene

Voluntary Homicides and Premeditation: A Comprehensive Review

Homicide is a heterogeneous phenomenon, associated with different contexts, motivations, and types of perpetrators (Woodworth & Porter, 2002). In terms of its impact on the victim, the victim's family and friends, and the financial resources devoted to its investigation, homicide is the most severe form of antisocial behavior. It remains a significant problem within all cultures and nations (e.g., Daley & Wilson, 1988). Homicide is a heterogeneous phenomenon, associated with different contexts, motivations, and types of perpetrators. Typically, first degree murder is both intentional and premeditated. Premeditated can mean anything from a long time plan to kill the victim, to a shorter term plan. The intent of the accused murderer does not need to be focused on the actual victim. If someone planned on killing one victim, but by accident kills someone else, the murder is still intentional and premeditated, meaning a first degree murder charge (Reynolds & McCrea, 2017). This review sought to explore the complex relationship between voluntary homicide and forethought. The studies were obtained from multiple EBSCOhost databases, including Academic Search Ultimate, CINAHL Plus with Full Text, Criminal Justice Abstracts, Education Source, ERIC, Humanities Abstracts, Medline, Medline with Full Text, PsycARTICLES, PsycINFO, Sociology Source Ultimate. For the research, keywords such as homicide, premeditated, premeditated, impulse control, impulsivity, crime scene were used.

Most research on homicide has primarily concerned homicide behavior (e.g., Reza, Mercy, & Krug, 2001; Shackelford, Buss, & Weekes-Shackelford, 2003; Wilson & Daly, 1985), with comparatively little research having been directed towards understanding homicidal thoughts. Yet research on homicidal thoughts has the potential to inform us about issues of intent and premeditation, key issues in a legal setting. Thus, not only is the mental process that results

in homicide behavior understudied, but it is a potentially valuable source of empirical evidence that can speak to legal issues, as well as explanations of homicide.

Almeida (1999) in “Homicidas em Portugal” conducted an exhaustive study on the homicidal phenomenon, covering a wide range of data and variables on perpetrators, their crimes, and their victims. Moreover, the author gathered generic elements about identification, personal and criminal background, personality disorders, motivations, relationship with the victim, consanguinity, place of crime, circumstances of time, mode and place, the typology of the homicide, premeditation and impulsiveness, the instrument used, reflecting on the importance of firearms and some associated risk factors such as alcohol, drugs, and severe mental illness. The author carried out fieldwork with a sample of 53 perpetrators, to date, serving a prison sentence in several prisons for the crime of murder, consummated, crimes committed in the Judicial District of Porto, during the year 1990. Data collection was carried out through psychiatric interviews, psychological assessment, and documentary analysis associated with the respective cases.

It was concluded that one third of the perpetrators committed the crime with some degree of forethought, the largest number acted emotionally and impulsively, often under the influence of some degree of alcohol and in possession of a firearm. Only 20% of perpetrators showed a good ability to control their impulses. The results obtained point to the fact that homicide occurs at a higher rate in rural areas and small towns, more frequently in the summer months, between 3:00 pm and 3:00 am, in the second third of the month and on Tuesdays, although a complete explanation for this last series was not found. Most of them occur among known people, considering consanguinity as a protective factor. It is warned not to devalue threats of patients with clinical decompensation of serious illnesses. The author states that, often, the crime was triggered due to a behavior considered “reprehensible” on the part of the victim and that, in a

way, it triggers the homicide, in a context of fear, provocation and/or exhaustion generated in the opponent (Almeida, 1999). The highest prevalence of homicides originates from altercations and is practiced in the context of choleric episodes, associated with a low socio-cultural level of the perpetrators, intellectual limitations, school difficulties, difficulty in controlling their impulses, and under the influence of alcohol. The firearm was the most used instrument for the crime, pointing out that many of the murderers were legally entitled to their possession, even though they are not considered to have psychological conditions for doing so, followed by bladed weapons and then the blunt weapons.

In a previous, extensive, psychosociological study, Trincão (1943), using a sample of 497 murderers serving a prison sentence in the Coimbra Prison, analyzed them in terms of three aspects he considered for delinquency: biological, criminological and sociological. With the necessary adaptations, Trincão (1943) applied to a specific sample of the Portuguese population, a research study carried out in Belgium by Dr. L. Vervaeck, presented at the I International Congress of Criminology, in Rome (1939), having collected a vast data set that was organized through criminal reports. The elements obtained focused, namely, on family, social, and sexual life; hereditary, biological, psychomotor antecedents; personal antecedents; the motive of the crime; the external conditions; premeditation; and resulting from physical and clinical examinations. Of the elements systematized, the author concluded that about 70% of perpetrators committed crimes caused by hatred, revenge or cholera, many of them under the influence of alcohol, but few in a state of acute drunkenness. Of the 497 perpetrators, there were 119 repeat offenders for the practice of some type of crime, although only four for voluntary homicide, which leads to the conclusion that, as a rule, the perpetrator only practices this type of crime once. From the analysis and conclusions the author arrived at, he admits that it was not possible to ascertain the existence of an anatomic-psychological typology of the perpetrators.

In “Homicídio em Portugal”, Rainho (2008) focuses, in essence, on the different approaches of authors to violent crime, namely the theories they defend and which try to explain the associated behavior. The author carried out fieldwork with a population of inmates convicted of homicide, who, at the time, were serving a prison sentence at the Santa Cruz do Bispo establishment, in the District of Porto, using interviews and other data collection techniques. The author collected information about life histories, factors that led them to commit the crime and the variables of the socio-cultural environment in which they were inserted, prior to the commission of the crime. Aspects related to family, school, existence of a history of domestic violence, drug addiction, alcohol, social exclusion and isolation were analyzed, with inmates having a common and transversal pattern. The author concludes about the strong influence of the environment in which individuals are inserted and which contributes to the commission of the crime. Using practical cases, he reinforced the conclusions of the different theories of crime that he addressed, namely Lombroso, Durkheim, Merton, Goffman, Taylor, Walton, and Young, considering them fundamental for the understanding and explanation of deviant behavior. He highlighted the social factors mentioned in the preceding paragraph, as influencers in the practice of the crime of homicide and present in the life history of the perpetrators he studied.

Additionally, Cruz (2009) carried out work on the relationship between homicide and executive dysfunction, one of the reasons he considered to be pointed out as one of the main causes for the practice of homicidal behavior. The study involved a sample of 29 inmates, serving time for the crime of homicide, making a distinction between those who were committed in an impulsive manner, either on impulse or following a threat of imminent crime, and those who tend to be premeditated perpetrators, showing behavioral control. To differentiate the two homicidal profiles, behavioral measurement scales were used, in order to allow the study of executive functions at the level of prefrontal regulation, using a healthy control sample as a

reference group. The results suggest that the group of impulsive perpetrators and premeditated perpetrators do not present significant differences between them; however, when compared to the control group, they perform poorly, which translates into a relationship between executive dysfunction and homicidal behavior.

Still in the field of impulsivity and impulse control, against the background of the general theory of crime by Gottfredson and Hirschi (1990), DeLisi and Vaughn (2008) carried out a study in which a sample of 723 young inmates were examined. The authors concluded that low self-control is a strong indicator of criminal propensity and has a predictive value, far exceeding the impact of factors such as age, race, ethnicity, socioeconomic status, mental illness, attention deficit with hyperactivity and pre-existence of trauma.

According to Salfati (2000), the murderer and his relationship with the crime scene can also be analyzed through the role that the victim plays for the aggressor, instrumental or expressive, in the same way in relation to his background, which are factors to take into account and with the necessary implications in the construction of their profile. Salfati (2003; Salfati & Haratsis, 2001), thus, divides perpetrators into two categories, based on 36 crime scene indicators: expressive perpetrators and instrumental perpetrators. On the one hand, expressive perpetrators are induced by anger, relating them to sexual violence, arson or aggression. Extreme violence, the production of multiple injuries, the use of multiple weapons, the suffocation and dismemberment of victims' bodies can characterize scenes of expressive crimes. On the other hand, instrumental perpetrators are linked to violence, theft, robbery, assault, and are motivated by obtaining money or sex. In instrumental crime scenes, as a rule, bodies are not hidden and traces are left in place (e.g., weapons, blood, semen, clothing).

Rocha (2014) carried out a descriptive and exploratory study of a group of 77 murderers, serving time in the Santa Cruz do Bispo Prison, systematizing sociodemographic, spatiotemporal

variables, most prevalent mental pathologies, criminal history, relationship with the victims, motivation, most used instruments for the crime, and whether they acted in an impulsive or premeditated way. The collection of elements allowed us to conclude that about 68.8% of murderers are single, often have a history of substance use, altercation/discussion is the most frequent reason, and the most used in crime were sharp instruments. Those who suffered from mental illness and were considered not guilty for reason of insanity (NGRI) suffered mostly from schizophrenic psychosis. The authors concluded that 46.8% premeditated the crime, while 44.2% acted impulsively. Moreover, a percentage of 9.1% acted in an uncertain manner, and it was not possible to make a differentiation based on the elements collected.

A study of the same nature carried out by Rodrigues (2016), which involved a group of 20 inmates convicted of homicide and who were serving a prison sentence in the Funchal Prison, reached results that essentially reinforce Rocha's (2014) conclusions.

Another study (Pires, 2017), based on a sample of 30 inmates convicted of homicide and another group with the same number of members, selected from the general population and with characteristics comparable and similar to the target sample, studied the psychopathological symptoms of personality and emotional processing. The literature points to a relationship between these two components, suggesting a deficit in emotional processing in violent offenders. Individuals were assessed for symptoms, personality, psychopathic indices and emotional processing. The results achieved for those convicted of homicide point to a higher value on the compulsive and post-traumatic stress scale. At the personality level, characteristics of impulsivity, mastery of neuroticism and signs of psychopathy stood out. Non-inmates showed an absence of psychopathic indices, an element that became a differentiator between the two groups. It is worth noting a greater deficit, among the inmates, in terms of emotional processing, namely,

regarding the reaction times in the recognition of fear, false alarms and detection of sadness, recognition of surprise, and in the evaluations of images with neutral and positive context.

In 1978, Heilbrun, Heilbrun, and Heilbrun tried to understand whether impulsiveness and forethought were related to the degree of risk of recidivism in triggering violent behavior in recently released individuals and on parole. The research work the authors carried out was applied to a specific sample of the US population, namely a group of 164 convicts, made up of black and white individuals, who served time in the Georgia Prison. The authors compared variables aiming to clarify the risk of recidivism during parole, taking into account factors such as race and criminal impulsiveness. The conclusions reached reinforce the existing literature on the subject, showing that impulsivity contributes to violent crime and the risk of recidivism, regardless of race. In relation to murderers, the authors found a greater risk of recidivism for those who demonstrated a greater deficit in terms of impulse control. The results also suggest that individuals who commit a crime of premeditated homicide, taking into account the greater degree of previous familiarity with the victim, which happens in the case of a friend or family member, the rates of violence and risk rise. Nevertheless, the authors state that this last conclusion needs further study to reinforce and assess the case series found.

Still on the topic of recidivism regarding homicides, Roberts, Zgoba, and Shahidullah (2007) studied a random sample of 336 inmates convicted of homicide, released between the years 1990 and 2000, having been monitored for a minimum period of 5 years by the Correctional Department of New Jersey. The authors tried to ascertain whether those convicted without a criminal record recidivated less and any variables that might contribute to this situation. Murderers were classified into four categories: firstly, those for whom the behavior originated in an altercation or discussion; secondly, when committed while committing another crime; third, when related to domestic violence; and finally, after an accident. None of the monitored

individuals committed a new homicide, with the recidivism occurring only in terms of violent or drug-related crimes, committed by the group associated with intentional homicides.

Brookman (2015) analyzed the decision-making process to kill and how it is influenced by situational, international and emotional factors. The study focused on what they were thinking and feeling at the moment immediately before the crime was committed and the extent to which they used previous knowledge and their experience to consummate it. One of the central objects of Brookman's (2015) study was to review the literature to clarify the existence of specific cognitive processes, evidenced by homicides, which can inform them and lead them to adopt lethal behavior.

Fontaine (2008), through an empirical study and literature review, addressed the difference between homicide and murder. Homicide is the simple act of killing another person; in murder, there is a component of premeditation or predetermination, with the crime being considered first degree; and manslaughter, which concerns the act of killing someone voluntarily in a context of extreme provocation, in the heat of the moment, or involuntarily, when it is negligent or due to careless behavior. The author's approach focused on the perspective of social information processing theory. Furthermore, the author analyzed the contribution of the cognitive and emotional reactive dysfunction that can lead to the commission of a reactive homicide, correlating it with the reactive homicide practiced in the heat of the moment, taking into account factors such as provocation and fury in the response. Through this study, the author concludes and defends that reactive homicide, associated with an inadequate or skewed cognitive processing of a certain event, or derived from psychiatric disorder, factors that contributed to the commission of the crime, should be similarly mitigated as in the case of a homicide committed in the heat of the moment, associated with a provocation considered adequate to produce lethal behavior. The author also addressed the duplicity of criteria when the analysis on this matter is

carried out from a psychological or legal perspective, with the due implications on the penal framework to be applied.

Discussion

Despite its extreme negative consequences, homicide is one of the least studied and most poorly understood forms of antisocial behavior. Homicidal ideation or fantasy involves thinking about committing murder. These thoughts may be fleeting or may be more elaborate. Elaborate homicidal thoughts may include considerations of how to commit the murder, or the costs and benefits of this strategy. The deliberation or planning of a homicide is premeditation. Thus, homicidal ideation may or may not evidence planning or persistence of homicide-directed actions, whereas premeditation does. This review sought to explore the complex relationship between voluntary homicide and forethought/premeditation. The studies were obtained from multiple EBSCOhost databases, including Academic Search Ultimate, CINAHL Plus with Full Text, Criminal Justice Abstracts, Education Source, ERIC, Humanities Abstracts, Medline, Medline with Full Text, PsycARTICLES, PsycINFO, Sociology Source Ultimate.

Violence may contain elements of both instrumentality and emotionality/reactivity (Bushman & Anderson, 2001; Cornell et al., 1996; Poulin & Boivin, 2000) in both children (Crick & Dodge, 1996; Dodge, 1991; Poulin & Boivin, 2000; Vitiello & Stoff, 1997) and adults (e.g., Block & Block, 1992).

Most societies consider murder to be an extremely serious crime and, thus, that a person convicted of murder should receive harsh punishments for the purposes of retribution, deterrence, rehabilitation, or incapacitation. In most countries, a person convicted of murder generally faces a long-term prison sentence, possibly a life sentence; and in a few, the death penalty may be imposed.

One must continue to act and promote teaching and make it reach all people, regardless of the area of the territory in which they are located, in order to contribute to their personal enrichment, as well as to prevent and decrease the frequency of these type of crimes, and certainly many others. We must also act on the risk factors identified in this article, so that we can assess and potentially reduce the probability of the occurrence of homicides.

Future studies should explore (in)consistencies between the offender's primary motivation (instrumental or reactive) for previous homicides and other violent acts, and his or her motivation for the current homicide.

Understanding the thoughts that precede homicidal behavior is an understudied but highly important topic of research. The psychological aspects of homicide – a type of violent behavior that often seems incomprehensible to both the public and mental health professionals – were investigated and found that the construct of premeditation contributes much to our understanding of the phenomenon.

In conclusion, evidence of premeditation in voluntary homicide is important to the investigation of psychological processes relating to homicide, because it indicates that the perpetrator thought of committing the murder prior to the behavior. However, the majority of homicides tend to be unplanned, spontaneous acts.

References

- Almeida, F. (1999). *Homicidas em Portugal*. Maia: ISMAI.
- Block, R., & Block, C. (1992). Homicide syndromes and vulnerability: Violence in Chicago community areas over 25 years. *Studies on Crime and Crime Prevention, 1*, 61-87.
- Brookman, F. (2015). Killer decisions: The role of cognition, affect and “expertise in homicide”. *Aggression and Violent Behavior, 20*, 42-52. <http://dx.doi.org/10.1016/j.avb.2014.12.007>
- Bushman, B., & Anderson, C. (2001). Is it time to pull the plug on the hostile versus instrumental aggression dichotomy? *Psychological Review, 108*(1), 273-279. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-295X.108.1.273>
- Cornell, D., Warren, J., Hawk, G., Stafford, E., Oram, G., & Pine, D. (1996). Psychopathy in instrumental and reactive violent offenders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(4), 783-790. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.64.4.783>
- Crick, N., & Dodge, K. (1996). Social information-processing mechanisms in reactive and proactive aggression. *Child Development, 67*(3), 993-1000. <http://dx.doi.org/10.2307/1131875>
- Cruz, A. (2009). *Disfunção executiva em homicidas impulsivos e premeditados*. Porto: FPCEUP.
- Daley, M., & Wilson, M. (1998). *Homicide*. New York: Aldine de Gruyter.
- DeLisi, M. & Vaughn, M. (2008). The Gottfredson-Hirschi critiques revisited: Reconciling self-control theory, criminal careers, and career criminals. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 52*(5), 520-537. <https://doi.org/10.1177/0306624X07308553>
- Dodge, K. (1991). The structure and function of reactive and proactive aggression. In D. Pepler & K. Rubin (Eds.), *The development and treatment of childhood aggression* (pp. 1-18). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

- Fontaine, R. (2008). Reactive cognition, reactive emotion: Toward a more psychologically informed understanding of reactive homicide. *Psychology Public Policy and Law*, 14(4), 243-261. <http://dx.doi.org/10.1037/a0013768>
- Gottfredson, M., & Hirschi, T. (1990). *A general theory of crime*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Heilbrun, A., Heilbrun, L., & Heilbrun, K. (1978). Impulsive and premeditated homicide: An analysis of subsequent parole risk of the murderer. *The Journal of Criminal Law and Criminology*, 69(1), 108-114. <http://dx.doi.org/10.2307/1142500>
- Pires, M. (2017). *Psicopatologia, personalidade e processamento emocional em reclusos condenados por homicídio versus grupo sem história criminal*. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Poulin, F., & Boivin, M. (2000). Reactive and proactive aggression: Evidence of a two-factor model. *Psychological Assessment*, 12(2), 115-122. <http://dx.doi.org/10.1037/1040-3590.12.2.115>
- Rainho, L. (2008). *Homicídios em Portugal, contributo para o seu estudo*. Lisboa: ISCTE.
- Reynolds, J., & McCrea, S. (2017). Spontaneous violent and homicide thoughts in four homicide contexts. *Psychiatry, Psychology and Law*, 24(4), 605-627. <http://dx.doi.org/10.1080/13218719.2016.1259540>
- Reza, A., Mercy, J. A., & Krug, E. (2001). Epidemiology of violent deaths in the world. *Injury Prevention*, 7(2), 104-111. <http://dx.doi.org/10.1136/ip.7.2.104>
- Roberts, A., Zgoba, K., & Shahidullah, S. (2007). Recidivism among four types of homicide offenders: An exploratory analysis of 336 homicide offenders in New Jersey. *Aggression and Violent Behavior*, 12(5), 493-507. <http://dx.doi.org/10.1016/j.avb.2007.02.012>
- Rocha, A. (2014). *Estudo dos homicidas no estabelecimento prisional de Santa Cruz do Bispo*.

Maia: ISMAI.

Rodrigues, M. (2016). *Estudo dos homicidas na Madeira*. Maia: ISMAI.

Salfati, C. (2000). The nature of expressiveness and instrumentality in homicide: Implications for offender profiling. *Homicide Studies*, 4(3), 265-293.

<https://doi.org/10.1177/1088767900004003004>

Salfati, C. (2003). Offender interaction with victims in homicide: A multidimensional analysis of frequencies in crime scene behaviours. *Journal of Interpersonal Violence*, 18(5), 490-512.

<http://dx.doi.org/10.1177/0886260503251069>

Salfati, C., & Haratsis, E. (2001). Greek homicide: A behavioral examination of offender crimescene actions. *Homicide Studies*, 5(4), 335-362.

<http://dx.doi.org/10.1177/1088767901005004006>

Shackelford, T., Buss, D., & Weekes-Shackelford, V. (2003). Wife killings committed in the context of a lovers triangle. *Basic and Applied Social Psychology*, 25(2), 137-143.

http://dx.doi.org/10.1207/S15324834BASP2502_4

Trincão, M. (1943). *Os homicidas: Estudo psico-sociológico*. Coimbra.

Vitiello, B., & Stoff, D. (1997). Subtypes of aggression and their relevance to child psychiatry. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(3), 307-315.

<http://dx.doi.org/10.1097/00004583-199703000-00008>

Wilson, M., & Daly, M. (1985). Competitiveness, risk taking, and violence: The young male syndrome. *Ethology & Sociobiology*, 6(1), 59-73. [http://dx.doi.org/10.1016/0162-](http://dx.doi.org/10.1016/0162-3095(85)90041-X)

[3095\(85\)90041-X](http://dx.doi.org/10.1016/0162-3095(85)90041-X)

Woodworth, M., & Porter, S. (2002). In cold blood: Characteristics of criminal homicides as a function of psychopathy. *Journal of Abnormal Psychology*, 111(3), 436-445.

<http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.111.3.436>

RESIDENCIAL

A perspetiva dos jovens em contexto de acolhimento residencial
sobre o processo de autonomização

Maria Martins Lopes¹, Helena Grangeia¹, & Anita Santos²

¹Instituto Universitário da Maia – ISMAI

²Instituto Universitário da Maia – ISMAI &
Centro de Psicologia da Universidade do Porto - CPUP

Autor correspondente: Anita Santos, Instituto Universitário da Maia – ISMAI & Centro de
Psicologia da Universidade do Porto - CPUP

Av. Carlos Oliveira Campos - Castelo da Maia, 4475-690 Avioso S. Pedro, Portugal

Email: anitasantos@ismai.pt

Resumo

Em Portugal apresentar uma elevada percentagem de jovens em acolhimento residencial, a investigação sobre o tema é escassa, e raramente leva em consideração as narrativas dos próprios sujeitos. O presente estudo foi realizado com o objetivo de compreender a forma como os jovens em acolhimento residencial encaram o processo de autonomização. Os participantes foram 11 jovens, com idades entre os 15 e os 17 anos, que se encontravam acolhidos num Centro de Acolhimento Residencial no Norte do país. Foi utilizada uma grelha de análise documental para analisar os processos dos jovens, num primeiro momento. Depois conduziu-se uma entrevista semiestruturada no sentido de compreender o ponto de vista dos jovens acerca do contexto em que estão inseridos, a sua visão sobre o processo de acolhimento residencial e a sua perceção em relação à saída da instituição. Os resultados sugerem que o acolhimento residencial é vivenciado de uma forma genericamente negativa pelos jovens entrevistados, uma vez que a percebem como uma quebra dos laços afetivos. Apesar de todas as dificuldades que vão surgindo durante o período de institucionalização, relatam algumas mudanças positivas, nomeadamente ao nível da diminuição dos comportamentos disruptivos e dos consumos de substâncias. Os resultados parecem indicar também que estes jovens não apresentam as competências necessárias para enfrentar o processo de autonomização.

Palavras-chave: jovens; acolhimento residencial; processo de autonomização

A perspetiva dos jovens em contexto de acolhimento residencial

sobre o processo de autonomização

Em Portugal, a Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo visa a promoção dos direitos e a proteção das crianças e jovens em situação de perigo, garantindo o seu bem-estar e desenvolvimento integral (Lei n.º 147/99, de 1 de setembro). No ano de 2017, de acordo com o Relatório de Caracterização Anual da Situação de Acolhimento das Crianças e Jovens (Relatório CASA) (Instituto da Segurança Social, 2018), foram sinalizadas 3.918 crianças ou jovens em situação de perigo, nomeadamente: negligência (2.627), maus tratos psicológicos (400), maus tratos físicos (175), abuso sexual (40) e outros (676).

Apesar do acolhimento residencial ser aplicado em “situações limite”, de acordo com o Relatório Anual de Avaliação da Atividade das CPCJ do ano de 2018 - maio 2019, esta é a segunda medida de promoção e proteção mais aplicada (9.4%), a seguir à medida de apoio junto dos pais, que contabilizou 79.2% dos casos (CNPDPJ, 2019). Neste sentido, segundo o Relatório CASA (ISS, 2018) no ano 2017 encontravam-se em Portugal, 7553 crianças e jovens institucionalizados, tendo cessado a institucionalização, nesse mesmo ano, 2857 crianças e jovens.

A institucionalização é vivenciada pelos/as jovens de forma negativa, representando na maior parte das vezes uma adaptação difícil e nem sempre aceite. De forma a fazer face à falta de condições e à negligência dos cuidados parentais, o objetivo deve ser o de trabalhar estas problemáticas com a família, tendo em vista a reintegração da criança ou jovem na mesma. No entanto, nem sempre esta reintegração acontece, devendo a intervenção focar-se no processo de autonomização, realizado no contexto institucional. Para que este trabalho se realize é fundamental o desenvolvimento de programas de autonomização de vida e o desenvolvimento de competências sociais e pessoais nos/as

jovens, de modo a que a fase da transição seja efetuada com sucesso (Barth, Greeson, Zlotnik, & Chintapalli, 2009).

A caracterização do fenómeno de crianças e jovens em risco e o acolhimento

O fenómeno de “crianças e jovens em risco” tem sido analisado por numerosos/as investigadores/as de várias áreas, sendo assim um conceito bastante amplo e heterogéneo.

Uma vez que estas crianças e jovens são, habitualmente, oriundas de agregados disfuncionais, uma grande variedade de motivos pode estar na origem de várias situações de risco (e.g., carência económica, desemprego, alcoolismo, toxicodependência, falta de competências parentais, más condições habitacionais, entre outros) (Santos, 2009).

Estas problemáticas levam ao desenvolvimento de padrões comportamentais controversos tais como: dificuldade em resistir à frustração, dificuldades de relacionamento interpessoal, surgimento de sentimentos depressivos, níveis elevados de ansiedade e de agressividade, dificuldades de aprendizagem e insucesso escolar, oscilações de humor, instabilidade emocional e baixa autoestima (Carneiro, 2005).

A Lei 147/99, de 1 de Setembro, surgiu com o objetivo de salvaguardar os direitos das crianças cujos pais, ou responsáveis pelos seus comportamentos, comprometem a sua saúde, o seu desenvolvimento e educação, ou não são capazes de as proteger, face aos perigos colocados por terceiros, pelas próprias crianças ou pelos jovens. A Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo veio introduzir mudanças no sistema de acolhimento existente, tendo sofrido já quatro alterações, nomeadamente pela lei nº 31/2003, de 22 de agosto, pela lei nº 142/2015 de 8 de setembro pela lei nº 23/2017, de 23 de maio e pela lei nº 26/2018 de 5 de julho.

Segundo a Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo (artigo 3.º, alínea 2), considera-se que a criança ou jovem se encontra em situação de perigo quando os pais, o

representante legal ou quem tenha a guarda de facto, coloquem em perigo a sua segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento, em pelo menos uma das seguintes situações:

- a) Está abandonada ou vive entregue a si própria;
- b) Sofre maus tratos físicos ou psíquicos ou é vítima de abusos sexuais;
- c) Não recebe os cuidados ou a afeição adequados à sua idade e situação pessoal;
- d) Está aos cuidados de terceiros, durante período de tempo em que se observou o estabelecimento com estes de forte relação de vinculação e em simultâneo com o não exercício pelos pais das suas funções parentais;
- e) É obrigada a atividades ou trabalhos excessivos ou inadequados à sua idade, dignidade e situação pessoal ou prejudiciais à sua formação ou desenvolvimento;
- f) Está sujeita, de forma direta ou indireta, a comportamentos que afetem gravemente a sua segurança ou o seu equilíbrio emocional;
- g) Assume comportamentos ou se entrega a atividades ou consumos que afetem gravemente a sua saúde, segurança, formação, educação ou desenvolvimento sem que os pais, o representante legal ou quem tenha a guarda de facto se lhes oponham de modo adequado a remover essa situação;
- h) Tem nacionalidade estrangeira e está acolhida em instituição pública, cooperativa, social ou privada com acordo de cooperação com o Estado, sem autorização de residência em território nacional.

Em Portugal, a autoridade especial de proteção da infância e da juventude – Instituto de Segurança Social, reúne os princípios e as normas elencadas nos diversos diplomas ratificados pelo Estado Português, nomeadamente: a Convenção sobre os Direitos da Criança, o Código Civil Português, a Constituição da República e a Lei de Proteção de

Crianças e Jovens em Perigo (Lourenço, 2014).

A promoção e proteção das crianças e jovens compete, em primeiro lugar, às entidades públicas ou privadas com competências em matéria de infância e juventude, depois às Comissões de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) e, em última instância, aos Tribunais, conforme está expresso nos termos da Lei 147/99 (artigo 6.º), cumprindo o princípio da subsidiariedade (artigo 4.º, alínea k).

De acordo com a Lei 147/99 as CPCJ são instituições oficiais não judiciárias com autonomia funcional que visam promover os direitos das crianças e do jovem e prevenir, ou pôr termo, a situações suscetíveis de afetar a sua segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento integral (artigo 12.º, alínea 1).

As medidas aplicáveis pelas CPCJs e pelos Tribunais (alíneas 1 e 2, art. 35.º da Lei 147/99, de 1 de Setembro) podem ser divididas em duas categorias: meio natural de vida e regime de colocação. Relativamente às medidas executadas em meio natural de vida, estas podem ser: a) apoio junto dos pais; b) apoio junto de outro familiar; c) confiança à pessoa idónea e d) apoio para a autonomia de vida. Quanto às medidas aplicadas em regime de colocação, estas são divididas em acolhimento familiar e em acolhimento residencial.

O acolhimento residencial tem como finalidade proporcionar condições que garantam a adequada satisfação das necessidades físicas, psíquicas, emocionais e sociais das crianças e jovens e o efetivo exercício dos seus direitos, favorecendo a sua integração em contexto sociofamiliar seguro e promovendo a sua educação, bem-estar e desenvolvimento integral (alínea 2, art. 49.º da Lei 147/99, de 1 de setembro).

Apesar do acolhimento residencial ser aplicado em “situações limite”, de acordo com o Relatório Anual de Avaliação da Atividade das CPCJ do ano de 2018- maio 2019, esta é a segunda medida de promoção e proteção mais aplicada (9.4%), ainda que a medida

de apoio junto dos pais contabilize 79.2% dos casos, é a primeira medida de colocação, sendo privilegiada face ao acolhimento familiar (0.3%) (CNPDPJCJ, 2019).

Neste sentido, segundo o Relatório CASA (ISS, 2018) no ano 2017 encontravam-se em Portugal, 7553 crianças e jovens em acolhimento residencial, sendo 3984 pertencentes ao sexo masculino e 3569 pertencentes ao sexo feminino, tendo cessado essa medida, nesse mesmo ano, 2857 crianças e jovens. Nos escalões etários 6-9 anos e 15-17 anos observa-se um maior número de crianças e jovens do sexo masculino, sendo que no escalão 18-20 anos as raparigas estão em maior número. As principais características particulares destas crianças e jovens são: problemas de comportamento (28%); doença ou deficiência (26%) e o consumo de produtos estupefacientes (8%).

Ainda segundo o mesmo relatório (CASA, 2018), os problemas de comportamento têm vindo a aumentar. Num total de 2109 jovens com esta problemática, a faixa etária dos 15-17 anos, é onde se encontra a maior percentagem de jovens (57%), seguida da faixa etária 12-14 anos, em que 22% dos jovens apresentam comportamentos disruptivos. Convém referir que a larga maioria dos/as jovens apresenta problemas de comportamento de tipo ligeiro (73%), correspondendo a uma atitude de desafio e oposição perante os adultos ou pares. Relativamente ao projeto de vida continuam a predominar os projetos de vida “autonomização” em 38% dos casos e a “reintegração na família nuclear” em 36% dos casos. Para finalizar, entre os anos 2008 e 2017 registou-se um decréscimo de 25% no número de crianças e jovens nos últimos 10 anos. Apenas o ano 2015 não concorreu para esse decréscimo na medida em que se evidenciou um aumento de 3% no fluxo total de crianças e jovens, relativamente ao ano 2014.

Segundo o artigo 50.º, da Lei 147/99, de 1 de setembro, com as alterações da Lei n.º 142/2015, de 8 de setembro e da Lei n.º 26/2018, de 05 de julho, o acolhimento residencial

tem lugar em casa de acolhimento e obedece a modelos de intervenção socioeducativos adequados às crianças e jovens nela acolhidos. Neste sentido, as casas de acolhimento podem organizar-se por unidades especializadas, designadamente: a) Casas de acolhimento para situações de emergência; b) Casas de acolhimento para problemáticas específicas e necessidades de intervenção educativa e terapêutica, evidenciadas pelas crianças e jovens a acolher; e c) Apartamentos de autonomização para o apoio e promoção de autonomia dos jovens.

Segundo o artigo 52.º da Lei 147/99, as instituições de acolhimento podem ser públicas ou cooperativas, sociais ou privadas, e são organizadas em unidades que favoreçam uma relação afetiva do tipo familiar, uma vida diária personalizada e a integração na comunidade (alínea 1, do art. 53.º da Lei 147/99). Estão organizadas em equipas articuladas entre si, nomeadamente: uma equipa técnica com formação nas áreas de psicologia e do trabalho social, que tem como função a realização do diagnóstico da situação da criança ou do jovem e a definição e execução do seu projeto de promoção e proteção; e uma equipa educativa com a função de acompanhamento socioeducativo das crianças e jovens acolhidos (alíneas 1 e 3 do art. 54.º da Lei 147/99).

Do ponto de vista da investigação científica, o processo de acolhimento residencial é um tema que parece ter vindo a ser negligenciado em Portugal, especialmente no que diz respeito ao domínio afetivo e emocional das crianças e jovens. Apesar da falta de condições ou da negligência dos cuidados parentais, a situação de acolhimento representa na maior parte das vezes uma transição difícil e nem sempre aceite pelos jovens. Por muito disfuncional que a família seja, a chegada à instituição é vivida como uma perda ou rejeição do seio familiar, uma vez que traduz no mundo interno dos jovens a ausência de um sentido de pertença (Mota & Matos, 2008).

As transições no acolhimento residencial

Quando as crianças e jovens chegam a uma instituição levam consigo um percurso de vida marcado, muitas vezes, por sofrimento, por relações afetivas pouco gratificantes e por perdas sucessivas, que os colocam numa situação de desproteção e vulnerabilidade. Neste sentido, sempre que existe a necessidade de acolher uma criança ou jovem, é fundamental que a instituição dê resposta às suas necessidades, proporcionando-lhes proteção, confiança, segurança e estabilidade (Gomes, 2010).

No entanto, nem sempre as instituições se pautaram por oferecer alternativas relacionais estruturantes, nem por preparar a integração social e laboral futura destes jovens (Quintãns, 2009). Segundo o estudo qualitativo de Quintãns (2009), o processo de saída da instituição constituiu, à semelhança do processo de chegada, um momento vivenciado de modo negativo, com sentimentos de revolta pela decisão repentina, desconsideração e ainda sentimentos de ambivalência, designadamente, alívio e ânsia de liberdade e, simultaneamente angústia por deixar as pessoas que conheceram na instituição.

Seguindo a mesma linha, o estudo de Silva, Oliveira e Marques (2019), debruçou-se sobre a perceção dos/as jovens acerca dos seus percursos de carreira e vivência do processo de autonomização. Através deste estudo, foi possível concluir que os sentimentos experienciados pelos jovens, tanto à entrada como no decorrer da sua vivência em acolhimento residencial, foram uma das categorias mais referidas, surgindo sentimentos de medo, proteção, tristeza, solidão, injustiça, apoio, aprisionamento, entre outros.

Para além disso, os jovens relatam também sentimentos de saudades dos/as colegas e cuidadores/as no acolhimento refletindo a forte ligação com a instituição e a perceção de falta de competências de autonomização. Ao mesmo tempo, os pensamentos dos/as jovens acerca da saída do acolhimento demonstraram um forte desejo em sair para voltarem para a

família (Silva et al., 2019).

Estes sentimentos resultam da necessidade dos jovens em estar com a família e com os amigos, do receio em permanecer durante muito tempo na instituição, de não gostarem das pessoas ou de não serem aceites pelos restantes jovens e da vontade em terem mais autonomia e mais liberdade (Carvalho & Manita, 2010).

O estudo de Santos (2010) concluiu que a entrada na instituição e os primeiros tempos de acolhimento foram marcados por grandes dificuldades, essencialmente pela separação abrupta das suas famílias de origem. Com este estudo foi também possível concluir que a maioria dos jovens tem a perceção que mudaram muito com a passagem pela casa de acolhimento e que essa mudança foi positiva. Essas mudanças estão relacionadas com o processo de amadurecimento pessoal e com o desenvolvimento pessoal e social destes sujeitos.

Segundo Gomes (2010), para as crianças e jovens é particularmente difícil o momento de acolhimento, uma vez que constitui um momento de rutura com o seu contexto familiar e com as pessoas da sua comunidade, levando a que experienciem com grande frequência sentimentos de revolta. Na maior parte das vezes, não compreendem os motivos da sua retirada, uma vez que sempre viveram naquele contexto, sendo esse o seu padrão de referência, e acabam por culpabilizar os/as próprios/as técnicos/as da instituição por toda a situação que estão a vivenciar.

Quando uma criança é acolhida, o objetivo inicial deve ser o de trabalhar com a família tendo em vista a reintegração familiar da criança ou jovem. Como tal, é fundamental que as equipas das instituições trabalhem com as crianças, jovens e as suas famílias no sentido de as ajudarem a alcançar as mudanças necessárias para a reintegração familiar ocorrer dentro do planeado. O objetivo é conseguir que as crianças e os jovens e as

respetivas famílias possam ser devidamente apoiadas nas diversas áreas, para que consigam desenvolver as competências necessárias para a sua transição para a autonomia e com isso tornarem-se cidadãos participativos no seu próprio projeto de vida (Gomes, 2010).

No entanto, sempre que não seja possível a reintegração familiar, a integração na família biológica ou a adoção, a intervenção centra-se no trabalho de autonomização, realizado a partir do contexto institucional sendo implementadas diversas ações e estratégias de forma a colmatar o impacto negativo da criança ou jovem na instituição. Este trabalho leva a que seja desenvolvido um treino de competências que permita à criança e ao jovem fazer aquisições potenciadoras que o conduzam a uma autonomia plena (Gomes, 2010).

