FABIANA SAFFI

**Avaliação de terapia cognitivo-comportamental para
prevenção de reincidência penitenciária**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo
para obtenção do Título de Mestre em
Ciências

Área de Concentração: Psiquiatria
Orientador: Francisco Lotufo Neto

São Paulo

2009

FABIANA SAFFI

**Avaliação de terapia cognitivo-comportamental para
prevenção de reincidência penitenciária**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo
para obtenção do Título de Mestre em
Ciências

Área de Concentração: Psiquiatria
Orientador: Francisco Lotufo Neto

São Paulo

2009

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Saffi, Fabiana

Avaliação de terapia cognitivo-comportamental para prevenção de reincidência
penitenciária / Fabiana Saffi. -- São Paulo, 2009.

Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Departamento de Psiquiatria.

Área de concentração: Psiquiatria.

Orientador: Francisco Lotufo Neto.

Descritores: 1.Terapia cognitiva 2.Prisões 3.Crime/prevenção & controle
4.Reabilitação 5.Crime/psicologia 6.Entrevista psicológica

USP/FM/SBD-036/09

Dedicatória

Ao meu marido, Rodrigo e

aos meus pais, Marlene e Hid.

Agradecimentos

Ao Prof. Dr. Francisco Lotufo Neto, orientador, mestre e modelo, pela ajuda, compreensão e aceitação do trabalho;

À Fundação de Amparo a Pesquisa do estado de São Paulo pelo apoio e por acreditar nesse projeto;

À equipe de Reintegração Social da Secretaria da Administração Penitenciária, por apoiar o trabalho;

Ao Roberto Campos Gomes, Diretor Técnico do Centro de Detenção Provisória da Chácara Belém II, durante a realização da coleta de dados na unidade, por abrir portas e facilitar acessos;

Ao Dr. Adevaldo Pereira de Souza, Diretor Técnico de Departamento do Centro de Progressão Penitenciária (CPP) de Franco da Rocha, pela oportunidade de realizar o trabalho no CPP;

À equipe de Reabilitação do Centro de Progressão Penitenciária de Franco da Rocha - Reynaldo Monteiro Júnior, Diretor do Centro de Reabilitação, Ubiratan de Jesus Corrêa Leite, Diretor do Núcleo Interdisciplinar de Reabilitação e Luiz Antônio Beltrame, Diretor Substituto de Reabilitação - pela ajuda e paciência na realização da coleta de dados, sem a qual a realização desse trabalho seria impossível;

À Roseli Aparecida Leme Amorim e Rosemari Quina da Silva, por me ajudarem com o levantamento da situação processual;

Às Psicólogas: Ana Claudia Lima de Souza, Viviane Alves de Oliveira, Carina Adevaldo Yamassaki, Maria Fernanda Faria Achá e Isabela Silveira Dias da Silva, que colaboraram na coleta de dados;

Ao Eduardo Nakano, que me orientou na análise estatística;

À Cristiana Ferraz Coimbra, que revisou e traduziu esse trabalho;

Ao Rubens da Silva, do Conselho Penitenciário do Estado de São Paulo, por sua colaboração;

À Karina Eliane Bonetti pela ajuda imprescindível no apoio às atividades administrativas;

À Maria Adelaide de Freitas Caires e Sérgio Paulo Rigonatti, que me guiaram nos meus primeiros passos na área Forense;

À Antônio de Pádua Serafim, Daniel Martins de Barros pelas discussões e reflexões;

À Plínio Roberto Farias Júnior e Robson Alves de Oliveira, que, além de colaborarem ativamente como sujeitos da pesquisa, fizeram questão que seus nomes fossem divulgados;

A todos os sentenciados que colaboraram com esse trabalho de modo direto e indireto - participando como sujeitos, recolhendo as inscrições ou “cuidando” das pesquisadoras - e que, apesar de todos os boatos envolvendo a pesquisa, se mantiveram firmes, acreditando no trabalho.

MUITO OBRIGADA!!!!

Esta dissertação está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver)

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Serviço de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias*. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A.L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 2ªed. São Paulo: Serviço de Biblioteca e Documentação; 2005 .

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*

Sumário

Lista de abreviaturas e siglas

Lista de Gráficos

Lista de tabelas

Resumo

Summary

1 - Introdução.....	01
2 - Sistema Penitenciário.....	04
2.1. Sistema Prisional no Estado de São Paulo.....	04
2.2. Lei de Execução Penal x Psicologia.....	09
3– Reabilitação.....	14
4 – Abordagem Cognitivo-Comportamental.....	26
4.1. Terapia Comportamental	26
4.1.1. O condicionamento respondente.....	26
4.1.2. Condicionamento operante.....	28
4.1.3. A aprendizagem social.....	29

4.1.4. Terapêuticas advindas de abordagens clínicas.....	30
4.2. Terapias Cognitivas.....	30
4.2.1. A Terapia Cognitiva segundo Beck.....	31
4.2.2. Definições de termos da TCC.....	33
4.2.3. O processo terapêutico.....	37
4.2.4. A terapia cognitivo-comportamental em grupo.....	39
4.2.5. A terapia cognitiva comportamental na população prisional.....	41
5 - Terapia cognitivo-comportamental para prevenção de reincidência penitenciária.....	44
5.1. Reincidência Criminal x Reincidência Penitenciária.....	46
5.2. Descrição do Programa de Prevenção à Reincidência Penitenciária.....	47
5.3. Objetivos.....	51
5.4. Hipóteses.....	51
5.5. Relevância.....	52
6 - Material e métodos.....	53
6.1. Casuística.....	53
6.2. Material.....	54

6.2.1. Instrumentos.....	54
6.3. Procedimentos.....	57
6.4. Contexto do Estudo.....	60
6.4.1. Dificuldades encontradas.....	61
6.4.2. Facilidades encontradas.....	67
6.5. Análise Estatística.....	68
7 – Resultados.....	69
7.1. Caracterização da população estudada.....	69
7.2. Dados estatísticos.....	71
7.2.1. Reincidentes.....	71
7.2.2. Sujeitos que concluíram o programa (n=28).....	72
7.2.3. Seguimento.....	74
8 - Discussão dos dados.....	76
8.1. Limitações do estudo.....	81
9 – Conclusão.....	83
Anexos.....	84

Anexo A – Entrevista dirigida.....	85
Anexo B – Escala de Estresse e Fuga Social (SAD).....	91
Anexo C – Escala de auto-estima.....	93
Anexo D – Escala de Medo de Avaliação Negativa (FNE).....	94
Anexo E – Questionário de Pensamentos Automáticos.....	96
Anexo F – Escala de Atitudes Disfuncionais.....	98
Anexo G – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	100
Anexo H – Gráficos.....	103
Anexo I – Tabelas.....	106
Bibliografia.....	116

Lista de abreviaturas e siglas

ATP – *Attitudes Towards Prisoners*

CBT – *Cognitive Behavioral Therapy*

CDP – Centro de Detenção Penitenciária

COC – Centro de Observação Criminológica

CPP – Centro de Progressão Penitenciária

CTC – Comissão Técnica de Classificação

CVTRQ – *Corrections Victoria Treatment Readiness Questionnaire*

CR – Centro de Ressocialização

CRP – Centro de Readaptação Penitenciária

HC-FMUSP – Hospital das Clínicas Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

InfoPen – Sistema Integrado de Informações Penitenciárias

LEP – Lei de Execução Penal

LSI-R- *Level of Service Inventory Revised*

MRT – *Moral Reconation Therapy*

NCJR – *National Criminal Justice Reference Service Abstracts*

NUFOR – Núcleo de Estudos e Pesquisas em Psiquiatria Forense e Psicologia Jurídica

PAD – Prisão Albergue Domiciliar

PC – Penitenciárias Compactas

PCC – Primeiro Comando da Capital

PE – Penitenciária do Estado

PPRP – Programa de Prevenção à Reincidência Penitenciária

PubMed – *National Library of Medicine*

R&R – *Reasoning and Rehabilitation*

SAP – Secretaria de Administração Penitenciária

TCC – Terapia Cognitiva Comportamental

Lista de Gráficos

Gráfico 1 – Idade dos participantes da pesquisa.....	103
Gráfico 2 – Escolaridade dos participantes da pesquisa.....	103
Gráfico 3 – Proporção dos participantes da pesquisa que tinham profissão.....	104
Gráfico 4 – Frequência no serviço religioso dos participantes da pesquisa.....	104
Gráfico 5 – Estado civil dos participantes da pesquisa.....	104
Gráfico 6 – Proporção dos participantes da pesquisa que tinham um familiar preso.....	105
Gráfico 7 – Quantidade de prisões anteriores dos participantes da pesquisa.....	105
Gráfico 8 – Taxa mensal de reincidência de todos os participantes da pesquisa.....	72
Gráfico 9 – Taxa mensal de reincidência dos sujeitos que concluíram a pesquisa.....	73

Lista de tabelas

Tabela 1: Quantidade de filhos declarados pelos participantes da pesquisa.....	106
Tabela 2: Tempo de condenação.....	106
Tabela 3 - Comparação dos resultados das escalas aplicadas no do Grupo Controle e no Grupo de Trabalho dos sujeitos que iniciaram a pesquisa.....	106
Tabela 4 - Comparação da média de idade, total da pena e tempo cumprido no do Grupo Controle e no Grupo de Trabalho dos sujeitos que iniciaram a pesquisa.....	107
Tabela 5 - Comparação dos resultados das escalas dos sujeitos que concluíram e daqueles que abandonaram o programa.....	107
Tabela 6 - Comparação da média de idade, total da pena e tempo cumprido dos sujeitos que concluíram e daqueles que abandonaram o programa.....	107
Tabela 7 - Comparação dos resultados das escalas no início e no final do programa.....	108
Tabela 8 - Comparação dos resultados das escalas no início e no final do programa apenas dos sujeitos que estavam no Grupo de Trabalho.....	108
Tabela 9 - Comparação dos resultados das escalas no início e no final do programa apenas dos sujeitos que estavam no Grupo Controle.....	109

Tabela 10 - Comparação dos resultados das escalas, dos sujeitos que reincidiram e não reincidiram, até 1 ano após o término da intervenção, que iniciaram o programa.....	109
Tabela 11 - Comparação de idade, total da pena e tempo cumprido, dos sujeitos que reincidiram e não reincidiram, até 1 ano após o término da intervenção, que iniciaram o programa.....	110
Tabela 12 - Comparação dos resultados das escalas, dos sujeitos que reincidiram e não reincidiram, até 1 ano após o término da intervenção, que iniciaram o programa e pertenciam ao grupo de trabalho.....	110
Tabela 13 - Comparação das médias de idade, total da pena e tempo já cumprido, dos sujeitos que reincidiram e não reincidiram até 1 ano após o término da intervenção, que iniciaram o programa e pertenciam ao grupo de trabalho.....	110
Tabela 14 - Comparação dos resultados das escalas dos sujeitos que reincidiram e não reincidiram até 1 ano após o término da intervenção, que iniciaram o programa e pertenciam ao grupo controle.....	111
Tabela 15 - Comparação dos resultados das escalas antes e depois, dos sujeitos que iniciaram o programa, pertenciam ao grupo controle e reincidiram até 1 ano após o término do programa.....	111
Tabela 16 - Comparação das médias de idade, total da pena e tempo já cumprido, dos sujeitos que reincidiram e não reincidiram até 1 ano após o término da intervenção, que iniciaram o programa e pertenciam ao grupo controle.....	111

Tabela 17 - Comparação dos resultados das escalas dos sujeitos que reincidiram e não reincidiram até 1 ano após o término da intervenção, que finalizaram o programa.....	112
Tabela 18 - Comparação das médias de idade, total da pena e tempo já cumprido, dos sujeitos que reincidiram e não reincidiram até 1 ano após o término da intervenção e que finalizaram o programa....	112
Tabela 19 - Comparação dos resultados das escalas antes e depois, dos sujeitos que terminaram o programa e reincidiram até 1 ano após o término do deste.....	112
Tabela 20 - Comparação dos resultados das escalas antes e depois, dos sujeitos que terminaram o programa, estavam no grupo de trabalho e reincidiram até 1 ano após o término deste.....	113
Tabela 21 - Comparação dos resultados das escalas, dos sujeitos do grupo de trabalho e grupo controle, que terminaram o programa e não reincidiram até 1 ano após o término deste.....	113
Tabela 22 - Comparação das médias de idade, total da pena e tempo já cumprido, dos sujeitos do grupo de trabalho e grupo controle, que terminaram o programa e não reincidiram até 1 ano após o término deste.....	114
Tabela 23 - Comparação dos resultados das escalas antes e depois, dos sujeitos que terminaram o programa e não reincidiram até 1 ano após o término do deste.....	114

Tabela 24 - Comparação dos resultados das escalas antes e depois, dos sujeitos que terminaram o programa, não reincidiram até 1 ano após o término do deste e pertenciam ao grupo de trabalho.....	114
Tabela 25 - Comparação dos resultados das escalas antes e depois, dos sujeitos que terminaram o programa, não reincidiram até 1 ano após o término do deste e pertenciam ao grupo controle.....	115

Resumo

Saffi, F. *Avaliação de terapia cognitivo-comportamental para prevenção de reincidência penitenciária* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2009.