Torna-se assim fundamental o desenvolvimento de programas de autonomização de vida e o desenvolvimento de competências sociais e pessoais nos jovens, de modo a que a fase da transição seja efetuada com sucesso (Barth et al., 2009).

Neste sentido, existem duas respostas específicas que permitem preparar os jovens para o processo de autonomização: o apoio para a autonomia de vida e os apartamentos de autonomização.

O processo de autonomização

De acordo com Decreto-lei n.º 12/2008, de 17 de janeiro, o apoio para a autonomia de vida visa proporcionar aos jovens a sua autonomização no contexto escolar, profissional e social, fortalecendo as relações entre os pares. Esta medida tem como objetivos específicos: proporcionar ao jovem, tendo em conta a sua personalidade e contexto de vida, condições que lhe permitam adquirir as competências necessárias e sentido de responsabilidade, através de um projeto de educação e formação; e criar condições de acesso aos jovens relativamente aos recursos essenciais para a sua autonomização

(formação profissional e pessoal e inserção na vida ativa) (art. 30.º).

Os apartamentos de autonomização estão inseridos na comunidade para jovens com idades compreendidas entre os 15 e os 21 anos em fase de transição para a vida adulta e que demonstrem competências pessoais específicas, através da dinamização de serviços que articulem e potenciem recursos existentes na comunidade. Estes apartamentos estimulam o desenvolvimento de valores sociais e encorajam os jovens a serem responsáveis pelos seus atos e por si próprios, permitindo o desenvolvimento gradual de competências pessoais e sociais necessárias a uma vida independente.

A inserção dos/as jovens nestes apartamentos tem como objetivos: acompanhar o/a jovem no processo de transição para a vida adulta e a sua inserção na sociedade; proporcionar aos/às jovens a aquisição e o desenvolvimento de competências pessoais, sociais, escolares e profissionais; prestar apoio relativo à entrada no mercado de trabalho; e capacitar os jovens para a tomada de decisões de forma autónoma (SCML, 2018).

Um estudo internacional recente realizado por Thompson, Wojciak e Cooley (2018) pretendeu avaliar juntos de jovens quais as competências e os recursos necessários para ter uma vida independente. Recorreram a dois subgrupos: um com jovens que já estiveram em acolhimento residencial e que viviam de forma independente; e outro com jovens que estavam a viver em instituições. Foi possível concluir que a maior parte dos/as jovens evidencia bastantes dificuldades na procura de emprego, revelam não ter usufruído durante o período de acolhimento de qualquer tipo de ajuda sobre a gestão das suas poupanças, sendo que muitos/as destes/as jovens nem sequer aprenderam a poupar e revelaram a falta de acompanhamento em aspetos como o planeamento alimentar, higiene pessoal, necessidades nutricionais entre outros. Por fim, em relação aos resultados obtidos pelos jovens em acolhimento residencial, a maior parte dos/as jovens revela ter poucas

competências de autonomização (Thompson, Wojciak, & Cooley, 2018).

Carneiro (2005) refere que, de um modo global, quando os/as jovens deixam as instituições de acolhimento, não possuem as competências necessárias para se enquadrarem na sociedade. Esta falta de competências sociais e de autonomização refletem-se de forma negativa ao nível pessoal, profissional e familiar.

O estudo realizado por Goodkind, Schelbe e Shook (2011) teve o objetivo de analisar os motivos dos jovens para abandonarem as instituições de acolhimento aos 18 anos. Foi possível concluir que os grandes motivos para os jovens deixarem as instituições estava relacionado com duas grandes categorias: desinformação e mal-entendidos; e desejo de autonomia e independência. Em relação à primeira categoria, alguns dos jovens não sabiam que podiam permanecer nas instituições depois dos 18 anos de idade, outros jovens apesar de saberem quais as condições para permanecerem na instituição e das suas tentativas para tal, foram forçados a deixar a instituição. Relativamente à segunda categoria, os/as jovens, por um lado, demonstram uma grande vontade em controlar as suas próprias vidas, o que é comum em praticamente todas as pessoas dessa idade e, por outro lado, os/as jovens demonstram um grande desejo de estarem livres das restrições da instituição, particularmente as regras e o próprio funcionamento. Este estudo tinha também como objetivo analisar os sucessos e as dificuldades experienciadas pelos/as jovens que saíram das instituições. Foi possível concluir que uma das grandes dificuldades se centrava na ausência de apoio social e emocional, uma vez que grande parte destes/as jovens voltam para o seio familiar após a saída da instituição sem saber como gerir as relações familiares (Goodkind, Schelbe, & Shook, 2011). Como tal, a ausência de suporte familiar e social na transição revela-se de grande dificuldade para os/as jovens institucionalizados.

Liabo, McKenna, Ingold e Roberts (2016) focaram-se em compreender como é

vivenciado pelos/as jovens, a experiência de institucionalização. Neste estudo, realizado no Reino Unido, foram entrevistados 11 jovens com idades entre os 16 e os 17 anos. Foi possível concluir que os/as jovens encontravam-se entusiasmados/as por saírem da instituição e tomarem conta das suas próprias vidas, estando esta transição associada ao sentimento de liberdade e à vontade em ter uma casa, um carro e um emprego. Por outro lado, os/as jovens que se encontravam mais próximos da transição, e até aqueles que já estavam fora dos cuidados da instituição, revelaram um lado mais negativo da transição, associado a sentimentos como o isolamento social e insegurança, sentindo falta do ambiente familiar da instituição.

A partir dos estudos realizados na área do acolhimento residencial, torna-se possível perceber que a prática de promoção e desenvolvimento de competências para o processo de autonomização nos/as jovens em acolhimento residencial é ainda insuficiente nestas instituições, havendo por isso a necessidade de potenciar a autonomização destes/as jovens com o objetivo de se integrarem na vida adulta de forma bem-sucedida. Deste modo, após a revisão da literatura surgiram algumas questões de investigação que o presente estudo pretende dar resposta: Como é que os/as jovens veem o seu processo de autonomização? De que modo a transição é preparada, do seu ponto de vista? Que conhecimentos e competências serão necessárias para uma vida fora da instituição?

Desta forma, o principal objetivo desta investigação passa por compreender a forma como os/as jovens em situação de acolhimento residencial encaram a sua transição para a autonomia. Através da análise dos discursos dos/as jovens, procurar-se-á explorar: como percebem a sua experiência de acolhimento; como veem a sua autonomização; de que forma a instituição e a família contribuem para a preparação do processo de autonomização; como percebem e antecipam a transição e a saída da instituição; e quais são

as expectativas dos/as jovens em relação ao futuro.

Método

Participantes

Os participantes do presente estudo foram 11 jovens que se encontravam institucionalizados num Centro de Acolhimento Temporário no Norte do país. Todos pertencem ao sexo masculino, com idades entre os 15 e os 17 anos de idade ($M= 16.4$, $DP= 0.75$) e de nacionalidade portuguesa. O tempo de permanência na instituição de acolhimento era, em média, de 20 meses, variando de 1 mês a 60 meses. Os jovens tinham entre 0 e 4 irmãos ($M=2$; $DP=1.1$). Para cada participante foi também analisado o seu processo na instituição.

A amostragem foi de conveniência, em virtude da facilidade de acesso à instituição, e também intencional, na medida em que se constitui por jovens em situação de acolhimento residencial. O critério de inclusão foi o facto de terem idade próxima da saída da instituição, com mais de 14 anos, para poderem elaborar acerca da sua experiência na entrevista, e por se encontrarem em fase de preparação para o processo de autonomização após um período de acolhimento residencial.

Instrumentos

Foi utilizada uma grelha de análise documental sobre os processos dos/as jovens na instituição de acolhimento residencial, constituída por sete categorias a analisar: a) motivos de acolhimento residencial; b) tempo de permanência na instituição; c) projeto de vida; d) caracterização familiar; e) situação escolar/profissional; f) estado de saúde; e, por último, g) intervenção institucional.

Foi também utilizada uma entrevista semiestruturada, com questões abertas, divididas em três grandes temas. O primeiro tema estava relacionado com o contexto em

que o jovem está inserido (e.g., “Como era a tua vida antes do acolhimento residencial?”; “E como era a tua relação com a tua família?”). O segundo conjunto de perguntas estava relacionado com o processo de acolhimento, focando-se nas vivências dos jovens no decorrer do seu acolhimento (e.g., “Como foi para ti vir para a instituição?”; “Descreve-me o teu dia aqui na instituição desde a hora que acordas, até à hora que te deitas?”). A terceira parte da entrevista foi desenvolvida para compreender como é que os jovens percecionam a sua saída da instituição (e.g., “Já pensaste como vai ser a saída da instituição?”; “Como achas que vai ser a tua vida depois de saíres daqui?”).

Procedimentos

No que diz respeito aos procedimentos de recolha de dados, o acesso aos participantes foi realizado a partir de um contacto com uma instituição de acolhimento residencial da zona norte do país, para apresentar o estudo. A direção da instituição deu autorização para a sua realização. Esta detém o poder legal para consentir a participação dos jovens na investigação, estando salvaguardada a confidencialidade e anonimato dos participantes.

Após ter sido dado acesso aos participantes, estes foram abordados individualmente no sentido de explicar os objetivos e a finalidade do estudo, salientando-se o facto da informação se destinar estritamente para fins de investigação, mantendo-se o anonimato e a confidencialidade dos dados. Foi obtido o consentimento informado dos jovens que aceitaram participar na investigação.

O processo de recolha de dados iniciou-se com a análise dos processos de cada jovem na instituição a partir da grelha de análise documental, pelo que foi realizada uma codificação dedutiva. Para cada categoria foi recolhida informação relevante, que foi posteriormente sofisticada pela inclusão de subcategorias. Para cada categoria foi

identificado o número de participantes a que pertence.

Posteriormente, as entrevistas foram realizadas pela primeira autora, de forma individual, num gabinete disponibilizado pela instituição. A duração das entrevistas rondou entre os 30 e os 40 minutos. As entrevistas foram gravadas e, seguidamente, foram transcritas integralmente.

As transcrições foram codificadas integralmente através da análise temática (Braun & Clarke, 2006), pela primeira autora. A codificação foi frequentemente auditada pelas segunda e terceira autoras. O processo de codificação foi inicialmente dedutivo, utilizando-se uma grelha de análise pré-definida, que foi subsequentemente melhorada ao longo da análise, com inclusão de novas categorias (análise indutiva). Os dados foram organizados numa grelha de codificação.

Para garantir a validade e credibilidade dos resultados foram adotadas diferentes estratégias, incluindo a auditoria, as comparações constantes ao longo do processo de codificação, e a descrição densa dos significados encontrados, identificados nos resultados pela apresentação e ilustração detalhada de cada categoria com excertos dos participantes.

Os participantes não forneceram feedback acerca dos resultados porque estes não lhes foram devolvidos.

Resultados

Os temas recolhidos pela análise documental foram: a) Os motivos do acolhimento; b) O tempo de permanência na instituição; c) O projeto de vida; d) A caracterização familiar que tem como subtemas: O agregado familiar, as competências parentais e as problemáticas dentro do seio familiar; e) Situação escolar/profissional; f) o estado de saúde e tem como subtemas: o diagnóstico e os acompanhamentos; e g) Intervenção institucional. Os temas e subtemas encontram-se na tabela 1.

Tabela 1

Resultados da análise documental dos processos

Temas	Subtemas	Número de Participantes
Motivos do acolhimento	-Negligência parental;	8
	-Absentismo/abandono escolar;	5
	-Comportamentos desajustados em contexto escolar;	2
	-Consumo de álcool por parte dos progenitores;	2
	-Agressões conjugais;	2
	-Relação conflituosa com a progenitora;	1
	-Consumo de substância psicoativas;	2
	-Adoção de comportamentos de risco;	1
	-Comportamentos desajustados e de oposição	2
	Projeto de vida	- Integração em meio natural de vida;
- Acolhimento até à maioridade;		1
-Integração numa residência autónoma;		1
- Medida “maior acompanhado”.		1
Caracterização familiar: Agregado familiar	- Progenitor;	4
	- Ambos os progenitores;	3
	- Progenitora;	2
	- Irmã;	1
	- Avó materna;	1
Problemáticas dentro do seio familiar	- Violência conjugal;	6
	-Alcoolismo por parte dos progenitores;	3
	- Ausência dos progenitores;	7
	-Acesso facilitado a substâncias ilícitas;	1
	- Falecimento dos progenitores;	2
	-Separação dos progenitores;	8
	- Conflitos familiares;	2
	- Má relação com os progenitores.	7
Competências parentais	- Competências parentais desadequadas	8
Situação escolar/profissional	- Ensino regular;	6
	- Cursos profissionais.	5
Estado de saúde – Consumos:	- Consumo de drogas ilícitas;	4
	- Consumo de álcool;	2
	- Não apresentam consumos;	5
Diagnósticos: Perturbações do comportamento	- Perturbação do comportamento;	2
	- Perturbação de Oposição e de Desafio;	1
	- Perturbação de Conduta;	1
	- Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção;	5
Perturbações Cognitivas	- Incapacidade Intelectual Ligeira;	1
	- Deficiência Mental Moderada;	1
	- Perturbação de Desenvolvimento Intelectual;	1
	- Défice Cognitivo;	1

Condições Médicas	- Hidrocefalia;	1
	- Cromossomopatia.	1
Acompanhamentos:	- Pedopsiquiatria;	8
	- Centro de Respostas Integrado;	5
Intervenção Institucional	- Apoio psicossocial	11

O primeiro tema analisado a partir dos processos foi o **motivo de acolhimento**, sendo que o mais predominante foi a negligência parental, verificando-se em 8 jovens. Para além deste motivo, os jovens também se encontram em acolhimento residencial devido ao absentismo/ abandono escolar (n=5), comportamentos desajustados em contexto escolar (n=2), consumo de álcool por parte dos progenitores (n=2), agressões conjugais (n=2), relação conflituosa com a progenitora (n=1), consumo de substâncias psicoativas (n=2), adoção de comportamentos de risco (n=1) e comportamentos desajustados e de oposição (n=2).

No tema **projeto de vida** 8 jovens tinham como projeto de vida a integração em meio natural de vida, 2 jovens têm acolhimento até à maioridade e a integração numa residência autónoma e, por último, a um jovem foi aplicada a medida “maior acompanhado”.

Dentro do tema **Caracterização familiar** encontraram-se três subtemas: a) agregado familiar; b) problemáticas dentro do seio familiar; e c) competências parentais.

Em relação ao agregado familiar, este era constituído maioritariamente pelo progenitor (n=4) e por ambos os progenitores (n=3). Para além disso, era também constituído pela progenitora (n=2); pela irmã mais velha (n=1); e pela avó materna (n=1).

Muitos jovens tinham histórias de vida marcadas por relações pautadas por

violência conjugal (n=6), alcoolismo por parte dos progenitores (n=3), ausência de um dos progenitores (n=7), acesso facilitado a substâncias ilícitas (n=1), falecimento de um dos progenitores (n=2), separação dos progenitores (n=8), conflitos entre famílias (n=2) ou má relação entre os progenitores (n=7).

Relativamente às **competências parentais**, os progenitores não apresentavam competências parentais adequadas no momento do acolhimento.

No tema **situação escolar/profissional**, a maioria dos jovens encontrava-se a frequentar o ensino regular (n=6), e os restantes estavam integrados em cursos profissionais (n=5).

Dentro do tema **estado de saúde** surgiram como subtemas: a) consumos; b) diagnósticos; e c) acompanhamentos. Em relação aos consumos, 4 jovens apresentavam consumos frequentes de drogas ilícitas, 2 apresentavam também consumos de álcool e 5 jovens não apresentavam quaisquer consumos.

Os diagnósticos descritos nos processos podem ser agrupados em três grandes categorias. Dentro das Perturbações do Comportamento, o grupo mais prevalente é a Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (n=5). De seguida, a Perturbação do Comportamento (n=2); a Perturbação de Oposição e de Desafio (n=1) e a Perturbação de Conduta (n=1). Em relação às Perturbações Cognitivas, os jovens apresentam Incapacidade Intelectual Ligeira (n=1), a Deficiência Mental Moderada (n=1), a Perturbação de Desenvolvimento Intelectual (n=1) e Défice Cognitivo (n=1). Por último, relativamente às Condições Médicas surge a Cromossomopatia e a Hidrocefalia, que estão diagnosticadas no mesmo jovem. Este mesmo jovem apresenta também Perturbação de Desenvolvimento Intelectual e Perturbação de hiperatividade com Défice de Atenção.

Em relação aos **acompanhamentos**, a maioria dos jovens encontra-se a ser

acompanhado em Pedopsiquiatria (n=8) e no Centro de Respostas Integrado (n=5).

Por último, ao nível da **intervenção institucional** todos os jovens são acompanhados ao nível psicossocial.

Da análise temática das entrevistas surgiram 16 temas e respetivos subtemas (ver Tabela 2). Serão apresentados exemplos ilustrativos dos subtemas referidos por quatro ou mais participantes.

Tabela 2

Resultados da análise das entrevistas

Temas	Subtemas	Número de participantes
Vida anterior ao acolhimento residencial	Comportamentos disruptivos	6
	Absentismo escolar	5
	Consumo de drogas	4
	Vida normal	2
Relação com a família	Instável	9
	Positiva	8
	Conflituosa	3
Reação da família face ao acolhimento	Acolhimento como oportunidade	7
	Medida de acolhimento desadequada para o desenvolvimento	4
	Contraditória	3
Onde e com quem gostariam de estar	Pessoas significativas	9
	Fora da Instituição	8
	Na instituição	1
Perceção dos jovens em relação à sua entrada na instituição	Desajustamento emocional	7
	Inicialmente negativa	5
	Inicialmente positiva	3
Motivos do acolhimento	Mau comportamento	6
	Sucessivas faltas à escola	5
	Problemas familiares	4
	Consumo de substâncias	3
	Comportamentos criminais	2
Relacionamento com os colegas de casa	Geralmente positiva	10
	Situações de conflito	3
Relacionamento com os/as técnicos/as	Positiva	8
	Negativa	2
	Instável	1
Mudanças após o acolhimento	Melhorias no comportamento	9
	Melhorias em relação à escola	4
	Diminuição dos consumos	2
	Desajustamento psicológico	1
Tarefas realizadas na instituição:		
Grau de satisfação	Atividades satisfatórias	8
	Nenhuma atividade satisfatória	5
Grau de importância	Valorização das tarefas	9
	Desvalorização das tarefas	4
Apoio institucional:		
Apoio escolar	Sala de estudo	5
	Apoio pontual	3
Apoio profissional	Frequentam alguma formação ou curso	8
	Apoio por parte dos/as técnicos/as da instituição	8
Apoio emocional		5
	Recusa de apoio	4
Preparação dos jovens para a vida autónoma	Processo de aprendizagem	7
	Negação da necessidade de apoio	5

Perceção dos jovens em relação à sua saída da instituição	Ambivalência em relação à saída	10
	Sentimentos de felicidade	4
	Visão positiva da saída	3
	Perceção positiva da instituição	1
Apoio após a saída	Desconhecimento	2
	Recusa	2
Perceção dos jovens em relação à sua vida depois da instituição	Positiva	9
	Reunificação familiar	1
Concretização dos objetivos	Arranjar um trabalho	8
	Tirar um curso profissional	5
	Tirar a carta de condução	2

No tema **vida anterior ao acolhimento**, os participantes descreveram o que consideraram ser o mais relevante nas suas vidas antes da medida de acolhimento, nomeadamente: comportamentos disruptivos; absentismo escolar; consumos de droga; e vida normal. O subtema mais elaborado foram os comportamentos disruptivos (n=6): “*Fugia de casa, respondia aos meus pais.*” (P7); seguido de absentismo escolar (n=5): “*Faltava às aulas... às vezes nem chegava a entrar na escola*” (P10). O terceiro subtema mais elaborado foi o consumo de drogas (n=4): “*Ficava enervado e fumava ganza para aliviar o stress e, pronto, essa era a minha rotina*” (P6).

No tema **relação com a família**, os participantes caracterizaram a relação que mantinham com os diferentes elementos da família como instável, positiva e negativa. O subtema mais elaborado foi a relação instável (n=9) (“*Com a minha mãe dantes era má, agora até está fixe, está mais ou menos, mas dantes eu nem conseguia ter uma conversa com ela, porque ela tomava muita medicação*” (P6), relacionada com o facto de a maior parte dos jovens ter uma boa relação apenas com um dos progenitores. O segundo subtema mais elaborado foi relação positiva (n=8): “*Com a minha mãe, com a minha irmã e com o meu padrasto é boa*” (P5).

No tema **reação da família face à situação de acolhimento do jovem** os

participantes relataram as opiniões dos diferentes elementos da família, de acordo com as vivências familiares e com o que percebem na interação com os mesmos. As reações relatadas foram a de encarar o acolhimento como uma oportunidade; o acolhimento como desadequado para o desenvolvimento; e reações familiares contraditórias. O acolhimento como uma oportunidade (n=7) foi o subtema mais elaborado (“*A minha mãe lida bem, mas não quer que eu saia daqui*” “*Diz que posso vir a ter o meu futuro aqui*” (P1), seguido de o acolhimento como medida desadequada para o desenvolvimento (n=4) (“*A minha mãe lida mal*”. “*Porque nenhuma mãe gosta de ver o filho numa instituição*) (P5).

A **percepção dos jovens em relação ao local onde gostariam de estar e com quem** na altura da entrevista tinha como objetivo dar voz aos jovens sobre as suas próprias vontades. Os subtemas que emergiram foram: estar com pessoas significativas; estar fora da instituição; e estar na instituição. Os subtemas mais elaborados foram: estar com pessoas significativas (n=9) (“*Com os meus pais e a minha irmã*” (P10) e estar fora da instituição (n=8) (“*Em casa, como é óbvio*” (P8).

No tema **percepção dos jovens em relação à sua entrada na instituição**, os jovens caracterizam, na sua maioria, a entrada na instituição aliada a sentimentos negativos, sendo a tristeza e a revolta os mais relatados. Os temas referidos foram: desajustamento emocional; reação inicialmente negativa; e reação inicialmente positiva. O subtema mais elaborado foi o desajustamento emocional (n=7): “*Foi triste. Afastei-me da minha família, principalmente dos meus pais e da minha irmã e dos meus sobrinhos e do meu irmão*” (P10). O segundo subtema mais elaborado foi reação inicialmente negativa (n=5), como se demonstra no exemplo seguinte: “*Nos primeiros três meses foi um bocado complicado, muito complicado mesmo.*” (P6).

No tema **motivos do acolhimento**, os jovens referiram os motivos que

consideravam estar na origem do seu acolhimento, globalmente relacionados com o seu próprio comportamento: mau comportamento; sucessivas faltas à escola; problemas familiares; consumos de substâncias; e comportamentos criminais. O subtema mais elaborado foi o mau comportamento (n=6): *“Era o mau comportamento na escola e em casa, também porque eu já andava a ser seguido pela minha gestora de processo, já desde os meus 9 anos”* (P6). O segundo motivo mais elaborado foi as sucessivas faltas à escola (n=5): *“Faltava às aulas, não tinha maneira de ir para a escola, eu faltei o 3º período inteiro”* (P11). O terceiro subtema mais elaborado foram os problemas familiares (n=4), como se demonstra no exemplo seguinte: *“Eu vim para aqui por causa da minha mãe. Porque havia muitos stresses em casa e o ambiente não era bom”* (P4).

No tema **relacionamento com os colegas de casa**, os jovens descrevem a relação que mantêm com os colegas da instituição como geralmente positiva, mas também pautada por situações de conflito. O subtema mais elaborado foi geralmente positiva (n=10) como se demonstra no exemplo seguinte: *“Boa, excelente!”* (P4).

No tema **relacionamento com os/as técnicos/as da instituição** (equipa técnica e equipa educativa), os jovens caracterizam-na como: positiva; negativa; e instável. O subtema mais elaborado foi positiva (n=8) como se demonstra no exemplo seguinte: *“Dou-me bem com todos, mas é claro que me dou melhor com uns do que com outros”* (P1).

No tema **mudanças sentidas pelos jovens após o seu acolhimento**, os jovens referiram as mudanças que sentiram ao longo do processo de acolhimento, centrando-se em: melhorias no comportamento; melhorias em relação à escola; diminuição dos consumos; e desajustamento psicológico. O subtema mais elaborado foram as melhorias no comportamento (n=9) (*“Cresci. Mudei o comportamento, sinto que estou mais maduro”* (P3) e o segundo subtema mais elaborado foram as melhorias em relação à escola (n=4)

(“Estou mais empenhado em relação à escola” (P9).

As **tarefas realizadas pelos jovens na instituição** são definidas pelos técnicos da instituição. No que diz respeito à satisfação com as tarefas, revelaram que elas são satisfatórias (n=3) (“Gosto de levantar a mesa” (P4); mas também nada satisfatórias (n=5), como se demonstra no exemplo seguinte: “Nenhuma... Porque não me pagam para as fazer” (P1). A percepção dos jovens em relação à **importância da realização das tarefas na instituição** oscila entre a valorização e a desvalorização das mesmas. A valorização das tarefas (n=9) foi referida pela maioria dos jovens: “Para nós ajudarmos os nossos pais. Também ajudam para se um dia me casar ou assim, ou se tiver numa casa sozinho, já sei mais coisas” (P10). Um exemplo da desvalorização das tarefas (n=4) é: “Eu já sei fazer, não preciso de fazer para os outros... Eu sempre soube fazer, não foi aqui que eu aprendi” (P3).

No tema **apoio institucional**, os jovens descreveram os tipos de apoio que recebem por parte da instituição, aos níveis: escolar (sala de estudo e apoio pontual), profissional e emocional. No entanto alguns jovens recusam apoio, afirmando que não precisam de ajuda de ninguém. O subtema mais elaborado foi a sala de estudo (n=5), dentro do apoio escolar (“Tenho a sala de estudo e os professores que vêm aqui” (P1). Dentro do nível profissional, a maior parte dos jovens encontra-se a frequentar formações profissionais ou a tirar algum curso profissional (n=8), (“Estou num curso de mecatrónica, a instituição ajudou-me a entrar” (P3). Relativamente ao nível emocional, a maior parte dos jovens reconhece o apoio dado por parte dos psicólogos da instituição, recorrendo a eles em períodos de maior instabilidade (n=5) como se demonstra no exemplo seguinte: “Eu tenho essa ajuda, embora eu às vezes não aproveite essa ajuda. Tipo, não é não querer, que eu até quero essa ajuda, só que às vezes não demonstro que quero e sim eles ajudam-se aqui dentro e às vezes, como

eu já disse, eu desabafo com algumas pessoas aqui dentro e prontos” (P11). Por último, no tema recusa de apoio (n=4), os jovens adotam um discurso um pouco irrealista, referindo que não precisam da ajuda de ninguém, como se demonstra no exemplo seguinte: *“Não, nem tem que ajudar porque eu não quero”, “Sim, eu não quero que ninguém me ajude”* (P4).

No tema **preparação dos jovens para a vida autónoma**, o objetivo era perceber se os jovens sentiam que o período de institucionalização os ajudou, de alguma forma, no processo de preparação para a sua autonomização. Dentro deste tema emergiram os seguintes subtemas: processo de aprendizagem e negação da necessidade de apoio. O subtema mais elaborado foi o processo de aprendizagem (n=7): *“Tá.... Já aprendi muita coisa....fazer as tarefas”* (P7). É possível perceber que a maior parte dos jovens tem a plena consciência que durante o tempo que estiveram na instituição, aprenderam algumas coisas, modificaram outras e sentem que foram ajudados ao nível da sua autonomização. O segundo subtema mais elaborado foi a negação da necessidade de apoio (n=5): *“Não... Porque eu já sabia viver sozinho... Não, mas eu já sei fazer as coisas que um gajo faz sozinho, quando sai de casa. Pagar a renda, pagar a luz, água, gás.”* (P5);

No tema **perceção dos jovens em relação à sua saída da instituição**, a maior parte dos jovens relataram que não irão ter saudades da instituição, por considerarem que estão constantemente a ser vigiados e a ser controlados, o que leva a que sintam falta de privacidade. Dentro deste tema foram referidos os seguintes subtemas: ambivalência em relação à saída; sentimentos de felicidade; visão positiva da saída; e perceção positiva da instituição. O tema mais elaborado foi ambivalência em relação à saída (n=10) (*“Vai ser boa, vou ter muitas lembranças e saudades”* (P2). Por um lado, os jovens consideram que a sua saída da instituição vai ser boa, mas por outro lado, sentem que vão ter saudades do

tempo em que estiveram institucionalizados. Referiram também sentimentos de felicidade (n=4), (“*Vou sentir-me feliz, estou com a minha família, vou festejar com os meus pais*” (P10).

Relativamente ao tema **apoio recebido após a saída da instituição**, referiram desconhecimento e recusa do mesmo.

A **perceção dos jovens em relação à sua vida depois da instituição**, revela-se: positiva; e com reunificação familiar. A partir dos discursos dos jovens, é possível perceber que a maior parte dos jovens considera que a sua vida vai ser positiva (n=9) depois de saírem da instituição: “*Vai ser boa*” (P2).

Os **objetivos** dos jovens passam por: encontrar um trabalho; tirar um curso profissional; e tirar a carta de condução. O subtema mais elaborado foi encontrar um trabalho (n=8): “(...)Vou ter que trabalhar para atingir os meus objetivos como faço aqui” ...” Arranjar um part-time para as férias para ganhar dinheiro até aos 18 anos e depois vou trabalhar” (P1); e tirar um curso profissional (n=5): “*Pretendo tirar um curso profissional*” (P10).

Discussão

Este estudo teve como objetivo analisar a forma como os jovens em situação de acolhimento residencial percebem o seu processo para a autonomização. De um modo geral, foi possível perceber que os jovens encaram a entrada na instituição de forma negativa, sentindo na maior parte das vezes tristeza por se afastarem da família. Além disso, os jovens percecionam a instituição como um local onde estão a ser constantemente controlados, com regras e consequências que consideram não ser adequadas à idade deles. Apesar de todas as dificuldades de adaptação vivenciadas pelos jovens, estes referem também aspetos positivos do acolhimento, nomeadamente as mudanças que foram sentindo

ao longo do tempo em que estiveram em acolhimento, mudanças essas relacionadas com os comportamentos, com os consumos e com uma maior dedicação à escola. Para além de todas estas mudanças, os jovens aprenderam a realizar determinadas tarefas necessárias para a sua vida e para o seu futuro, mas aprenderam também valores como o respeito, a igualdade, a convivência em grupo, entre outras coisas.

Foi também possível perceber que apesar de toda a instabilidade e de todas as problemáticas existentes no seio destas famílias, os jovens anseiam a saída da instituição e o regresso à sua família e ao seu lar.

Por último, foi notória a ausência de perspetivas e de objetivos destes jovens para um futuro próximo, revelando assim a falta de competências necessárias para uma vida independente.

Acerca dos motivos que os levaram a ser institucionalizados, a maioria dos jovens relatou sobretudo o mau comportamento e as sucessivas faltas à escola, sendo que estes temas foram também os mais referidos relativamente à vida que os jovens tinham antes de serem acolhidos. No entanto, de acordo com a análise dos processos é possível verificar que para a maior parte dos jovens a medida de acolhimento deveu-se à negligência parental. Estes dados vão ao encontro dos dados do Relatório CASA (2017), em que a negligência apresenta uma percentagem de 71% dos casos. Este aspeto demonstra que de facto os jovens têm uma perceção que os motivos do acolhimento residencial estão relacionados com eles próprios e não com as problemáticas familiares. Este aspeto pode dar origem a sentimentos de culpa e responsabilização pessoal pela desestruturação familiar. Segundo Gomes (2010), na maior parte das vezes os jovens não compreendem os motivos da sua retirada, uma vez que sempre viveram naquele contexto, sendo esse o seu padrão de referência, e

acabam por culpabilizar os próprios técnicos da instituição por toda a situação que estão a vivenciar.

Santos (2009) referiu que existe uma grande variedade de motivos que estão na origem das situações de risco tais como: carência económica, desemprego, alcoolismo, toxicodependência, falta de competências parentais, más condições habitacionais, entre outras. Da análise feita aos processos, foi possível concluir que as grandes problemáticas dentro do seio familiar destes jovens estão relacionadas sobretudo com: violência conjugal, alcoolismo por parte dos progenitores, ausência dos progenitores, acesso facilitado a substâncias ilícitas, falecimento dos progenitores, separação dos progenitores, conflitos familiares, entre outros.

Relativamente à perceção dos jovens em relação à sua entrada na instituição, esta é caracterizada na sua maioria com sentimentos negativos, como a tristeza e a revolta. Estes sentimentos coincidem com o estudo de Silva et al. (2019) em que os sentimentos experienciados pelos jovens, tanto à entrada, como no decorrer da sua vivência em acolhimento residencial, foram uma das categorias mais salientes, surgindo sentimentos de medo, proteção, tristeza, solidão, injustiça, apoio, aprisionamento, entre outros. Ainda em relação a este tema, é importante referir que, por um lado, alguns jovens referem que os primeiros tempos na instituição foram bons e, por outro lado, outros jovens referem que os primeiros tempos foram os mais complicados.

Neste estudo parece ser evidente que nem todos os jovens vivenciam a experiência de acolhimento da mesma forma, tratando-se de uma grande mudança nas suas vidas, uma vez que parece ter conduzido a uma quebra dos laços afetivos, e a uma panóplia de dúvidas e receios em relação ao que será a sua vida no futuro. Estes sentimentos resultam da necessidade dos jovens em estar com a família e com os amigos, do receio em permanecer

durante muito tempo na instituição, de não gostarem das pessoas ou de não serem aceites pelos restantes jovens, e da vontade de ter mais autonomia e mais liberdade (Carvalho & Manita, 2010).

Segundo Gomes, para as crianças e jovens é particularmente difícil o momento de acolhimento, uma vez que constitui um momento de rutura com o seu contexto familiar e com as pessoas da sua comunidade, levando a que experienciem com grande frequência sentimentos de revolta (2010). Os discursos dos jovens parecem denotar que, em geral, os jovens mantêm uma imagem negativa da sua experiência de acolhimento residencial, por considerarem que estão constantemente a ser vigiados e controlados. É também muito frequente no discurso destes jovens a ideia de que quando saírem da instituição vão estar em liberdade, com as pessoas de que gostam.

Segundo Quintãns (2009), o processo de saída da instituição constituiu, à semelhança do processo de chegada, um momento vivenciado de modo negativo, com sentimentos de revolta pela decisão repentina, desconsideração e ainda sentimentos de ambivalência, designadamente, alívio e ânsia de liberdade e, simultaneamente, angústia por deixar as pessoas que conheceram na instituição.

Os resultados de Goodkind, Schelbe e Shook (2011) também demonstraram que os jovens têm uma grande vontade em controlar as suas próprias vidas, o que é comum em praticamente todos os jovens destas idades, aliada a um grande desejo de estarem livres das restrições da instituição, particularmente as regras e o próprio funcionamento.

Apesar desta imagem negativa que os jovens mantêm acerca da sua experiência, a maioria relatou algumas mudanças desde a entrada na instituição até ao momento em questão, sendo que essas mudanças foram sobretudo ao nível do comportamento, quer na escola, quer em casa. Estes relatos relacionados com a aprendizagem que o acolhimento

pode proporcionar foram também relatados por Santos (2010), que concluiu que a maioria dos jovens tem a percepção que mudaram muito com a passagem pela casa de acolhimento e que essa mudança foi positiva. Essas mudanças estão relacionadas com o processo de amadurecimento pessoal e com o desenvolvimento pessoal e social destes sujeitos.

Tendo em conta os dados resultantes dos processos é possível perceber que o discurso dos jovens é muitas vezes contraditório relativamente à situação de acolhimento. Ou seja, apesar de todos os aspetos negativos que os jovens relatam acerca do acolhimento, eles também referem as várias mudanças que foram sentindo ao longo do tempo, e que se foram verificando a vários níveis. Este aspeto demonstra que apesar de todas as coisas positivas que o acolhimento residencial trouxe para estes jovens, eles continuam a não valorizar o trabalho que é feito pelos técnicos da instituição, nem a reconhecer o acolhimento como uma oportunidade que surgiu na vida deles.

Em relação à reação da família face à institucionalização dos jovens, existem algumas incoerências nas reações familiares. Tendo em conta os discursos dos jovens, estas contradições podem estar relacionadas com o facto de os/as progenitores/as considerarem a situação de acolhimento como uma boa oportunidade para os jovens, ou pelo contrário, ser uma mais-valia para os progenitores os filhos continuarem na instituição. No entanto, sendo as respostas dadas pelos jovens e não pelos/as progenitores/as, é importante ter em conta que os jovens podem estar apenas a transmitir aquilo que ouvem nas suas interações familiares, ou então relatar aquilo que consideram ser a resposta mais adequada tendo a maioria referido que a responsabilidade da institucionalização é sua.

Quando questionados acerca da relação que mantêm com a família, a maioria dos jovens caracterizam as suas relações familiares como instáveis devido a uma diversidade de situações. No entanto, apesar desta instabilidade, a verdade é que os jovens anseiam em

voltar para casa e para a sua família, mesmo sendo estas destruturadas. Esta situação demonstra que de facto os jovens querem regressar ao seu meio natural de vida, independentemente das dificuldades e de todos os problemas que caracterizam as suas famílias. Esta vontade em regressar à família está claramente relacionada com os laços afetivos, mas também com a quebra das rotinas, das regras e do funcionamento das próprias instituições. Mota e Matos (2008) referem que, por muito disfuncional que a família seja, a chegada à instituição é vivida como uma perda ou rejeição do seio familiar, uma vez que traduz no mundo interno dos jovens um sentido de pertença. Para além disso, apesar do convívio familiar ser pouco adequado, a verdade é que os jovens consideram a família como uma referência, desejando assim regressar ao seu meio natural de vida (Carvalho & Manita, 2010). De acordo com os processos, a maioria dos jovens tem definido como projeto de vida a integração em meio natural de vida, evidenciando-se segundo o relatório CASA em 36% dos casos.