INTRODUÇÃO: A reinserção do indivíduo na sociedade, após ele ter cometido um ato anti-social, iniciou-se com o Iluminismo. Atualmente várias pesquisas têm sido realizadas para se verificar a eficácia de trabalhos de reinserção social para criminosos. Entretanto na realidade brasileira não existem trabalhos sistematizados para a população prisional. Como decorrência disto, pensou-se em sistematizar uma intervenção terapêutica para prevenção de reincidência penitenciária e verificar sua eficácia. **MÉTODOS:** A terapia cognitivo-comportamental para prevenção à reincidência penitenciária é composta por 10 sessões estruturadas. O grupo de sujeitos foi formado por sentenciados, que cumpriam pena no regime semi-aberto, presos, no mínimo, pela segunda vez (reincidentes penitenciários); o tempo máximo de pena que teriam que cumprir deveria ser inferior a quinze anos e já deveriam ter cumprido tempo suficiente para requisitar progressão de regime. Os 43 sujeitos que iniciaram a pesquisa foram divididos em dois grupos – grupo de trabalho e grupo controle. Foram feitas entrevistas e aplicações de escalas antes e depois da intervenção. **RESULTADOS:** Como resultado do trabalho não se percebeu diferença estatisticamente significativa entre os sujeitos que estavam no grupo de trabalho e no grupo controle em relação a reincidência penitenciária. Em relação às escalas aplicadas, os sentenciados que terminaram o programa apresentaram um escore

maior no Questionário de Pensamentos Automáticos, comparado com aqueles que desistiram. Os que concluíram a pesquisa e estava no grupo de trabalho percebemos que o Programa de Prevenção a Reincidência Penitenciária reduz o medo de avaliação negativa. Os que estavam no grupo controle apresentaram um decréscimo na Escala de Estresse e Fuga Social. Após 12 meses de intervenção, entre os sentenciados que iniciaram a pesquisa, os reincidentes mostraram uma tendência a ter um escore menor no Questionário de auto-estima antes da intervenção. Os reincidentes que estavam no grupo de trabalho apresentaram uma tendência a já terem cumprido mais tempo de suas penas e os do grupo controle, uma tendência a ter um escore menor na Escala de Medo de Avaliação Negativa antes do início do programa e um escore menor na escala de Estresse e Fuga Social depois da intervenção. Entre os sentenciados que terminaram o programa e reincidiram, pôde-se perceber que a intervenção causou uma redução nos resultados no escore da Escala de Estresse e Fuga Social e uma tendência em diminuir o escore no Questionário de Pensamentos Automáticos. Dentre os não reincidentes existe uma diminuição no escore da Escala de Medo de Avaliação Negativa depois do programa; os que estavam no grupo de trabalho, apresentaram uma tendência de redução do medo de avaliação negativa e os que estavam no grupo controle apresentaram uma diminuição no escore da escala de estresse e fuga social. CONCLUSÕES: A partir deste estudo pôde-se notar que a terapia cognitiva para prevenção à reincidência penitenciária, apesar de apresentar alguns resultados positivos – diminuição do medo de avaliação negativa e uma discreta redução na taxa acumulada de reincidência penitenciária daqueles que concluíram o programa - necessita ser revisto e reformulado.

Descritores: 1.Terapia cognitiva 2.Prisões 3.Crime/prevenção & controle

4.Reabilitação 5.Crime/psicologia 6.Entrevista psicológica

Summary

Saffi, F. Evaluation of cognitive-behavioral therapy for prevention of prison recidivism [dissertation]. São Paulo: “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”; 2009.

INTRODUCTION: The idea of rehabilitating individuals after they have committed an antisocial act came about during the Enlightenment. Nowadays, a lot of researches have been done to realize the efficacy of offender's social rehabilitation. However, in Brazil don't exist studies systematized for prison population. As a result of this a therapeutic intervention for prevention of prison recidivism was systematized. METHODS: The technique used in this program is cognitive-behavioral therapy, composed of 10 structured meetings. The group of subjects in the study comprehended 43 inmates (20 of them from the control group and 23 from the experimental group) who served their terms in medium security prisons, and who were serving, at least, their second term. A directed interview and some questionnaires or scales were applied both before and after the program. Results: Regarding re-offense, when we compare accumulated monthly rate, we cannot see statistic difference neither of all the subjects that started the program or those that finished the program. Based on analysis of the data collected it can be asserted that: the Penitentiary Re-offense Prevention Program reduces the fear of negative evaluation; participants in the control group had a decreased score in the

Stress and Social Escape Scale; inmates who finished the program had a greater score in the Automatic Thoughts Questionnaire, a greater fear of a negative evaluation at the beginning of the program and a greater score in the Stress and Social Escape Scale. Subjects that re-offended at least one year after the end of the program showed a tendency to have a lower score in the Self-esteem Scale before the intervention. Those who were in the control group and re-offended showed tendency to have lower fear of a negative evaluation before the beginning of the program and had the lowest score rate in the Stress and Social Escape Scale, following the program. For inmates who finished the program and re-offense, the intervention caused a decrease on the results of the score in the Stress and Social Escape Scale, and a trend towards a decrease in the Questionnaire on Automatic Thoughts. Among the non-re-offenders there is a noticeable trend in reducing negative evaluation after the program. The non-re-offenders who were members of the experimental group showed a tendency to have a lower score in fear of a negative evaluation scale.

CONCLUSION: From this study it was noted that cognitive therapy for preventing of prison recidivism, although they had some positive results, such as reducing the fear of negative evaluation needs to be revised and recast.

Descriptors: 1.Cognitive Therapy 2.Prisons 3.Crime/prevention & control 4. Rehabilitation 5.Crime/psychology 6.Intterview psychology

1- INTRODUÇÃO

Meu interesse pelo Sistema Penitenciário iniciou-se em 1998, quando comecei a atuar como psicóloga na Penitenciária Mário de Moura e Albuquerque, em Franco da Rocha, município da Grande São Paulo. No mesmo período, juntamente com a psicóloga Rosana Antônia Araújo Lima Bemvenuto, iniciei uma pesquisa vinculada ao Núcleo de Estudos e Pesquisas em Psiquiatria Forense e Psicologia Jurídica (NUFOR), do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, com o intuito de analisar o papel do psicólogo que atuava nas unidades de regime fechado do Estado de São Paulo. Verificou-se, a partir da análise dos resultados dessa pesquisa, uma carência de recursos específicos voltados para a atuação desse profissional no contexto prisional, bem como a necessidade de sistematizar essa atuação (Saffi e Bemvenuto, 2002).