Quando questionados acerca da importância da realização das tarefas na instituição, a maioria dos jovens considera que a realização das tarefas é importante para o processo de transição para a autonomia, sendo que muitos referem que quando tiverem uma casa e uma família vão ter que fazer essas tarefas. No entanto, é perceptível no discurso dos jovens que estes realizam as tarefas na instituição por fazerem parte da rotina, e até em alguns casos foi na própria instituição que aprenderam a fazer. De acordo com o Manual de Boas Práticas do Instituto da Segurança Social (2005), é muito importante a participação dos jovens na realização das tarefas, pois para além de ser uma forma de aprendizagem é também uma forma dos jovens se preparem para a sua autonomização. Por isso, é fundamental os jovens compreenderem que as tarefas são necessárias, que fazem parte da rotina de uma casa e que devem ser responsáveis pela sua realização.

Através dos seus discursos foi possível perceber que o período em que estiveram institucionalizados os ajudou, de alguma forma, a preparem-se para a autonomização. Relativamente a esta questão, a maioria dos jovens apenas referiu que a sua vida fora da instituição ia ser boa, tendo como objetivo principal arranjar um trabalho. Os restantes jovens têm a ideia de continuar com os estudos, no entanto nenhum perceciona a ida para o Ensino Superior. Estes relatos demonstram um desinteresse destes jovens pela escola, optando por trabalhos que não exigem grandes níveis de escolaridade. Nos seus discursos, os jovens referem muito a situação escolar/profissional da família, principalmente do pai ou da figura paterna, demonstrando vontade em seguir o mesmo caminho.

No estudo de Santos (2010), este concluiu que são vários os constrangimentos que dificultam um efetivo sucesso escolar das crianças e jovens institucionalizadas/os, nomeadamente as dificuldades motivacionais, psicológicas, interpessoais, comportamentais e cognitivas destas crianças e jovens, onde predomina o desinteresse e o absentismo escolar.

Apesar dos relatos dos jovens serem positivos em relação à sua autonomização, os jovens não referem grandes objetivos de vida, nem planos para um futuro próximo, estando a saída associada ao sentimento de liberdade e à vontade em controlar as suas vidas. Os resultados do estudo de Liabo et al. (2016), também demonstraram que os/as jovens encontravam-se entusiasmados/as por saírem da instituição e tomarem conta das suas próprias vidas, estando esta transição associada ao sentimento de liberdade e à vontade em ter uma casa, um carro e um emprego.

É importante referir que nove jovens apresentam algum diagnóstico, sendo as perturbações de comportamento as que mais predominam nestes jovens. De facto, segundo o Relatório CASA, estas perturbações além de fazerem parte das características particulares

destas crianças e jovens, têm vindo a aumentar significativamente. Estas perturbações conduzem a todos os comportamentos e atitudes expressas pelos jovens, tendo claramente um impacto negativo no seu dia-a-dia e no seu futuro.

Conclusão

No presente estudo, tendo em conta as narrativas dos jovens, é possível concluir que os participantes não apresentam grandes perspectivas de vida e de objetivos concretos para o seu futuro. Estes jovens anseiam o momento da saída da instituição, uma vez que associam a sua saída a sentimentos como liberdade e independência. No entanto, desejam regressar a casa, por considerarem não ter as competências necessárias para uma vida independente. Desta forma, seria muito importante trabalhar primeiramente com as famílias com o objetivo de serem identificadas as maiores dificuldades, permitindo assim o desenvolvimento de estratégias para a sua resolução. Estes resultados informam também a necessidade de se intencionalizar o processo de autonomização em práticas estruturadas e que sejam apropriadas pelos jovens como oportunidades de crescimento pessoal. Para além da intencionalização das práticas do quotidiano (e.g., ajudar nas tarefas) no âmbito de um processo de autonomização com vista à promoção de competências práticas, a transição deverá ser ancorada em processos terapêuticos que visam a resolução da ambivalência, quer face ao acolhimento como à autonomização, e a promoção de competências emocionais, essenciais à construção positiva de um projeto de vida.

Relativamente às limitações do estudo, a primeira está relacionada com o facto de os participantes serem apenas de uma instituição. Para além disso, não foi possível obter resposta de todos os jovens a todas as questões, por motivos como falta de compreensão em relação ao que estava a ser questionado, por talvez não se conseguirem exprimir da forma esperada, pelas dificuldades cognitivas que alguns jovens apresentam ou até mesmo por

não se sentirem confortáveis para responder.

Sugere-se que, em futuras investigações, se entrevistem crianças e jovens durante três períodos diferentes: no momento da entrada na instituição, após algum tempo de estarem institucionalizados e no momento da saída da instituição de forma a acompanhar as mudanças que vão ocorrendo com estes jovens. Para além disso, seria também importante entrevistar a família de origem destas crianças e jovens de forma a obter uma outra perspetiva acerca da institucionalização, assim como entrevistar os diversos elementos que trabalham numa instituição de forma a compreender qual é o trabalho que eles desempenham, mas também como preparam juntamente com os jovens a saída da instituição. A conjugação destes dados irá permitir um melhor conhecimento acerca deste fenómeno.

Os resultados decorrentes deste estudo sugerem que o desenvolvimento de competências para a transição para a autonomia deverá ser efetuado de forma precoce e individualmente aquando da entrada do jovem na instituição, mas também posteriormente para que consigam integrar a vida adulta com sucesso. Este apoio deve ser focado nas necessidades de cada jovem e deve ter em conta a família e o seu meio de origem. O acolhimento residencial poderá e deverá ser para estes jovens um contexto privilegiado de reforço e/ou de desenvolvimento competências para a concretização de vidas autónomas e bem-sucedidas.

Referências

- Barth, R., Greeson, J., Zlotnik, S., & Chintapalli, L. (2009). Evidence-based practice for youth in supervised out-of-home care: a framework for development, definition, and evaluation. *The Journal of Evidence Based Practice in Social Work*, 6 (2), 147-175. doi: 10.1080/15433710802683796
- Braun, V. & Clarke, V. (2006) Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3 (2), 77-101. doi: DOI: 10.1191/1478088706qp063oa
- Carneiro, R. (2005). *Casa Pia de Lisboa. Um Projeto de Esperança: as estratégias de acolhimento das crianças em risco – relatório final*. Cascais, Principia.
- Carvalho, T. & Manita, C. (2010, Fevereiro). Perceções de Crianças e Adolescentes Institucionalizados sobre o Processo de Institucionalização e a Experiência na Instituição. *Atas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia. Portugal: Universidade do Minho*, pp. 3326-3335.
- Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens (2018). *Relatório Anual de Avaliação da Atividade das CPCJ*. Lisboa: CNPDPCJ.
- Gaspar, J.P. (2014). *Os desafios de autonomização: estudo compreensivo dos processos de transição para diferentes contextos de vida, na perspetiva de adultos e jovens adultos ex-institucionalizados*. Tese de Doutoramento em Psicologia da Educação. Universidade de Coimbra.
- Goodkind, S., Schelbe, L., & Shook, J. (2011). Why youth leave care: Understandings of adulthood and transition successes and challenges among youth aging out of child welfare. *Children and Youth Services Review*, 33, 1039-1048. doi: <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2011.01.010>
- Gomes, I. (2010). *Acreditar no futuro*. Alfragide: Texto Editores.

Instituto da Segurança Social (2005), *Percursos de vida dos jovens após a saída de Lares de Infância e Juventude*, Lisboa, ISS.

Instituto da Segurança Social (2005). *Manual de Boas Práticas: Um guião para o acolhimento residencial das Crianças e dos jovens*. Instituto da Segurança Social, Lisboa.

Instituto da Segurança Social (2018). *CASA 2017- Relatório de Caracterização Anual da Situação de Acolhimento das crianças e jovens*. Instituto da Segurança Social, Lisboa.

Liabo, K., McKenna, C., Ingold, A., & Roberts, H. (2017). Leaving foster or residential care: a participatory study of care leavers' experiences of health and social care transitions. *Child: Care, Health & Development*, 43(2), pp. 182-191. doi: <https://doi.org/10.1111/cch.12426>

Lourenço, A. (2014). *Avaliação do Projeto “Casa de Pré-Autonomia” desenvolvido com Jovens Institucionalizadas*. Dissertação de Mestrado em Política Social, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Universidade de Lisboa, Lisboa.

Mota, C. & Matos, P. (2008). Adolescência e institucionalização numa perspetiva de vinculação. *Psicologia e Sociedade, Florianópolis*, 20 (3), 367-377. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822008000300007>.

Quintãns, C. (2009). *Era uma vez a Instituição Onde eu Cresci: Narrativas de Adultos Sobre Experiências de Institucionalização*. Dissertação de Mestrado. Universidade do Minho, Braga.

Reis, V. J. O. (2009). *Crianças e Jovens em Risco (Contributos para a organização de critérios de avaliação de fatores de risco)*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia Clínica. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação. Universidade

de Coimbra.

Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (2018). Apartamentos de autonomização. Um ensaio para a vida. Retirado de [http://www.scml.pt/pt-](http://www.scml.pt/pt-PT/media/noticias/apartamentos_de_autonomizacao__um_ensaio_para_a_vida_/)

[PT/media/noticias/apartamentos_de_autonomizacao__um_ensaio_para_a_vida_/](http://www.scml.pt/pt-PT/media/noticias/apartamentos_de_autonomizacao__um_ensaio_para_a_vida_/)

Silva, A. D., Oliveira. K., & Marques. C. (2019). Autonomização de jovens em acolhimento residencial: Discursos e Significados. *Configurações*, 23, 14-30. doi:

<https://doi.org/10.4000/configuracoes.7305>

Thompson, H. M., Wojciak, A. S., & Cooley, M. E. (2018). The experience with

independent living services for youth in care and those formerly in care. *Children And Youth Services Review*, 84, pp. 17-25. doi:

DOI: 10.1016/j.childyouth.2017.11.012

Legislação:

Decreto-lei nº147/99, de 1 de Setembro. Diário da República n.º204/1999, Série I-A de 1999-09-01. Lisboa.

Decreto-lei nº31/2003, de 22 de Agosto. Diário da República n.º 193/2003, Série I-A de 2003-08-22. Lisboa

Decreto-lei nº142/2015 de 8 de setembro. Diário da República n.º 175/2015, Série I de 2015-09-08. Lisboa.

Decreto-lei nº23/2017, de 23 de maio. Diário da República n.º99/2017, Série I de 2017-05-23. Lisboa.

Decreto-lei nº26/2018 de 5 de julho. Diário da República n.º 128/2018, Série I de 2018-07-05. Lisboa

Decreto-lei nº12/2008 de 17 de Janeiro. Diário da República n.º12/2008, Série I de 2008-01-17. Lisboa

The perspective of young people in residential care
regarding their autonomization process

Maria Martins Lopes¹, Helena Grangeia¹, & Anita Santos²

¹Instituto Universitário da Maia – ISMAI

²Instituto Universitário da Maia – ISMAI &
Centro de Psicologia da Universidade do Porto - CPUP

Corresponding author: Anita Santos, Instituto Universitário da Maia – ISMAI & Centro de Psicologia da Universidade do Porto – CPUP; Av. Carlos Oliveira Campos - Castelo da Maia, 4475-690 Avioso S. Pedro, Portugal; Email: anitasantos@ismai.pt

Abstract

Although Portugal presents a high percentage of young people in residential care, research on the subject is scarce, and rarely takes into account the narratives of the young people themselves. The present study was conducted with the aim of understanding how young people in residential care face the process of autonomization. The participants were 11 young people, between 15 and 17 years of age, who were living in a Residential Care Center in the northern region of the country. A document analysis grid was used to analyze the processes of young people, at an initial stage. Then, a semi-structured interview was conducted, in order to understand the point of view of young people about the context in which they are inserted, their view on the residential care process and their perceptions about leaving the institution. The results suggest that residential care is experienced in an overall negative way by the young people interviewed, since they perceive it as a break of emotional bonds. Despite all the difficulties that emerge during the institutionalization period, they report some positive changes, namely in terms of decreasing disruptive behaviors and substance use. The results also seem to indicate that these young people do not have the necessary skills to face the process of autonomization.

Keywords: young people; residential care; autonomization process.

The perspective of young people in residential care regarding their autonomization process

In Portugal, the Law for the Protection of At-Risk Children and Youth aims to promote the rights and protection of at-risk children and youth, guaranteeing their well-being and full development (Law N°. 147/99, of September 1st). In 2017, according to the Annual Report on the Characterization of the Institutionalization of Children and Youth (CASA Report) (Social Security Institute, 2018), 3918 at-risk children and youth were identified, namely due to experiencing: neglect (2627), psychological abuse (400), physical abuse (175), sexual abuse (40) and others (676).

Although residential care is applied in “extreme situations”, according to the Annual Report on the Assessment of CPCJ Activity of the year 2018 - May 2019, this is the second most applied measure of promotion and protection (9.4%), after the measure of support alongside parents, which accounted for 79.2% of cases (CNPDPJC, 2019). Therefore, according to the CASA Report (SSI, 2018), in 2017, there were 7553 institutionalized children and youth in Portugal, and 2857 children and youth whose institutionalization ended that same year.

Institutionalization is experienced by youth in a negative way, representing, in most cases, a difficult and not always accepted adaptation. In order to cope with the lack of conditions and parental neglect, the objective should be to work on these issues with the family, with a vision towards the reintegration of the child or young person in the family. However, this reintegration does not always happen, and the intervention should focus on the autonomization process, conducted in the institutional context. For this work to be performed, it is necessary to develop autonomous life programs, as well as social and personal skills in young people, so that the transition phase is done successfully (Barth,

Greeson, Zlotnik, & Chintapalli, 2009).

Characterization of the phenomenon of at-risk children and youth and institutionalization

The phenomenon of “at-risk children and youth” has been analyzed by numerous researchers from various areas, thus being a very broad and heterogeneous concept.

Since these children and youth usually come from dysfunctional households, a wide variety of reasons can be at the origin of various risk situations (e.g., economic deprivation, unemployment, alcoholism, drug addiction, lack of parental skills, poor housing conditions, among others) (Santos, 2009).

These problems lead to the development of controversial behavior patterns such as: difficulty to resist frustration, difficulties in interpersonal relationships, emergence of depressive feelings, high levels of anxiety and aggression, learning difficulties and school failure, mood swings, emotional instability and low self-esteem (Carneiro, 2005).

Law 147/99, of September 1st, was created with the aim of safeguarding the rights of children whose parents, or those responsible for their behavior, compromise their health, development and education, or are unable to protect them from the dangers posed by third parties, by the children themselves or by young people. The Protection of At-Risk Children and Youth Act introduced changes to the existing residential system, having already undergone four changes, namely by law n°. 31/2003, of August 22nd, by law n°. 142/2015 of September 8th, by law n°. 23/2017, of May 23rd and by law n°. 26/2018 of July 5th.

According to the Law for the Protection of At-Risk Children and Youth (article 3, paragraph 2), the child or young person is considered to be in a situation of danger when the parents, the legal guardian or individual who has custody of the child endanger their

safety, health, education or development, in at least one of the following situations:

- a) is abandoned or fends for him/herself;
- b) suffers physical or psychological abuse or is the victim of sexual abuse;
- c) does not receive the care or affection appropriate to his/her age and personal situation;
- d) is in the care of third parties, for a period of time in which the establishment of strong bonds with these third parties was observed, and, at the same time, the parents did not exercise their parental functions;
- e) is forced to do activities or work that is excessive or inappropriate for their age, dignity and personal situation or that is harmful to their education or development;
- f) is subject, directly or indirectly, to behaviors that severely affect their safety or emotional balance;
- g) assumes behaviors or indulges in activities or consumption that seriously affect their health, safety, education or development, without the parents, legal guardian or person with custody adequately opposing them in order to leave this situation;
- h) has foreign nationality and is institutionalized in a public, cooperative, social or private institution, with a cooperation agreement with the State, and without authorization to reside on national territory.

In Portugal, the special authority for the protection of children and youth – Social Security Institute, brings together the principles and norms listed in the various diplomas ratified by the Portuguese State, namely: the Convention on the Rights of the Child, the Portuguese Civil Code, the Constitution of the Republic, and the Law for the Protection of At-Risk Children and Youth (Lourenço, 2014).

The promotion and protection of children and youth is primarily the responsibility

of public or private entities with competence in matters of childhood and youth, followed by the Children and Youth Protection Commissions (CPCJ) and, ultimately, the Courts, as expressed in the terms of Law 147/99 (article 6), complying with the subsidiarity principle (article 4, point k).

According to Law 147/99, CPCJ are official non-judicial institutions with functional autonomy that aim to promote the rights of children and youth and to prevent, or put an end to, situations that may affect their safety, health, education or full development (article 12, paragraph 1).

The measures applicable by CPCJs and the Courts (paragraphs 1 and 2, article 35 of Law 147/99, of September 1st) can be divided into two categories: natural life environment and placement regimen. Regarding measures taken in the natural life environment, these can be: a) support alongside parents; b) support alongside another family member; c) trust assigned to the appropriate person and d) support for life autonomy. As for the measures applied in the placement regimen, these are divided into family care and residential care.

Residential care aims to provide conditions that guarantee adequate satisfaction of the physical, psychological, emotional and social needs of children and youth, as well as the effective exercise of their rights, favoring their integration in a safe social and family context that promotes their education, well-being and full development (paragraph 2, article 49 of Law 147/99, of September 1st).

Although residential care is applied in “borderline situations”, according to the Annual Report on the Assessment of CPCJ Activity for the year 2018 – May 2019, this is the second most applied promotion and protection measure (9.4%), although the measure of support alongside parents accounts for 79.2% of the cases, it is the first placement measure, being favored over family placement (0.3%) (CNPDPJ, 2019).

Thus, according to the CASA Report (SSI, 2018), in 2017, 7553 children and youth were in residential care in Portugal, 3984 of whom were male and 3569 female, and that measure ceased, that same year, for 2857 children and youth. In the age groups of 6-9 years and 15-17 years, there is a greater number of male children and youth, whereas in the age group of 18-20 years there are more girls. The main characteristics of these children and youth are: behavior problems (28%); illness or disability (26%) and substance use (8%).

According to the same report (CASA, 2018), behavior problems have been increasing. In a total of 2109 young people with this problem, the age group of 15-17 years is where the highest percentage of young people (57%) is found, followed by the age group of 12-14 years, in which 22% of young people manifest disruptive behavior. It should be noted that most young people have mild behavior problems (73%), corresponding to an attitude of challenge and opposition towards adults or peers. Regarding their life project, “autonomization” life projects continue to predominate in 38% of cases and “reintegration into the nuclear family” in 36% of cases. Finally, between 2008 and 2017, there was a 25% decrease in the number of children and youth. Only the year 2015 did not contribute to this decrease, as there was a 3% increase in the total flow of children and young people, compared to the year 2014.

According to article 50, of Law 147/99, of September 1st, with amendments to Law nº. 142/2015, of September 8th, and Law nº. 26/2018, of July 5th, residential care takes place in care home and follows social and educational intervention models suitable for the children and youth living there. Thus, care homes can be organized by specialized units, specifically: a) homes for emergency situations; b) homes for specific problems and educational and therapeutic intervention needs, evidenced by the children and young people to be welcomed; and c) autonomization apartments to support and promote youth

autonomy.

According to article 52 of Law 147/99, the host institutions can be public or cooperative, social or private, and are organized in units that favor a family-type affective relationship, a personalized daily life and integration in the community (paragraph 1 of article 53 of Law 147/99). They are organized in teams, articulated with each other, namely: a technical team with training in the areas of psychology and social work, whose function is to conduct the diagnosis of the situation of the child or young person and the definition and execution of their project of promotion and protection; and an educational team with the function of providing socio-educational support for the children and young people (paragraphs 1 and 3 of article 54 of Law 147/99).

From the point of view of scientific research, the residential care process is a topic that seems to have been neglected in Portugal, especially with regard to the affective and emotional domain of children and young people. Despite the lack of conditions or parental neglect, situation of institutionalization represents, in most cases, a difficult transition that is not always accepted by young people. As dysfunctional as the family is, arriving at the institution is experienced as a loss or rejection by the family, since it translates, into the inner world of young people, the absence of a sense of belonging (Mota & Matos, 2008).

Transitions into residential care

When children and young people arrive at an institution, they take with them a life path often marked by suffering, by unsatisfactory affective relationships and by successive losses, which place them in an unprotected and vulnerable situation. Thus, whenever there is a need to welcome a child or young person, it is essential that the institution respond to their needs, providing them with protection, trust, safety and stability (Gomes, 2010).

However, institutions have not always been guided by offering structural relational

alternatives, nor by preparing the future social and labor integration of these young people (Quintãns, 2009). According to a qualitative study by Quintãns (2009), the process of leaving the institution constituted, similar to the arrival process, a moment experienced in a negative way, with feelings of revolt by the sudden decision, disregard and even feelings of ambivalence, namely, relief and yearning for freedom and, simultaneously, anguish due to leaving the people they met in the institution.

Following this same line, a study by Silva, Oliveira and Marques (2019), focused on the perceptions of young people about their career paths and experience of the autonomization process. Through this study, it was possible to conclude that the feelings experienced by young people, both when entering and during their experience in residential care, were one of the most reported categories, expressing feelings of fear, protection, sadness, loneliness, injustice, support, imprisonment, among others.

In addition, young people also report feelings of longing for their peers and caregivers at the institution, reflecting the strong connection with the institution and the perceived lack of autonomy skills. At the same time, the young people's thoughts regarding leaving the institution showed a strong desire to leave to return to their family (Silva et al., 2019).

These feelings result from the need of young people to be with family and friends, the fear of staying in the institution for a long time, of not liking people or not being accepted by the other young people, as well as the desire to have more autonomy and more freedom (Carvalho & Manita, 2010).

The study by Santos (2010) concluded that entering the institution and the first moments of residential care were marked by great difficulties, essentially due to the abrupt separation from their families of origin. With this study, it was also possible to conclude

that most young people believe they have changed a lot with the transition to the institution and that this change was positive. These changes are related to the process of personal growth, as well as personal and social development of these individuals.

According to Gomes (2010), the moment of institutionalization is particularly difficult for children and young people, since it constitutes a moment of rupture with their family context and with the people of their community, leading them to often experience feelings of revolt. Most of the time, they do not understand the reasons for their withdrawal, since they have always lived in that context, which is their frame of reference, and they end up blaming the institution's own staff for the entire situation that are experiencing.

When a child is taken in, the initial objective should be to work with the family towards the reintegration of the child or young person. As such, it is essential that the teams in the institutions work with children, young people and their families to help them achieve the changes necessary for family reintegration to take place as planned. The goal is to ensure that children and young people, as well as their families, can be properly supported in the different areas, so that they can develop the skills necessary for their transition to autonomy and, thereby, become participatory citizens in their own life project (Gomes, 2010).

However, whenever family reintegration, integration into the biological family or adoption is not possible, the intervention focuses on the autonomization work, developed in the institutional context, with various actions and strategies being implemented in order to overcome the negative impact of institutionalization on the child or young person. This work leads to the development of skills training that allows children and young people to make empowering acquisitions that lead to full autonomy (Gomes, 2010).

Thus, the development of life autonomization programs and the development of

social and personal skills in young people becomes essential, so that the transition phase is carried out successfully (Barth et al., 2009).

Therefore, there are two specific responses that allow the preparation of young people for the autonomy process: support for life autonomy and autonomization apartments.

The process of autonomization

According to Decree-Law N°. 12/2008, of January 17th, support for life autonomy aims to provide young people with autonomy in school, professional and social settings, strengthening the relationships between peers. The specific objectives of this measure are: to provide young people with conditions that allow them to acquire the necessary skills and sense of responsibility, through an education and training project, taking into account their personality and life context; and to create conditions for young people to access the essential resources for their autonomy (professional and personal training and insertion in active life) (article 30).

The autonomy apartments are inserted in the community for young people between the age of 15 and 21 years, in transition into adulthood, and who demonstrate specific personal skills, through the promotion of services that articulate and enhance existing resources in the community. These apartments encourage the development of social values and encourage young people to be responsible for their actions and for themselves, allowing for the gradual development of personal and social skills necessary for independent living.

The insertion of young people in these apartments aims to: accompany the young person in the process of transition into adult life and their integration into society; provide young people with the acquisition and development of personal, social, academic and

professional skills; provide support regarding entry into the labor market; and empower young people to make decisions autonomously (SCML, 2018).

A recent international study by Thompson, Wojciak and Cooley (2018) aimed to evaluate, together with young people, what skills and resources are necessary to have an independent life. They resorted to two subgroups: one with young people who had been in residential care and who were living independently; and another with young people who were living in institutions. It was possible to conclude that most of the young people reveal several difficulties in looking for a job, report they had no type of help in the management of their savings during the residential period, with many of these young people never having learned how to save money, and revealed a lack of follow-up on aspects such as meal planning, personal hygiene, nutritional needs, among others. Finally, in relation to the results obtained by young people in residential care, most revealed having few autonomy skills (Thompson, Wojciak, & Cooley, 2018).

Carneiro (2005) states that, overall, when young people leave the host institutions, they do not have the necessary skills to fit into society. This absence of social and autonomy skills is negatively reflected on a personal, professional and family level.

The study by Goodkind, Schelbe and Shook (2011) aimed to analyze the reasons for young people to leave the host institutions at 18 years of age. The authors concluded that the main reasons for young people to leave institutions were related to two major categories: misinformation and misunderstandings; and desire for autonomy and independence. Regarding the first category, some of the young people did not know that they could remain in the institutions after the age of 18; other young people, despite knowing the conditions to remain in the institution, and their attempts to do so, were forced to leave the institution. Regarding the second category, young people, on the one hand,

show a great desire to control their own lives, which is common in practically all people of this age and, on the other hand, they express a great desire to be free of the institution's restrictions, particularly from the rules and the functioning itself. This study also aimed to analyze the successes and difficulties experienced by young people who left the institutions. It was possible to conclude that one of the great difficulties pertained to the absence of social and emotional support, since most of these young people return to their family after leaving the institution without knowing how to manage family relationships (Goodkind, Schelbe, & Shook, 2011). As such, the absence of family and social support during the transition proves to be a great difficulty for institutionalized young people.

Liabo, McKenna, Ingold and Roberts (2016) focused on understanding how the experience of institutionalization is felt by young people. In this study, conducted in the United Kingdom, 11 young people, aged between 16 and 17 years, were interviewed. It was possible to conclude that the young people were excited to leave the institution and take care of their own lives, with this transition being associated with the feeling of freedom and the desire to have a home, a car and a job. On the other hand, young people who were closer to the transition, and even those who were already out of institutional care, revealed a more negative side of the transition, associated with feelings such as social isolation and insecurity, and missing the environment of the institution.

From the studies conducted in the field of residential care, it becomes apparent that the practice of promoting and developing skills for the autonomization process of young people in residential care is still insufficient in these institutions, which is why there is a need to potentiate the autonomization of these young people, with the goal of successfully integrating them into adult life. Thus, after the literature review emerged some research questions that the present study intends to answer: How do young people see their

autonomization process? How is the transition prepared, from their point of view? What knowledge and skills will be needed for a life outside the institution?

As such, the main objective of this study is to understand how young people in a residential situation face their transition into autonomy. Through the analysis of the young people's discourses, we will try to explore: how they perceive their experience in residential care; how they see their autonomy; how the institution and the family contribute to the preparation of the autonomization process; how they perceive and anticipate the transition and departure from the institution; and what are the young people's expectations for the future.

Method

Participants

The participants of the present study were 11 young people who were institutionalized in a Temporary Residential Center, in the northern part of the country. All are male, between 15 and 17 years of age ($M=16.4$, $SD=0.75$) and of Portuguese nationality. The length of stay within the host institution was, on average, 20 months, ranging from 1 month to 60 months. The young people had between 0 and 4 siblings ($M=2$; $SD=1.1$). For each participant, their process at the institution was also analyzed.

The sampling was convenient, due to the easy access to the institution, and also intentional, as it consists of young people in a residential situation. The inclusion criteria were nearing the age of leaving the institution, over 14 years old, so as to be able to elaborate on their experience during the interview, and because they are in the preparation phase for the autonomization process after a period of residential care.

Instruments

A document analysis grid on the processes of young people in the residential institution was used, consisting of seven categories to be analyzed: a) reasons for residential care; b) length of stay in the institution; c) life project; d) family characterization; e) academic/professional situation; f) health status; and, finally, g) institutional intervention.

A semi-structured interview was also used, with open-ended questions, divided into three major themes. The first theme was related to the context in which the young person is inserted (e.g., “How was your life before residential care?”; “And how was your relationship with your family?”). The second set of questions was related to the institutionalization process, focusing on the experiences of young people during their institutionalization (e.g., “How was it for you to come to the institution?”; “Describe your day here at the institution from the time you wake up, until the time you go to bed.”). The third part of the interview was developed to understand how young people perceive leaving the institution (e.g., “Have you thought about how it will to leave the institution?”; “How do you think your life will be after you leave?”).

Procedure

With regard to data collection procedures, the participants were accessed through contact with a residential institution in the north of the country, in order to present the study. The study was authorized by the board of the institution, which has the legal power to consent to the participation of young people in the study, with the confidentiality and anonymity of the participants being safeguarded.

After being given access to participants, they were approached individually in order

to explain the objectives and purpose of the study, highlighting the fact that the information was intended strictly for research purposes, maintaining anonymity and data confidentiality. Informed consent was obtained from young people who agreed to participate in the investigation.

The data collection process started with the analysis of the processes of each young person in the institution, using the document analysis grid, thus a deductive coding was performed. For each category, relevant information was collected, which was later refined by the inclusion of subcategories. For each category, we identified the number of participants to which it belongs.

Subsequently, the interviews were conducted by the first author, individually, in an office provided by the institution. The duration of the interviews ranged between 30 and 40 minutes. The interviews were recorded and then transcribed in full.

The transcripts were fully coded using thematic analysis (Braun & Clarke, 2006), by the first author. The coding was often audited by the second and third authors. The coding process was initially deductive, using a predefined analysis grid, which was subsequently improved throughout the analysis, with the inclusion of new categories (inductive analysis). The data were organized in a coding grid.

To guarantee the validity and credibility of the results, different strategies were adopted, including auditing, constant comparisons throughout the coding process, and a dense description of the meanings found, identified in the results by the presentation and detailed illustration of each category with excerpts from the participants.

Participants did not provide feedback on the results because they were not returned to them.

Results

The themes collected from the document analysis were: a) reasons for the institutionalization; b) length of stay in the institution; c) life project; d) Family characterization which has as subtopics: household, parental skills and problems within the family; e) academic/professional situation; f) health status, with the subtopics: diagnosis and follow-up; and g) Institutional intervention. The themes and subthemes are found in table 1.

Table 1

Results of the document analysis of processes

Themes	Subthemes	Number of Participants
Reasons for residential care	-Parental neglect;	8
	-Absenteeism/school abandonment;	5
	-Disruptive behavior in school;	2
	-Parental alcohol abuse;	
	-Marital violence;	2
	-Conflictual relationship with the mother;	2
	-Psychoactive substance use;	1
	-Risk behavior;	2
	-Oppositional and inappropriate behavior	1
		2
Life project	- Integration into natural life setting;	8
	- Residential care up to full age ;	1
	-Integration into autonomous residency;	1
	- “Greater monitoring” measures.	1
Family characterization: Household	- Father;	4
	- Both parents;	3
	- Mother;	2
	- Sister;	1
	- Maternal grandmother;	1
Problems within the family	- Conjugal violence;	6
	-Parental alcoholism;	3
	- Parental absence;	7
	-Easy access to illegal substances;	1
	- Parental death;	2
	-Parental separation;	8
	- Family conflict;	2
	- Bad relationship with parents.	7
Parental skills	- Inadequate parental skills	8
Academic/professional situation	- Regular schooling;	6
	- Professional courses.	5
Health status – Substance use:	- Illegal substance use;	4
	- Alcohol use;	2
	- No substance use;	5
Diagnosis: Behavioral disorders	- Behavior disorder;	2
	- Oppositional defiant disorder;	1
	- Conduct disorder;	1
	- Attention deficit hyperactivity disorder;	5
Cognitive disorders	- Mild intellectual disability;	
	- Moderate intellectual disability;	1
	- Intellectual development disorder;	1
	- Cognitive deficit;	1
Medical conditions		1

	- Hydrocephalus;	
	- Chromosomal disorder.	1
Monitoring:		1
	- Pedopsychiatry;	
	- Integrated response center;	8
		5
Institutional intervention	- Psychosocial support	11

The first theme analyzed from the processes was the **reason for institutionalization**, with the most prevalent being parental neglect, occurring in 8 young people. In addition to this reason, young people are also in residential care due to absenteeism/school dropout (n=5), disruptive behavior in the school environment (n=2), parental alcohol abuse (n=2), marital violence (n=2), conflictual relationship with the mother (n=1), psychoactive substance use (n=2), adoption of risk behaviors (n=1) and inappropriate and oppositional behavior (n=2).

In the theme of **life project**, 8 young people had, as their life project, the integration into the natural life environment, 2 young people will be monitored until becoming of age and being integrated into an autonomous residence and, finally, a young person the measure “greater monitoring” was applied.

Within the theme **Family characterization**, three sub-themes were found: a) household; b) problems within the family; and c) parental skills.

In relation to the household, it was mainly constituted by the parent (n=4) or by both parents (n=3). In addition, it also included the parent (n=2); older sister (n=1); and maternal grandmother (n = 1).

Many young people had life histories marked by relationships with marital violence (n=6), alcoholism on the part of the parents (n=3), absence of one of the parents (n=7), easy access to illegal substances (n=1), death of a parent (n=2), separation of the parents (n=8),

conflicts between families (n=2) or a poor relationship between the parents (n=7).

Regarding **parenting skills**, the parents did not have adequate parenting skills at the time of incarceration.

In the **academic/professional situation** theme, most young people were attending regular education (n=6), and the rest were integrated in professional courses (n=5).

Within the theme of **health status**, the following sub-themes emerged: a) substance use; b) diagnosis; and c) monitoring. Regarding substance use, 4 young people frequently used illegal substances, 2 also had alcohol consumption, and 5 young people did not use any substances.

The diagnoses described in the processes can be grouped into three major categories. Within behavioral disorders, the most prevalent group is Attention Deficit Hyperactivity Disorder (n=5). Then, Behavior Disorder (n=2); Oppositional Defiant Disorder (n=1) and Conduct Disorder (n=1). Regarding Cognitive Disorders, young people exhibit Mild Intellectual Disability (n=1), Moderate Intellectual Disability (n=1), Intellectual Development Disorder (n=1) and Cognitive Deficit (n=1). Finally, with regard to Medical Conditions, emerge Chromosomal Disorder and Hydrocephalus, which are diagnosed in the same young person. This same young person also has Intellectual Development Disorder and Attention Deficit Hyperactivity Disorder.

Regarding **monitoring**, most young people are being monitored in Pedopsychiatry (n=8) and in the Integrated Response Center (n=5).

Finally, in terms of **institutional intervention**, all young people are monitored on a psychosocial level.

From the thematic analysis of the interviews emerged 16 themes and respective sub-themes (see Table 2). Illustrative examples of the sub-themes mentioned by four or more

participants will be presented.

Table 2

Results of the analysis of interviews

Themes	Subthemes	Number of participants
Life before residential care	Disruptive behavior	6
	School absenteeism	5
	Drug use	4
	Normal life	2
Relationship with family	Unstable	9
	Positive	8
	Conflictual	3
Family reaction to institutionalization	As an opportunity	7
	Inadequate for development	4
	Contradictory	3
Where and with whom they would like to be	Significant others	9
	Outside the institution	8
	Inside the institution	1
Youth perception regarding entering the institution	Emotional maladjustment	7
	Initially negative	5
	Initially positive	3
Reasons for institutionalization	Bad behavior	6
	Successively missing school	5
	Family problems	4
	Substance use	3
	Criminal behavior	2
Relationship with housemates	Generally positive	10
	Conflict situations	3
Relationship with staff	Positive	8
	Negative	2
	Unstable	1
Changes after institutionalization	Improved behavior	9
	School improvement	4
	Reduced substance use	2
	Psychological maladjustment	1
Tasks performed in the institution:		
Level of satisfaction	Satisfactory activities	8
	No satisfactory activity	5
Level of importance	Valorization of tasks	9
	Devalorization of tasks	4
Institutional support:		
School support	Study room	5
	Sporadic support	3
Professional support	Attend a training course	8
	Support from institutional staff	8
Emotional support		5
Refusal of support		4
Preparing young people for autonomous life	Learning process	7
	Denial of the need for help	5

Perception of young people regarding leaving the institution	Ambivalence regarding leaving	10
	Feeling of happiness	4
	Positive view of leaving	3
	Positive perception of the institution	1
Support after leaving	Unknown	2
	Refusal	2
Perception of young people about life after leaving the institution	Positive	9
	Family reunification	1
Realizing goals	Finding a job	8
	Take a professional course	5
	Get driver's license	2

In the theme **life prior to incarceration**, the participants described what they considered to be the most relevant in their lives before the incarceration measure, namely: disruptive behaviors; school absenteeism; drug use; and normal life. The most reported sub-theme was disruptive behavior (n=6): *“I ran away from home, I talked back to my parents.”* (P7); followed by school absenteeism (n=5): *“I skipped classes... sometimes I wouldn't even go to school”* (P10). The third most reported sub-theme was drug use (n=4): *“I would become irritated and smoke weed to relieve stress, and that was my routine”* (P6).

In the theme **relationship with family**, the participants characterized the relationship they maintained with the different members of the family as unstable, positive and negative. The most reported sub-theme was the unstable relationship (n=9) (*“It was bad with my mother, now it's good, more or less, but before I couldn't even have a conversation with her, because she took too much medication”*) (P6), related to the fact that most young people reported a good relationship with only one of the parents. The second most mentioned sub-theme was a positive relationship (n=8): *“With my mother, my sister and with my stepfather it's good”* (P5).

In the theme **reaction of the family to the situation of institutionalization**, the participants reported the opinions of the different members of the family, according to

family experiences and what they have perceived in the interactions with them. The reported reactions were to seeing institutionalization as an opportunity; institutionalization as inappropriate for development; and contradictory family reactions. Institutionalization as an opportunity (n=7) was the most reported sub-theme (“*My mother copes well, but she doesn’t want me to leave here*”.... “*She says I can have my future here*” (P1), followed by institutionalization as an inappropriate measure for development (n=4) (“*My mother handles it badly*”. “*Because no mother likes to see her child in an institution*) (P5).