Os dados indicaram que 36,6% dos Psicólogos do Sistema Penitenciário realizavam um trabalho de reabilitação social. Na maior parte dos casos, esse trabalho configurava-se da seguinte maneira: o sentenciado era atendido individualmente, uma vez por semana, e a técnica utilizada era a psicoterapia breve. A seleção era feita por necessidade e/ou solicitação do próprio sentenciado ou de outro profissional da unidade. Quando o atendimento era realizado em grupo, o número de participantes era em média sete (faixa de 5 a 10).

As dificuldades apontadas pelos psicólogos incluíam: determinações do Centro de Segurança e Disciplina, que, preocupado com a segurança dos profissionais, colocavam alguns empecilhos para a realização do trabalho proposto; e a inexistência de local apropriado para os atendimentos e falta de oportunidade para realizá-los, pois a prioridade dos diretores das Unidades Prisionais, à época da pesquisa, era a elaboração de pareceres para fins de benefícios (Saffi e Bemvenuto, 2002). Esses dados são condizentes com minha percepção pessoal, pois, desde meu ingresso no Sistema Prisional, meu interesse sempre foi o trabalho de Reabilitação e Reinserção social do reeducando. Entretanto, tive poucas oportunidades de desenvolvê-lo, em função da grande demanda de pareceres psicológicos, utilizados para que os sentenciados pudessem fazer uso de progressão de regime e dos benefícios previstos na Lei de Execução Penal (LEP), e também em função das entrevistas de inclusão após a mudança da LEP.

Ao analisarmos apenas o número de pessoas que se encontram encarceradas no Sistema Penitenciário do Estado de São Paulo (118.677 em outubro de 2005) e compará-lo ao número de psicólogos que atuavam nesse mesmo Sistema (237), percebemos que o trabalho de reabilitação, desenvolvido com as características descritas acima, atinge uma parcela ínfima da população carcerária. O quadro se agrava com o dado apurado, na pesquisa realizada, de que não havia modelo ou sistematização do trabalho que pudesse ser utilizado por diferentes profissionais nas diversas Unidades Prisionais existentes.

Desse modo, pensou-se em elaborar uma intervenção de reabilitação específica para a população prisional que possa ser utilizada em grupo. Assim começou a se configurar uma intervenção terapêutica com a abordagem cognitivo-comportamental para prevenção de reincidência penitenciária.

2 - SISTEMA PENITENCIÁRIO

2.1. Sistema Prisional no Estado de São Paulo

Para entendermos o funcionamento do Sistema Prisional Paulista devemos nos remeter à história das prisões.

O encarceramento sempre existiu, mas era um meio e não o fim da punição. Antes as penas eram morte, suplício, açoite, amputação de membros, trabalhos forçados, confisco de bens etc. (Carvalho Filho, 2002).

No século XVIII, a prisão tornou-se a essência do sistema punitivo. O objeto da punição deixou de ser o corpo e passou a ser a alma (Carvalho Filho, 2002). A reinserção do indivíduo na sociedade iniciou-se com o Iluminismo, que frisa que a história constitui o desvio de uma ideal condição originária e que a razão proporcionaria a clareza necessária para a humanidade.

O Iluminismo tornou-se o maior movimento social, econômico e político dos tempos modernos. Teve origem na Inglaterra (destaca-se John Locke), influenciou o pensamento francês (determinou a revolução francesa), o alemão e o italiano. Do último, destaca-se a figura de César Beccaria (1728-1794), o “Marquês de Milão”, que escreveu *Dei delitti e delle pene* contribuindo para tornar mais humana a justiça criminal, com a abolição da tortura e afirmando que a certeza da punição teria muito

mais efeito do que a gravidade das penas (Saffi e Bemvenuto, 2002). Desde o início do século XIX, sob a influência do Iluminismo, “as penas de um modo geral se revestiram de um caráter retributivo, igualitário, abandonando cada vez mais as práticas sanguinárias” (Salla, 1999, p.46). O encarceramento confiscava aquilo a que todos os cidadãos livres tinham direito: a liberdade.

Percebeu-se que, para combater o crime, não adiantava apenas a repressão, mas “proporcionar condições para que os indivíduos criminosos pudessem se regenerar para o retorno à sociedade” (Salla, 1999, p.24). No entanto, até o século XIX, existiam no Brasil prisões que tinham como finalidade apenas punir o indivíduo pelo dano que ele havia feito à sociedade, sem a função ressocializadora. As Ordenações Filipinas, legislação em vigor na época em que o Brasil ainda era colônia de Portugal e Portugal era governado por Felipe I, que também era Rei da Espanha, penalizava o infrator segundo sua condição social (Salla, 1999).

Até 1787 a Cadeia Pública de São Paulo funcionava em locais que não eram próprios para tal fim. Então foi construída a Casa de Câmara e Cadeia – “um prédio de dois pavimentos no qual a parte de baixo era ocupada por enxovias (prisões) e a de cima pela Câmara” (Salla, 1999, p.37), um edifício seguro que “deu certa estabilidade à imposição do encarceramento, retirando o caráter precário e semi-nômade que a prisão teve nos primeiros séculos” (Salla, 1999, p.37).

A partir do início do século XIX, evidenciou-se o descaso com a higiene e a facilidade do acesso dos presos a bebidas alcoólicas. Apenas em 1852, na construção da Casa de Correção, é que a cadeia foi isolada da sociedade por muros (Salla, 1999).

Atualmente a Lei de Execução Penal, em seu artigo 90, determina que as penitenciárias masculinas devem ser construídas em local afastado do centro urbano, mas que não impeça a visita de familiares (www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7210.htm). Com isso podemos perceber o afastamento e a marginalização progressiva que a sociedade impõe aos que transgridem as suas leis. Como, então, reinserir na sociedade alguém que é constantemente expulso desta?

A origem da Secretaria da Administração Penitenciária do Estado de São Paulo remonta a 01/03/1892, quando foi criada a Secretaria de Justiça. Até 87 anos depois, em 1979, os locais destinados ao cumprimento das penas privativas de liberdade eram subordinados ao Departamento dos Institutos Penais do Estado (DIPE) quando, no dia 13/03/1979, esse Departamento foi transformado em Coordenadoria dos Estabelecimentos Penitenciários do Estado de São Paulo – COESP, na época composta por 15 unidades prisionais. Esta tinha como objetivos:

propiciar, por meio dos seus Estabelecimentos Penitenciários condições necessárias ao cumprimento das penas privativas de liberdade e das medidas de segurança detentivas, impostas pela Justiça Comum; colaborar tecnicamente com órgãos e entidades encarregados de acompanhar e fiscalizar o cumprimento de penas privativas de liberdade sob o regime de prisão-albergue; promover a reabilitação social e humana dos sentenciados; promover a reintegração social dos egressos e prestar assistência às famílias dos sentenciados (www.sap.sp.gov.br).

Em 1983, a COESP tinha 14 unidades prisionais em funcionamento e por volta de 10 mil presos, sendo que a Casa de Detenção de São Paulo comportava 60 por

cento desses presos. O então governador da cidade de São Paulo, Franco Montoro, juntamente com o secretário de Justiça, procuraram implementar uma política de humanização dos presídios, com diálogos entre o corpo diretivo e os sentenciados, renovação dos técnicos etc. Houve, porém, muitas manifestações contrárias e, em 1986, essa política estava desgastada. As medidas tomadas pelo governador seguinte eram referentes à expansão física do Sistema Penitenciário, com a construção de novas unidades. Em 1990, fim dessa nova gestão, a COESP era composta por 37 unidades (Salla, 2007).

Salla (2007) relata que, após o “Massacre do Carandiru”, ocorrido na Casa de Detenção de São Paulo em 1992 – no qual 111 presos morreram após invasão policial – algumas ações governamentais foram tomadas, como, por exemplo, a criação da Secretaria da Administração Penitenciária (SAP), através da Lei 8209 de 04/01/1993. Entretanto, segundo a própria SAP, sua criação se deveu à preocupação do Governo do Estado em estabelecer melhores condições de retorno à sociedade dos sentenciados que se encontravam sob seus cuidados (www.sap.sp.gov.br).

A Secretaria da Administração Penitenciária de São Paulo foi a primeira no Brasil dedicada exclusivamente à administração do setor Prisional. É um órgão que tem como missão aplicar a Lei de Execução Penal, de acordo com a sentença judicial. Dentre os objetivos da SAP está “a reabilitação do preso, através da oferta de trabalho, da profissionalização e da educação, buscando, simultaneamente, o comprometimento da sociedade com a questão penitenciária” (www.sap.sp.gov.br).

O Sistema Penitenciário do Estado de São Paulo é formado por 147 unidades, que comportam 145.096 presos (www.sap.sp.gov.br, www.mj.gov.br/depen/data,

15/12/2008). Essas unidades estão subdivididas em Penitenciárias e Penitenciárias Compactas – PC (destinadas aos indivíduos que cumprem pena privativa de liberdade no regime fechado), Presídios, Centros de Progressão Penitenciária – CPP e Alas de Progressão Penitenciária (que atendem os presos que se encontram em regime semi-aberto, sendo que a última é construída ao lado de penitenciária já existente), Centros de Detenção Provisória – CDPs – (que comportam os presos provisórios que aguardam julgamento, antes sob a responsabilidade da Secretaria de Segurança Pública), Centros de Ressocialização – CRs (unidades mistas compostas por presos condenados no regime fechado e semi-aberto, além de presos provisórios), Centros de Readaptação Penitenciária – CRPs (destinados aos presos de altíssima periculosidade e que não se adaptaram nas demais unidades) e Hospitais: Centro de Tratamento à Saúde da Mulher no Sistema Penitenciário, Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, Centro Cirúrgico da Penitenciária do Estado e Núcleo de Observação Criminológica (www.sap.sp.gov.br).

Tantas unidades prisionais não são suficientes, pois o número médio de presos aumentou em 800 indivíduos por mês no ano de 2000 (www.sap.sp.gov.br) e, em dezembro de 2002, o então Secretário da Administração Penitenciária do Estado de São Paulo, Sr. Nagashi Furukawa, afirmou que 1000 novos detentos entram no Sistema por mês (Penteado, 2002). Em comparação à porcentagem de crescimento da população de modo geral, a população carcerária do Brasil cresceu quase três vezes mais depressa num período de cinco anos (1993-1997) (Kahn, 1997). Segundo o autor, “no Estado de São Paulo a relação preso / vaga estaria em torno de 1,67” (Kahn, 1997, p.46).

2.2. Lei de Execução Penal x Psicologia:

Para tratar de um assunto tão delicado como a execução da pena, em 1984 foi promulgada/instituída a Lei 7.210 – Lei de Execução Penal (LEP) que, teoricamente, oferecia maiores possibilidades para recuperação e reinserção social dos sentenciados, pois previa a individualização da pena. Tal individualização se daria através da elaboração, por uma equipe multiprofissional, de um programa individualizador da pena. Para tal foi criada a Comissão Técnica de Classificação (CTC) que deve existir em cada estabelecimento e “será presidida pelo diretor e composta, no mínimo, por 2 (dois) chefes de serviço, 1 (um) psiquiatra, 1 (um) psicólogo e 1 (um) assistente social, quando se tratar de condenado à pena privativa de liberdade” (Lei de Execução Penal, art.7º).

Esta Comissão tinha como atribuições classificação do sentenciado segundo os seus antecedentes e personalidade, para orientar a individualização da execução penal; elaboração do programa individualizador e acompanhamento da execução das penas privativas de liberdade e restritivas de direitos, propondo, à autoridade competente, as progressões e regressões dos regimes, bem como as conversões (Lei de Execução Penal).

Contudo, em 01/12/2003, houve uma alteração a Lei de Execução Penal e, entre as mudanças, estava a suspensão da avaliação do sentenciado, que era realizada por psicólogos, assistentes sociais e psiquiatras, para a progressão de regime. Desde então o que é avaliado é o tempo de pena já transcorrido e o comportamento do sentenciado dentro da unidade prisional.

Há muitas críticas a esse critério. Uma delas vem de Thompson, que já dizia, em 1980, que:

o mundo da prisão é completamente diferente, em muitos pontos antagônicos, daquele existente extramuros (...) que treinar homens para a vida livre, submetendo-os a condições de cativo, afigura-se tão absurdo como alguém se preparar para uma corrida, ficando na cama por semanas (p.13)

e acrescenta que “adaptação à prisão implica em desadaptação à vida livre” (p.14).

Sobre a mudança da LEP, Lima e Pires (2004) questionam-se sobre quem será favorecido:

Não será certamente o cidadão comum que poderá ter em seu convívio um maior número de indivíduos que, menos que ‘reabilitados’, especializaram-se nas ‘escolas de delinquentes’. Não será também a sociedade como um todo que poderá ver os índices de criminalidade ainda mais elevados. Não será nem mesmo o sistema penal que deixará, agora legalmente, de cumprir o objetivo de ‘reeducação’ do apenado. Parece-nos que a única ‘beneficiada’ será a administração penitenciária que poderá, com essas medidas, amenizar um grande problema dos cárceres brasileiros: a superlotação.