The **perception of young people regarding where they would like to be and with whom**, at the time of the interview, was intended to give young people a voice about their own wishes. The sub-themes that emerged were: being with significant people; being out of the institution; and being in the institution. The most reported sub-themes were: being with significant people (n=9) (“*With my parents and my sister*”) (P10); and being out of the institution (n=8) (“*At home, of course*”) (P8).

Regarding the **perception of young people in relation to their entry into the institution**, most characterize their entry into the institution as entailing negative feelings, with sadness and revolt being the most reported. The themes mentioned were: emotional maladjustment; initially negative reaction; and initially positive reaction. The most reported sub-theme was emotional maladjustment (n=7): “*It was sad. I moved away from my family, mainly from my parents and my sister and my nephews and my brother*” (P10). The second most described sub-theme was an initially negative reaction (n=5), as shown in the following example: “*In the first three months it was a bit complicated, really complicated.*” (P6).

In the theme **reasons for institutionalization**, the young people mentioned the reasons they considered to be the source of their institutionalization, overall related to their

own behavior: bad behavior; successive absences from school; family problems; substance use; and criminal behavior. The most reported sub-theme was bad behavior (n=6): *“It was bad behavior at school and at home, also because I was already being followed by my process manager, since I was 9 years old”* (P6). The second most reported reason was the successive absences from school (n=5): *“I missed classes, there was no way I would go to school, I missed the entire 3rd term”* (P11). The third most described sub-theme was family problems (n=4), as shown in the following example: *“I came here because of my mother. Because there were many stresses at home and the environment was not good”* (P4).

On the topic of **relationship with housemates**, young people describe the relationship they have with their peers in the institution as generally positive, but also marked by conflictual situations. The most reported sub-theme was generally positive (n=10) as shown in the following example: *“Good, excellent!”* (P4).

Regarding the **relationship with the staff of the institution** (technical team and educational team), young people characterize it as: positive; negative; and unstable. The most described sub-theme was positive (n=8) as shown in the following example: *“I get along well with everyone, but of course I get along better with some people than with others”* (P1).

In the theme of **changes experienced by young people after institutionalization**, young people reported the changes they felt throughout the institutionalization process, focusing on: improvements in behavior; improvements in relation to the school; decreased substance use; and psychological maladjustment. The most reported sub-theme was improvements in behavior (n=9) (*“I grew up. I changed my behavior, I feel that I am more mature”*) (P3) and the second most described sub-theme was improvements in relation to school (n=4) (*“I am more committed to the school”*) (P9).

The **tasks performed by young people in the institution** are defined by the institution's staff. With regard to satisfaction with the tasks, participants revealed they are satisfactory (n=3) (*"I like to clear the table"*) (P4); but also not satisfactory (n=5), as shown in the following example: *"None... because they don't pay me to do them"* (P1). The **perception of young people in relation to the importance of performing tasks** in the institution oscillates between their valorization and their devaluation. The valorization of tasks (n=9) was mentioned by most young people: *"For us to help our parents. They also help if I ever get married or something, or if I have a house of my own, I already know more"* (P10). An example of the devaluation of tasks (n=4) is: *"I already know how to do it, I don't need to do it for others... I have always known how to do it, it wasn't here that I learned"* (P3).

In the theme of **institutional support**, young people described the types of support they receive from the institution, at the following levels: school (study room and occasional support), professional and emotional support. However, some young people refuse support, saying they do not need help from anyone. The most described sub-theme was the study room (n=5), within the school support (*"I have the study room and the teachers who come here"*) (P1). At the professional level, most young people are attending professional training or attending a professional course (n=8), (*"I am in a mechatronics course, the institution helped me enroll"*) (P3). Regarding the emotional level, most young people recognize the support given by the institution's psychologists, resorting to them in periods of greater instability (n=5) as shown in the following example: *"I have this help, although I sometimes do not take advantage of it. Like, it's not that I don't want it, because I do want this help, but sometimes I don't show that I want it, but they help each other in here and sometimes, as I said, I vent to some people in here, so..."* (P11). Lastly, as for the theme

refusal of support (n = 4), young people adopt a somewhat unrealistic discourse, stating that they do not need the help of anyone, as shown in the following example: “*No, they don't have to help because I don't want it*”, “*Yes, I don't want anyone to help me*” (P4).

In the theme of **preparing young people for autonomous life**, the objective was to understand whether young people felt that the institutionalization period helped them, in some way, in the process of preparing for their autonomy. Within this theme, the following sub-themes emerged: the learning process and the denial of the need for support. The most described sub-theme was the learning process (n=7): “*Ok.... I've learned a lot... I do the tasks*” (P7). Most young people are fully aware that, during the time they were at the institution, they learned some things, changed others and feel they were helped in terms of their autonomy. The second most reported sub-theme was the denial of the need for support (n=5): “*No... Because I already knew how to live alone... No, but I already know how to do the things that people do by themselves when they leave home. Pay the rent, pay the electricity bill, water, gas.*” (P5);

Regarding the **perception of young people in relation to leaving the institution**, most young people reported that they will not miss the institution, since they consider that they are constantly being watched and controlled, which leads them to feel a lack of privacy. Within this theme, the following sub-themes were mentioned: ambivalence in relation to leaving; feelings of happiness; positive view of leaving; and positive perception of the institution. The most described theme was ambivalence in relation to leaving (n=10) (“*It will be good, I will have many memories and longings*”) (P2). On the one hand, young people consider that leaving the institution will be good, but, on the other hand, they feel they will miss the time they were institutionalized. They also mentioned feelings of happiness (n=4), (“*I will feel happy, I am with my family, I will celebrate with my parents*”)

(P10).

Regarding the topic of **support received after leaving the institution**, they reported ignorance and refusal.

The **perception of young people regarding their life after the institution** is revealed: positive; and with family reunification. From the young people's discourses, it is possible to see that most young people consider their life will be positive (n=9) after leaving the institution: *"It will be good"* (P2).

The **goals** of young people are: to find a job; take a professional course; and get their driving license. The most described sub-theme was finding a job (n=8): *"(...) I will have to work to achieve my goals as I do here" ... Get a part-time for the holidays to earn money up to the age of 18 and then I go work*" (P1); and take a professional course (n=5): *"I intend to take a professional course"* (P10).

Discussion

This study aimed to analyze how young people in residential care perceive their process of autonomization. Overall, it was clear that young people face the entrance into the institution in a negative way, mostly feeling sadness for being away from their family. In addition, young people perceive the institution as a place where they are constantly being controlled, with rules and consequences that they consider to be inappropriate for their age. Despite all the difficulties of adaptation experienced by young people, they also refer to positive aspects of institutionalization, namely the changes they had been experiencing during the time they were institutionalized, changes related to behaviors, substance use and greater dedication to school. In addition to all these changes, young people learned to per-

form certain tasks necessary for their life and for their future, but they also learned values such as respect, equality, group living, among others.

It was also possible to understand that, despite all the instability and all the problems that exist within these families, young people yearn to leave the institution and return to their family and home.

Finally, there was a notable lack of expectations and goals for these young people for the near future, thus revealing the lack of skills necessary for an independent life.

Regarding the reasons that led them to be institutionalized, most young people mainly reported bad behavior and successive absences from school, and these themes were also the most mentioned in relation to the life that young people had before being institutionalized. However, according to the analysis of the cases, it is possible to observe that, for most young people, the institutionalization measure was due to parental neglect. These data are in line with data from the CASA Report (2017), in which neglect accounts for 71% of cases. This aspect shows that, indeed, young people have a perception that the reasons for residential care are related to themselves and not to family problems. This aspect can give rise to feelings of guilt and personal responsibility for family breakdown. According to Gomes (2010), most of the times, young people do not understand the reasons for their withdrawal, as they have always lived in that context, which is their frame of reference, and end up blaming the institution's own staff for the entire situation they are experiencing.

Santos (2009) mentioned there is a wide variety of reasons that are at the origin of risk situations such as: economic deprivation, unemployment, alcoholism, drug addiction, lack of parental skills, poor housing conditions, among others. From the analysis made of the processes, it was possible to conclude that the major problems within the families of these young people are mainly related to: conjugal violence, alcoholism on the part of the

parents, absence of the parents, facilitated access to illegal substances, death of the parents, parental separation, family conflicts, among others.

Regarding the perception of young people concerning their entry into the institution, it is mostly characterized by negative feelings, such as sadness and revolt. These feelings coincide with those in the study by Silva et al. (2019), in which the feelings experienced by young people, both at the entry and during their experience in residential care, were one of the most salient categories, with feelings of fear, protection, sadness, loneliness, injustice, support, imprisonment, among others. Still regarding this theme, it is important to mention that, on the one hand, some young people say that the first moments in the institution were good and, on the other hand, other young people say that the first moments were the most complicated.

In this study, it seems to be evident that not all young people experience institutionalization in the same way, as this is a major change in their lives, since it seems to have led to a break in affective bonds, and to a host of doubts and fears about what their life will be like in the future. These feelings result from the need of young people to be with family and friends, the fear of staying in the institution for a long time, of not liking people or not being accepted by peers, as well as the desire to have more autonomy and more freedom (Carvalho & Manita, 2010).

According to Gomes, the moment of institutionalization is particularly difficult for children and young people, since it constitutes a moment of rupture with their family environment and with the people of their community, leading them to experience feelings of revolt with great frequency (2010). The discourses of young people seem to reveal that, overall, they maintain a negative image of their experience in residential care, considering that they are constantly being monitored and controlled. Also very common in the

discourses of these young people is the idea that when they leave the institution they will be at free, with the people they like.

According to Quintãns (2009), the process of leaving the institution constituted, similar to the arrival process, a moment experienced in a negative way, with feelings of revolt by the sudden decision, disregard and also feelings of ambivalence, namely, relief and yearning for freedom and, simultaneously, anguish for leaving the people they met at the institution.

The results by Goodkind, Schelbe and Shook (2011) also demonstrated that young people have a great desire to control their own lives, which is common in practically all young people of these ages, combined with a great desire to be free from the restrictions of the institution, particularly from the rules and the functioning itself.

Despite this negative image that young people maintain about their experience, most of them reported some changes since they entered the institution up to the moment in question, and these changes were mainly in terms of behavior, both at school and at home. These reports pertaining to the learning that the institution can provide were also reported by Santos (2010), who concluded that most young people perceive they have changed a lot with their stay the institution and that this change was positive. These changes are related to the process of personal growth and to the personal and social development of these individuals.

Taking into account the data resulting from the processes, it is possible to perceive that young people's discourses are often contradictory in relation to the institutionalization situation. In other words, despite all the negative aspects that young people report about institutionalization, they also mention the various changes they have been experiencing over time, and which have been taking place at various levels. This aspect demonstrates

that, despite all the positive things that residential care has brought to these young people, they still do not appreciate the work that is done by the institution's staff, nor do they recognize the institution as an opportunity that arose in their lives.

Regarding the family's reaction to the institutionalization, there are some inconsistencies in family reactions. Taking into account the discourses of these young people, these contradictions may be related to the fact that the parents consider the institutionalization a good opportunity for the young people or, on the contrary, it is an asset for the parents that the children remain in the institution. However, since the answers are given by the young people and not the parents, it is important to bear in mind that young people may only be conveying what they hear in their family interactions, or reporting what they consider to be the most appropriate answer, with most saying that the responsibility for institutionalization is theirs.

When asked about their relationship with their family, most young people characterize their family relationships as unstable, due to a variety of situations. However, despite this instability, the truth is that young people yearn to return home and to their family, even if it has been broken down. This situation shows that, indeed, young people want to return to their natural way of life, regardless of the difficulties and all the problems that characterize their families. This desire to return to the family is clearly related to affective bonds, but also to the breaking of routines, to rules and the functioning of the institutions themselves. Mota and Matos (2008) refer that, no matter how dysfunctional the family is, the arrival at the institution is experienced as a loss or rejection of the family, since it translates into the young people's inner world a sense of belonging. In addition, although their family life is hardly adequate, the truth is that young people consider the family as a reference, thus wishing to return to their natural way of life (Carvalho &

Manita, 2010). According to the processes, most young people have defined integration in their natural environment as their life project, which is evidenced, by the CASA report, in 36% of cases.

When asked about the importance of performing tasks in the institution, most young people consider that performing tasks is important for the process of transition to autonomy, and many say that when they have a home and a family they will have to do these tasks. However, it is noticeable in the discourse of young people that they perform tasks in the institution because they are part of the routine and, in some cases, it was at the institution that they learned how to perform those tasks. According to the Manual of Good Practices of the Social Security Institute (2005), the participation of young people in performing tasks is very important because, in addition to being a form of learning, it is also a way for young people to prepare for their autonomy. Therefore, it is essential for young people to understand that tasks are necessary, that they are part of a household routine and that they should be responsible for performing them.

Through the young people's discourses, it was possible to observe that the period in which they were institutionalized helped them, in some way, to prepare for autonomy. Regarding this issue, most young people mentioned that their life outside the institution was going to be good, and their main objective was to find a job. The remaining young people have the idea of continuing their studies, however, none of them expect to enroll in Higher Education. These reports demonstrate a lack of interest by these young people in school, opting for jobs that do not require high levels of education. In their discourses, young people mention the family's academic/professional situation, especially that of their father or father figure, showing a willingness to follow the same path.

In the study by Santos (2010), the author concluded there are several constraints that

hinder effective school success of institutionalized children and young people, namely the motivational, psychological, interpersonal, behavioral and cognitive difficulties of these children and young people, where disinterest and school absenteeism predominate.

Although the reports of the young people are positive concerning their autonomy, they do not refer to major life goals or plans for the near future, with leaving the institution being associated with the feeling of freedom and desire to control their lives. The results of the study by Liabo et al. (2016) also demonstrated that young people were excited to leave the institution and take care of their own lives, with this transition being associated with the feeling of freedom and the desire to have a house, a car and a job.

It is important to note that nine young people have a diagnosis, with behavioral disorders being the most prevalent in these cases. In fact, according to the CASA Report, these disorders, in addition to being part of the particular characteristics of these children and young people, have been increasing significantly. These disorders lead to all the behaviors and attitudes expressed by young people, clearly having a negative impact on their daily lives and on their future.

Conclusion

In the present study, taking into account the narratives of the young people, it is possible to conclude that participants do not have great perspectives on life and concrete goals for their future. These young people yearn for the moment of leaving the institution, since they associate their leaving with feelings of freedom and independence. Nonetheless, they wish to return home, as they consider they do not have the necessary skills for an independent life. Thus, it would be very important to work with families first in order to identify the greatest difficulties, thus allowing the development of strategies for their

resolution. These results also inform the need to intentionalize the process of autonomy in structured practices that are appropriated by young people as opportunities for personal growth. In addition to intentionalizing everyday practices (e.g., helping with tasks) within the scope of a process of autonomy, with a view towards promoting practical skills, the transition should be anchored in therapeutic processes aimed at resolving ambivalence, both in terms of institutionalization and autonomy, as well as the promotion of emotional skills, essential to the positive construction of a life project.

Regarding the limitations of the study, the first is related to the fact that participants are only from one institution. In addition, it was not possible to obtain an answer from all young people to all questions, for reasons such as lack of understanding regarding what was being asked, as they may not be able to express themselves as expected, due to the cognitive difficulties that some young people have, or even because they are not comfortable answering.

It is suggested that, in future research, children and young people are interviewed during three different periods: at the time of entering the institution, after some time of being institutionalized, and at the time of leaving the institution, in order to follow the changes that are occurring with these young people. In addition, it would also be important to interview the family of origin of these children and young people, in order to obtain a different perspective on institutionalization, as well as interview the various members who work in an institution, so as to understand what is the work they do, but also how they prepare the young people to leave the institution. The combination of these data will allow for better knowledge about this phenomenon.

The results of this study suggest that the development of skills for the transition to autonomy should be carried out early and individually, when the young person enters the

institution, but also later on, so they can successfully integrate into adult life. This support must be focused on the needs of each young person and must take into account the family and their environment. Residential care can and should be, for these young people, a privileged context of reinforcement and/or development of competences for the realization of autonomous and successful lives.

References

- Barth, R., Greeson, J., Zlotnik, S., & Chintapalli, L. (2009). Evidence-based practice for youth in supervised out-of-home care: a framework for development, definition, and evaluation. *The Journal of Evidence Based Practice in Social Work*, 6 (2), 147-175. doi: 10.1080/15433710802683796
- Braun, V. & Clarke, V. (2006) Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3 (2), 77-101. doi: DOI: 10.1191/1478088706qp063oa
- Carneiro, R. (2005). *Casa Pia de Lisboa. Um Projeto de Esperança: as estratégias de acolhimento das crianças em risco – relatório final*. Cascais, Principia.
- Carvalho, T. & Manita, C. (2010, Fevereiro). Perceções de Crianças e Adolescentes Institucionalizados sobre o Processo de Institucionalização e a Experiência na Instituição. *Atas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia. Portugal: Universidade do Minho*, pp. 3326-3335.
- Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens (2018). *Relatório Anual de Avaliação da Atividade das CPCJ*. Lisboa: CNPDPCJ.
- Gaspar, J.P. (2014). *Os desafios de autonomização: estudo compreensivo dos processos de transição para diferentes contextos de vida, na perspetiva de adultos e jovens adultos ex-institucionalizados*. Tese de Doutoramento em Psicologia da Educação. Universidade de Coimbra.
- Goodkind, S., Schelbe, L., & Shook, J. (2011). Why youth leave care: Understandings of adulthood and transition successes and challenges among youth aging out of child welfare. *Children and Youth Services Review*, 33, 1039-1048. doi: <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2011.01.010>
- Gomes, I. (2010). *Acreditar no futuro*. Alfragide: Texto Editores.

Instituto da Segurança Social (2005), *Percursos de vida dos jovens após a saída de Lares de Infância e Juventude*, Lisboa, ISS.

Instituto da Segurança Social (2005). *Manual de Boas Práticas: Um guião para o acolhimento residencial das Crianças e dos jovens*. Instituto da Segurança Social, Lisboa.

Instituto da Segurança Social (2018). *CASA 2017- Relatório de Caracterização Anual da Situação de Acolhimento das crianças e jovens*. Instituto da Segurança Social, Lisboa.

Liabo, K., McKenna, C., Ingold, A., & Roberts, H. (2017). Leaving foster or residential care: a participatory study of care leavers' experiences of health and social care transitions. *Child: Care, Health & Development*, 43(2), pp. 182-191. doi: <https://doi.org/10.1111/cch.12426>

Lourenço, A. (2014). *Avaliação do Projeto “Casa de Pré-Autonomia” desenvolvido com Jovens Institucionalizadas*. Dissertação de Mestrado em Política Social, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Universidade de Lisboa, Lisboa.

Mota, C. & Matos, P. (2008). Adolescência e institucionalização numa perspetiva de vinculação. *Psicologia e Sociedade, Florianópolis*, 20 (3), 367-377. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822008000300007>.

Quintãns, C. (2009). *Era uma vez a Instituição Onde eu Cresci: Narrativas de Adultos Sobre Experiências de Institucionalização*. Dissertação de Mestrado. Universidade do Minho, Braga.

Reis, V. J. O. (2009). *Crianças e Jovens em Risco (Contributos para a organização de critérios de avaliação de fatores de risco)*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia Clínica. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação. Universidade

de Coimbra.

Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (2018). Apartamentos de autonomização. Um ensaio para a vida. Retirado de http://www.scml.pt/pt-PT/media/noticias/apartamentos_de_autonomizacao__um_ensaio_para_a_vida_/

Silva, A. D., Oliveira, K., & Marques, C. (2019). Autonomização de jovens em acolhimento residencial: Discursos e Significados. *Configurações*, 23, 14-30. doi: <https://doi.org/10.4000/configuracoes.7305>

Thompson, H. M., Wojciak, A. S., & Cooley, M. E. (2018). The experience with independent living services for youth in care and those formerly in care. *Children And Youth Services Review*, 84, pp. 17-25. doi: DOI: 10.1016/j.childyouth.2017.11.012

Legislação:

Decreto-lei nº147/99, de 1 de Setembro. Diário da República n.º204/1999, Série I-A de 1999-09-01. Lisboa.

Decreto-lei nº31/2003, de 22 de Agosto. Diário da República n.º 193/2003, Série I-A de 2003-08-22. Lisboa

Decreto-lei nº142/2015 de 8 de setembro. Diário da República n.º 175/2015, Série I de 2015-09-08. Lisboa.

Decreto-lei nº23/2017, de 23 de maio. Diário da República n.º99/2017, Série I de 2017-05-23. Lisboa.

Decreto-lei nº26/2018 de 5 de julho. Diário da República n.º 128/2018, Série I de 2018-07-05. Lisboa

Decreto-lei nº12/2008 de 17 de Janeiro. Diário da República n.º12/2008, Série I de 2008-01-17. Lisboa

A relação do suporte social percebido
com o bem-estar subjetivo e com a qualidade de vida dos reclusos

Carmen Rodrigues¹ & Anita Santos²

¹Instituto Universitário da Maia – ISMAI

²Instituto Universitário da Maia – ISMAI &
Centro de Psicologia da Universidade do Porto - CPUP

Autor correspondente: Anita Santos, Instituto Universitário da Maia – ISMAI & Centro de Psicologia da Universidade do Porto – CPUP; Av. Carlos Oliveira Campos - Castelo da Maia, 4475-690 Avioso S. Pedro, Portugal; Email: anitasantos@ismai.pt

Resumo

A reclusão num estabelecimento prisional (EP) acarreta mudanças drásticas na vida do recluso, obrigando-o a uma adaptação à forma a lidar com os desafios emocionais, novas regras sociais e institucionais. O processo de adaptação ganha eficiência quando há um efetivo suporte social (SS), permitindo melhor qualidade de vida (QV) dos reclusos. O bem-estar subjetivo (BES) e, sobretudo, as experiências de afeto positivo exercem uma influência positiva e acumulativa no bem-estar dos sujeitos assumindo um papel importante na melhoria da QV. O objetivo desta investigação consiste em estudar a relação entre o suporte social percebido (SSP) e o BES e a QV em indivíduos reclusos. A amostra é constituída por 55 reclusos do sexo masculino de dois EP regionais do norte de Portugal, com média de 41 anos de idade. Os instrumentos utilizados foram a Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido, a Escala de Afeto Positivo e Negativo e o Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da OMS *WHOQOL-Bref*. Do perfil jurídico-penal, a maioria dos reclusos é primário, com um tempo de reclusão de 1 a 5 anos, e tempo de pena a cumprir entre 2 a 5 anos, tem um relacionamento razoável com os reclusos e muito bom com o *staff* prisional. Encontrou-se uma correlação significativa entre o SSP de outros significativos com todas as dimensões da QV, entre o SSP e a QV, e entre a dimensão total do BES e a dimensão geral e psicológica da QV. O SSP é menor que o da população geral e reclusos com maior SSP apresentam maior frequência de afetos positivos. São discutidos os dados e sugeridas implicações para o trabalho com os reclusos em EP.

Palavras-chave: reclusos, suporte social percebido, bem-estar subjetivo, qualidade de vida

A relação do suporte social percebido com o bem-estar subjetivo e com a qualidade de vida dos reclusos

O impacto da reclusão e a privação de liberdade dos reclusos reflete-se a nível individual, sistémico e social. O suporte social (SS) e as redes de contacto podem por isso ser afetadas e, por vezes, as interações existentes anteriormente, acabam por sofrer ruturas, pois a família está sujeita a um desgaste emocional que, por vezes, pode levar ao abandono dos sujeitos. Todavia, são os laços familiares, quando estruturados, que podem ter um papel reabilitador durante o percurso prisional dos indivíduos, sendo que, é através das visitas que se minimizam “as perdas” com o exterior e se mantêm os laços afetivos, ou seja, são um fator protetor contribuindo para o bem-estar (BE), melhorando a qualidade de vida (QV) dos reclusos.

O Suporte Social

O suporte social tem vindo a ser amplamente estudado como fator promotor de saúde (Dunbar et al., 1998), com contribuições de Cassel (1974), que tentou compreender a natureza e os efeitos protetores do SS, e de Caplan (1974), que clarificou a natureza do SS do grupo primário e a sua importância para o BE dos indivíduos. Cobb (1976) conceptualizou o SS como amortecedor do stresse, desempenhando uma função facilitadora da confrontação e adaptação em situações de crise.

Sarason, Levine, Basham e Sarason (1983) definiram o SS como “a existência ou disponibilidade de pessoas em quem se pode confiar, pessoas que nos mostram que se preocupam connosco, nos valorizam e gostam de nós” (p.127), sendo que a rede de apoio e de relações sociais fundamentais para o indivíduo é criada e representada por familiares, amigos, vizinhos ou outras pessoas significativas.

Do mesmo modo, ainda sobre as distintas fontes do SS, Dunst e Trivette (1990) distinguiram o SS informal e o SS formal. As redes sociais informais, em resposta a

acontecimentos de vida normativos e não-normativos, são passíveis de aprovisionar apoio nas atividades do quotidiano e abrangem os familiares, amigos, vizinhos, os grupos sociais como clubes, associações e a igreja, entre outros. As redes sociais formais têm como função prover assistência às pessoas ou grupos sociais que mais necessitem, incluem as organizações sociais formais das quais fazem parte os hospitais, programas governamentais, serviços de saúde e os profissionais de saúde.

O papel protetor do SS em situações adversas, que exigem ao indivíduo a utilização de mecanismos de adaptação e superação face acontecimentos stressantes (Zimet, Dahlem, Zimet, & Farley, 1988), está bem presente aquando da entrada num estabelecimento prisional (EP). Porque a privação de liberdade é uma experiência marcante (Gomes, 2008), em contexto prisional, os indivíduos passam por uma ressignificação e readaptação de experiências intrínsecas e extrínsecas ao meio prisional; porém, as referências exteriores são as que continuam a manter-se, tais como a família, a sua profissão ou a residência (Cunha, 1994).

Contudo, a segregação do recluso em relação à sociedade promove o afastamento dos vínculos familiares e afetivos, condicionando o recluso a comportamentos adaptativos às normas e regras que vigoram no sistema prisional (Faustino & Pires, 2009), assim como a uma maior probabilidade de reincidência (Medeiros, 2010; Williams, 1999).

Deste modo, para um recluso ter um percurso prisional mais adaptativo e que possa refletir-se futuramente aquando da sua reinserção social, é importante que as instituições possam proporcionar ao recluso o contacto com o meio exterior. O SS poderá, assim, promover a autoestima e sentimentos de controlo do meio, criando experiências emocionais positivas (Pearlin, Lieberman, Menaghan, & Mullan, 1981).

De acordo com a literatura, é possível afirmar que o SS fornecido pela família é considerado o mais importante no processo de reclusão (Freitas, 2008). A ausência do apoio familiar tem suscitado alguma preocupação por parte de alguns investigadores, que referem que a lacuna do papel protetor da família pode desencadear consequências negativas no processo de ressocialização do recluso após o cumprimento da pena (Almeida, Duarte, Fernando, Sousa, & Abreu, 2003; Oliveira & Lima, 2013). É na família que o indivíduo pode partilhar os seus sentimentos, emoções, medos e problemas de modo afetuoso, pelo que esta falta de suporte no contexto prisional poderá desenvolver complicações, por exemplo, rejeição, baixa autoestima e solidão, que se pode manter após cumprimento de pena (Rocha & Silvério, 2005).

De acordo com Rodriguez e Cohen (1998), o SS é capaz de gerar efeitos benéficos para a saúde física e mental dos indivíduos, estabelecendo uma estreita relação com o BE. De facto, a literatura sugere que, no meio prisional, as visitas são descritas como sendo um momento que proporciona vínculos afetivos e sentimentos de BE geral, conseqüentemente, uma maior expressão de sentimentos positivos no recluso (Dixey & Woodall, 2011; Duncan & Balbar, 2008; Gomes, Duarte, & Almeida, 2003). As visitas têm sido alvo de vários estudos que sugerem o efeito protetor dos laços sociais a longo prazo, ou seja, as visitas recebidas pelos reclusos parecem ajudar a reduzir e atrasar a reincidência dos indivíduos ao mundo do crime (Bales & Mears, 2008; Duwe & Clark, 2013).

De acordo com Visher e Travis (2003), o processo de adaptação dos reclusos à prisão será igualmente um preditor de uma futura reinserção bem-sucedida, pelo que esta não dependerá apenas das características intrínsecas ao sujeito, mas também do contexto socioambiental, ou seja, do envolvimento da comunidade e da manutenção das relações com a família e os pares. Porém, advertem que estes fatores de proteção

podem, simultaneamente, ser fatores de risco para a reintegração e ajuste pós prisão dos indivíduos.

Relativamente à percepção dos reclusos acerca do SS na prisão, Novais, Ferreira e Santos (2010) definem três grandes categorias, nomeadamente: (i) o bom relacionamento com todos os elementos; (ii) um relacionamento saudável apenas com algum indivíduo; e (iii) reclusos que consideram não se sentirem apoiados por ninguém, sejam eles outros reclusos ou guardas prisionais. Assim, ressalva-se que o ajustamento ao meio prisional está dependente não só de fatores individuais, mas também da qualidade das relações estabelecidas com a rede de suporte familiar e social do indivíduo (Gomes, 2008; Novais et al., 2010).

Um estudo qualitativo de um centro de visitas no Reino Unido, de Woodall, Dixey, Green e Newell (2009), acerca de um programa de promoção de saúde focado na qualidade das visitas, constatou que, de facto, este tipo de abordagem permite apoiar as famílias e os reclusos melhorando a qualidade das visitas, o que se repercute na importância da manutenção dos laços familiares para a reintegração e, consequentemente, a diminuição de comportamentos de reincidência.

Em relação ao SS fornecido pelas visitas, Cochran (2012) constatou que os reclusos que recebem visitas apresentam taxas mais baixas de má conduta durante o período de encarceramento, proporcionando aos reclusos criarem amizades (Duncan & Balbar, 2008), aumentando o seu BE (Listwan, Colvin, Hanley, & Flannery, 2010).

No que concerne à perspectiva dos reclusos acerca da reintegração, Davis, Bahr e Ward (2012), utilizando a entrevista como método de acesso às percepções que estes tinham, concluíram que, de uma maneira geral, os reclusos referenciavam a importância do apoio social da família, amigos e serviços de tratamento fornecidos pelo estabelecimento como fatores motivacionais e preditores de uma reintegração bem-

sucedida e o afastamento do mundo do crime. Similarmente, outro estudo, de Brosens, Donder, Vanwing, Dury e Verté (2014), demonstrou a existência de um relacionamento positivo entre a importância das redes sociais e os contactos estabelecidos com familiares e amigos como um fator para a tomada de decisão de participar em atividades de aprendizagem para a vida futura dos reclusos.

O Bem-Estar Subjetivo

O BES é visto como um construto multidimensional, constituído por duas componentes, a afetiva (afetos positivos e afetos negativos) e a cognitiva (que se refere à avaliação global da satisfação com a vida) (Deci & Ryan, 2008; Diener, Oishi, & Lucas 2003; Diener, Sapyta, & Suh, 1998; Galinha, 2008; Galinha & Pais-Ribeiro, 2005b; Keyes, Shmotkin, & Ryff, 2002).

Atualmente, a maioria dos investigadores aceita que o afeto é a componente emocional do BES (Diener et al., 1999). Segundo Galinha e Pais-Ribeiro (2005b), o BES define-se como uma dimensão positiva da saúde, é um conceito complexo que integra uma dimensão cognitiva e uma dimensão afetiva. Os mesmos autores referem que, além de fatores cognitivos e afetivos, também os fatores contextuais (como a idade, o género, a conjugalidade, a escolaridade, o emprego), e os acontecimentos positivos e negativos na vida dos sujeitos relacionam-se, igualmente, com o BES (Galinha, 2008; Galinha & Pais-Ribeiro, 2011).

De acordo com Sirgy (2002), o conceito de BES está integrado como uma parte da avaliação da QV e define-se como um estado afetivo duradouro (de longo termo), que é composto por três componentes: a experiência acumulada de afeto positivo, a experiência acumulada de afeto negativo, e a avaliação da satisfação com a vida global. Considerando que a satisfação com a vida, o afeto positivo (emoções como a alegria,

afeição e orgulho) e o afeto negativo (emoções como a vergonha, culpa e tristeza), a felicidade e o BES são aspetos subjetivos da QV.

Na literatura, o afeto positivo tem sido descrito como um indicador emocional que produz saúde e BE, uma vez que a experiência de afeto positivo é acumulada, esta tem repercussões a nível do crescimento dos indivíduos e na sua capacidade de resiliência (Fredrickson, 2001; Fredrickson & Losada, 2005).

De acordo com Broadhead e colaboradores (1983), e relativamente à hipótese do efeito direto do SS, defendem que este pode trazer efeitos benéficos imediatos, independentemente dos níveis de stresse ou problemas pessoais que o sujeito experiencia, ou seja, o SS promove sempre a saúde e o BE.

Sob outra perspetiva, Cohen e McKay (1984) exploraram a hipótese de *buffering*, onde propuseram que o SS intervém na redução do stresse e em relação a eventos indutores do mesmo. Em consequência, tem um efeito protetor/amortecedor, contribuindo para que as respostas dos indivíduos ao impacto do stresse sejam atenuadas ou prevenidas. Assim, perante uma situação indutora de stresse, seja a nível direto ou a nível indireto, podem observar-se duas consequências distintas: a primeira, em que um elevado SS está associado a um baixo mal-estar psicológico; e a segunda, que diz respeito à função protetora, amortizadora e moderadora que o SS tem no que se refere aos efeitos prejudiciais para o BE dos indivíduos. Em contrapartida, um baixo SS aponta para as consequências nefastas do stresse (Martins, 2005).

Vários autores (Myers, 2000; Tay & Diener, 2011; Tay, Kuykendall, & Diener, 2015) identificaram que as relações sociais satisfatórias contribuem para a promoção do BES dos indivíduos. A revisão sistemática realizada por Lyubomirsky, King e Diener (2005), utilizando uma meta análise, integrando vários tipos de estudos (transversal,

longitudinal e experimental), também concluiu que elevados níveis de BES estavam associados ao SS.

Outros estudos indicam como componente fundamental do BE, a satisfação com a vida (Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985; Diener et al., 1999), ou seja, a avaliação cognitiva que o sujeito realiza acerca do seu BES que, por sua vez, está associada ao apoio social recebido; indivíduos com maior índices de satisfação com a vida referem ter apoio social (Kong, Ding, & Zhao, 2014; Kong, Zhao, & You, 2012; Newsom & Schulz, 1996; Pinqart & Sörensen, 2000; Siedlecki, Salthouse, Oishi, & Jeswani, 2014; Song, Kong, & Jin, 2013). As investigações têm apontado que os indivíduos que experimentam redes de apoio social com melhor qualidade, têm conseqüentemente menos angústia e maior BES (Gallagher & Vella-Brodrick, 2008; Kong & You, 2013; Montes-Berges & Augusto, 2007).

Em contexto prisional, a percepção do BES é influenciada por variáveis individuais, relacionais e contextuais. Laan e Eichelsheim (2013), no seu estudo, relataram que as atividades quotidianas na prisão estavam associadas a uma adaptação positiva, proporcionando aos reclusos sentimentos de segurança, autonomia e BE.

Crewe, Liebling e Hulley (2011) identificaram fatores contextuais e pessoais envolvidos no BE dos reclusos, tais como: as características da prisão e as condições materiais que esta proporciona, bem como as atitudes e o comportamento do *staff* prisional face aos reclusos, determinantes para a QV. Um outro estudo aborda que a QV na prisão pode ser influenciada pela ausência ou presença da utilização da autoridade do *staff* prisional sobre os reclusos (Crewe, Liebling, & Hulley, 2014).

O próprio encarceramento traz consigo um conjunto de efeitos de deterioração dos indivíduos; porém, os efeitos emocionais refletem-se no BE dos sujeitos, uma vez

que estes têm de ter um controlo emocional que não lhes permite expor as emoções, controlando-as debilitando o relacionamento e as interações sociais (Haney, 2001).

Harreveld, van der Pligt, Claassen e van Dijk (2007) concluíram que o enfrentamento focado nas emoções pode ajudar o BES dos reclusos, mas, para que este se verifique, é necessário partilha de emoções, quer entre os próprios reclusos, quer com as suas famílias, ou seja, a rede de SS dos indivíduos tem um efeito benéfico, permitindo-lhes lidar ativamente com sentimentos negativos através da partilha dos mesmos. Uma lacuna na rede social sugere que os reclusos possam ter a presença de sentimentos de solidão e, conseqüentemente, baixos níveis de BE. O estudo demonstrou, igualmente, que os reclusos que partilham as suas emoções negativas com outros, têm melhor condição de saúde do que aqueles que guardam as emoções para si mesmos (Harreveld et al., 2007).

Segundo um estudo de Kaap-Deeder e colaboradores (2017), a possibilidade de algum tipo de escolha sobre as suas vidas que é dada aos reclusos, tal como a possibilidade de atividades de lazer, trabalho e educação, reflete-se no BE dos indivíduos, ou seja, a perceção dos sujeitos sobre as suas escolhas, capacita-os de alguma forma para uma maior satisfação com a sua autonomia, promovendo níveis positivos de BES, tão importante em meio prisional.

Um estudo recente de Arriola e colaboradores (2015) reflete a importância do SS na questão da saúde dos indivíduos, os resultados indicam efeitos positivos na melhoria dos níveis de BE dos sujeitos encarcerados. Uma revisão sistemática da literatura de Claire e Dixon (2015) enfatiza o efeito benéfico das visitas no BE dos reclusos, ressaltando a importância do SS para os reclusos, assim como a diminuição de comportamentos disruptivos e de reincidência (Bales & Mears, 2008; Cochran, 2012).

A Qualidade de Vida

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define QV como “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (World Health Organization Quality of Life [WHOQOL Group], 1994, p. 28). De forma similar, também Cramer (1994) definiu QV como BE físico, mental e social, completo, e não apenas a ausência de doença. Segundo Shumaker, Anderson e Czajkowski (1990), a QV pode definir-se pela “satisfação individual global com a vida e a sensação geral, pessoal, de bem-estar” (p. 96).

A QV tem vindo a ser relacionada positivamente com o SS. Para Panayiotou e Karekla (2012), o principal papel do SS é o de transmitir aos indivíduos sentimentos de pertença, valorização, fazendo com que estes se sintam amados e que façam parte de um sistema comunicativo de troca e obrigações mútuas, causando, assim, impacto na QV e no stresse experienciados.