Em contrapartida a essas opiniões, existem aqueles que se colocam a favor da medida, como o secretário da Secretaria da Administração Penitenciária do Estado de São Paulo, Nagashi Furukawa, na época da mudança da lei, que, em seu relatório de 2003 defende a eliminação de exame criminológico

para fins de progressão de regime e concessão de livramento condicional, fato que irá modificar, profundamente, a relação preso/Estado, com enormes reflexos positivos na administração penitenciária brasileira.

Lopes Junior (2003) diz:

Os laudos técnicos (ctc/coc) violam a igualdade de tratamento jurídico a que as partes têm direito, pois colocam o apenado em situação de extrema fragilidade, produzindo prova contra si mesmo. Ademais, as hipóteses não são controláveis empiricamente e tampouco refutáveis.

Com as mudanças da Lei de Execução Penal, os psicólogos do Sistema Prisional Paulista passaram a realizar Entrevistas de Inclusão e Reintegração Social.

As entrevistas de inclusão devem ser realizadas com todos os indivíduos que ingressam no Sistema Penitenciário com a finalidade de traçar o perfil da população carcerária, a fim de encaminhá-los para a Reintegração Social. A entrevista é composta por perguntas fechadas, de múltipla escolha, e perguntas abertas. As informações colhidas devem ser transcritas para um prontuário virtual (www.sap.sp.gov.br).

Sobre a reintegração social, os profissionais que atuam no Sistema Penitenciário elaboram 64 projetos de reintegração social, com o intuito de sistematizar os trabalhos desenvolvidos. Esses projetos foram divididos em cinco eixos de trabalho: Indivíduo; Família e Relações Sociais; Pena; Educação, Trabalho e Saúde; Funcionários (www.sap.sp.gov.br).

Desde 2004, o Conselho Regional de Psicologia de São Paulo vem realizando reuniões com os Psicólogos do Sistema Penitenciário para discutir sua atuação. A

partir dos relatórios dessas reuniões, datados de 2006, podemos comprovar como ocorrem, na prática, as entrevistas de inclusão e a reintegração social.

As Entrevistas de Inclusão são alvo de críticas pelos psicólogos, tanto em relação às questões inconsistentes quanto à falta de acesso às informações gerais, ou seja, às estatísticas da própria unidade em que atuam. Além disso, os Psicólogos desconhecem o objetivo de tal atividade e procuram romper com a característica “mecânica” e “restrita” dessas entrevistas (www.crpsp.org.br/a_comis/prisional/gt_prisional.htm).

No que tange à Reinserção Social, os profissionais apontam falta de condições para a realização dos projetos elaborados, tanto em relação aos materiais e salas para grupos quanto em relação à dinâmica institucional, que não incentiva as ações de reintegração, além de não haver acompanhamento adequado nem indicadores de avaliação por parte da SAP (www.crpsp.org.br/a_comis/prisional/gt_prisional.htm).

Sobre o exame criminológico para fins de progressão de regime, existe relatos de que o Poder Judiciário tem determinado a elaboração desses exames aos psicólogos, que vêm realizando tal atividade numa realidade em que as equipes estão desmanteladas e sem a avaliação conjunta de outros profissionais (CTC), como Diretores de Área, conforme determina a LEP (www.crpsp.org.br/a_comis/prisional/gt_prisional.htm).

Com essa realidade faz-se necessária a urgente sistematização dos trabalhos desenvolvidos e a comprovação da eficácia ou não das propostas apresentadas.

3 - Reabilitação

Segundo o dicionário Aurélio, reabilitar significa:

1.Restituir ao estado anterior, aos primeiros direitos, prerrogativas, etc (...) **2.** Restituir à estima pública ou à particular; regenerar (...) **3.** Restituir à normalidade do convívio social ou de atividades profissionais (pessoas incapacitadas física ou psicologicamente, ou pessoas delinqüentes); recuperar.... (p.1455).

Entende-se, com isso, que quando se fala em reabilitar um indivíduo que cometeu um ato anti-social, espera-se recuperá-lo, *restituir ao estado anterior*, ou seja, que ele não cometa mais atos anti-sociais. Não obstante, no Direito Penal, segundo Menezes (2002)¹, a reabilitação pode ser entendida como uma consequência da progressão de pena, pois, segundo essa visão, após dois anos do término do cumprimento da pena pode-se pedir a reabilitação, isto é, o encobrimento dos antecedentes criminais, que ficariam disponíveis apenas para um juiz, no caso de o indivíduo ser acusado de um novo crime.

O intuito desta pesquisa é trabalhar com a idéia de reabilitação definida pelo dicionário Aurélio.

1 - Menezes, MA. (Núcleo de Estudos e Pesquisas em Psiquiatria Forense e Psicologia Jurídica) *Reabilitação criminal*, 2002.

Em São Paulo, a Penitenciária do Estado (PE), inaugurada no ano de 1920, foi considerada, em seus primeiros anos de funcionamento, um presídio modelo para reabilitação do condenado, pelo menos aparentemente, pois poucas informações do que ocorria no interior do estabelecimento eram divulgadas. Nessa época serviu de exemplo para outras instituições, pois pregava “prisão como um local de cura, onde o preso é tido como um doente cujos ‘males’ devem ser diagnosticados e a partir dos quais se formula e se desenvolve um tratamento ‘científico’, individualizado” (Salla, 1999, p.185). Na década de 1930, quando o diretor geral da PE foi substituído, passou-se a ter acesso aos prontuários dos presos e descobriu-se que a penitenciária

apresentava todos os vícios e violências presentes em qualquer prisão do país ou do exterior. E que ao lado do discurso polido e laudatório das virtudes regeneradoras da PE se conformavam práticas num sentido bem diferente. (...) um cotidiano prisional cheio de transgressões às normas por parte do presos como também pela constante elaboração da figura do criminoso como um louco e a conseqüente manipulação de sua vida prisional (Salla, 1999 p.202).

O levantamento de trabalhos publicados sobre o tema foi feito na base de dados *National Library of Medicine* (PubMed) e na *National Criminal Justice Reference Service Abstracts* (NCJR). Os termos usados para a pesquisa foram: *inmate, offenders, prisoners, criminal, cognitive, CBT, psychotherapy, rehabilitation, effectiveness, recidivism, reoffended*. Os artigos analisados foram publicados entre 2005 e 2008 e estavam disponíveis na íntegra. Excluíram-se artigos que tratavam de uso de drogas, HIV, adolescentes, doença mental, genoma, transplante, violência física, violência doméstica e violência sexual.

Wilson et al. (2005) fizeram uma meta-análise que verificou 20 estudos realizados na América do Norte, Grã-Bretanha, Oeste Europeu ou Austrália, publicados em inglês, entre 1979 e 1999. Foram selecionados estudos sobre intervenções de terapia cognitiva em grupo em criminosos, com o intuito de reduzir a reincidência criminal, e que comparassem grupo de intervenção com o grupo controle para verificar se houve ou não reincidência, através de um acompanhamento dos participantes das pesquisas. Esta meta-análise confirmou que as técnicas cognitivas comportamentais são eficazes na redução de comportamentos criminais. Compararam-se três tipos de intervenção: MRT – *Moral Reconnection Therapy*, com o intuito de trabalhar déficits morais, sociais e comportamentais; R&R – *Reasoning and Rehabilitation* (raciocínio e reabilitação), que enfoca o auto- controle, soluções de problemas interpessoais e valores; e outros programas cognitivos, que focavam na reestruturação cognitiva. A conclusão do estudo é que, apesar de todas essas intervenções apresentarem resultados positivos, a R&R é a intervenção menos eficaz, e a mais eficaz é a MRT. Os programas avaliados tinham em comum encorajar os criminosos a estarem mais atentos aos seus pensamentos, que iniciam e sustentam as escolhas. Outro ponto interessante é que os autores apontam os efeitos de outras intervenções correcionais, como educação e trabalho para diminuição da reincidência, mas reforçam que as pesquisas realizadas para essas variáveis não são muito confiáveis e acrescentam que os programas comportamentais são mais eficazes que esse tipo de intervenção. A pesquisa não conseguiu detectar os elementos específicos dos programas que produzem os efeitos positivos na diminuição da reincidência. Um ponto questionado é a eficácia desses programas quando aplicados

pelos funcionários das unidades prisionais, em vez dos pesquisadores. Outro aspecto importante que deve ser considerado é que o levantamento das pesquisas é antigo – até 1999.

Em pesquisa (Polaschek et al., 2005) realizada em uma Unidade Prisional na Nova Zelândia, utilizando a terapia cognitiva, participaram criminosos de alto risco (segundo a classificação de uma escala chamada *Risk of Reconviction*) que tinham uma história prévia de comportamento violento. Foram formados grupos fechados de 10 integrantes cada, todos voluntários, do sexo masculino. Os integrantes da pesquisa eram acompanhados por um psicólogo e um funcionário do departamento de reabilitação. Foram submetidos a uma avaliação inicial para que fossem levantados dados de sua história pessoal, social, familiar; dados de história criminal; motivações que tinham para mudar de atitude; disposição para trabalho em grupo e quais os pontos principais que os pesquisadores deveriam focar para a reinserção social. Essa avaliação foi realizada através de entrevistas individuais, testes psicológicos e escalas auto-aplicáveis. Os grupos foram realizados por 28 semanas, com três horas semanais de intervenção, totalizando 330 horas. Era também oferecido um acompanhamento psicológico individual para alguns sujeitos com necessidades específicas na reintegração social. Todos os integrantes também se beneficiavam de orientação familiar. As atividades desenvolvidas nos grupos eram: identificar e apresentar um ciclo de violência; reestruturação dos pensamentos que mantêm a ação violenta; mudança de afeto; estratégias cognitivas de como lidar com a raiva, frustração e tristeza; empatia com a vítima; raciocínio moral usando uma atividade estruturada de dilemas morais; resolução de problemas através de várias técnicas

cognitivas; habilidades de comunicação e relacionamento; e plano de prevenção de recaída.

Esse grupo foi comparado a sujeitos com as mesmas características selecionados de uma base de dados sobre agressores violentos. Cada grupo era formado por 60 sujeitos, ou seja, 60 sujeitos que concluíram o programa e 60 selecionados da base de dados. Os critérios de reincidência foram: condenados por crimes violentos, condenados por crimes não violentos e presos novamente. Após dois anos de intervenção não foram encontradas diferenças significativas entre os dois grupos em relação a crimes não violentos e aqueles que foram presos novamente. A diferença significativa apareceu na comparação da reincidência por crimes violentos, sendo que os sujeitos que participaram do programa tiveram uma porcentagem menor de reincidência e maior tempo até reincidirem. Uma curiosidade apresentada pelos pesquisadores é que a reincidência em crimes não violentos dos criminosos que estavam no programa ocorreu mais rápido do que entre aqueles que estavam no grupo de comparação (Polaschek et al., 2005).

Existem argumentos que contestam a efetividade de programas de reabilitação, como aqueles que afirmam que nos programas apresentados frequentemente comparam-se as taxas de reincidência entre indivíduos que participaram do programa com as taxas de reincidência entre indivíduos que não participaram do programa. No entanto, justifica-se que a razão de essas taxas serem muito semelhantes não seja necessariamente uma indicação de insucesso do programa avaliado, e sim o resultado do aumento da utilização de modelos semelhantes com a população carcerária de um

modo geral. Argumenta-se que a adoção de práticas cognitivo-comportamentais em todos os níveis da prática correcional e não apenas em programas de reabilitação expôs toda a população carcerária às mesmas metodologias. Desta forma, o indivíduo que está no sistema prisional e foi submetido a alguma intervenção correcional já foi razoavelmente exposto aos métodos cognitivo-comportamentais (Wilson, 2005).

O princípio de risco define que a necessidade de acompanhamento e tratamento de um criminoso deve ser proporcional ao nível de seu risco, ou seja, à sua probabilidade de reincidência (Lowenkamp et al., 2006). A pesquisa realizada por estes autores tinha como objetivo verificar se os programas que aderem ao princípio de risco, fornecendo mais suporte aos criminosos de alto risco, são mais efetivos, ou se os programas mais longos para esse mesmo tipo de população são mais eficazes. Para tanto, utilizaram-se dois estudos de meta-análise, comparando 97 programas. O fator de risco foi definido por dois tipos de escala (uma em cada estudo) que pesquisavam, de modo simples, a história delinqüencial dos sujeitos e possíveis fatores desencadeantes do ato anti-social. Tendo como definição de risco a alta probabilidade de reincidência, concluiu-se que os programas mais intensivos devem ser reservados a criminosos mais perigosos. Quando os criminosos de baixo risco são colocados em programas de reabilitação, a probabilidade de reincidência aumenta. As hipóteses que os autores levantam é que os criminosos de baixo risco, ao terem contato com os criminosos de alto risco, aprendem comportamentos anti-sociais e que esses criminosos de baixo risco, ao serem inseridos nos programas, perdem algumas referências sociais que são importantes para diminuir a reincidência. A pesquisa conclui também que só a terapia cognitiva comportamental, utilizada em

alguns programas, não é suficiente. Os criminosos de alto risco devem ter serviços de apoio e programas mais longos. Os autores, porém, não especificam quais serviços são esses nem qual o prazo mínimo para um programa ser efetivo.