Luszczynska, Pawlowska, Cieslak, Knoll e Scholz (2013) verificaram que existem diferenças significativas na associação entre as várias dimensões da QV e o SS, assim como distintas fontes e tipos de apoio social têm maior predição na QV, corroborando que o SS prestado pelos familiares, amigos e profissionais de saúde é mais significativo para os indivíduos, melhorando a sua QV.

Para os reclusos, é importante que os EP sejam capazes de ter um papel de reeducação, ressocialização e reintegração na sociedade dos indivíduos em reclusão e, imperativamente, proporcionar-lhes durante esse período uma boa QV. Relativamente à percepção dos reclusos sobre a QV, esta resultará das sucessivas interiorizações que os indivíduos fizeram das percepções que tiveram no seu quotidiano (Cuervo-Arango, 1993).

A percepção da QV dos reclusos, segundo Novais e colaboradores (2010), varia, independentemente da idade, consoante o relacionamento com os outros (guardas ou reclusos), e na adaptação positiva ao ambiente e às condições. Os autores referem também que a percepção da QV se reflete na percepção da qualidade das relações, ou seja, ao percecionarem relações de menor qualidade, a convivência será menos positiva, bem como a adaptação dificultada.

De salientar que a aceitação dos indivíduos à nova realidade também é variável, sendo que essa variabilidade pode ser determinada pelo SS prestado aos indivíduos pelo *staff* profissional, ou seja, constata-se um impacto positivo na adaptação à vida na prisão por parte dos reclusos que têm apoio do *staff* prisional, assim como a falta de apoio social no interior e exterior da prisão poderá levar os reclusos a manifestar uma má conduta durante o encarceramento, e repercutir-se após a libertação (Mesko & Hacin, 2018).

Relativamente às representações sociais que os guardas prisionais e elementos da direção têm dos reclusos e da sua relação com o meio prisional, destacam-se as percepções estereotipadas influenciando, por si só, a adaptação ao contexto prisional (Gomes, 2012).

Atualmente, segundo o Relatório sobre o Sistema Prisional e Tutelar (XXI Governo Constitucional, 2017), o diagnóstico feito aos EP, aponta para um “quadro severo de sobrelotação” (p. 119) e pelo depauperamento das condições de saúde (Albino, 2007). Um estudo multinível de Molleman e Ginneken (2014), sobre a partilha das celas e a influência que esta tem na QV na prisão, evidenciou que a partilha está associada a uma menor percepção da QV, que é também influenciada pela reduzida qualidade das relações dos reclusos com o *staff* prisional.

O Presente Estudo

Tendo em análise a literatura consultada, pode afirmar-se que o SS se constitui como uma fonte protetora dos sujeitos em situações desafiantes, como a reclusão. Consequentemente, o SS contribui para melhorar o seu BE, ou seja, quanto maior for o SS, menor será o mal-estar, e maior a percepção de QV. Por outro lado, quanto menor for o apoio social, maior será a incidência de problemas que, consequentemente, afetam a saúde física e psicológica dos indivíduos, deteriorando o seu BE e QV. No entanto, esta hipótese não foi ainda testada junto da população reclusa.

Deste modo, a entrada num EP acarreta mudanças individuais e comportamentais, assim como a alteração das dinâmicas familiares, que têm que se adaptar às novas exigências de vida, torna-se pertinente estudar qual é a influência do SS na vida dos reclusos e os efeitos que este tem sobre o seu BE e, consequentemente, a percepção da QV.

Posto isto, o ponto de partida para a presente investigação é a seguinte questão de investigação: “Em que medida o suporte social se relaciona com o bem-estar subjetivo e a qualidade de vida dos reclusos?”.

Deste modo, sob o mote do objetivo geral que é o de avaliar o papel do SSP no BES e na QV dos reclusos, afiguram-se os seguintes objetivos específicos: (i) conhecer as dimensões jurídico-penais dos reclusos; (ii) caracterizar as dimensões do SS, a percepção do BES e da QV; e (iii) conhecer a relação do SS com a percepção de QV e com o BES.

Método

A presente investigação é um estudo transversal correlacional, segundo um desenho quantitativo.

Participantes

Participaram no estudo 55 reclusos do sexo masculino de dois EP regionais, localizados na área territorial do norte de Portugal, com idades compreendidas entre os 23 e os 78 anos ($M = 41.0$, $DP = 12.8$; $N = 55$) (Tabela 1). No que diz respeito à nacionalidade dos reclusos, observa-se que 96.4% dos reclusos têm nacionalidade portuguesa e 3.6% tem nacionalidade estrangeira (francesa e espanhola).

Relativamente ao estado civil, nos dois EP 52.7% dos reclusos estão solteiros, 23.6% divorciados, 16.4% casados e 7.3% estão em união de facto. Em relação às habilitações literárias, observa-se que globalmente a maioria dos reclusos possui o 2.º ou 3.º ciclo de escolaridade (69.8%), 3.8% não sabe ler, nem escrever, 5.7% têm o 1.º ciclo, 13.2% o ensino secundário e 7.5% possui o ensino superior.

Em relação à situação profissional antes da detenção, visualiza-se que 67.3% dos reclusos trabalhavam antes da detenção, 7.3% nunca trabalhou, 21.8% estava desempregado e 3.6% reformado. Relativamente à forma de prestação do trabalho, evidencia-se que a maioria dos reclusos trabalhava por conta de outrem (58.3%), 35.4% trabalhava por conta própria e 6.3% cumulativamente, por conta própria e por conta de outrem. Quanto ao agregado familiar e à descendência, de uma forma global 61.8% dos reclusos têm filhos e 38.2% não têm filhos. Relativamente, ao número de filhos dos reclusos que têm descendência, de uma forma global a maioria tem um filho (47.1%), 29.4% dois filhos, 17.6% três filhos, 2.9% quatro filhos e 2.9% seis filhos ($M = 1.88$, $DP = 1.12$).

Tabela 1 ELIMINADA COLUNA DIREITA

Dados sociodemográficos

Idade	<i>n</i>	(%)
--------------	----------	-----

23-29 anos	12	(21.8)
30-39 anos	15	(27.3)
40-49 anos	16	(29.1)
50-59 anos	8	(14.5)
60-69 anos	2	(3.6)
70-78 anos	2	(3.6)
Sexo	n	(%)
Masculino	55	(100.0)
Feminino	0	(0.0)
Nacionalidade	n	(%)
Portuguesa	53	(96.4)
Estrangeira	2	(3.6)
Estado civil	n	(%)
Solteiro	29	(52.7)
Casado	9	(16.4)
União de facto	4	(7.3)
Divorciado	13	(23.6)
Habilitações literárias	n	(%)
Não sabe ler, nem escrever	2	(3.8)
1.º ciclo	3	(5.7)
2.º ciclo	18	(34.0)
3.º ciclo	19	(35.8)
Ensino secundário	7	(13.2)
Ensino superior	4	(7.5)
Situação profissional	n	(%)
Trabalhava	37	(67.3)
Nunca trabalhou	4	(7.3)
Desempregado	12	(21.8)
Reformado	2	(3.6)
Forma de prestação	n	(%)

Conta própria	17	(35.4)
Conta de outrem	28	(58.3)
Ambas	3	(6.3)
Existência de filhos	n	(%)
Sem filhos	21	(38.2)
Com filhos	34	(61.8)
Número de filhos	n	(%)
1 filho	16	(47.1)
2 filhos	10	(29.4)
3 filhos	8	(17.6)
4 filhos	1	(2.9)
6 filhos	1	(2.9)
Total	55	(100.0)

Nota. Min. – Mínima; Máx. – Máxima; M – Média; DP – Desvio-padrão.

Instrumentos

Questionário sociodemográfico. A recolha dos dados demográficos (idade, estado civil, nacionalidade) e jurídico-penais (primário, reincidente, número de vezes detido, tipo de crime) fez-se através da aplicação de um questionário sociodemográfico.

Suporte social. Foi utilizada a Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido, designada originalmente de *Multidimensional Scale of Perceived Social Support* (MSPSS) de Zimet e colaboradores (1988), traduzida e adaptada por Carvalho e colaboradores (2011). A MSPSS avalia a perceção de SS de cada indivíduo, sendo constituída por 12 itens divididos em três dimensões: família, amigos e outros significativos. Relativamente à família correspondem os itens 3, 4, 8, 11, aos amigos 6, 7, 9, 12 e aos outros significativos, que podem ser qualquer fonte externa à família e aos amigos (Canty-Mitchell & Zimet, citado por Carvalho et al., 2011), correspondem os itens 1, 2, 5, 10. Nesta última subescala, os outros significativos são definidos pelos

indivíduos que respondem à escala (Carvalho et al., 2011). A escala é de tipo *Likert* de sete pontos, de 1 (Discordo Completamente) a 7 (Concordo Completamente). A escala MSPSS é um instrumento simples de aplicar, os seus itens são facilmente compreensíveis, sendo, por isso, indicada para indivíduos com escolaridade ao nível do 4.º ano que não tolerem questionários longos (Carvalho et al., 2011). A amostra é constituída por três grupos: um grupo de estudantes ($N = 454$), com uma média total de ($M = 5.94$); um grupo da população geral ($N = 261$), com uma média total de ($M = 5.87$) e, um grupo de doentes com depressão major ($N = 100$), com uma média total de ($M = 4.68$). As médias das quatro subescalas para a população geral são as seguintes: MSPSS-Família ($M = 5.98$); MSPSS-Amigos ($M = 5.49$); MSPSS-Outros significativos ($M = 6.16$) e MSPSS-Total ($M = 5.87$). A escala apresenta boa consistência interna (alfa de *Cronbach*), entre .85 e .95 considerando as três subescalas e os três grupos. O ponto de corte da escala é de 5.

Bem-estar subjetivo. Foi administrada a Escala de Afeto Positivo e Afeto Negativo (*Positive and Negative Affect Schedule – PANAS*) de Watson e colaboradores (1988), traduzida e adaptada para a população portuguesa por Galinha e Pais-Ribeiro (2005a). A PANAS avalia a dimensão afetiva (traço ou estado) do BES, o afeto positivo e o afeto negativo. É constituída por 20 itens, 10 com valência positiva (itens 1, 3, 5, 8, 10, 11, 13, 15, 17, 19) e 10 com valência negativa (itens 2, 4, 6, 7, 9, 12, 14, 16, 18, 20). Cada item é respondido numa escala tipo *Likert* de 1 (nada ou muito ligeiramente) a 5 (extremamente). A amostra da escala é constituída por estudantes universitários ($N = 348$), sendo que 161 são mulheres, com uma média de idades de ($M = 20.33$), variando entre 18 e 50 anos e, por 177 homens, com uma média de idades de ($M = 20.86$), variando entre 18 e 40 anos. O coeficiente alfa de *Cronbach* para a escala na versão portuguesa de afeto positivo é de .86, sendo que para o afeto negativo, o nível de

significância da escala é de .89. Quanto à correlação, entre as dimensões de afeto positivo e afeto negativo, para a versão portuguesa é de -0.10, ou seja, é esperado que seja próximo de zero, estabelecendo a independência entre as duas dimensões de afeto. O ponto de corte da escala é de 3.

Qualidade de vida. O instrumento utilizado para avaliar a QV foi o WHOQOL-Bref da OMS, traduzido e adaptado para o português de Portugal por Vaz Serra e colaboradores (2006), é constituído por 26 perguntas, sendo duas mais gerais, relativas à percepção geral de QV e à percepção geral de saúde, e as restantes 24 representam cada uma das 24 facetas específicas que constituem o instrumento original (WHOQOL-100). No WHOQOL-Bref cada uma das 24 facetas é avaliada por apenas uma pergunta numa escala de satisfação ou concordância de 5 níveis, mantendo-se a essência subjetiva e multidimensional do conceito de QV. O WHOQOL-Bref está organizado em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e ambiente. A amostra do instrumento é constituída por um total de ($N = 604$), sendo que um grupo é da população normal ($N = 315$) e um grupo pertencente à população clínica ($N = 289$). As médias dos quatros domínios são as seguintes: domínio físico ($M = 71.50$); domínio psicológico ($M = 69.30$); domínio das relações sociais ($M = 69.90$) e, por fim, o domínio ambiente com um valor médio de ($M = 63.58$). O instrumento apresenta bons índices de consistência interna, quando se considera o conjunto dos domínios o coeficiente de alfa de *Cronbach* é de .79 e, os 26 itens que compõem o instrumento têm um nível de significância de .92. Quanto à correlação dos quatro domínios, o WHOQOL-Bref na versão Portuguesa, apresenta correlações elevadas entre os 0.77 e 0.86, para o domínio das relações sociais e para o domínio psicológico, respetivamente. O ponto de corte do questionário é de 60.

Procedimentos

Para a recolha de dados efetuou-se um pedido de autorização de realização da investigação à Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais (DGRSP), que foi aceite. Posteriormente, contactaram-se os EP, que concederam o acesso aos participantes.

Com cada participante foi explicado e dado a assinar o Consentimento Informado, onde estava descrito o objetivo do estudo, as instruções necessárias, bem como o carácter voluntário, o anonimato e a confidencialidade dos dados, subjacente às normas e valores do Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses. Posteriormente, foram administrados os instrumentos, num único momento com cada participante.

Para a análise de dados foi elaborada uma base de dados para análise descritiva e inferencial dos mesmos, utilizando o IBM SPSS® (*Statistical Package for the Social Sciences*). Foi utilizada a estatística descritiva para a análise dos dados demográficos e jurídico-penais. Foram realizadas análises de correlação para verificar a relação entre as variáveis estudadas, de modo a responder aos objetivos do estudo.

Resultados

Análise descritiva dos dados jurídico-penais e apoio social dos participantes

Em relação ao histórico criminal, a maioria dos reclusos (52.7%) está presa pela primeira vez, enquanto 47.3% é reincidente. Quanto ao histórico de reincidências, varia entre um mínimo de duas a sete vezes, com uma média de reincidência de $M = 2.61$ e com um $DP = 1.20$. No diz respeito à situação jurídica dos reclusos inquiridos, observa-se que a maioria (97.3%) já obteve condenação, havendo 12.7% que aguarda julgamento em prisão preventiva. No que concerne ao tempo de permanência no EP, a maioria dos reclusos permanece no EP entre 1 a 5 anos (58.2%), 25.5% estão presos há

menos de 1 ano, 12.7% entre 6 e 10 anos e 3.6% há mais de 10 anos. O tempo de pena a cumprir varia entre um mínimo de meio ano e 14 anos, sendo a média de $M = 5$ ($DP = 3$); 45.1% tem entre 2 a 5 anos para cumprir e 37.3% entre 6 e 10 anos para cumprir. Em relação ao tipo/categoria de crime, 36.4% foram condenados por “crimes contra o património”, 27.3% por “crimes contra as pessoas”, 27.3% por “crimes respeitantes a estupefacientes”, 7.3% por crimes “contra a vida em sociedade” e 1.8% por outros crimes (ver Tabela 2).

Tabela 2

Dados jurídico-penais

História criminal	n	(%)
Primário	29	(52.7)
Reincidente	26	(47.3)
Reincidências	n	(%)
2 vezes	18	(69.2)
3 vezes	4	(15.4)
4 vezes	2	(7.7)
5 vezes	1	(3.8)
7 vezes	1	(3.8)
Situação jurídica	n	(%)
Preventivo	7	(12.7)
Condenado	48	(87.3)
Tempo de reclusão	n	(%)
Menos de 1 ano	14	(25.5)
1 – 5 anos	32	(58.2)
6 – 10 anos	7	(12.7)
Mais de 10 anos	2	(3.6)
Tempo de pena a cumprir	n	(%)
Menos de 2 anos	7	(13.7)
2 – 5 anos	23	(45.1)
6 – 10 anos	19	(37.3)
Mais de 10 anos	2	(3.9)
Tipo de crime	n	(%)
Contra pessoas	15	(27.3)
Contra a vida	4	(7.3)
Contra o património	20	(36.4)
Respeitantes a estupefacientes	15	(27.3)

Outro 1 (1.8)

Nota. Min. – Mínima; Máx. – Máxima; M – Média; DP – Desvio-padrão.

Quanto ao relacionamento com outros reclusos, é frequentemente classificado de razoável (36.4%), tendo 34.5% atribuído uma classificação de bom, 27.3% de muito bom e 1.8% de má. No que diz respeito ao relacionamento com o *staff* prisional, é mais frequente ser classificado de muito bom (36.4%), tendo 34.5% atribuído uma classificação de bom, 23.6% de razoável e 5.5% de má. Em relação ao exercício de alguma atividade no EP, a maioria dos reclusos diz praticar alguma atividade (60.0%), realizando 78.1% atividades funcionais (limpeza, ajudante de cantina ou bar, ajudante de lavanderia, etc...) e 21.9% atividades pessoais (desporto, ginásio, leitura, escrita).

Em referência à existência de apoio familiar, 85.5% dos reclusos diz ter algum apoio por parte de familiares, enquanto 14.5% não tem qualquer apoio. O tipo de apoio familiar mais referido é o tipo de apoio emocional e financeiro, apontado por 54.5% dos reclusos, enquanto 23.9% refere ter somente apoio financeiro, 8.7% apenas apoio emocional, 8.7% outro tipo de apoio e 4.3% todos os três tipos de apoio, simultaneamente. Por fim, é de notar que a maioria dos reclusos que recebe apoio familiar (70.2%) avalia-o como muito bom, enquanto 17.0% avalia-o como bom, 8.5% razoável e 4.3% como mau. No que se refere ao recebimento de visitas, a maioria dos reclusos (89.1%) diz receber visitas por parte de alguém, havendo 10.9% que não recebe qualquer visita. As visitas são referidas como mais frequentes aos fins de semana (36.8%), enquanto para 26.5% são diárias, 16.3% mensais e 20.4% esporádicas. Quanto à avaliação das visitas, 76.6% considera-as muito boas, 17.0% boas, 4.3% razoáveis e 2.1% más. Em referência ao recebimento de correspondência, 52.8% dos reclusos diz receber alguma correspondência por parte de alguém, enquanto 47.2% não recebe qualquer correspondência. No que diz respeito à realização de chamadas telefónicas, 92.7% dos reclusos faz chamadas para alguém fora do EP (ver Tabela 3).

Tabela 3.

Dados sobre relacionamentos e apoio social.

Relação com os outros reclusos	n	(%)
Muito boa	15	(27.3)
Boa	19	(34.5)
Razoável	20	(36.4)
Má	1	(1.8)
Relação com o <i>staff</i> prisional	n	(%)
Muito boa	20	(36.4)
Boa	19	(34.5)
Razoável	13	(23.6)
Má	3	(5.5)
Exercício de atividade	n	(%)
Não	22	(40.0)
Sim	33	(60.0)
Atividade realizada	n	(%)
Atividades pessoais	7	(21.9)
Atividades funcionais	25	(78.1)
Existência de apoio familiar	n	(%)
Não	8	(14.5)
Sim	47	(85.5)
Tipo de apoio familiar	n	(%)
Emocional	4	(8.7)
Financeiro	11	(23.9)
Outro	4	(8.7)
Emocional & Financeiro	25	(54.5)
Emocional, Financeiro e Outro	2	(4.3)
Avaliação do apoio familiar	n	(%)
Muito bom	33	(70.2)

Bom	8	(17.0)
Razoável	4	(8.5)
Mau	2	(4.3)
Recebimento de visitas	n	(%)
Não	6	(10.9)
Sim	49	(89.1)
Frequência das visitas	n	(%)
Diariamente	13	(26.5)
Fins de semana	18	(36.8)
Mensalmente	8	(16.3)
Esporadicamente	10	(20.4)
Avaliação das visitas	n	(%)
Muito boas	36	(76.6)
Boas	8	(17.0)
Razoáveis	2	(4.3)
Más	1	(2.1)
Recebimento de correspondência	n	(%)
Não	25	(47.2)
Sim	28	(52.8)
Efetua chamadas telefônicas	n	(%)
Não	4	(7.3)
Sim	51	(92.7)
Total	55	(100.0)

A relação entre suporte social, bem-estar e qualidade de vida

Suporte Social Percebido. Analisando as quatro dimensões da escala MSPSS, verifica-se que o “Total” da escala MSPSS, varia entre 2.5 e 7, apresentando uma média de 5.6 e um desvio padrão de 1.1 ($M = 5.6, DP = 1.1$), significando que em média os reclusos percebem suporte social parcial da sua rede de contactos. Seguindo-se a dimensão “suporte social de outros significativos” com uma pontuação média de 6.2 e desvio padrão de 1.1 ($M = 6.2, DP = 1.1$), a dimensão “suporte social da família” com uma média de 5.9 e desvio padrão de 1.7 ($M = 5.9, DP = 1.7$) e, por último, a dimensão “suporte social de amigos” com uma média de 4.8 e desvio padrão de 1.9 ($M = 4.8, DP = 1.9$). Para estudar a existência de diferenças entre as quatro dimensões do SSP, aplicou-se o teste de *Friedman* (Tabela 4), já que a distribuição do SS não é normal ($p < .05$) em todas as quatro dimensões da escala.

Tabela 4

Comparação das dimensões escala multidimensional de MSPSS

Dimensões	N	Min-Máx	M (DP)	Teste de Normalidade	Média das Ordens	Teste de Friedman
MSPSS_F	55	1-7	5.9 (1.7)	KS=0.266; $p < 0.001^{***}$	2.24 a	$\chi^2=26.699$
MSPSS_A	55	1-7	4.8 (1.9)	KS=0.141; $p=0.008^*$	1.48	gl=2
MSPSS_OS	55	2-7	6.2 (1.1)	KS=0.231; $p < 0.001^{***}$	2.28 a	$p < .001$
MSPSS_T	55	2.5-7	5.6 (1.1)	KS=0.181; $p < .001^{***}$	2.32	

Nota. Min. – Mínima; Máx. – Máxima; MSPSS_F – Família; MSPSS_A – Amigos; MSPSS_OS – Outros Significativos; MSPSS_Total; a – pares de médias significativamente iguais (Teste de Friedman)

$***p < .001$; $**p < .01$; $*p < .05$

Aplicando o teste de *Friedman* ($\chi^2=26.699$; gl=2; $p < .001^{***}$), como $p < .05$, conclui-se que os níveis de SSP não são iguais, ou seja, existe uma forma de SSP significativamente diferente de outra forma de SSP. Recorrendo à média das ordens, observa-se que o SSP de “outros significativos” tem um nível de suporte (2.28)

significativamente superior aos outros tipos de SSP, significativamente igual ao SSP da “família” (2.24) e superior ao SSP dos “amigos” (1.48). Para estudar a correlação entre as dimensões de SSP, aplicou-se o teste de correlação de *Spearman*, já que todas as dimensões não cumprem o pressuposto da normalidade (Tabela 5).

Aplicando o teste de correlação de *Spearman* sobre os seis pares de correlações das dimensões de SSP (Tabela 5), como $p < .05$, conclui-se que existe uma correlação significativa entre cinco dos seis pares de correlações das dimensões de SSP; não havendo uma correlação significativa entre o SS da família (MSPSS_F) e o SS dos amigos (MSPSS_A).

Tabela 5

Correlação entre as pontuações nas dimensões da MSPSS

	1	2	3
1. MSPSS_F	-----		
2. MSPSS_A	0.172 ns	-----	
3. MSPSS_OS	0.309 *	0.331 *	-----
4. MSPSS_T	0.559 ***	0.813 ***	0.555 ***

Nota. Mín. – Mínima; Máx. – Máxima; MSPSS_F – Família; MSPSS_A – Amigos; MSPSS_OS – Outros Significativos; MSPSS_Total; a – pares de médias significativamente iguais (Teste de correlação de *Spearman*)

*** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$; ns – não significativo

Sendo os coeficientes de correlação R_h positivos, comprova-se que a existência de relações diretas ou positivas observadas na tabela e existentes na escala original MSPSS de Zimet e colaboradores (1988). Dentro do par de correlações com maior grau de correlação, destacam-se a correlação entre a dimensão “amigos” (MSPSS_A) e o SS total (MSPSS_T) ($R_h = 0.813$), enquanto a correlação entre a dimensão “família” (MSPSS_F) e a dimensão “amigos” (MSPSS_A) não é significativa ($R_h = 0.172$); significando que os reclusos que percebem um SS reduzido por parte da família, têm tendência a obter um SSP elevado dos amigos.

Bem-Estar Subjetivo. Observando as três dimensões do BES, verifica-se que o bem-estar subjetivo total (BES_T) varia entre 1.7 e 4.05 apresentando uma média de 2.9 e desvio padrão de 0.5 ($M = 2.9$, $DP = 0.5$), significando que o BES dos reclusos está em média ligeiramente abaixo da intensidade moderada. Segue-se a dimensão de “afetos positivos” (BES_P) com uma média de 3.0 e desvio padrão de 0.8 ($M = 3.0$, $DP = 0.8$), correspondendo a uma intensidade moderada segundo as classes da escala original (Tabela 11). Por sua vez, no que diz respeito à intensidade de “afetos negativos” (BES_N), estes apresentam uma média de 2.1 e desvio padrão de 0.9 ($M = 2.1$, $DP = 0.9$) correspondendo a uma frequência sentida poucas vezes nas últimas semanas.

Para estudar a existência de diferenças significativas entre as dimensões do BES, aplicou-se o teste de *Wilcoxon* (Tabela 6), já que a distribuição do BES não é normal ($p < 0.05$) na dimensão de “afetos negativos” (BES_N).

Tabela 6

Comparação das dimensões da escala de BES

Dimensões	N	Min-Máx	M±DP	Teste de Normalidade	Média das Ordens	Teste de Wilcoxon
BES_P	55	1.2-4.7	3.0±0.8	KS=0.089; p=0.200 ns	29.48	Z=-4.776
BES_N	55	1-4.5	2.1±0.9	KS=0.129; p=0.024 *	18.80	p<0.001 ***
BES_T	55	1.7-4.05	2.9±0.5	KS=0.088; p=0.200 ns		-----

Nota. Min. – Mínima; Máx. – Máxima; BES_P – Afeto Positivo; BES_N – Afeto Negativo; BES_T – Bem-estar subjetivo total; abc – (Teste de correlação de *Spearman*)

*** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$; ns – não significativo

Aplicando o teste de *Wilcoxon* ($Z = -4,776$, $p < .001$), como $p < 0.05$, conclui-se que os níveis de BES não são iguais ou que existe uma dimensão da escala de BE com frequência significativamente diferente das outras. De facto, a dimensão associada aos

“afetos positivos” (29.48) apresenta uma frequência significativamente superior à dimensão associada aos “afetos negativos” (18.80).

Para estudar a correlação entre as dimensões da escala de BES, aplicou-se o teste de correlação de *Pearson* entre a dimensão de “afetos positivos” e a dimensão total de bem-estar (BES_Total), já que possuem uma distribuição significativamente normal; e o teste de correlação de *Spearman* para as outras correlações (Tabela 7).

Tabela 7

Correlação entre as pontuações nas dimensões do BES

	1	2
1. BES_P	-----	
2. BES_N	0.172 ns	-----
3. BES_T	0.611 ***	-0.649 ***

Nota. BES_P – Afeto positivo; BES_N – Afeto negativo; BES_T – Bem-estar subjetivo total;

*** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$; ns – não significativo

Aplicando os testes de correlação de *Spearman/Pearson* sobre os três pares de correlações das dimensões do BES, como $p < .05$, conclui-se que existe uma correlação significativa entre dois dos três pares de correlações das dimensões de BES_Total; não havendo uma correlação significativa entre a dimensão de “afetos positivos” (BES_P) e a dimensão de “afetos negativos” (BES_N).

Qualidade de Vida. Examinando as seis dimensões da QV (Tabela 8), o “Total” da escala QV, varia entre 40.4 e 90.4, apresentando uma média de 68.8 e um desvio padrão de 13.6 ($M = 68.8$, $DP = 13.6$), significando que em média os reclusos possuem uma QV média. Destacando-se, com maior pontuação média, a dimensão “física” (QV_DF) apresentando uma média de 77.9 e desvio padrão de 17.2 ($M = 77.9$, $DP = 17.2$); seguindo-se com menor pontuação média, a dimensão “geral” (QV_DG) com uma média de 59.1 e desvio padrão 20.2 ($M = 59.1$, $DP = 20.2$).

Para estudar a existência de diferenças significativas entre as cinco dimensões da QV, aplicou-se o teste de *Friedman*, já que a distribuição da QV não é normal ($p < .05$) em todas as dimensões, exceto na dimensão “ambiental” (QV_DA).

Tabela 8

Comparação das dimensões da QV

Dimensões	N	Min-Máx	M±DP	Teste de Normalidade	Média das Ordens	Teste de Friedman
QV_DG	55	0-100	59.1±20.2	KS=0.222; p<0.001***	2.23 ab	
QV_DF	55	25-100	77.9±17.2	KS=0.144; p=0.006*	4.25	$\chi^2=85.952$
QV_DP	55	33.3-100	76.6±16.7	KS=0.148; p=0.004*	3.87	gl=4
QV_DS	55	16.7-91.7	59.2±18.5	KS=0.135; p=0.014*	2.21 ac	p<0.001
QV_DA	55	21.9-90.6	60.9±17.3	KS=0.079; p=0.200 ns	2.45 bc	
QV_T	55	40.4-90.4	68.8±13.6	KS=0.113; p=0.078 ns	-----	

Nota. Min. – Mínima; Máx. – Máxima; DG – Domínio Geral; DF – Domínio Físico; DP – Domínio Psicológico; DS – Domínio Social; DA – Domínio Ambiental; T – Total; abc – pares de médias significativamente iguais (Teste de Friedman)

*** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$; ns – não significativo

Aplicando o teste de *Friedman* ($\chi^2=85.952$; gl=4; $p < .001$), como $p < .05$, conclui-se que os níveis de QV não são iguais ou que existe um nível de QV significativamente diferente dos outros. De facto, a dimensão “física” (QV_DF) (4.25) e “psicológica” (QV_DP) (3.87) têm níveis de QV significativamente diferentes entre si e diferentes

com as outras dimensões da QV; apresentando a dimensão “geral” (QV_DG) (2.23), “social” (QV_DS) (2.21) e “ambiental” (QV_DA) (2.45), níveis de QV mais baixos e significativamente iguais.

Para estudar a correlação entre as dimensões da QV, aplicou-se o teste de correlação de *Spearman* (Tabela 9).

Tabela 9

Correlação entre as pontuações nas dimensões da WHOQOL-Bref

	1	2	3	4	5
1. QV_DG	-----				
2. QV_DF	0.508 ***	-----			
3. QV_DP	0.441 **	0.601 ***	-----		
4. QV_DS	0.168 ns	0,474 ***	0.390 **	-----	
5. QV_DA	0.399 ***	0.517 ***	0.601 ***	0.535 ***	-----
6. QV_T	0.611 ***	0.823 ***	0.815 ***	0.635 ***	0.825 ***

Nota. QV_DG – Dimensão geral; QV_DF – Dimensão física; QV_DP – Dimensão psicológica; QV_DS – Dimensão social; QV_DA – Dimensão ambiental; QV_T – Total

*** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$; ns – não significativo

Verificou-se uma correlação significativa entre 14 dos 15 pares de correlações das dimensões de QV; não havendo uma correlação significativa entre a dimensão geral e a dimensão social. Sendo os coeficientes de correlação R_{ρ} positivos, comprova-se que a existência de relações positivas existentes na escala original WHOQOL-Bref.

A relação entre o suporte social percebido, bem-estar subjetivo e qualidade de vida.
De forma a demonstrar a existência de correlações significativas entre as dimensões do SSP e as dimensões do BES, aplicaram-se testes de correlação de *Spearman* (já que pelo menos uma dimensão não cumpre os pressupostos da normalidade), esperando-se uma correlação positiva entre o SSP e o BES positivo.

Tabela 10

Correlação entre as pontuações nas dimensões da MSPSS e BES

Dimensões	BES_P	BES_N	BES_T
MSPSS_F	0.030 ns	0.093 ns	-0.125 ns
MSPSS_A	-0.067 ns	-0.123 ns	0.043 ns
MSPSS_OS	0.049 ns	-0.067 ns	0.018 ns
MSPSS_T	-0.047 ns	-0.092 ns	-0.001 ns

Nota. MSPSS_F – Família; MSPSS_A – Amigos; MSPSS_OS – Outros significativos; MSPSS_T – Total; BES_P – Bem-estar subjetivo de afetos positivos; BES_N – Bem-estar subjetivo de afetos negativos; BES_T – Bem-estar subjetivo total

*** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$; ns – não significativo

Conclui-se que não existe uma correlação significativa entre o SSP e o BES, entre todos os pares de dimensões das duas escalas (Tabela 10).

De forma a demonstrar a existência de correlações significativas entre as dimensões do SSP e as dimensões da QV, aplicou-se o teste de correlação de *Spearman* (já que pelo menos uma dimensão não cumpre os pressupostos da normalidade), esperando-se uma correlação positiva entre o SSP e a QV.

Tabela 11

Correlação entre as pontuações nas dimensões da MSPSS e QV

Dimensões	QV_DG	QV_DF	QV_DP	QV_DS	QV_DA	QV_T
MSPSS_F	-0.195 ns	0.242 *	0.180 ns	0.288 *	0.161 ns	0.217 ns
MSPSS_A	-0.004 ns	0.108 ns	0.099 ns	0.299 *	0.190 ns	0.187 ns
MSPSS_OS	0.135 ns	0.363 **	0.471 ***	0.778 ***	0.537 ***	0.581 ***
MSPSS_T	0.025 ns	0,329 **	0.312 *	0.527 ***	0.381 **	0.429 **

Nota. MSPSS_F – Familiar; MSPSS_A – Amigos; MSPSS_OS – Outros significativos; ESS_T – Total; QV_DG – Dimensão Geral; QV_DF – Dimensão Física; QV_DP – Dimensão Psicológica; QV_DS – Dimensão social; QV_DA – Dimensão ambiental; QV_T - Qualidade de vida total

*** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$; ns – não significativo

De uma forma geral, observa-se que o suporte social percebido total (MSPSS_T) está significativamente correlacionado com todas as dimensões da QV e a QV_Total

(QV_T), com exceção na dimensão “geral” (QV_DG) da QV. Sendo os coeficientes de correlação positivos, podemos afirmar que os reclusos com maior nível de MSPSS_T têm normalmente maior nível de QV; sendo essa correlação particularmente forte e elevada com a dimensão social ($Rho = 0.527$).

De uma forma particular, observa-se que a dimensão de SSP da “família” (MSPSS_F) ($Rho = 0.288$; $n=55$; $p=0.033$) e a dimensão de SSP de “amigos” (MSPSS_A) ($Rho = 0.299$; $n=55$; $p=0.027$) só apresentaram uma correlação significativa com a dimensão social (QV_DS) da QV; demonstrando que o MSPSS_F e MSPSS_A, quando percebido pelos reclusos, tem impacto na dimensão social da sua QV. Quanto ao SSP sobre outros significativos (MSPSS_OS), conclui-se que existe uma correlação significativa com todas as dimensões de QV, com exceção na dimensão “geral” da QV; demonstrando que o suporte de todos os técnicos do EP, tem importância significativa para a dimensão física, social, psicológica e ambiental da QV dos reclusos.

De forma a demonstrar a existência de correlações significativas entre as dimensões do BES e as dimensões da QV, aplicou-se o teste de correlação de *Spearman* (já que pelo menos uma dimensão não cumpre os pressupostos da normalidade), esperando observar-se uma correlação positiva entre o BES e a QV (Tabela 12).

Tabela 12

Correlação entre as pontuações nas dimensões da escala de BES e QV

Dimensões	QV_DG	QV_DF	QV_DP	QV_DS	QV_DA	QV_T
BES_P	0.314 *	0.106 ns	0.073 ns	0.030 ns	-0.103 ns	0.067 ns
BES_N	-0.357 **	-0.237 ns	-0.449 **	-0.090 ns	-0.439 **	-0.439 ***
BES_T	0.533 ***	0,242 ns	0.347 *	0.041 ns	0.226 ns	0.353 **

Nota. BES_P – Bem-estar subjetivo de afetos positivos; BES_N – Bem-estar subjetivo de afetos negativos; BES_T – Bem-estar subjetivo total; QV_DG – Dimensão Geral; QV_DF – Dimensão Física; QV_DP – Dimensão Psicológica; QV_DS – Dimensão social; QV_DA – Dimensão ambiental; QV_T - Qualidade de vida total

*** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$; ns – não significativo

De uma forma geral, observa-se que o nível de BES_T, está diretamente correlacionado com todas as dimensões da QV, e de forma significativa com a dimensão “geral” ($Rhó=0.533$; $n=55$; $p<.001$) e com a dimensão “psicológica” da QV ($Rhó=0.347$; $n=55$; $p=0.010$) e a QV_T ($Rhó=0.353$; $n=55$; $p=0.004$). De um modo particular, a dimensão de “afetos positivos” do BES somente apresenta uma correlação significativa com a dimensão “geral” da QV ($Rhó=0.314$; $n=55$; $p=0.020$).

Inversamente, a dimensão de “afetos negativos” (BES_N) apresenta correlações negativas com todas as dimensões da QV; e de modo significativo com as dimensões “geral” ($Rhó= -0.357$; $n=55$; $p=0.007$), “psicológica” ($Rhó= -0.449$; $n=55$; $p=0.001$), “ambiental” ($Rhó= -0.439$; $n=55$; $p=0.001$) e QV_T ($Rhó= -0.439$; $n=55$; $p<.001$).

Discussão

A presente investigação pretendeu compreender a relação entre o suporte social percebido, o bem-estar subjetivo e a qualidade de vida dos reclusos. Assim, através da análise dos resultados obtidos verificou-se que, de uma maneira geral, as dimensões do suporte social percebido e as dimensões da qualidade de vida estão relacionadas com o bem-estar subjetivo total.

Em relação ao suporte social percebido pelos reclusos, o seu score total é inferior ao suporte social percebido na escala MSPSS para a população geral. No entanto, este resultado está de acordo com o esperado, já que a vivência num EP retira liberdade, impõe regras e limitações condicionando o suporte social percebido, tal como já referido em Novais e colaboradores (2010). No que diz respeito às correlações entre as dimensões da escala de suporte social percebido, demonstrou-se a existência de correlações significativas entre todas as dimensões, com exceção da das dimensões suporte social percebido da “família” e “amigos”, o que pode explicar-se pelo facto de as relações existentes poderem não proporcionar um cariz protetor, mas sim de risco, ou

seja, podem estar associadas aos comportamentos delinquentes e, deste modo, ocorre um afastamento afetivo a nível familiar e social (Gomes, 2012; Moreira, 2007).

Porém, é importante evidenciar que os reclusos com maior SSP apresentam maior frequência de afetos positivos. A necessidade de adaptação ao novo contexto pode exigir aos indivíduos uma maior capacidade de reorganização dos recursos individuais para fazer face aos desafios emocionais e sociais durante a prisão. A presença da família e a manutenção dos contactos sociais poderá ter um efeito protetor em situações stressantes, promovendo a saúde e BE dos indivíduos (Carvalho et al., 2011; Gomes et al., 2003; Novais et al., 2010). De facto, em contexto prisional, vários são os autores que corroboram que a ausência ou a não perceção do suporte da família traz consequências negativas ao nível do BE do indivíduo repercutindo-se em sentimentos de rejeição, baixa autoestima, solidão e vergonha que poderão mesmo manter-se após a liberdade (Oliveira & Lima, 2013; Rocha & Silvério, 2005). A família tem, por isso, um papel significativo de aproximação ao meio exterior (Pinto & Hirdes, 2006; Ramos, 2011) e, através das visitas, parece proporcionar aos reclusos sentimentos positivos e momentos de bem-estar geral, colmatando assim os efeitos negativos que advêm da rotina prisional (Dixey & Woodall, 2011; Duncan & Balbar, 2008; Monahan et al., 2011). Podem, também, influenciar a diminuição dos comportamentos de má conduta dentro da prisão (Cochran, 2012) e a adesão por parte dos reclusos a programas de aprendizagem de competências para o futuro (Brosens et al., 2014), bem como ter um papel preditor na diminuição do risco de reincidência (Bales & Mears, 2008; Claire & Dixon, 2015; Duwe & Clark, 2013).

Contudo, não foi encontrada qualquer correlação entre todos os pares de dimensões da escala de SSP e as dimensões do BES, o que poderá ser explicado pela própria situação de reclusão ou, até, por uma pior adaptação ao meio prisional, gerando

stress no indivíduo e mal-estar psicológico, aliado a um SS deficitário, ou a uma baixa percepção do mesmo (Cohen & McKay, 1984). Corroborando Novais e colaboradores (2010), o SS e a qualidade das relações que o indivíduo estabelece com a sua rede de apoio social parece influenciar de forma positiva a adaptação ao meio prisional, e será, igualmente, um preditor de uma reinserção bem-sucedida (Visher & Travis, 2003).

Todavia, no âmbito do SS do recluso, não é apenas o papel da família que pode ser destacado como importante. Novais e colaboradores (2010) referem a existência de outro tipo de relações estabelecidas, como a relação com os outros reclusos e com o *staff* prisional, que também prestam suporte ao recluso. Globalmente, encontrou-se uma relação direta e significativa entre o SSP total e as dimensões da QV com a exceção da dimensão geral. Como referido anteriormente, o SS incrementa os níveis de BE e, conseqüentemente, melhora os níveis de QV.

No que concerne à escala de BES, a avaliação da dimensão “afetos positivos” apresenta uma predominância sobre a dimensão “afetos negativos”, perfil idêntico aos resultados de Nogueira (2015), obtendo-se, no presente estudo, um total de bem-estar subjetivo ligeiramente superior ao estudo da autora referida, verificando-se uma influência direta e significativa com a QV geral. Estes resultados podem ser explicados pelo facto de que as emoções positivas estão presentes em todas circunstâncias e capacitam o indivíduo para a procura da homeostasia e, conseqüentemente, a adaptação à situação, ao que Diener (1996) chamou de balança hedónica. No presente estudo, os reclusos têm um baixo nível de “afetos negativos”, o que pode estar relacionado com alguma dificuldade em descrever e expressar as emoções, ou mesmo ocultá-las para não exporem as suas fragilidades (Rijo et al., 2007). Por outro lado, pode justificar-se pelo facto de, apesar da reclusão, perceberem SS, e conseqüentemente aumentarem os sentimentos positivos (Arriola et al., 2015).

A maior parte da amostra do estudo tem uma atividade dentro do EP. Os estudos de Kaap-Deeder e colaboradores (2017), e de Laan e Eichelsheim (2013), referem que, em contexto prisional, os indivíduos capacitados de alguma autonomia sobre as suas vidas e com atividades de rotina, geralmente, percecionam melhores níveis de BES, sendo que esta variável está de igual forma associada a um crescimento pessoal dos indivíduos (Fredrickson, 2001; Fredrickson & Losada, 2005) e a uma melhor perceção da QV, considerando-se ser um caminho para a redução da reincidência (Harreveld et al., 2007).

Em relação à correlação entre o bem-estar subjetivo total e a qualidade de vida total, encontrou-se uma correlação significativa e direta, indo de acordo com o esperado, já que maiores níveis de BE estão geralmente associados a maiores níveis de QV. Quanto à correlação entre o bem-estar subjetivo total e as dimensões de QV, não se encontrou correlações significativas nas dimensões “física”, “social” e “ambiental”; já que o efeito da reclusão retira quase toda a vida social aos reclusos e todo acesso a um ambiente livre existente antes da reclusão, comprimindo as relações sociais, às visitas, ao recreio, às refeições, à realização de atividades e cursos e ao contacto com os técnicos e *staff* prisional. Normalmente, o BES ajuda de forma direta a QV, tendo-se comprovado essa relação entre a dimensão total do BES e as dimensões geral e psicológica da QV.

Em consideração à QV, os valores encontrados na amostra apresentam melhor QV na dimensão “física” e “psicológica” e melhores níveis em todas as dimensões da QV do que o estudo de Varela (2018), o que pode ser explicado pelo facto do tempo de pena a cumprir ser menor em relação à amostra da autora, e encontrarem-se com a situação jurídica já definitiva, ou seja, condenados, corroborando o estudo de Mestre (2000). A diminuição da QV em reclusos é expectável e parece ter impacto direto na

saúde dos reclusos, principalmente quando a privação de liberdade é prolongada (Massoglia, 2008). Porém, as características da amostra do presente estudo podem ter influenciado positivamente a QV, pois apresentam um relacionamento razoável com os outros reclusos e muito bom com o *staff* prisional. Há estudos que confirmam que as atitudes positivas do *staff* prisional face aos reclusos e a utilização ou não da autoridade sobre os mesmos (Crewe et al., 2014) exercem influência no comportamento e na determinação da QV por parte dos reclusos (Crewe et al., 2011). Assim, a prestação de SS pelo *staff* prisional poderá influenciar a adaptação de forma positiva (Mesko & Hacin, 2018).

No que diz respeito à correlação entre as dimensões do Whoqol-Bref, encontraram-se correlações diretas e significativas entre todas as dimensões, com exceção da correlação entre a dimensão “social” e dimensão “geral”, o que pode ser explicado pelas regras, limitações, obrigações do EP que condicionam as relações sociais, qualquer que seja a capacidade física ou geral do recluso. Dhami, Ayton e Loewenstein (2007) realçam que o tempo e a QV, anterior à reclusão, afeta os contactos sociais do recluso com a família e amigos.

Em suma, no contexto prisional, parece inequívoca a necessidade de programas de promoção da saúde, no sentido de dinamizar o quotidiano da prisão e, sobretudo, promover interações com todos os intervenientes (reclusos, família, *staff* prisional) para uma melhor adaptação, de forma a diminuir o impacto negativo que a reclusão pode ter no indivíduo e nas dinâmicas de vida das suas famílias (Brosens et al., 2014; Naser & Visher, 2006; Woodall et al., 2009; Woods et al., 2013). Além disso, estes programas contribuiriam para prevenir a reincidência.

Conclusões

Os objetivos deste estudo foram cumpridos, pelo que foi possível compreender e caracterizar o nível do suporte social percebido total, o nível de bem-estar subjetivo total e o nível de qualidade de vida total, com as respetivas dimensões de cada escala, bem como com as variáveis sócio-demográficas estabelecidas.

Porém, ao longo do estudo foram reconhecidas algumas limitações, nomeadamente, o tamanho da amostra. Apesar de se ter revelado suficiente para o presente estudo, poderia ter sido superior e a amostra poderia ter sido recolhida em EP com outras características, por exemplo, com grau de complexidade elevado, outro tipo de experiência de reclusão, contemplando indivíduos do sexo feminino. Também, durante a fase de recolha de dados, notou-se alguma dificuldade no preenchimento dos questionários por parte de alguns reclusos. Quando solicitada a ajuda, as respostas poderão ter sido de alguma forma enviesadas, no sentido de estas estarem sob algum efeito de desejabilidade social.

Ressalva-se que a avaliação dos sujeitos foi realizada num momento único o que pode ser uma limitação para o estudo. Os resultados da presente investigação direcionam-nos a refletir sobre algumas questões, nomeadamente, as características contextuais da situação de reclusão, podendo o ambiente e as relações estabelecidas dentro da prisão serem facilitadoras para a promoção do BES e, conseqüentemente, melhores níveis de QV. A OMS defende que os EP devem ser promotores da saúde. De facto, a promoção da saúde, em contexto prisional, poderá ser o caminho para proporcionar uma vivência mais positiva da privação de liberdade, atenuando as conseqüências nefastas que esta tem para o indivíduo e sua família, e contribuindo para a diminuição da reincidência criminal cumprindo o propósito da ressocialização.

Referências Bibliográficas

- Albino, M. C. (2007). A reinserção social e a reclusão: Desafios para o século XXI. In *Seminário Nacional Educar o Outro: As questões de género, dos direitos humanos e da educação nas prisões portuguesas* (pp. 171-178). Coimbra: Humana Global.
- Recuperado de <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/5246/5/ReclusaoSegundoG%C3%A9nero.pdf>
- Almeida, J., Duarte, M., Fernando, P., Sousa, F., & Abreu, P. (2003). *A reinserção social dos reclusos: Um contributo para o debate sobre a reforma do sistema prisional*. Coimbra: Observatório Permanente da Justiça Portuguesa – Centro de Estudos Sociais, Universidade de Coimbra. Recuperado de <http://opj.ces.uc.pt/pdf/14.pdf>
- American Psychological Association. (2010). *Publication Manual of the APA* (6th ed.). Washington, DC: Author.
- Andrews, G., Tennant, C., Hewson, D. M., & Vaillant, E. (1978). Life event stress, social support, coping style, and risk of psychological impairment. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 166(5), 307-316. doi:10.1097/00005053-197805000-00001
- Arriola, K., Spaulding, A., Booker, C., Williams, C., Avery, A., Porter, N., ... Frew, P. (2015). Understanding the relationship between social support and physical and mental well-being among jail detainees living with HIV. *Journal Health Psychology*, 20(1), 3-12. doi:10.1177/1359105313496447.
- Bales, W. D., & Mears D. P. (2008). Inmate social ties and the transition to society: Does visitation reduce recidivism? *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 45(3), 287-321. doi:10.1177/0022427808317574
- Barros, B. (2014). *Suporte social de reclusos de nacionalidade estrangeira* (Dissertação de mestrado). Universidade Católica Portuguesa, Porto. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10400.14/15169>

- Broadhead, W. E., Kaplan, B. H., James, S. A., Wagner, E. H., Schoenbach, V. J., Grimson, R., ... Gehlbach, S. H. (1983). The epidemiologic evidence for a relationship between social support and health. *American Journal of Epidemiology*, *117*(5), 521-537.
doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a113575
- Brosens, D., Donder, L., Vanwing, T., Dury, S., & Verté, D. (2014). Lifelong learning programs in prison: Influence of social networks on participation. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, *116*, 518-523. doi:10.1016/j.sbspro.2014.01.251
- Bullinger, M., Anderson, R., Cella, D., & Aaronson, N. (1993). Developing and evaluating cross-cultural instruments from minimum requirements to optimal models. *Quality of Life Research*, *2*(6), 451-459. Recuperado de
<https://link.springer.com/article/10.1007/BF00422219>
- Campbell, A., Converse, P., & Rodgers, W. (1976). *The quality of American life: Perceptions, evaluations, and satisfactions*. New York: Russell Sage Foundation.
- Caplan, G. (1974). *Support systems and community mental health*. New York: Basic Books.
- Carvalho, S., Pinto-Gouveia, J., Pimentel, P., Maia, D., & Mota-Pereira, J. (2011). Características psicométricas da versão portuguesa da Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido (Multidimensional Scale of Perceived Social Support – MSPSS). *Psychologica, Avaliação Psicológica em Contexto Clínico*, *54*, 309-358.
Recuperado de <https://impactum-journals.uc.pt/psychologica/article/view/1111/559>
- Cassel, J. (1974). Psychosocial process and "stress": Theoretical formulations. *International Journal of Health Services*, *4*(3), 471-482. doi:10.2190/WF7X-Y1L0-BFKH-9QU2
- Churchman, A. (1992). As mulheres e a qualidade de vida urbana. *Jornal de Psicologia*, *10*(3), 3-9.

- Claire, K., & Dixon, L. (2015). The effects of prison visits from family members on prisoners' well-being, prison rule breaking, and recidivism. A review of research since 1991. *Trauma Violence & Abuse, 18*(2), 1-15. doi:10.1177/1524838015603209
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine, 38*(5), 300-314. doi:10.1097/00006842-197609000-00003
- Cochran, J. C. (2012). The ties that bind or the ties that break: Examining the relationship between visitation and prisoner misconduct. *Journal of Criminal Justice, 40*(5), 433-440. doi: 10.1016/j.jcrimjus.2012.06.001
- Coelho, M., & Ribeiro, J. (2000). Influência do suporte social e do coping sobre a percepção subjectiva de bem-estar em mulheres submetidas a cirurgia cardíaca. *Psicologia, Saúde & Doenças, 1*(1), 79-87. Recuperado de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/6706/2/82383.pdf>
- Cohen, S. (1988). Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease. *Health Psychology, 7*(3), 269-297. doi:10.1037/0278-6133.7.3.269
- Cohen, S., & McKay, G. (1984). Social support, stress, and the buffering hypothesis: A theoretical analysis. In A. Baum, S. Taylor & J. Singer (Eds.), *Handbook of psychology and health* (pp. 253-268). New Jersey, NJ: Laurence Erlbaum Associates.
- Cramer, J. (1994). Quality of life for people with epilepsy. *Neurologic Clinics, 12*(1), 1-13. doi:10.1016/S0733-8619(18)30107-5
- Crewe, B., Liebling, A., & Hulley, S. (2011). Staff culture, use of authority and prisoner quality of life in public and private sector prisons. *Australian and New Zealand Journal of Criminology, 44*(1), 94-115. doi:10.1177/0004865810392681
- Crewe, B., Liebling, A., & Hulley, S. (2014). Heavy-light, absent-present: Rethinking the “weight” of imprisonment. *British Journal of Sociology, 65*(3), 387-410. doi:10.1111/1468-4446.12084

- Cuervo-Arango, M. (1993). La calidad de vida: Juicios de satisfacción y felicidad como indicadores actitudinales de bienestar. *Revista de Psicología Social*, 8(1), 101-110. doi:10.1080/02134748.1993.10821672
- Cunha, M. P. (1994). *Malhas que a reclusão tece. Questões de identidade numa prisão feminina*. Lisboa: Cadernos do Centro de Estudos Judiciários.
- Davis, C., Bahr, S., & Ward, C. (2012). The process of offender reintegration: Perceptions of what helps prisoners reenter society. *Criminology and Criminal Justice*, 13(4), 446-469. doi:10.1177/1748895812454748
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008). Hedonia, eudaimonia, and well-being: An introduction. *Journal of Happiness Studies*, 9(1), 1-11. doi:10.1007/s10902-006-9018-1
- Dhami, M., Ayton, P., & Loewenstein, G. (2007). Adaptation to imprisonment: Indigenous or imported? *Criminal Justice and Behavior*, 34(8), 1085-1100. doi:10.1177/0093854807302002
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542-575. doi:10.1037/0033-2909.95.3.542
- Diener, E. (1996). Subjective well-being in cross-cultural perspective. In G. Hector (Ed.), *Key issues in cross-cultural psychology: selected papers from the Twelfth International Congress of the International Association for Cross-Cultural Psychology*. San Diego: Academic Press.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75. doi:10.1207/s15327752jpa4901_13
- Diener, E., Oishi, S., & Lucas, R. E. (2003). Personality, culture, and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluations of life. *Annual Review of Psychology*, 54(1), 403-425. doi:10.1146/annurev.psych.54.101601.145056

- Diener, E., Sapyta, J., & Suh, E. M. (1998). Subjective well-being is essential to well-being. *Psychological Inquiry*, 9(1), 33-37. doi: 10.1207/s15327965pli0901_3
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276-302. doi:10.1037/0033-2909.125.2.276
- Dixey, R., & Woodall, J. (2011). The significance of “the visit” in an English category-B prison: Views from prisoners, prisoners’ families and prison staff. *Community, Work & Family*, 15(1), 29-47. doi:10.1080/13668803.2011.580125
- Dunbar, M., Ford, G., & Hunt, K. (1998). Why is the receipt social support associated with increased psychosocial distress? An examination of three hypotheses. *Psychology and Health*, 13(3), 527-544. doi:10.1080/08870449808407308
- Duncan, H. E., & Balbar, S. (2008). Evaluation of a visitation program at a Canadian penitentiary. *The Prison Journal*, 88(2), 300-327. doi:10.1177/0032885508319210
- Duwe, G., & Clark, V. (2013). Blessed Be the social tie that binds: The effects of prison visitation on offender recidivism. *Criminal Justice Policy Review*, 24(3), 271-296. doi:10.1177/0887403411429724
- Faustino, E. R., & Pires, S. R. (2009). A ressocialização como finalidade da prisão: Algumas considerações sobre o seu significado. *Sociedade em Debate*, 15(2), 91-109. Recuperado de <http://revistas.ucpel.tche.br/index.php/rsd/article/view/355/312>
- Fleck, M. P., Leal, O., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., ... Pizon, V. (1999). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21(1), 19-28. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v21n1/v21n1a06.df>

- Fredrickson, B. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, *56*(3), 218-226.
doi:10.1037/0003-066X.56.3.218
- Fredrickson, B., & Losada, M. (2005). Positive Affect and the complex dynamics of human flourishing. *American Psychologist*, *60*(7), 678-686. doi:10.1037/0003-066X.60.7.678
- Freitas, L. L. (2008). *A família como principal meio reabilitador do preso na pena privativa de liberdade* (Trabalho de conclusão de curso). Centro Universitário Eurípedes, de Marília, São Paulo, Brasil. Recuperado de <https://aberto.univem.edu.br/bitstream/handle/11077/562/A%20Fam%C3%ADlia%20como%20principal%20meio%20reabilitador%20do%20preso%20na%20pena%20privativa%20de%20liberdade.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Freudenberg, N. (2001). Jails, prisons, and the health of urban populations: A review of the impact of the correctional system on community health. *Journal of Urban Health*, *78*(29), 214-235. doi:10.1093/jurban/78.2.214
- Galinha, I. (2008). *Bem-estar subjetivo: Fatores cognitivos, afetivos e contextuais*. Coimbra: Quarteto.
- Galinha, I., & Pais-Ribeiro, J. L. (2005a). Contribuição para o estudo da versão portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): II: Estudo psicométrico. *Análise Psicológica*, *23*(2), 219-227.
- Galinha, I., & Pais-Ribeiro, J. L. (2005b). História e evolução do conceito de bem-estar subjetivo. *Psicologia, Saúde & Doenças*, *6*(2), 203-214.
- Galinha, I., & Pais-Ribeiro, J. L. (2011). Cognitive, affective and contextual predictors of subjective well-being. *International Journal of Wellbeing*, *2*, 34-53.
doi:10.5502/ijw.v2i1.3

- Gallagher, E., & Vella-Brodrick, D. (2008). Social support and emotional intelligence as predictors of subjective well-being. *Personality and Individual Differences, 44*(7), 1551-1561. doi: 10.1016/j.paid.2008.01.011
- Gomes, C., Duarte, M., & Almeida, J. (2003). Crimes, penas e reinserção social: Um olhar sobre o caso português. In *Actas dos ateliers do Vº Congresso Português de Sociologia*. Braga: Universidade do Minho. Recuperado de https://aps.pt/wp-content/uploads/2017/08/DPR4628adea6692c_1.pdf
- Gomes, I. R. (2008). *Da prisão à liberdade: Reinserção social de ex-reclusos* (Dissertação de mestrado). Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Lisboa:
- Gomes, S. (2012). Grupos étnicos e estrangeiros em contexto prisional: Representações de guardas prisionais e elementos da direcção. In *VII Congresso Português de Sociologia*, 19 a 22 de junho, pp. 2-16. Universidade de Porto. Recuperado de <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/54624>
- Gullone, E., Jones, T., & Cummins, R. (2000). Coping styles and prison experience as predictors of psychological wellbeing in male prisoners, *Psychiatry, Psychology and Law, 7*(2), 170-181. doi:10.1080/13218710009524983
- Haney, C. (2001). *The psychological impact of incarceration: Implications for post prison adjustment*. Working papers prepared for the "From Prison to Home" Conference, January 30-31, 2002). Recuperado de <https://aspe.hhs.gov/system/files/pdf/75001/Haney.pdf>
- Harreveld, F., van Der Pligt, J., Claassen, L., & van Dijk, W. W. (2007). Inmate emotion coping and psychological and physical well-being: The use of crying over spilled milk. *Criminal Justice and Behavior, 34*(5), 697-708. doi: 10.1177/0093854806298468
- Jose-Kampfner, C. (1990). Coming to Terms with Existential Death: An Analysis of Women's Adaptation to Life in Prison. *Social Justice, 17*(2), 110-125.

- Kaap-Deeder, J., Audenaert, E., Vandeveld, S., Soenens, B., Mastrigt, S., Mabbe, E., & Vansteenkiste, M. (2017). Choosing when choices are limited: The role of perceived afforded choice and autonomy in prisoners' well-being. *Law and Human Behavior, 41*(6), 567-578. doi:org/10.1037/lhb0000259
- Kessler, R. C., Price, R. H., & Wortman, C. B. (1985). Social factors in psychopathology: Stress, social support, and coping process. *Annual Review of Psychology, 36*, 531-572. doi:10.1146/annurev.ps.36.020185.002531
- Keyes, C. L., Shmotkin, D., & Ryff, C. D. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology, 82*(6), 1007-1022. doi:10.1037/0022-3514.82.6.1007
- Kong, F., & You, X. (2013). Loneliness and self-esteem as mediators between social support and life satisfaction in late adolescence. *Social Indicators Research, 110*(1), 271-279. doi:10.1007/s11205-011-9930-6
- Kong, F., Ding, K., & Zhao, J. (2014). The relationships among gratitude, self-esteem, social support and life satisfaction among undergraduate students. *Journal of Happiness Studies, 16*(2), 477-489. doi:10.1007/s10902-014-9519-2
- Kong, F., Zhao, J., & You, X. (2012). Social support mediates the impact of emotional intelligence on mental distress and life satisfaction in Chinese young adults. *Personality and Individual Differences, 53*(4), 513-517. doi: 10.1016/j.paid.2012.04.021
- Krause, N. (2001). Social support. In R. Binstock & L. George (Eds.), *Handbook of aging and the social sciences* (5th ed., pp. 272-294). San Diego: Academic Press.
- Laan, A., & Eichelsheim, V. (2013). Juvenile adaptation to imprisonment: Feelings of safety, autonomy and well-being, and behaviour in prison. *European Journal of Criminology, 10*(4), 424-443. doi:10.1177/1477370812473530

- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and Coping*. New York, NY: Springer Publishing Company.
- Lehman, A. F. (1995). Measuring quality of life in a reforms health system. *Health Affairs*, *14*(3), 90-101. doi:10.1377/hlthaff.14.3.90
- Leite, A. L. (2011). Execução da pena privativa de liberdade e ressocialização em Portugal: Linhas de um esboço. *Revista de Criminologia e Ciências Penitenciárias*, *1*, 1-34.
- Liebling, A., Hulley, S., & Crewe, B. (2012). Conceptualising and measuring quality of prison life. In D. Gadd, S. Karstedt & S. Messner (Eds.), *Sage handbook of criminological research methods* (chap. 24) London: SAGE.
- Listwan, S., Colvin, M., Hanley, D., & Flannery, D. (2010). Victimization, social support, and psychological well-being. A study of recently released. *Criminal Justice and Behavior*, *37*(10), 1140-1159. doi:10.1177/0093854810376338
- Luszczynska, A., Pawlowska, I., Cieslak, R., Knoll, N., & Scholz, U. (2013). Social support and quality of life among lung cancer patients: A systematic review. *Psycho-Oncology*, *22*(10), 2160-2168. doi:10.1002/pon.3218
- Lyubomirsky, S., King, L., & Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success? *Psychological Bulletin*, *131*(6), 803-855. doi:10.1037/0033-2909.131.6.803
- Martins, R. M. (2005). A relevância do apoio social na velhice. *Millenium: Revista do Instituto Superior Politécnico de Viseu*, *31*, 128-134. Recuperado de <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium31/9.pdf>
- Massoglia, M. (2008). Incarceration as exposure: The prison, infectious disease, and other stress-related illnesses. *Journal of Health and Social Behavior*, *49*(1), 56-71. doi:10.1177/002214650804900105

- Medeiros, L. L. (2010). *Mulheres e cárcere: Reflexões em torno das redes de proteção social*. Comunicação apresentada no X Encontro Nacional da História Oral, Recife, 26 a 30 de abril. Recuperado de https://www.encontro2010.historiaoral.org.br/resources/anais/2/1269096793_ARQUIVO_Trabalhocompletomulheresecarcere.pdf
- Mesko, G., & Hacin, R. (2018). Prisoners' and prison workers' views on the prison_subculture in Slovenia. *Revija za kriminalistiko in kriminologijo*, 69(4), 333-345. Recuperado de https://www.policija.si/images/stories/Publikacije/RKK/PDF/2018/04/RKK201804_Gorazd%20Mesko_PrisonersAndPrisonWorkersViews.Pdf
- Mestre, A. (2000). *Qualidade de vida na população prisional, No ir e no estar* (Dissertação de mestrado). Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa. Recuperado de <http://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/69>
- Molleman, T., & Ginneken, E. (2014). A Multilevel analysis of the relationship between cell sharing, staff-prisoner relationships, and prisoners' perceptions of prison quality. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 59(10), 1-18. doi:10.1177/0306624X14525912
- Monahan, K. C., Goldweber, A., & Cauffman, E. (2011). The effects of visitation on incarcerated juvenile offenders: How contact with the outside impacts adjustment on the inside. *Law and Human Behavior*, 35(2), 143-151. doi:10.1007/s10979-010-9220-x
- Montes-Berges, B., & Augusto, J. M. (2007). Exploring the relationship between perceived emotional intelligence, coping, social support and mental health in nursing students. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(2), 163-171. doi:10.1111/j.1365-2850.2007.01059.x
- Moreira, J. J. S. (2007). Vidas Encarceradas: Estudo Sociológico de uma Prisão Masculina. In *Seminário Nacional Educar o Outro: As questões de género, dos direitos humanos e da*

educação nas prisões portuguesas (pp. 43-53). Coimbra: Humana Global. Recuperado de [https://repositorium.sdum.uminho.](https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/5246/5/ReclusaoSegundoG%C3%A9nero.pdf)

[pt/bitstream/1822/5246/5/ReclusaoSegundoG%C3%A9nero.pdf](https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/5246/5/ReclusaoSegundoG%C3%A9nero.pdf)

Myers, D. (2000). The funds, friends, and faith of happy people. *American Psychologist*, 55(1), 56-67. doi:10.1037//0003-066X.55.1.56

Naser, R. & Visser, C. (2006). Family Members' Experiences with Incarceration and Reentry. *Western Criminology Review* 7(2), 18-29.

Newsom, J. T., & Schulz, R. (1996). Social support as a mediator in the relation between functional status and quality of life in older adults. *Psychology and Aging*, 11(1), 34-44. doi:10.1037/0882-7974.11.1.34

Nogueira, M. G. (2015). *A relação entre o bem-estar subjetivo o suporte social e a esperança, na população prisional* (Dissertação de mestrado). Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa. Recuperado de [http://repositorio.ispa.](http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/4497/1/18794.pdf)
[pt/bitstream/10400.12/4497/1/18794.pdf](http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/4497/1/18794.pdf)

Norris, F., & Kaniasty, K. (1996). Received and perceived social support in times of stress: A test of the social support deterioration deterrence model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(3), 498-511. doi:10.1037//0022-3514.71.3.498

Novais, F., Ferreira, J., & Santos, E. (2010). Transição e ajustamento de reclusos ao estabelecimento prisional. *Psychologica*, 52(2), 209-242. doi:10.14195/1647-8606_52-2_9

Novo, R. F. (2003). *Para além da Eudaimonia: O bem-estar psicológico em mulheres na idade adulta avançada*. Coimbra: Fundação Calouste Gulbenkian e Fundação para a Ciência e Tecnologia.

- Oliveira, M. T., & Lima, M. S. (2013). Sistema carcerário: Uma realidade esquecida, inclusive pelos familiares. *Interfaces Científicas - Humanas e Sociais*, 1(2), 9-19. Recuperado de <https://periodicos.set.edu.br/index.php/humanas/article/view/168>
- Panayiotou, G., & Karekla, M. (2012). Perceived social support helps, but does not buffer the negative impact of anxiety disorders on quality of life and perceived stress. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(2), 283-294. doi: 10.1007/s00127-012-0533-6
- Pavot, W., Diener, E., & Fujita, F. (1990). Extraversion and happiness. *Personality and Individual Differences*, 11(12), 1299-1306. doi:10.1016/0191-8869(90)90157-M
- Pearlin, L., Lieberman, M., Menaghan, E., & Mullan, J. (1981). The stress process. *Journal of Health and Social Behavior*, 22(4), 337-356. doi:10.2307/2136676
- Picken, J. (2012). The coping strategies, adjustment, and well-being of male inmates in the prison environment. *Internet Journal of Criminology* [on-line], 1-29. Recuperado de <https://pdfs.semanticscholar.org/a8ba/4e2b9bf027e969f7702c3d7aebf433834763.pdf>
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2000). Influences of socioeconomic status, social network, and competence on subjective well-being in later life: A meta-analysis. *Psychology and Aging*, 15(2), 187-224. doi:10.1037/0882-7974.15.2.187
- Pinto, G., & Hirdes, A. (2006). O processo de institucionalização de detentos: Perspetivas de reabilitação e reinserção social. *Escola Anna Nery R. Enfermagem*, 10(4), 678-683. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n4/v10n4a09.pdf>
- Ramos, I. C. (2011). *Contributos da educação: (Re)viver na prisão* (Dissertação de mestrado). Universidade de Lisboa.
- Rego, I. (2004). Sociologia da prisão. *Sociedade e Estado*, 19(1), 227-233.

- Ribeiro, J. L. P. (1994). Psicologia da saúde, saúde e doença. In T. McIntyre (Ed.), *Psicologia da saúde: Áreas de intervenção e perspectivas futuras*. Braga: Associação dos Psicólogos Portugueses.
- Ribeiro, J. L. P. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3(17), 547-558.
- Rijo, D., Sousa, M., Lopes, J., Pereira, J., Vasconcelos, J., Mendonça, M., Silva, M., Ricardo, N., & Massa, S. (2007). G.P.S. - *Gerar Percursos Sociais: Programa de prevenção e reabilitação para jovens com comportamento desviante*. Recuperado de <http://www.wainerpsicologia.com.br/upload/apresentacoes/2simposio/GPS-GerarPercursosSociais-ManualDr.DanielRijo.pdf>
- Rocha, J. L., & Silvério, S. A. (2005). *Entre a reclusão e a liberdade* (Vol. 1). Coimbra: Almedina.
- Rodriguez, M. S., & Cohen, S. (1998). Social support. In *Encyclopedia of mental health* (Vol. 3), 535-544.
- Ryan, R., & Deci, E. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Reviews Psychology*, 52, 141-166.
doi:10.1146/annurev.psych.52.1.141
- Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081. doi:10.1037/0022-3514.57.6.1069
- Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B., & Sarason, B. R. (1983). Assessing social support: The Social Support Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 127-139. doi:10.1.1.458.9485&rep=rep1&type=pdf
- Shumaker, S., Anderson, R., & Czajkowski, S. (1990). Psychological tests and scales. In *Quality of life assessments in clinical trials* (pp. 95-113). New York: Raven Press.

- Siedlecki, K. L., Salthouse, T. A., Oishi, S., & Jeswani, S. (2014). The relationship between social support and subjective well-being across age. *Social Indicators Research*, *117*(2), 561-576. doi:10.1007/s11205-013-0361-4
- Sirgy, M. J. (2002). *The psychology of quality of life*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Song, G., Kong, F., & Jin, W. (2013). Mediating effects of core self-evaluations on the relationship between social support and life satisfaction. *Social Indicators Research*, *114*(3), 1161-1169. doi:10.1007/s11205-012-0195-5
- Swanson, C., Lee, C.-B., Sansone, F. A., & Tatum, K. M. (2012). Prisoner's perceptions of father-child relationships and social support. *American Journal of Criminal Justice*, *37*(3), 338-355. doi:10.1007/s12103-011-9132-4
- Tay, L., & Diener, E. (2011). Needs and subjective well-being around the world. *Journal of Personality and Social Psychology*, *101*(2), 354-365. doi: 10.1037/a0023779
- Tay, L., Kuykendall, L., & Diener, E. (2015). *Satisfaction and happiness: The bright side of quality of life*. In W. Glatzer, L. Camfield, V. Møller & M. Rojas (Eds.), *Global handbook of quality of life* (pp. 839-853). Netherlands: Springer. doi: 10.1007/978-94-017-9178-6_39
- Uchino, B. (2004). *Social support & physical health. Understanding the health consequences of relationships*. New Haven: Yale University Press.
- Van Praag, B., & Fritjers, P. (1999). The measurement of welfare and well-being: The Leyden approach. In D. Kahneman, E. Diener & N. Schwarz (Eds.), *Well-being: the foundations of hedonic psychology* (pp. 413-433). New York: Russel Sage Foundation.
- Varela, A. G. (2018). *Percepção da qualidade de vida dos reclusos* (Dissertação de mestrado). Universidade Lusfada, Lisboa. Recuperado de <http://repositorio.ulusiada.pt/handle/11067/4405>

- Vaz Serra, A., Canavarro, M., Simões, M., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M., ... Paredes, T. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para o Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 31-40.
- Visher, C. A., & Travis, J. (2003). Transitions from prison to community: Understanding pathways. *The Annual Review of Sociology*, 29(1), 89-113.
doi:10.1146/annurev.soc.29.010202.095931
- Williams, L. P. (1999). Provision of education and probation services for foreign prisoners. *Social Work in Europe*, 6(2), 59-63.
- Woodall, J., Dixey, R., Green, J., & Newell, C. (2009). Healthier prisons: The role of a prison visitors' centre. *International Journal of Health Promotion and Education*, 47(1), 12-18.
doi:10.1080/14635240.2009.10708152
- Woods, L., Lanza, S., Dyson, W., & Gordon, D. (2013). The role of prevention in promoting continuity of health care in prisoner reentry initiatives. *American Journal of Public Health*, 103(5), 830-838. doi:10.2105/AJPH.2012.300961
- World Health Organization Quality of Life Group. (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 23(3), 24-56.
doi:10.1080/00207411.1994.11449286
- World Health Organization Quality of Life Group. (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403-1409. doi:10.1016/0277-9536(95)00112-K
- XXI Governo Constitucional. (2017). *Olhar o futuro para guiar a ação presente: Relatório sobre o sistema prisional e tutelar*. Recuperado de <https://www.>

portugal.gov.pt/pt/gc21/comunicacao/documento?i=relatorio-sobre-o-sistema-prisional-e-tutelar

Zimet, G. D., Dahlem, N., Zimet, S., & Farley, G. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30-41.

doi:10.1207/s15327752jp

The relationship of perceived social support with subjective well-being and quality of
life among inmates

Carmen Rodrigues¹ & Anita Santos²

¹Instituto Universitário da Maia – ISMAI

²Instituto Universitário da Maia – ISMAI &
Centro de Psicologia da Universidade do Porto - CPUP

Corresponding Author: Anita Santos, Instituto Universitário da Maia – ISMAI & Centro
de Psicologia da Universidade do Porto – CPUP; Av. Carlos Oliveira Campos - Castelo
da Maia, 4475-690 Avioso S. Pedro, Portugal; Email: anitasantos@ismai.pt

Abstract

Incarceration in a prison causes drastic changes in the lives of inmates, forcing them to adapt their personal resources, in order to deal with emotional challenges, as well as new social and institutional rules. The adaptation process gains efficiency when there is effective social support (SS), allowing for better quality of life (QOL) for inmates. Subjective well-being (SWB) and, above all, positive affective experiences have a positive and cumulative influence on the individuals' well-being, having an important role in improving QOL. The aim of this study is to examine the relationship between perceived social support (PSS) and SWB and QOL in inmates. The sample consists of 55 male inmates from two regional prisons in northern Portugal, with a mean age of 41 years. The instruments used were the Multidimensional Scale of Perceived Social Support, the Positive and Negative Affect Schedule and the WHO Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF). From the legal-criminal profile, most inmates are primary, with prison time of 1 to 5 years, and a sentence to still be completed of between 2 and 5 years, they have a reasonable relationship with other inmates and a very good relationship with the prison staff. A significant correlation was found between PSS of significant others with all dimensions of QOL, between PSS and QOL, and between the total dimension of SWB and the general and psychological dimensions of QOL. The PSS is lower than that of the general population and inmates with greater PSS experience positive affect more frequently. Data is discussed and implications for working with inmates in prison are suggested.

Keywords: inmates, perceived social support, subjective well-being, quality of life.

The relationship of perceived social support with subjective well-being and quality of life among inmates

The impact of incarceration and deprivation of liberty among inmates is reflected at the individual, systemic and social levels. Social support (SS) and contact networks may, therefore, be affected and, sometimes, the interactions that existed previously may end up suffering disruptions, since the family is subjected to an emotional strain that, occasionally, can lead to the abandonment of individuals. However, when structured, family ties can play a rehabilitating role during the prison journey of individuals and, through visitations, the “losses” with the outside world are minimized and affective ties are maintained, that is, they are a protective factor contributing to well-being (WB), thus improving the quality of life (QOL) of inmates.

Social Support

Social support has been widely studied as a health promoting factor (Dunbar et al., 1998), with contributions by Cassel (1974), who tried to understand the nature and protective effects of SS, and Caplan (1974), who clarified the nature of SS in the primary group and its importance for the WB of individuals. Cobb (1976) conceptualized SS as a buffer for stress, taking on the role of facilitating confrontation and adaptation in crisis situations.

Sarason, Levine, Basham and Sarason (1983) defined the SS as “the existence or availability of people who can be trusted, people who show us that they care about us, value us and like us” (p.127), with the support network and fundamental social relationships for the individual being created and represented by family, friends, neighbors or other significant people.

Similarly, still regarding the different sources of SS, Dunst and Trivette (1990) distinguished informal SS and formal SS. Informal social networks, in response to normative and non-normative life events, are able to provide support in everyday

activities and include family, friends, neighbors, and social groups such as clubs, associations and the church, among others. Formal social networks have the function of providing assistance to people or social groups who need it most, and includes formal social organizations, such as hospitals, government programs, health services and health professionals.

The protective role of SS in adverse situations, which require the individual to use mechanisms of adaptation and to overcome stressful events (Zimet, Dahlem, Zimet, & Farley, 1988), is very evident when entering a prison. Since deprivation of liberty is an impactful experience (Gomes, 2008), in a prison environment, individuals undergo a reframing and re-adaptation of experiences, intrinsic and extrinsic to the prison environment; however, external references are those that continue to be maintained, such as their family, profession or home (Cunha, 1994).

Nonetheless, the segregation of inmates, in relation to society, promotes the removal of family and affective bonds, conditioning the inmate to adaptive behaviors towards the norms and rules that prevail in the prison system (Faustino & Pires, 2009), as well as to a greater probability of recidivism (Medeiros, 2010; Williams, 1999).

Thus, for an inmate to experience a more adaptive prison trajectory, which can be reflected in their future social reintegration, it is important that institutions provide the inmate with contact with the outside environment. Therefore, SS will be able to promote self-esteem and feelings of control over the environment, creating positive emotional experiences (Pearlin, Lieberman, Menaghan, & Mullan, 1981).

According to the literature, SS provided by the family is considered the most important, in the incarceration process (Freitas, 2008). The absence of family support has raised concerns among some researchers, who say that a gap in the protective role of the family can trigger negative consequences in the re-socialization process of inmates after

serving their sentence (Almeida, Duarte, Fernando, Sousa, & Abreu, 2003; Oliveira & Lima, 2013). It is within the family that individuals can share their feelings, emotions, fears and problems in an affectionate way, thus, the absence of this support in the prison context may lead to complications, for example, rejection, low self-esteem and loneliness, which may remain after completion of the sentence (Rocha & Silvério, 2005).

According to Rodriguez and Cohen (1998), SS is capable of generating beneficial effects for the physical and mental health of individuals, establishing a close relationship with WB. Indeed, the literature suggests that, in the prison environment, visits are described as a moment that provides affective bonds and feelings of overall WB, and consequently a greater expression of positive feelings in the inmate (Dixey & Woodall, 2011; Duncan & Balbar, 2008; Gomes, Duarte, & Almeida, 2003). Visits have been the subject of several studies that suggest the protective effect of long-term social ties, that is, visits received by inmates seem to help reduce and delay their recidivism in the criminal world (Bales & Mears, 2008; Duwe & Clark, 2013).

According to Visher and Travis (2003), inmates' processes of adaptation to prison will also be a predictor of future successful reintegration, therefore, this will not only depend on the characteristics intrinsic to the individual, but also on the socio-environmental context, that is, community involvement and maintaining relationships with family and peers. However, they warn that these protective factors can simultaneously be risk factors for the reintegration and post-prison adjustment of individuals.

Regarding inmates' perception of SS in prison, Novais, Ferreira and Santos (2010) define three major categories, namely: (i) good relationship with all members; (ii) a healthy relationship with only one individual; and (iii) inmates who feel they are not supported by anyone, be they other inmates or prison guards. Thus, it should be noted

that adjustment to the prison environment is dependent not only on individual factors, but also on the quality of the relationships the individual has established with their family and social support network (Gomes, 2008; Novais et al., 2010).

A qualitative study of a visitation center in the United Kingdom, by Woodall, Dixey, Green and Newell (2009), regarding a health promotion program focused on the quality of visits, found that, indeed, this type of approach allows to support families and inmates, by improving the quality of visits, which is reflected in the importance of maintaining family ties for reintegration and, consequently, reducing recidivism behaviors.

Concerning the SS provided by visits, Cochran (2012) found that inmates who receive visitors have lower rates of misconduct during the period of incarceration, allowing inmates to create friendships (Duncan & Balbar, 2008) and increasing their WB (Listwan, Colvin, Hanley, & Flannery, 2010).

As for inmates' perspectives regarding reintegration, Davis, Bahr and Ward (2012), using the interview as a method of accessing these perceptions, concluded that, overall, inmates mentioned the importance of social support from family, friends and treatment services provided by the prison, as motivational factors and predictors of successful reintegration and removal from the world of crime. Similarly, another study, by Brosens, Donder, Vanwing, Dury and Verté (2014), demonstrated the existence of a positive relationship between the importance of social networks and the interactions established with family and friends, as a factor in making the decision to participate in learning activities for the future life of inmates.

Subjective Well-Being

SWB is seen as a multidimensional construct, consisting of two components, the affective component (positive and negative affect), and the cognitive component, which

refers to the global assessment of life satisfaction (Deci & Ryan, 2008; Diener, Oishi, & Lucas 2003; Diener, Sapyta, & Suh, 1998; Galinha, 2008; Galinha & Pais-Ribeiro, 2005b; Keyes, Shmotkin, & Ryff, 2002).

Currently, most researchers accept that affection is the emotional component of SWB (Diener et al., 1999). According to Galinha and Pais-Ribeiro (2005b), SWB is defined as a positive dimension of health, and is a complex concept that integrates a cognitive dimension and an affective dimension. These authors argue that, in addition to cognitive and affective factors, contextual factors (such as age, gender, marital status, education, employment), as well as positive and negative events in the individuals' lives, are also related to SWB (Galinha, 2008; Galinha & Pais-Ribeiro, 2011).

According to Sirgy (2002), the concept of SWB is integrated as part of the assessment of QOL and is defined as a lasting affective state (long-term), which comprises three components: the accumulated experience of positive affect, the accumulated experience of negative affect, and the assessment of overall satisfaction with life. It should be taken into consideration that satisfaction with life, positive affect (emotions such as joy, affection and pride) and negative affect (emotions such as shame, guilt and sadness), happiness and SWB are subjective aspects of QOL.

In the literature, positive affect has been described as an emotional indicator that produces health and WB, and since the experience of positive affect is accumulated, this has repercussions on the growth and resilience of individuals (Fredrickson, 2001; Fredrickson & Losada, 2005).

Regarding the hypothesis of the direct effect of SS, Broadhead and colleagues (1983) argue that it can bring immediate beneficial effects, regardless of the levels of stress or personal problems the individual experiences, that is, SS always promotes health and WB.

From another perspective, Cohen and McKay (1984) explored the buffering hypothesis, where they proposed that SS intervenes in reducing stress and, in relation to stress-inducing events, consequently, it has a protective/buffering effect, providing a contribution to alleviate or prevent the responses of individuals to the impact of stress. Thus, in the face of a stress-inducing situation, either directly or indirectly, two distinct consequences can be observed: the first, in which high SS is associated with low psychological distress; and the second, which concerns the protective, buffering and moderating function SS has towards the detrimental effects on the WB of individuals. In contrast, low SS points to harmful consequences of stress (Martins, 2005).

Several authors (Myers, 2000; Tay & Diener, 2011; Tay, Kuykendall, & Diener, 2015) found that satisfactory social relationships contribute to the promotion of individuals' SWB. The systematic review made by Lyubomirsky, King and Diener (2005), using meta-analysis and integrating several types of studies (transversal, longitudinal and experimental), also concluded that high levels of SWB were associated with SS.

Other studies indicate satisfaction with life as a fundamental component of WB (Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985; Diener et al., 1999), that is, the cognitive assessment individuals make of their own SWB which, in turn, is associated with the social support received, and individuals who present higher levels of satisfaction with life report having social support (Kong, Ding, & Zhao, 2014; Kong, Zhao, & You, 2012; Newsom & Schulz, 1996; Pinqart & Sørensen, 2000; Siedlecki, Salthouse, Oishi, & Jeswani, 2014; Song, Kong, & Jin, 2013). Research has shown that individuals who experience better quality social support networks, consequently, experience less distress and greater SWB (Gallagher & Vella-Brodrick, 2008; Kong & You, 2013; Montes-Berges & Augusto, 2007).

In a prison context, perceived SWB is influenced by individual, relational and contextual variables. Laan and Eichelsheim (2013), in their study, reported that daily activities in prison were associated with positive adaptation, providing inmates with feelings of safety, autonomy and WB.

Crewe, Liebling and Hulley (2011) identified contextual and personal factors involved in inmates' WB, such as: the characteristics of the prison and the material conditions it provides, as well as the attitudes and behavior of the prison staff towards the inmates, which are determinant for QOL. Another study addresses that QOL in prison can be influenced by the absence or presence of the use of authority by prison staff over inmates (Crewe, Liebling, & Hulley, 2014).

Incarceration itself brings with it a set of deteriorating effects on individuals; however, emotional effects influence the WB of individuals, since they must have emotional control that does not allow them to express their emotions, rather, controlling them and weakening relationships and social interactions (Haney, 2001).

Harreveld, van der Pligt, Claassen and van Dijk (2007) concluded that coping centered on emotions may help the SWB of inmates, but for this to happen, it is necessary to share emotions, both among the inmates themselves and with their families, that is, the individuals' SS network has a beneficial effect, allowing them to actively deal with negative feelings by sharing them. A gap in the social network suggests that inmates may experience feelings of loneliness and, consequently, low levels of WB. The study also showed that inmates who share their negative emotions with others are in better health than those who keep their emotions to themselves (Harreveld et al., 2007).

According to a study by Kaap-Deeder and colleagues (2017), giving inmates the possibility of any kind of choice over their lives, such as the possibility of leisure, work and education activities, is reflected in their WB, that is, the perception of the individuals

about their choices enables them, in some way, for greater satisfaction with their autonomy, promoting positive levels of SWB, so important in prison.

A recent study by Arriola et al. (2015) reflects the importance of SS in the issue of the health of individuals, with results indicating positive effects on the improvement of WB in incarcerated individuals. A systematic literature review by Claire and Dixon (2015) emphasizes the beneficial effect of visits on inmates' WB, highlighting the importance of SS for inmates, as well as the reduction of disruptive behaviors and recidivism (Bales & Mears, 2008; Cochran, 2012).

Quality of Life

The World Health Organization (WHO) defines QOL as “the individuals' perceptions of their position in life, in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns” (World Health Organization Quality of Life [WHOQOL Group], 1994, p.28). Similarly, Cramer (1994) also defined QOL as physical, mental and social WB, complete, and not just the absence of an illness. According to Shumaker, Anderson and Czajkowski (1990), QOL can be defined as the “global individual satisfaction with life and general, personal, well-being” (p.96).

QOL has been positively related to SS. For Panayiotou and Karekla (2012), the main role of SS is to instill, in individuals, feelings of belonging, appreciation, to make them feel loved and that they are part of a communicative system of exchange and mutual obligations, thus having impact on the QOL and stress experienced.

Luszczynska, Pawlowska, Cieslak, Knoll and Scholz (2013) found there are significant differences in the association between the various dimensions of QOL and SS, and that different sources and types of social support have greater prediction in QOL.

This corroborates that SS provided by family, friends and health professionals is more significant for individuals, improving their QOL.

For inmates, it is important that prisons be able to play a role in re-education, resocialization and reintegration into society and, imperatively, provide them with a good QOL during this period. Regarding inmates' perceived QOL, this will result from the successive interiorizations that individuals make of the perceptions they had in their daily lives (Cuervo-Arango, 1993).

Inmates' perceived QOL, according to Novais et al. (2010), varies, regardless of age, according to the relationships with others (guards or inmates) and to the positive adaptation to the environment and conditions. The authors also refer that perceived QOL is reflected in the perceived quality of relationships, that is, when they perceive lower quality relationships, interactions will be less positive and adaptation will be difficult.

It should be noted that individuals' acceptance of the new reality is also variable, and this variability can be determined by the SS provided to individuals by professional staff, that is, there is a positive impact on inmates' adaptation to life in prison when they have support from prison staff, and the lack of social support inside and outside the prison could lead to inmates evidencing misconduct during incarceration and may have repercussions after release (Mesko & Hacin, 2018).

Regarding the social representations that prison guards and members of leadership have regarding inmates and their relationship with the prison environment, stereotyped perceptions stand out, which influences, in itself, the adaptation to the prison context (Gomes, 2012).

Currently, according to the Report on the Prison and Guardianship System (XXI Constitutional Government, 2017), the diagnosis conducted of prisons points to a "severe situation of overcrowding" (p.119) and the worsening of health conditions (Albino,

2007). A multilevel study, by Molleman and Ginneken (2014), on cell sharing and its influence on QOL in prison, showed that sharing is associated with lower perceived QOL, which is also influenced by the reduced quality of the relationships between inmates and prison staff.

The present study

Having analyzed the literature, it is possible to state that SS is a protective source for individuals in challenging situations, such as incarceration. Consequently, SS contributes to improving WB, that is, the higher the SS, the lower the distress, and the greater the perceived QOL. On the other hand, the lower the SS, the greater the incidence of problems that, consequently, affect the physical and psychological health of individuals, deteriorating their WB and QOL. However, this hypothesis has not yet been tested with the prison population.

Therefore, since entering prison leads to individual and behavioral changes, as well as changes in family dynamics, which must adapt to the new demands of life, it is pertinent to study the influence of SS on inmates' lives and the effects that it has on their WB and, consequently, their perceived QOL.

As such, the starting point for this research is the following question: "To what extent is social support related to inmates' subjective well-being and quality of life?"

Thus, based on the general objective of evaluating the role of PSS in the SWB and QOL of inmates, the following specific objectives emerge: (i) to understand the legal and criminal dimensions of inmates; (ii) to characterize the dimensions of SS, perceived SWB and QOL; and (iii) to understand the relationship of SS with perceived QOL and SWB.

Method

The present research is a cross-sectional correlational study, with a quantitative design.

Participants

Fifty-five male inmates from two regional prisons, located in the territorial area of northern Portugal, aged between 23 and 78 years ($M=41.0$; $SD=12.8$; $N=55$) participated in the study (Table 1). Regarding inmates' nationality, 96.4% have Portuguese nationality and 3.6% have foreign nationality (French and Spanish).

Regarding marital status, in the two prisons, 52.7% of inmates are single, 23.6% are divorced, 16.4% are married and 7.3% are in de facto unions. Regarding educational levels, overall, most inmates have the 2nd or 3rd cycle of education (69.8%), 3.8% cannot read or write, 5.7% have the 1st cycle, 13.2% have high school education and 7.5% have higher education.

As for employment status before incarceration, 67.3% of inmates worked before incarceration, 7.3% never worked, 21.8% were unemployed and 3.6% were retired. Concerning how their work was performed, most inmates were employed by others (58.3%), 35.4% were self-employed and 6.3% were, cumulatively, self-employed and employed by others. As for children, 61.8% of inmates have children and 38.2% do not have children. Regarding the number of children of inmates who have them, overall, most have one child (47.1%), 29.4% two children, 17.6% three children, 2.9% four children and 2.9% six children ($M=1.88$; $SD=1.12$).

Table 1.

Sociodemographic data

Age	N	(%)
23-29 years	12	(21.8)
30-39 years	15	(27.3)
40-49 years	16	(29.1)

50-59 years	8	(14.5)
60-69 years	2	(3.6)
70-78 years	2	(3.6)
Gender	n	(%)
Male	55	(100.0)
Female	0	(0.0)
Nationality	n	(%)
Portuguese	53	(96.4)
Foreign	2	(3.6)
Marital status	n	(%)
Single	29	(52.7)
Married	9	(16.4)
De facto union	4	(7.3)
Divorced	13	(23.6)
Education levels	n	(%)
Does not read, nor write	2	(3.8)
1st cycle	3	(5.7)
2nd cycle	18	(34.0)
3rd cycle	19	(35.8)
High school	7	(13.2)
Higher education	4	(7.5)
Employment status	n	(%)
Was working	37	(67.3)
Has never worked	4	(7.3)
Unemployed	12	(21.8)
Retired	2	(3.6)
Type of employment	n	(%)
Self-employed	17	(35.4)
Employed by others	28	(58.3)
Both	3	(6.3)

Existence of children	n	(%)
Without children	21	(38.2)
With children	34	(61.8)
Number of children	n	(%)
1 child	16	(47.1)
2 children	10	(29.4)
3 children	8	(17.6)
4 children	1	(2.9)
6 children	1	(2.9)
Total	55	(100.0)

Note. Min. – Minimum; Max. – Maximum; M – Mean; SD – Standard deviation.

Instruments

Sociodemographic questionnaire. The collection of demographic data (age, marital status, nationality) and legal and criminal data (primary, recidivism, number of arrests, type of crime) was carried out through the application of a sociodemographic questionnaire.

Social support. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS), by Zimet et al. (1988), was translated and adapted by Carvalho et al. (2011). The MSPSS assesses the perceived SS of each individual, and consists of 12 items, divided into three dimensions: family, friends and significant others. Family encompasses items 3, 4, 8, 11; friends includes items 6, 7, 9, 12; and significant others, which may be any source external to family and friends (Canty-Mitchell & Zimet, quoted by Carvalho et al., 2011), includes items 1, 2, 5, 10. In this last subscale, the significant others are defined by the individuals who respond to the scale (Carvalho et al., 2011). The scale is a seven-point Likert-type scale, from 1 (Strongly Disagree) to 7 (Strongly Agree). The MSPSS scale is a simple tool to apply, its items are easily understandable and, therefore,

indicated for individuals with a 4th-grade level education, who do not tolerate long questionnaires (Carvalho et al., 2011). The sample consists of three groups: a group of students ($N=454$), with a total mean of ($M=5.94$); a group from the general population ($N=261$), with a total mean of ($M=5.87$) and, a group of patients with major depression ($N=100$), with a total mean of ($M=4.68$). The means of the four subscales for the general population are as follows: MSPSS-Family ($M=5.98$); MSPSS-Friends ($M=5.49$); MSPSS-Significant Others ($M=6.16$) and MSPSS-Total ($M=5.87$). The scale has good internal consistency (Cronbach's alpha), between 0.85 and 0.95, considering the three subscales and the three groups. The cutoff point of the scale is 5.

Subjective well-being. The Positive and Negative Affect Schedule (PANAS) by Watson et al. (1988), translated and adapted for the Portuguese population by Galinha and Pais-Ribeiro (2005a), was administered. The PANAS assesses the affective dimension (trait or state) of SWB, the positive affect and the negative affect. It consists of 20 items, 10 with positive valence (items 1, 3, 5, 8, 10, 11, 13, 15, 17, 19) and 10 with negative valence (items 2, 4, 6, 7, 9, 12, 14, 16, 18, 20). Each item is answered on a Likert scale from 1 (very slightly or not at all) to 5 (extremely). The scale sample consists of university students ($N=348$), of which 161 are women, with a mean age of ($M=20.33$), varying between 18 and 50 years, and by 177 men, with a mean age of ($M=20.86$), varying between 18 and 40 years. The Cronbach's alpha coefficient for the scale, in the Portuguese version of positive affect, is 0.86, whereas for negative affect, the significance level of the scale is 0.89. As for the correlation between the positive and negative affect dimensions, for the Portuguese version, it is -0.10, that is, it is expected to be close to zero, establishing the independence between the two dimensions of affect. The cutoff point of the scale is 3.

Quality of Life. The instrument used to assess QOL was the WHOQOL-Bref from the WHO, translated and adapted into Portuguese by Vaz Serra et al. (2006). It consists of 26 questions, two more general questions related to overall perceived QOL and to overall perceived health, and the remaining 24 represent each of the 24 specific facets that constitute the original instrument (WHOQOL-100). In the WHOQOL-Bref, each of the 24 facets is evaluated by only one question on a satisfaction or agreement scale with 5 levels, maintaining the subjective and multidimensional essence of the QOL concept. WHOQOL-Bref is organized into four domains: physical, psychological, social relations and environment. The instrument sample consists of a total of ($N=604$), one group being from the general population ($N=315$) and one group belonging to the clinical population ($N=289$). The means of the four domains are as follows: physical domain ($M=71.50$); psychological domain ($M=69.30$); domain of social relations ($M=69.90$) and, finally, the environment domain with a mean value of ($M=63.58$). The instrument has good internal consistency indexes, and when considering the set of domains, Cronbach's alpha coefficient is 0.79, and the 26 items that make up the instrument have a significance level of 0.92. As for correlations between the four domains, the WHOQOL-Bref, in the Portuguese version, presents high correlations between 0.77 and 0.86, for the domain of social relations and for the psychological domain, respectively. The cutoff point of the questionnaire is 60.

Procedures

For data collection, an authorization request to conduct the study was sent to the Directorate-General for Reintegration and Prison Services (DGRSP) and was accepted. Subsequently, the prisons were contacted and granted access to the participants.

With each participant, the Informed Consent was explained and signed, describing the objective of the study, the necessary instructions, its voluntary nature, as well as the anonymity and confidentiality of the data, underlying the rules and values of the Code of Ethics of the Order of Portuguese Psychologists. Subsequently, the instruments were administered, in a single moment, with each participant.

For data analysis, a database was developed for descriptive and inferential analysis, using the IBM SPSS® (*Statistical Package for the Social Sciences*). Descriptive statistics were used for the analysis of demographic and legal-criminal data. Correlation analyses were performed to verify the relationship between the variables, in order to answer the objectives of the study.

Results

Descriptive analysis of the legal and criminal data and social support of the participants

Regarding criminal history, overall, most inmates (52.7%) are in prison for the first time, while 47.3% are repeat offenders. As for history of recidivism, it varies between a minimum of two to seven times, with a mean recidivism of $M=2.61$, with $SD=1.20$. Regarding the legal situation of the interviewed inmates, overall, most (97.3%) had already been convicted, with 12.7% still awaiting trial while in pre-trial detention. Regarding length of stay in the prison, most inmates have been in the prison for periods between 1 and 5 years (58.2%), 25.5% have been in prison for less than 1 year, 12.7% between 6 and 10 years and 3.6% for more 10 years. The length of time to still be served varies between a minimum of half a year and 14 years, with a mean of $M=5$; $SD=3$; with 45.1% having between 2 to 5 years to complete and 37.3% between 6 and 10 years to complete. Concerning the type/category of crime, overall, 36.4% were convicted of “crimes against property”, 27.3% for “crimes against people”, 27.3% for “substance-

related crimes”, 7.3% for crimes “against life in society” and 1.8% for other crimes (see table 2).

Table 2.

Legal and criminal data

Criminal history	N	(%)
Primary	29	(52.7)
Recidivism	26	(47.3)
Recidivism	N	(%)
2 times	18	(69.2)
3 times	4	(15.4)
4 times	2	(7.7)
5 times	1	(3.8)
7 times	1	(3.8)
Legal situation	N	(%)
Preventive	7	(12.7)
Convicted	48	(87.3)
Incarceration time	N	(%)
Less than 1 year	14	(25.5)
1 – 5 years	32	(58.2)
6 – 10 years	7	(12.7)
More than 10 years	2	(3.6)
Sentence time to be completed	N	(%)
Less than 2 years	7	(13.7)
2 – 5 years	23	(45.1)
6 – 10 years	19	(37.3)
More than 10 years	2	(3.9)
Type of crime	N	(%)
Against people	15	(27.3)
Against life	4	(7.3)
Against property	20	(36.4)
Substance-related	15	(27.3)
Other	1	(1.8)

Note. Min. – Minimum; Max. – Maximum; M – Mean; SD – Standard deviation.

As for the relationship with other inmates, it is often rated as reasonable (36.4%), with 34.5% giving a good rating and 27.3% a very good rating, while 1.8% rate it poorly. Concerning relationship with prison staff, it is more often rated very good (36.4%), with 34.5% giving a good rating and 23.6% giving a reasonable rating, and 5.5% rating it poorly. Regarding the exercise of some activity in the prisons, most inmates say they practice some activity (60.0%), with 78.1% performing functional activities (cleaning, canteen or bar helper, laundry helper, etc...) and 21.9% performing personal activities (sport, gym, reading, writing).

As for the existence of family support, overall, 85.5% of inmates say they have some support from family members, while 14.5% have no support at all. The most mentioned type of family support is emotional and financial support, mentioned by 54.5% of inmates, while 23.9% mention only having financial support, 8.7% only emotional support, 8.7% other types of support and 4.3% all three types of support, simultaneously. Finally, it should be noted that most inmates who receive family support (70.2%) rate it as very good, while 17.0% rate it as good, 8.5% reasonable and 4.3% as bad. With regard to receiving visits, overall, most inmates (89.1%) say they receive visits from someone, with 10.9% not receiving any visits. Visits are reported as more frequent on weekends (36.8%), while for 26.5% it is daily, 16.3% monthly and 20.4% sporadic. As for the evaluation of visits, 76.6% consider them to be very good, 17.0% good, 4.3% reasonable and 2.1% bad. As for receiving correspondence, overall, 52.8% of inmates say they receive some correspondence from someone, while 47.2% do not receive any correspondence. With regard to making telephone calls, overall, 92.7% of inmates make calls to someone outside the prison (see Table 3).

Table 3.

Data regarding relationships and social support.

Relationship with other inmates	N	(%)
Very good	15	(27.3)
Good	19	(34.5)
Reasonable	20	(36.4)
Bad	1	(1.8)
Relationship with prison staff	n	(%)
Very good	20	(36.4)
Good	19	(34.5)
Reasonable	13	(23.6)
Bad	3	(5.5)
Performance of activity	n	(%)
No	22	(40.0)
Yes	33	(60.0)
Activity performed	n	(%)
Personal activities	7	(21.9)
Functional activities	25	(78.1)
Existence of family support	N	(%)
No	8	(14.5)
Yes	47	(85.5)
Type of family support	N	(%)
Emotional	4	(8.7)
Financial	11	(23.9)
Other	4	(8.7)
Emotional & Financial	25	(54.5)
Emotional, Financial and Other	2	(4.3)
Assessment of family support	N	(%)
Very good	33	(70.2)
Good	8	(17.0)

Reasonable	4	(8.5)
Bad	2	(4.3)
Receiving visits	n	(%)
No	6	(10.9)
Yes	49	(89.1)
Frequency of visits	n	(%)
Daily	13	(26.5)
Weekends	18	(36.8)
Monthly	8	(16.3)
Sporadically	10	(20.4)
Assessment of visits	n	(%)
Very good	36	(76.6)
Good	8	(17.0)
Reasonable	2	(4.3)
Bad	1	(2.1)
Reception of correspondence	n	(%)
No	25	(47.2)
Yes	28	(52.8)
Makes phone calls	n	(%)
No	4	(7.3)
Yes	51	(92.7)
Total	55	(100.0)

Relationship between social support, well-being and quality of life

Perceived social support. Analyzing the four dimensions of the MSPSS scale, it appears that the “Total” of the MSPSS scale varies between 2.5 and 7, presenting an mean of 5.6 and a standard deviation of 1.1 ($M=5.6$; $SD=1.1$), meaning that, on average, inmates perceive partial social support from their network of contacts. Following the dimension “social support from significant others” with a mean score of 6.2 and standard deviation of 1.1 ($M=6.2$; $SD=1.1$), the dimension “social support from family” with a mean of 5.9 and standard deviation of 1.7 ($M=5.9$; $SD=1.7$) and, finally, the dimension “social support from friends” with a mean of 4.8 and standard deviation of 1.9 ($M=4.8$; $SD=1.9$). To study the existence of differences between the four dimensions of PSS, the Friedman test (Table 4) was applied, since the distribution of SS is not normal ($p < 0.05$), in all four dimensions of the scale.

Table 4.

Comparison of dimensions of the MSPSS multidimensional scale

Dimensions	N	Min-Max	M±SD	Test of Normality	Mean of Orders	Friedman Test
MSPSS_F	55	1-7	5.9±1.7	KS=0.266; $p < 0.001$ ***	2.24 a	$\chi^2=26.699$
MSPSS_FR	55	1-7	4.8±1.9	KS=0.141; $p=0.008$ *	1.48	gl=2
MSPSS_SO	55	2-7	6.2±1.1	KS=0.231; $p < 0.001$ ***	2.28 a	$p < 0.001$
MSPSS_T	55	2.5-7	5.6±1.1	KS=0.181; $p < 0.001$ ***	2.32	

Note. Min. – Minimum; Max. – Maximum; MSPSS_F – Family; MSPSS_FR – Friends; MSPSS_SO – Significant others; MSPSS_Total; a – pairs of significantly equal means (Friedman Test)

*** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$; ns – not significant

Applying the Friedman test ($\chi^2=26.699$; $gl=2$; $p < 0.001$ ***), since $p < 0.05$, it is concluded that levels of PSS are not the same, that is, there is a form of PSS significantly different from another form of PSS. Using the mean of orders, it is observed that PSS from “significant others” has a support level (2.28) significantly higher than the other types of PSS, significantly equal to the PSS from “family” (2.24) and higher than the PSS

from “friends” (1.48). To study the correlation between the dimensions of PSS, the Spearman correlation test was applied, since all dimensions fail to meet the assumption of normality (Table 5).

Applying the Spearman correlation test on the six pairs of correlations of the PSS dimensions (Table 5), since $p < 0.05$, there is a significant correlation between five of the six pairs of correlations of the PSS dimensions; there is no significant correlation between the family SS (MSPSS_F) and friends SS (MSPSS_FR).

Table 5.

Correlation between scores on the MSPSS dimensions

	1	2	3
1. MSPSS_F	-----		
2. MSPSS_FR	0.172 ns	-----	
3. MSPSS_SO	0.309 *	0.331 *	-----
4. MSPSS_T	0.559 ***	0.813 ***	0.555 ***

Note. Min. – Minimum; Max. – Maximum; MSPSS_F – Family; MSPSS_FR – Friends; MSPSS_SO – Significant others; MSPSS_Total; a – pairs of significantly equal means (Spearman correlation test)

*** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$; ns – not significant

Since the Rho correlation coefficients are positive, it is proven the existence of direct or positive relationships, observed in the table, and existent in the original MSPSS scale by Zimet et al. (1988). Within the pair of correlations with the highest degree of correlation, we highlight the correlation between the dimension “friends” (MSPSS_FR) and total SS (MSPSS_T) (Rho=0.813), while the correlation between the “family” dimension (MSPSS_F) and the “friends” dimension (MSPSS_FR) is not significant (Rho=0.172); meaning that inmates who experience low SS from family have a tendency to obtain high PSS from their friends.

Subjective well-being. Observing the three dimensions of SWB, it appears that the total subjective well-being (SWB_T) varies between 1.7 and 4.05, with a mean of 2.9 and standard deviation of 0.5 ($M=2.9$; $SD=0.5$), meaning that the SWB of inmates is, on average, slightly below moderate intensity. It is followed by the “positive affect”

dimension (SWB_P), with a mean of 3.0 and standard deviation of 0.8 ($M=3.0$; $SD=0.8$), corresponding to a moderate intensity, according to the classifications of the original scale (Table 11). In turn, with regard to the intensity of “negative affect” (SWB_N), it presents a mean of 2.1 and a standard deviation of 0.9 ($M=2.1$; $SD=0.9$), corresponding to a frequency that has been rarely felt in recent weeks.

To study the existence of significant differences between the dimensions of SWB, the Wilcoxon test was applied (Table 6), since the distribution of SWB is not normal ($p<0.05$) in the dimension of “negative affect” (SWB_N).

Table 6.

Comparison of SWB dimensions

Dimensions	N	Min-Max	M±SD	Test of Normality	Mean of the Orders	Wilcoxon test
SWB_P	55	1.2-4.7	3.0±0.8	KS=0.089; p=0.200 ns	29.48	Z=-4.776
SWB_N	55	1-4.5	2.1±0.9	KS=0.129; p=0.024 *	18.80	p<0.001 ***
SWB_T	55	1.7-4.05	2.9±0.5	KS=0.088; p=0.200 ns		-----

Note. Min. – Minimum; Max. – Maximum; SWB_P – Positive affect; SWB_N – Negative affect; SWB_T – Total subjective well-being; abc –pairs of significantly equal means

*** $p<.001$; ** $p<.01$; * $p<.05$; ns – not significant

Applying the Wilcoxon test ($Z=-4,776$; $p<0.001$ ***), since $p<0.05$, it is concluded that SWB levels are not equal, or that there is a dimension of the WB scale with a frequency that is significantly different from the others. In fact, the dimension associated with “positive affect” (29.48) presents a frequency that is significantly higher than the dimension associated with “negative affect” (18.80).

To study the correlation between the dimensions of the SWB scale, Pearson’s correlation test was applied between the dimension of “positive affect” and the total dimension of well-being (SWB_Total), since they have a significantly normal distribution; as well as Spearman’s correlation test for the other correlations (Table 7).

Table 7.

Correlation between scores on the SWB dimensions

	1	2
1. SWB_P	-----	
2. SWB_N	0.172 ns	-----
3. SWB_T	0.611 ***	-0.649 ***

Note. SWB_P – Positive affect; SWB_N – Negative affect; SWB_T – Total subjective well-being

*** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$; ns – not significant

Applying the Spearman/Pearson correlation tests on the three pairs of correlations of the SWB dimensions, since $p < 0.05$, it is concluded that there is a significant correlation between two of the three pairs of correlations of the SWB_Total dimensions; there is no significant correlation between the dimension of “positive affect” (SWB_P) and the dimension of “negative affect” (SWB_N).

Quality of life. Examining the six dimensions of QOL (Table 8), the “Total” of the QOL scale, varies between 40.4 and 90.4, presenting a mean of 68.8 and a standard deviation of 13.6 ($M=68.8$; $SD=13.6$), meaning that, on average, inmates have medium QOL. Standing out, with a higher mean score, is the “physical” dimension (QOL_PhD) with a mean of 77.9 and standard deviation of 17.2 ($M=77.9$; $SD=17.2$); followed by the lowest mean score, the “general” dimension (QOL_GD) with a mean of 59.1 and standard deviation 20.2 ($M=59.1$; $SD=20.2$).

To study the existence of significant differences between the five dimensions of QOL, the Friedman test was applied, since the distribution of QOL is not normal ($p < 0.05$) in all dimensions, except for the “environmental” dimension (QOL_ED).

Table 8.

Comparison of QOL dimensions

Dimensions	N	Min-Max	M±DSD	Test of Normality	Mean of the Orders	Friedman test
QOL_GD	55	0-100	59.1±20.2	KS=0.222; $p < 0.001$ ***	2.23 ab	

QOL_PhD	55	25-100	77.9±17.2	KS=0.144; p=0.006*	4.25	$\chi^2=85.952$
QOL_PD	55	33.3-100	76.6±16.7	KS=0.148; p=0.004*	3.87	gl=4
QOL_SD	55	16.7-91.7	59.2±18.5	KS=0.135; p=0.014*	2.21 ac	p<0.001
QOL_ED	55	21.9-90.6	60.9±17.3	KS=0.079; p=0.200 ns	2.45 bc	
QOL_T	55	40.4-90.4	68.8±13.6	KS=0.113; p=0.078 ns	-----	

Note. Min. – Minimum; Max. – Maximum; GD – General Domain; PhD – Physical Domain; PD – Psychological Domain; SD – Social Domain; ED – Environmental Domain; T – Total; abc – pairs of significantly equal means (Friedman test)

*** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$; ns – not significant

Applying the Friedman test ($\chi^2=85.952$; $gl=4$; $p < 0.001$ ***), since $p < 0.05$, it is concluded that QOL levels are not the same or that there is a QOL level significantly different from the others. In fact, the “physical” (QOL_PhD) (4.25) and “psychological” (QOL_PD) (3.87) dimensions have significantly different QOL levels among themselves and different from other QOL dimensions; with the “general” (QOL_GD) (2.23), “social” (QOL_SD) (2.21) and “environmental” (QOL_ED) (2.45) dimensions presenting levels of QOL that are lower and significantly equal.

To study the correlation between QOL dimensions, the Spearman correlation test was applied (Table 9).

Table 9.

Correlation between the dimensions of the WHOQOL-Bref

	1	2	3	4	5
1. QOL_GD	-----				
2. QOL_PhD	0.508 ***	-----			
3. QOL_PD	0.441 **	0.601 ***	-----		
4. QOL_SD	0.168 ns	0,474 ***	0.390 **	-----	
5. QOL_ED	0.399 ***	0.517 ***	0.601 ***	0.535 ***	-----
6. QOL_T	0.611 ***	0.823 ***	0.815 ***	0.635 ***	0.825 ***

Note. QOL_GD – General dimension; QOL_PhD – Physical dimension; QOL_PD – Psychological dimension; QOL_SD – Social dimension; QOL_ED – Environmental dimension; QOL_T –

*** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$; ns – not significant

There was a significant correlation between 14 of the 15 pairs of correlations of the QOL dimensions; there is no significant correlation between the general dimension and the social dimension. Since the Rho correlation coefficients are positive, it is proven the existence of positive relationships, existent in the original WHOQOL-Bref scale.

The relationship between perceived social support, subjective well-being and quality of life. In order to demonstrate the existence of significant correlations between the dimensions of PSS and the dimensions of SWB, Spearman correlation tests were applied (since at least one dimension does not meet the assumptions of normality), and a positive correlation is expected between PSS and positive SWB.

Table 10.

Correlation between scores on the dimensions of the MSPSS and SWB

Dimensions	SWB_P	SWB_N	SWB_T
MSPSS_F	0.030 ns	0.093 ns	-0.125 ns
MSPSS_FR	-0.067 ns	-0.123 ns	0.043 ns
MSPSS_SO	0.049 ns	-0.067 ns	0.018 ns
MSPSS_T	-0.047 ns	-0.092 ns	-0.001 ns

Note. MSPSS_F – Family; MSPSS_FR – Friends; MSPSS_SO – Significant others; MSPSS_T – Total; SWB_P – Subjective well-being of positive affect; SWB_N – Subjective well-being of negative affect; SWB_T – Total subjective well-being; ns – not significant

It is concluded that there is no significant correlation between PSS and SWB, between all pairs of dimensions of the two scales (Table 1).

In order to demonstrate the existence of significant correlations between the dimensions of the PSS and the dimensions of QOL, the Spearman correlation test was applied (since at least one dimension does not meet the assumptions of normality), expecting a positive correlation between PSS and QOL.

Table 11.

Correlation between scores on the dimensions of the MSPSS and QOL

Dimensions	QOL_GD	QOL_PhD	QOL_PD	QOL_SD	QOL_ED	QOL_T
MSPSS_F	-0.195 ns	0.242 *	0.180 ns	0.288 *	0.161 ns	0.217 ns
MSPSS_FR	-0.004 ns	0.108 ns	0.099 ns	0.299 *	0.190 ns	0.187 ns
MSPSS_SO	0.135 ns	0.363 **	0.471 ***	0.778 ***	0.537 ***	0.581 ***
MSPSS_T	0.025 ns	0,329 **	0.312 *	0.527 ***	0.381 **	0.429 **

Note. MSPSS_F – Family; MSPSS_FR – Friends; MSPSS_SO – Significant others; PSS_T – Total; QOL_GD – General Dimension; QOL_PhD – Physical Dimension; QOL_PD – Psychological Dimension; QOL_SD – Social Dimension; QOL_ED – Environmental Dimension; QOL_T – Total quality of life

*** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$; ns – not significant

In general, the total perceived social support (MSPSS_T) is significantly correlated with all dimensions of QOL and QOL_Total (QOL_T), except for the "general" dimension (QOL_GD) of QOL. As the correlation coefficients are positive, it is possible to state that inmates with a higher level of MSPSS_T usually have a higher level of QOL; this correlation being particularly strong and high with the social dimension (Rho=0.527).

In particular, the SSP dimension of "family" (MSPSS_F) (Rho=0.288; $n=55$; $p=0.033^*$) and the PSS dimension of "friends" (MSPSS_FR) (Rho=0.299; $n=55$; $p=0.027^*$) only showed a significant correlation with the social dimension (QOL_SD) of QOL; demonstrating that MSPSS_F and MSPSS_FR, when perceived by inmates, have an impact on the social dimension of their QOL. As for the PSS from significant others (MSPSS_SO), there is a significant correlation with all dimensions of QOL, except for the "general" dimension of QOL; demonstrating that the support from all prison staff has significant importance for the physical, social, psychological and environmental dimension of the inmates' QOL.

In order to demonstrate the existence of significant correlations between the dimensions of SWB and the dimensions of QOL, the Spearman correlation test was

applied (since at least one dimension does not meet the assumptions of normality), expecting to observe a correlation between SWB and QOL (Table 12).

Table 12.

Correlation between scores on the dimensions of the SWB and QOL scale

Dimensions	QOL_GD	QOL_PhD	QOL_PD	QOL_SD	QOL_ED	QOL_T
SWB_P	0.314 *	0.106 ns	0.073 ns	0.030 ns	-0.103 ns	0.067 ns
SWB_N	-0.357 **	-0.237 ns	-0.449 **	-0.090 ns	-0.439 **	-0.439 ***
SWB_T	0.533 ***	0,242 ns	0.347 *	0.041 ns	0.226 ns	0.353 **

Note. SWB_P – Subjective well-being of positive affect; SWB_N – Subjective well-being of negative affect; SWB_T – Total subjective well-being; QOL_GD – General dimension; QOL_PhD – Physical Dimension; QOL_PD – Psychological Dimension; QOL_SD – Social Dimension; QOL_ED – Environmental Dimension; QOL_T – Total Quality of Life

*** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$; ns – not significant

In general, the level of SWB_T is directly correlated with all dimensions of QOL, and significantly with the “general” dimension (Rho=0.533; n=55; $p < 0.001$ ***) and with the “psychological” dimension of QOL (Rho=0.347; n=55; $p = 0.010$ *) and QOL_T (Rho=0.353; n=55; $p = 0.004$ **). In particular, the dimension of “positive affect” of SWB only presents a significant correlation with the “general” dimension of QOL (Rho=0.314; n=55; $p = 0.020$ *). Conversely, the dimension of “negative affect” (SWB_N) presents negative correlations with all dimensions of QOL; and significantly with the “general” (Rho= -0.357; n=55; $p=0.007$ **), “psychological” (Rho= -0.449; n=55; $p=0.001$ **), “environmental” (Rho= -0.439; n=55; $p=0.001$ **) dimensions and QOL_T (Rho= -0.439; n=55; $p < 0.001$ ***).

Discussion

This study aimed to understand the relationship between perceived social support, subjective well-being and the quality of life among inmates. Thus, through the analysis of the results obtained, it was found that, overall, the dimensions of perceived social support and the dimensions of quality of life are related to total subjective well-being.

Regarding the social support perceived by inmates, their total score is lower than the social support perceived, on the MSPSS scale, for the general population. However, this result is in line with what was expected, since living in a prison removes freedom, and imposes rules and limitations, conditioning perceived social support, as already mentioned in Novais et al. (2010). Regarding correlations between the dimensions of the perceived social support scale, there were significant correlations between all dimensions, with the exception of the dimensions of perceived social support from “family” and “friends”, which may be explained by the fact that existing relationships may not provide a protective nature, but rather risk, that is, they may be associated with delinquent behaviors, thus emotional and family distancing occurs (Gomes, 2012; Moreira, 2007).

However, it is important to highlight inmates with greater PSS experience positive affect more frequently. The need to adapt to the new context may require individuals to have a greater capacity to reorganize individual resources to face emotional and social challenges during incarceration. The presence of the family and the maintenance of social contacts can have a protective effect in stressful situations, promoting the health and WB of individuals (Carvalho et al., 2011; Gomes et al., 2003; Novais et al., 2010). In fact, in a prison context, there are several authors who corroborate that the absence or lack of perceived family support brings negative consequences on the individual's WB, resulting in feelings of rejection, low self-esteem, loneliness and shame, which may even remain after release (Oliveira & Lima, 2013; Rocha & Silvério, 2005). Therefore, the family has a significant role in bringing inmates closer to the outside environment (Pinto & Hirdes, 2006; Ramos, 2011) and, through visits, family seems to provide inmates with positive feelings and moments of general well-being, thus mitigating the negative effects that derive from the prison routine (Dixey & Woodall, 2011; Duncan & Balbar, 2008; Monahan et al., 2011). It can also influence the decrease in misconduct behaviors within

the prison (Cochran, 2012) and inmates' adherence to skills-learning programs for the future (Brosens et al., 2014), as well as, in the future, have a predictive role in decreasing the risk of recidivism (Bales & Mears, 2008; Claire & Dixon, 2015; Duwe & Clark, 2013).

However, no correlation was found between all pairs of dimensions of the PSS scale and the SWB dimensions, which can be explained by the prison situation itself or even by bad adaptation to the prison environment, generating stress and psychological ill-being in individuals, combined with deficient SS, or a low perception of it (Cohen & McKay, 1984). Corroborating Novais et al. (2010), SS and the quality of the relationships that the individual establishes with his social support network seems to positively influence the adaptation to the prison environment, and will also be a predictor of a successful reintegration (Visher & Travis, 2003).

Nonetheless, in the context of the inmates' SS, not only the role of the family may be highlighted as important. Novais and colleagues (2010) also refer to the existence of other types of established relationships, such as the relationship with other inmates and with prison staff, who also support the inmate. Overall, a direct and significant relationship was found between the total PSS and the dimensions of QOL, with the exception of the general dimension. As previously mentioned, SS increases WB levels, consequently, improving QOL levels.

With regard to the SWB scale, the evaluation of the "positive affect" dimension is predominant over the "negative affect" dimension, a profile identical to the results of Nogueira (2015), with the present study obtaining a total of subjective well-being slightly superior to that of the study of the mentioned author, with a direct and significant influence on general QOL. These results can be explained by the fact that positive emotions are present in all circumstances and enable the individual to search for

homeostasis and, consequently, adapt to the situation, to what Diener (1996) called hedonic scaling. In the present study, inmates have a low level of “negative affect”, which may be related to some difficulty in describing and expressing emotions, or even hiding them in order not to expose their weaknesses (Rijo et al., 2007). On the other hand, it may be justified by the fact that, although they are inmates, they perceive SS, consequently increasing positive feelings (Arriola et al., 2015).

Most of the study sample has an activity within the prison. The studies by Kaap-Deeder and colleagues (2017), and Laan and Eichelsheim (2013) report that, in a prison context, individuals with some autonomy over their lives and with routine activities generally perceive better levels of SWB, and that this variable is also associated with individuals’ personal growth (Fredrickson, 2001; Fredrickson & Losada, 2005), a better perception of QOL, considering it a way to reduce recidivism (Harreveld et al., 2007).

Regarding the correlation between total subjective well-being and total quality of life, a significant and direct correlation was found, meeting expectations, since higher levels of WB are generally associated with higher levels of QOL. As for the correlation between total subjective well-being and the dimensions of QOL, no significant correlations were found in the “physical”, “social” and “environmental” dimensions; since the effect of incarceration removes almost all social life from inmates and all access to a free environment that exists prior to incarceration, restricting social relations, visits, recess, meals, activities and courses and contact with prison staff. Normally, SWB directly assists QOL, and this relationship between the total dimension of SWB and the general and psychological dimensions of QOL has been proven.

Regarding QOL, the values found in the sample show better QOL in the “physical” and “psychological” dimension and better levels in all dimensions of QOL than in the study by Varela (2018), which may be explained by the fact that the sentence

time to still be completed is less than in the author's sample, and inmates find themselves with an already definitive legal situation, that is, convicted, corroborating the study by Mestre (2000). The decrease in QOL among inmates is expected and seems to have a direct impact on their health, especially when the deprivation of liberty is prolonged (Massoglia, 2008). However, the characteristics of the sample in the present study may have positively influenced QOL, as they have a reasonable relationship with other inmates and a very good relationship with prison staff. There are studies that confirm that the positive attitudes of prison staff towards inmates and the use, or not, of authority over them (Crewe et al., 2014) have an influence on the behavior and determination of QOL in inmates (Crewe et al., 2011). Thus, the provision of SS by prison staff may positively influence adaptation (Mesko & Hacin, 2018).

With regard to the correlation between the dimensions of the WHOQOL-Bref, direct and significant correlations were found between all dimensions, with the exception of the correlation between the "social" dimension and the "general" dimension, which can be explained by the rules, limitations, obligations of the prison, which condition social relationships, regardless of the physical or general capacity of the inmate. Dhami, Ayton and Loewenstein (2007) emphasize that time and QOL, prior to incarceration, affect the inmate's social contacts with family and friends.

In sum, in the prison context, the need for health promotion programs seems to be unequivocal, in order to dynamize the daily life in the prison and, above all, to promote interactions with all agents (inmates, family, prison staff) for better adaptation, and in order to reduce the negative impact that incarceration can have on the individual and on the life dynamics of their families (Brosens et al., 2014; Naser & Visser, 2006; Woodall et al., 2009; Woods et al., 2013). Besides, these programs could contribute to prevent recidivism.

Conclusions

The objectives of this study were fulfilled, thus it was possible to understand and characterize the level of total perceived social support, the level of total subjective well-being and the level of total quality of life, with the respective dimensions of each scale, as well as with the sociodemographic variables established.

However, throughout the study some limitations were recognized, namely the sample. Although it proved to be sufficient for the present study, sample size could have been higher and participants collection could be from prisons with other characteristics, for example, with a high degree of complexity, another type of prison experience, or including female inmates. Moreover, during the data collection phase, some difficulty was noted in the completion of questionnaires by some inmates. When help was requested, the answers may have been somewhat biased, in the sense that they are under some effect of social desirability.

It should be noted that the evaluation of the inmates was conducted in a single moment, which may be a limitation for the study. The results of this research lead us to reflect on some issues, namely the contextual characteristics of the situation of incarceration, and the environment and the relationships established within the prison may be facilitators for the promotion of SWB and, consequently, better QOL levels. The WHO argues that prisons should be health promoters. In fact, health promotion, in prison, could be the way to provide a more positive experience of deprivation of liberty, mitigating the harmful consequences that this has for the individual and family, and contributing to the reduction of criminal recidivism, thus fulfilling the purpose of resocialization.

References

- Albino, M. C. (2007). A reinserção social e a reclusão: Desafios para o século XXI. In *Seminário Nacional Educar o Outro: As questões de género, dos direitos humanos e da educação nas prisões portuguesas* (pp. 171-178). Coimbra: Humana Global. Recuperado de <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/5246/5/ReclusaoSegundoG%C3%A9nero.pdf>
- Almeida, J., Duarte, M., Fernando, P., Sousa, F., & Abreu, P. (2003). *A reinserção social dos reclusos: Um contributo para o debate sobre a reforma do sistema prisional*. Coimbra: Observatório Permanente da Justiça Portuguesa – Centro de Estudos Sociais, Universidade de Coimbra. Recuperado de <http://opj.ces.uc.pt/pdf/14.pdf>
- American Psychological Association. (2010). *Publication Manual of the APA* (6th ed.). Washington, DC: Author.
- Andrews, G., Tennant, C., Hewson, D. M., & Vaillant, E. (1978). Life event stress, social support, coping style, and risk of psychological impairment. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *166*(5), 307-316. doi:10.1097/00005053-197805000-00001
- Arriola, K., Spaulding, A., Booker, C., Williams, C., Avery, A., Porter, N., ... Frew, P. (2015). Understanding the relationship between social support and physical and mental well-being among jail detainees living with HIV. *Journal Health Psychology*, *20*(1), 3-12. doi:10.1177/1359105313496447.
- Bales, W. D., & Mears D. P. (2008). Inmate social ties and the transition to society: Does visitation reduce recidivism? *Journal of Research in Crime and Delinquency*, *45*(3), 287-321. doi:10.1177/0022427808317574
- Barros, B. (2014). *Suporte social de reclusos de nacionalidade estrangeira* (Dissertação de mestrado). Universidade Católica Portuguesa, Porto. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10400.14/15169>

- Broadhead, W. E., Kaplan, B. H., James, S. A., Wagner, E. H., Schoenbach, V. J., Grimson, R., ... Gehlbach, S. H. (1983). The epidemiologic evidence for a relationship between social support and health. *American Journal of Epidemiology*, *117*(5), 521-537. doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a113575
- Brosens, D., Donder, L., Vanwing, T., Dury, S., & Verté, D. (2014). Lifelong learning programs in prison: Influence of social networks on participation. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, *116*, 518-523. doi:10.1016/j.sbspro.2014.01.251
- Bullinger, M., Anderson, R., Cella, D., & Aaronson, N. (1993). Developing and evaluating cross-cultural instruments from minimum requirements to optimal models. *Quality of Life Research*, *2*(6), 451-459. Recuperado de <https://link.springer.com/article/10.1007/BF00422219>
- Campbell, A., Converse, P., & Rodgers, W. (1976). *The quality of American life: Perceptions, evaluations, and satisfactions*. New York: Russell Sage Foundation.
- Caplan, G. (1974). *Support systems and community mental health*. New York: Basic Books.
- Carvalho, S., Pinto-Gouveia, J., Pimentel, P., Maia, D., & Mota-Pereira, J. (2011). Características psicométricas da versão portuguesa da Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido (Multidimensional Scale of Perceived Social Support – MSPSS). *Psychologica, Avaliação Psicológica em Contexto Clínico*, *54*, 309-358. Recuperado de <https://impactum-journals.uc.pt/psychologica/article/view/1111/559>
- Cassel, J. (1974). Psychosocial process and "stress": Theoretical formulations. *International Journal of Health Services*, *4*(3), 471-482. doi:10.2190/WF7X-Y1L0-BFKH-9QU2

- Churchman, A. (1992). As mulheres e a qualidade de vida urbana. *Jornal de Psicologia*, 10(3), 3-9.
- Claire, K., & Dixon, L. (2015). The effects of prison visits from family members on prisoners' well-being, prison rule breaking, and recidivism. A review of research since 1991. *Trauma Violence & Abuse*, 18(2), 1-15. doi:10.1177/1524838015603209
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314. doi:10.1097/00006842-197609000-00003
- Cochran, J. C. (2012). The ties that bind or the ties that break: Examining the relationship between visitation and prisoner misconduct. *Journal of Criminal Justice*, 40(5), 433-440. doi: 10.1016/j.jcrimjus.2012.06.001
- Coelho, M., & Ribeiro, J. (2000). Influência do suporte social e do coping sobre a percepção subjectiva de bem-estar em mulheres submetidas a cirurgia cardíaca. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 1(1), 79-87. Recuperado de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/6706/2/82383.pdf>
- Cohen, S. (1988). Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease. *Health Psychology*, 7(3), 269-297. doi:10.1037/0278-6133.7.3.269
- Cohen, S., & McKay, G. (1984). Social support, stress, and the buffering hypothesis: A theoretical analysis. In A. Baum, S. Taylor & J. Singer (Eds.), *Handbook of psychology and health* (pp. 253-268). New Jersey, NJ: Laurence Erlbaum Associates.
- Cramer, J. (1994). Quality of life for people with epilepsy. *Neurologic Clinics*, 12(1), 1-13. doi:10.1016/S0733-8619(18)30107-5

- Crewe, B., Liebling, A., & Hulley, S. (2011). Staff culture, use of authority and prisoner quality of life in public and private sector prisons. *Australian and New Zealand Journal of Criminology*, 44(1), 94-115. doi:10.1177/0004865810392681
- Crewe, B., Liebling, A., & Hulley, S. (2014). Heavy-light, absent-present: Rethinking the “weight” of imprisonment. *British Journal of Sociology*, 65(3), 387-410. doi:10.1111/1468-4446.12084
- Cuervo-Arango, M. (1993). La calidad de vida: Juicios de satisfacción y felicidad como indicadores actitudinales de bienestar. *Revista de Psicología Social*, 8(1), 101-110. doi:10.1080/02134748.1993.10821672
- Cunha, M. P. (1994). *Malhas que a reclusão tece. Questões de identidade numa prisão feminina*. Lisboa: Cadernos do Centro de Estudos Judiciários.
- Davis, C., Bahr, S., & Ward, C. (2012). The process of offender reintegration: Perceptions of what helps prisoners reenter society. *Criminology and Criminal Justice*, 13(4), 446-469. doi:10.1177/1748895812454748
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008). Hedonia, eudaimonia, and well-being: An introduction. *Journal of Happiness Studies*, 9(1), 1-11. doi:10.1007/s10902-006-9018-1
- Dhami, M., Ayton, P., & Loewenstein, G. (2007). Adaptation to imprisonment: Indigenous or imported? *Criminal Justice and Behavior*, 34(8), 1085-1100. doi:10.1177/0093854807302002
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542-575. doi:10.1037/0033-2909.95.3.542
- Diener, E. (1996). Subjective well-being in cross-cultural perspective. In G. Hector (Ed.), *Key issues in cross-cultural psychology: selected papers from the Twelfth*

International Congress of the International Association for Cross-Cultural Psychology. San Diego: Academic Press.

- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75. doi:10.1207/s15327752jpa4901_13
- Diener, E., Oishi, S., & Lucas, R. E. (2003). Personality, culture, and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluations of life. *Annual Review of Psychology*, 54(1), 403-425. doi:10.1146/annurev.psych.54.101601.145056
- Diener, E., Sapyta, J., & Suh, E. M. (1998). Subjective well-being is essential to well-being. *Psychological Inquiry*, 9(1), 33-37. doi: 10.1207/s15327965pli0901_3
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276-302. doi:10.1037/0033-2909.125.2.276
- Dixey, R., & Woodall, J. (2011). The significance of “the visit” in an English category-B prison: Views from prisoners, prisoners’ families and prison staff. *Community, Work & Family*, 15(1), 29-47. doi:10.1080/13668803.2011.580125
- Dunbar, M., Ford, G., & Hunt, K. (1998). Why is the receipt social support associated with increased psychosocial distress? An examination of three hypotheses. *Psychology and Health*, 13(3), 527-544. doi:10.1080/08870449808407308
- Duncan, H. E., & Balbar, S. (2008). Evaluation of a visitation program at a Canadian penitentiary. *The Prison Journal*, 88(2), 300-327. doi:10.1177/0032885508319210
- Duwe, G., & Clark, V. (2013). Blessed Be the social tie that binds: The effects of prison visitation on offender recidivism. *Criminal Justice Policy Review*, 24(3), 271-296. doi:10.1177/0887403411429724

- Faustino, E. R., & Pires, S. R. (2009). A ressocialização como finalidade da prisão: Algumas considerações sobre o seu significado. *Sociedade em Debate*, 15(2), 91-109. Recuperado de <http://revistas.ucpel.tche.br/index.php/rsd/article/view/355/312>
- Fleck, M. P., Leal, O., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., ... Pizon, V. (1999). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21(1), 19-28. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v21n1/v21n1a06.df>
- Fredrickson, B. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56(3), 218-226. doi:10.1037/0003-066X.56.3.218
- Fredrickson, B., & Losada, M. (2005). Positive Affect and the complex dynamics of human flourishing. *American Psychologist*, 60(7), 678-686. doi:10.1037/0003-066X.60.7.678
- Freitas, L. L. (2008). *A família como principal meio reabilitador do preso na pena privativa de liberdade* (Trabalho de conclusão de curso). Centro Universitário Eurípedes, de Marília, São Paulo, Brasil. Recuperado de <https://aberto.univem.edu.br/bitstream/handle/11077/562/A%20Fam%C3%ADlia%20como%20principal%20meio%20reabilitador%20do%20preso%20na%20pena%20privativa%20de%20liberdade.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Freudenberg, N. (2001). Jails, prisons, and the health of urban populations: A review of the impact of the correctional system on community health. *Journal of Urban Health*, 78(29), 214-235. doi:10.1093/jurban/78.2.214
- Galinha, I. (2008). *Bem-estar subjetivo: Fatores cognitivos, afetivos e contextuais*. Coimbra: Quarteto.

- Galinha, I., & Pais-Ribeiro, J. L. (2005a). Contribuição para o estudo da versão portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): II: Estudo psicométrico. *Análise Psicológica*, 23(2), 219-227.
- Galinha, I., & Pais-Ribeiro, J. L. (2005b). História e evolução do conceito de bem-estar subjetivo. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6(2), 203-214.
- Galinha, I., & Pais-Ribeiro, J. L. (2011). Cognitive, affective and contextual predictors of subjective well-being. *International Journal of Wellbeing*, 2, 34-53. doi:10.5502/ijw.v2i1.3
- Gallagher, E., & Vella-Brodrick, D. (2008). Social support and emotional intelligence as predictors of subjective well-being. *Personality and Individual Differences*, 44(7), 1551-1561. doi: 10.1016/j.paid.2008.01.011
- Gomes, C., Duarte, M., & Almeida, J. (2003). Crimes, penas e reinserção social: Um olhar sobre o caso português. In *Actas dos ateliers do Vº Congresso Português de Sociologia*. Braga: Universidade do Minho. Recuperado de https://aps.pt/wp-content/uploads/2017/08/DPR4628adea6692c_1.pdf
- Gomes, I. R. (2008). *Da prisão à liberdade: Reinserção social de ex-reclusos* (Dissertação de mestrado). Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Lisboa:
- Gomes, S. (2012). Grupos étnicos e estrangeiros em contexto prisional: Representações de guardas prisionais e elementos da direcção. In *VII Congresso Português de Sociologia*, 19 a 22 de junho, pp. 2-16. Universidade de Porto. Recuperado de <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/54624>
- Gullone, E., Jones, T., & Cummins, R. (2000). Coping styles and prison experience as predictors of psychological wellbeing in male prisoners, *Psychiatry, Psychology and Law*, 7(2), 170-181. doi:10.1080/13218710009524983

- Haney, C. (2001). *The psychological impact of incarceration: Implications for post prison adjustment*. Working papers prepared for the "From Prison to Home" Conference, January 30-31, 2002). Recuperado de <https://aspe.hhs.gov/system/files/pdf/75001/Haney.pdf>
- Harreveld, F., van Der Pligt, J., Claassen, L., & van Dijk, W. W. (2007). Inmate emotion coping and psychological and physical well-being: The use of crying over spilled milk. *Criminal Justice and Behavior*, 34(5), 697-708. doi: 10.1177/0093854806298468
- Jose-Kampfner, C. (1990). Coming to Terms with Existential Death: An Analysis of Women's Adaptation to Life in Prison. *Social Justice*, 17(2), 110-125.
- Kaap-Deeder, J., Audenaert, E., Vandeveld, S., Soenens, B., Maastricht, S., Mabbe, E., & Vansteenkiste, M. (2017). Choosing when choices are limited: The role of perceived afforded choice and autonomy in prisoners' well-being. *Law and Human Behavior*, 41(6), 567-578. doi:org/10.1037/lhb0000259
- Kessler, R. C., Price, R. H., & Wortman, C. B. (1985). Social factors in psychopathology: Stress, social support, and coping process. *Annual Review of Psychology*, 36, 531-572. doi:10.1146/annurev.ps.36.020185.002531
- Keyes, C. L., Shmotkin, D., & Ryff, C. D. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(6), 1007-1022. doi:10.1037/0022-3514.82.6.1007
- Kong, F., & You, X. (2013). Loneliness and self-esteem as mediators between social support and life satisfaction in late adolescence. *Social Indicators Research*, 110(1), 271-279. doi:10.1007/s11205-011-9930-6

- Kong, F., Ding, K., & Zhao, J. (2014). The relationships among gratitude, self-esteem, social support and life satisfaction among undergraduate students. *Journal of Happiness Studies*, 16(2), 477- 489. doi:10.1007/s10902-014-9519-2
- Kong, F., Zhao, J., & You, X. (2012). Social support mediates the impact of emotional intelligence on mental distress and life satisfaction in chinese young adults. *Personality and Individual Differences*, 53(4), 513-517. doi: 10.1016/j.paid.2012.04.021
- Krause, N. (2001). Social support. In R. Binstock & L. George (Eds.), *Handbook of aging and the social sciences* (5th ed., pp. 272-294). San Diego: Academic Press.
- Laan, A., & Eichelsheim, V. (2013). Juvenile adaptation to imprisonment: Feelings of safety, autonomy and well-being, and behaviour in prison. *European Journal of Criminology*, 10(4), 424-443. doi:10.1177/1477370812473530
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and Coping*. New York, NY: Springer Publishing Company.
- Lehman, A. F. (1995). Measuring quality of life in a reforms health system. *Health Affairs*, 14(3), 90-101. doi:10.1377/hlthaff.14.3.90
- Leite, A. L. (2011). Execução da pena privativa de liberdade e ressocialização em Portugal: Linhas de um esboço. *Revista de Criminologia e Ciências Penitenciárias*, 1, 1-34.
- Liebling, A., Hulley, S., & Crewe, B. (2012). Conceptualising and measuring quality of prison life. In D. Gadd, S. Karstedt & S. Messner (Eds.), *Sage handbook of criminological research methods* (chap. 24) London: SAGE.
- Listwan, S., Colvin, M., Hanley, D., & Flannery, D. (2010). Victimization, social support, and psychological well-being. A study of recently released. *Criminal Justice and Behavior*, 37(10), 1140-1159. doi:10.1177/0093854810376338

- Luszczynska, A., Pawlowska, I., Cieslak, R., Knoll, N., & Scholz, U. (2013). Social support and quality of life among lung cancer patients: A systematic review. *Psycho-Oncology*, 22(10), 2160-2168. doi:10.1002/pon.3218
- Lyubomirsky, S., King, L., & Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success? *Psychological Bulletin*, 131(6), 803-855. doi:10.1037/0033-2909.131.6.803
- Martins, R. M. (2005). A relevância do apoio social na velhice. *Millenium: Revista do Instituto Superior Politécnico de Viseu*, 31, 128-134. Recuperado de <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium31/9.pdf>
- Massoglia, M. (2008). Incarceration as exposure: The prison, infectious disease, and other stress-related illnesses. *Journal of Health and Social Behavior*, 49(1), 56-71. doi:10.1177/002214650804900105
- Medeiros, L. L. (2010). *Mulheres e cárcere: Reflexões em torno das redes de proteção social*. Comunicação apresentada no X Encontro Nacional da História Oral, Recife, 26 a 30 de abril. Recuperado de https://www.encontro2010.historiaoral.org.br/resources/anais/2/1269096793_ARQUIVO_Trabalhocompletomulheresecarcere.pdf
- Mesko, G., & Hacin, R. (2018). Prisoners' and prison workers' views on the prison subculture in Slovenia. *Revija za kriminalistiko in kriminologijo*, 69(4), 333-345. Recuperado de https://www.policija.si/images/stories/Publikacije/RKK/PDF/2018/04/RKK201804_Gorazd%20Mesko_PrisonersAndPrisonWorkersViews.Pdf
- Mestre, A. (2000). *Qualidade de vida na população prisional, No ir e no estar* (Dissertação de mestrado). Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa. Recuperado de <http://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/69>

- Molleman, T., & Ginneken, E. (2014). A Multilevel analysis of the relationship between cell sharing, staff–prisoner relationships, and prisoners’ perceptions of prison quality. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 59(10), 1-18. doi:10.1177/0306624X14525912
- Monahan, K. C., Goldweber, A., & Cauffman, E. (2011). The effects of visitation on incarcerated juvenile offenders: How contact with the outside impacts adjustment on the inside. *Law and Human Behavior*, 35(2), 143-151. doi:10.1007/s10979-010-9220-x
- Montes-Berges, B., & Augusto, J. M. (2007). Exploring the relationship between perceived emotional intelligence, coping, social support and mental health in nursing students. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(2), 163-171. doi:10.1111/j.1365-2850.2007.01059.x
- Moreira, J. J. S. (2007). Vidas Encarceradas: Estudo Sociológico de uma Prisão Masculina. In *Seminário Nacional Educar o Outro: As questões de género, dos direitos humanos e da educação nas prisões portuguesas* (pp. 43-53). Coimbra: Humana Global. Recuperado de <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/5246/5/ReclusaoSegundoG%C3%A9nero.pdf>
- Myers, D. (2000). The funds, friends, and faith of happy people. *American Psychologist*, 55(1), 56-67. doi:10.1037//0003-066X.55.1.56
- Naser, R. & Visher, C. (2006). Family Members’ Experiences with Incarceration and Reentry. *Western Criminology Review* 7(2), 18-29.
- Newsom, J. T., & Schulz, R. (1996). Social support as a mediator in the relation between functional status and quality of life in older adults. *Psychology and Aging*, 11(1), 34-44. doi:10.1037/0882-7974.11.1.34

- Nogueira, M. G. (2015). *A relação entre o bem-estar subjetivo o suporte social e a esperança, na população prisional* (Dissertação de mestrado). Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa. Recuperado de <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/4497/1/18794.pdf>
- Norris, F., & Kaniasty, K. (1996). Received and perceived social support in times of stress: A test of the social support deterioration deterrence model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(3), 498-511. doi:10.1037//0022-3514.71.3.498
- Novais, F., Ferreira, J., & Santos, E. (2010). Transição e ajustamento de reclusos ao estabelecimento prisional. *Psychologica*, 52(2), 209-242. doi:10.14195/1647-8606_52-2_9
- Novo, R. F. (2003). *Para além da Eudaimonia: O bem-estar psicológico em mulheres na idade adulta avançada*. Coimbra: Fundação Calouste Gulbenkian e Fundação para a Ciência e Tecnologia.
- Oliveira, M. T., & Lima, M. S. (2013). Sistema carcerário: Uma realidade esquecida, inclusive pelos familiares. *Interfaces Científicas - Humanas e Sociais*, 1(2), 9-19. Recuperado de <https://periodicos.set.edu.br/index.php/humanas/article/view/168>
- Panayiotou, G., & Karekla, M. (2012). Perceived social support helps, but does not buffer the negative impact of anxiety disorders on quality of life and perceived stress. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(2), 283-294. doi:10.1007/s00127-012-0533-6
- Pavot, W., Diener, E., & Fujita, F. (1990). Extraversion and happiness. *Personality and Individual Differences*, 11(12), 1299-1306. doi:10.1016/0191-8869(90)90157-M
- Pearlin, L., Lieberman, M., Menaghan, E., & Mullan, J. (1981). The stress process. *Journal of Health and Social Behavior*, 22(4), 337-356. doi:10.2307/2136676

- Picken, J. (2012). The coping strategies, adjustment, and well-being of male inmates in the prison environment. *Internet Journal of Criminology* [on-line], 1-29. Recuperado de <https://pdfs.semanticscholar.org/a8ba/4e2b9bf027e969f7702c3d7aebf433834763.pdf>
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2000). Influences of socioeconomic status, social network, and competence on subjective well-being in later life: A meta-analysis. *Psychology and Aging, 15*(2), 187-224. doi:10.1037/0882-7974.15.2.187
- Pinto, G., & Hirdes, A. (2006). O processo de institucionalização de detentos: Perspetivas de reabilitação e reinserção social. *Escola Anna Nery R. Enfermagem, 10*(4), 678-683. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n4/v10n4a09.pdf>
- Ramos, I. C. (2011). *Contributos da educação: (Re)viver na prisão* (Dissertação de mestrado). Universidade de Lisboa.
- Rego, I. (2004). Sociologia da prisão. *Sociedade e Estado, 19*(1), 227-233.
- Ribeiro, J. L. P. (1994). Psicologia da saúde, saúde e doença. In T. McIntyre (Ed.), *Psicologia da saúde: Áreas de intervenção e perspectivas futuras*. Braga: Associação dos Psicólogos Portugueses.
- Ribeiro, J. L. P. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica, 3*(17), 547-558.
- Rijo, D., Sousa, M., Lopes, J., Pereira, J., Vasconcelos, J., Mendonça, M., Silva, M., Ricardo, N., & Massa, S. (2007). G.P.S. - *Gerar Percursos Sociais: Programa de prevenção e reabilitação para jovens com comportamento desviante*. Recuperado de <http://www.wainerpsicologia.com.br/upload/apresentacoes/2simposio/GPS-GerarPercursosSociais-ManualDr.DanielRijo.pdf>

- Rocha, J. L., & Silvério, S. A. (2005). *Entre a reclusão e a liberdade* (Vol. 1). Coimbra: Almedina.
- Rodriguez, M. S., & Cohen, S. (1998). Social support. In *Encyclopedia of mental health* (Vol. 3), 535-544.
- Ryan, R., & Deci, E. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Reviews Psychology*, *52*, 141-166. doi:10.1146/annurev.psych.52.1.141
- Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, *57*(6), 1069-1081. doi:10.1037/0022-3514.57.6.1069
- Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B., & Sarason, B. R. (1983). Assessing social support: The Social Support Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, *44*(1), 127-139. doi:10.1.1.458.9485&rep=rep1&type=pdf
- Shumaker, S., Anderson, R., & Czajkowski, S. (1990). Psychological tests and scales. In *Quality of life assessments in clinical trials* (pp. 95-113). New York: Raven Press.
- Siedlecki, K. L., Salthouse, T. A., Oishi, S., & Jeswani, S. (2014). The relationship between social support and subjective well-being across age. *Social Indicators Research*, *117*(2), 561-576. doi:10.1007/s11205-013-0361-4
- Sirgy, M. J. (2002). *The psychology of quality of life*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Song, G., Kong, F., & Jin, W. (2013). Mediating effects of core self-evaluations on the relationship between social support and life satisfaction. *Social Indicators Research*, *114*(3), 1161-1169. doi:10.1007/s11205-012-0195-5

- Swanson, C., Lee, C.-B., Sansone, F. A., & Tatum, K. M. (2012). Prisoner's perceptions of father-child relationships and social support. *American Journal of Criminal Justice*, 37(3), 338-355. doi:10.1007/s12103-011-9132-4
- Tay, L., & Diener, E. (2011). Needs and subjective well-being around the world. *Journal of Personality and Social Psychology*, 101(2), 354-365. doi: 10.1037/a0023779
- Tay, L., Kuykendall, L., & Diener, E. (2015). *Satisfaction and happiness: The bright side of quality of life*. In W. Glatzer, L. Camfield, V. Møller & M. Rojas (Eds.), *Global handbook of quality of life* (pp. 839-853). Netherlands: Springer. doi: 10.1007/978-94-017-9178-6_39
- Uchino, B. (2004). *Social support & physical health. Understanding the health consequences of relationships*. New Haven: Yale University Press.
- Van Praag, B., & Fritjers, P. (1999). The measurement of welfare and well-being: The Leyden approach. In D. Kahneman, E. Diener & N. Schwarz (Eds.), *Well-being: the foundations of hedonic psychology* (pp. 413-433). New York: Russel Sage Foundation.
- Varela, A. G. (2018). *Perceção da qualidade de vida dos reclusos* (Dissertação de mestrado). Universidade Lusíada, Lisboa. Recuperado de <http://repositorio.ulusiada.pt/handle/11067/4405>
- Vaz Serra, A., Canavarro, M., Simões, M., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M., ... Paredes, T. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para o Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 31-40.
- Visher, C. A., & Travis, J. (2003). Transitions from prison to community: Understanding pathways. *The Annual Review of Sociology*, 29(1), 89-113. doi:10.1146/annurev.soc.29.010202.095931

- Williams, L. P. (1999). Provision of education and probation services for foreign prisoners. *Social Work in Europe*, 6(2), 59-63.
- Woodall, J., Dixey, R., Green, J., & Newell, C. (2009). Healthier prisons: The role of a prison visitors' centre. *International Journal of Health Promotion and Education*, 47(1), 12-18. doi:10.1080/14635240.2009.10708152
- Woods, L., Lanza, S., Dyson, W., & Gordon, D. (2013). The role of prevention in promoting continuity of health care in prisoner reentry initiatives. *American Journal of Public Health*, 103(5), 830-838. doi:10.2105/AJPH.2012.300961
- World Health Organization Quality of Life Group. (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 23(3), 24-56. doi:10.1080/00207411.1994.11449286
- World Health Organization Quality of Life Group. (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403-1409. doi:10.1016/0277-9536(95)00112-K
- XXI Governo Constitucional. (2017). *Olhar o futuro para guiar a ação presente: Relatório sobre o sistema prisional e tutelar*. Recuperado de <https://www.portugal.gov.pt/pt/gc21/comunicacao/documento?i=relatorio-sobre-o-sistema-prisional-e-tutelar>
- Zimet, G. D., Dahlem, N., Zimet, S., & Farley, G. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30-41. doi:10.1207/s15327752jpa5201