Gottfredson e Moriarty (2006) fazem uma discussão sobre a avaliação de risco, investigando se a metodologia usada nessas avaliações pode comprometer a exatidão delas. Analisam também a definição de taxas, os métodos de combinação de variáveis, a natureza das variáveis escolhidas, a replicabilidade e a generalização das informações. Para tanto, os autores se concentram na acuidade da predição (que envolve a confiabilidade das informações dos métodos usados para combinar as informações, o critério escolhido para definição de variáveis, o tipo de mensuração), nas taxas (frequência relativa da ocorrência desse evento) e examinam as variáveis estáticas (que são aquelas que não mudam ou mudam em apenas uma direção) e dinâmicas (relações/conflitos interpessoais, uso de drogas etc.). A conclusão a que chegam é que, quando a avaliação de risco é feita corretamente, ela pode ajudar na tomada de decisão judicial, usando corretamente os recursos disponíveis e proporcionando maior segurança pública.

A classificação de risco de um sentenciado deveria ser determinada por avaliação de risco e necessidades, com um instrumento validado e normatizado para a população investigada (Lowenkamp et al., 2007). A reabilitação deveria focar em áreas identificadas pelas necessidades criminogênicas, ou seja, o que levou o indivíduo a praticar o delito. Os autores afirmam que pesquisas (Andrews et al.²,

2 -Andrews DA, et al. Does correctional treatment work? A clinically relevant and psychologically informed meta-analysis. *Criminology*, 28(3):369-404, 1990.

1998; Andrews e Dowden, 1999³; Dowden e Andrews, 1999a⁴; Dowden e Andrews, 1999b⁵; Lipsey e Wilson, 1998⁶; e Lowenkamp e Latessa, 2005⁷) referem que um tratamento para criminosos de baixo risco aumenta as taxas de reincidência. Em seu artigo, Lowenkamp et al. fazem uma meta-análise sobre as pesquisas que envolvem o princípio de risco para o tratamento de prisioneiros. Adotam como critério de inclusão estudos semi-experimentais, com tratamento definido e comparação de grupos. Além disso, era necessário que houvesse um seguimento dos casos para se verificar a ocorrência ou não de reincidência e o estabelecimento do nível de risco da população estudada. Como resultado do trabalho, não se chegou a uma definição do que deve ser implantado com criminosos de baixo risco, mas chegou-se à conclusão de que os programas que misturam criminosos de vários níveis de risco aumentam a possibilidade de reincidência. Como orientação, os autores recomendam que os programas de reabilitação identifiquem o nível de risco de sua população e evitem misturar níveis diferentes em um mesmo grupo. Uma crítica a essa pesquisa é o número reduzido de sujeitos.

O modelo de risco-necessidade-responsividade foi originalmente formulado

3- Andrews, DA, Dowden C A meta-analytic investigation into effective correctional intervention for female offenders. *Forum on Corrections Research*, 11(3):18-21, 1999.

4- Dowden, C, Andrews DA What works for female offenders: A meta-analytic review. *Crime and Delinquency*, 45(4):438-452, 1999a.

5- Dowden, C, Andrews DA What works in young offender treatment: A meta-analysis. *Forum on Corrections Research*, 11(2):21-24, 1999b.

6- Lipsey, MW, Wilson DB Effective intervention for serious juvenile offenders: A synthesis of research. In *Serious and violent juvenile offenders: Risk factors and successful interventions*, eds. Loeber R, Farrington D, 313-345. Thousand Oaks, Calif.: SAGE Publications, 1998.

7 - Lowenkamp, CT, Latessa EJ Increasing the effectiveness of correctional programming through the risk principle: Identifying offenders for residential placement. *Criminology & Public Policy*, 4(2):263-290, 2005.

em 1990 por Andrews et al.⁸ e atualmente é o modelo mais usado no tratamento de criminosos. O princípio de risco mede o risco de um criminoso reincidir e é aferido por escalas/questionários baseados em experiências dos profissionais que atuam junto aos criminosos, assim como em trabalhos teóricos sobre as causas da reincidência. O princípio da necessidade lida com o que pode ter causado o ato anti-social e o princípio da responsividade verifica quais são as características do criminoso que facilitam o aprendizado em um processo de reabilitação. Em suma, o princípio de risco aborda *quem* deve ser tratado, o princípio da necessidade aborda *o que* se deve tratar e o princípio da responsividade ajuda a determinar *como* o tratamento deve ser feito. Conclui-se que o modelo risco-necessidade-responsividade enfoca duas necessidades: prevenção e tratamento (Bonta e Andrews, 2007).

Em pesquisa realizada na Noruega, avaliaram-se as atitudes e conceitos de três grupos (prisoneiros de quatro unidades prisionais, funcionários dessas unidades e estudantes de economia, história e enfermagem de duas faculdades diferentes) em relação aos prisioneiros através da *Attitudes Towards Prisoners* (ATP) e um questionário com questões gerais sobre prisioneiros, crime e punição, desenvolvido pelos próprios pesquisadores. Como resultado, encontraram-se diferenças significativas entre os grupos. As atitudes em relação aos presos foram mais positivas entre a população encarcerada. A mais negativa foi encontrada entre os agentes penitenciários, principalmente quando comparados com os demais funcionários. Os funcionários das unidades femininas apresentaram atitudes mais positivas do que

8 -Andrews, DA et al. Classification for effective rehabilitation: Rediscovering psychology. *Criminal Justice and Behavior*, 17, 19-52, 1990.

aqueles que trabalhavam em unidades masculinas. Entre os estudantes houve diferença significativa, com os estudantes de enfermagem apresentando atitude mais positiva do os estudantes de economia. Finalmente foi encontrada uma forte correlação entre percepção negativa em relação aos prisioneiros e respostas mais pessimistas em relação a prisioneiros, crimes e punição (Kjelsberg, et al., 2007)

Raynor e Miles (2007) descrevem o sistema de reabilitação de criminosos usado na Ilha de Jersey e discutem por que os resultados encontrados nesta ilha são diferentes dos encontrados na Inglaterra e no País de Gales. Jersey tem uma equipe de profissionais atualizada com o que é desenvolvido internacionalmente na área e particularmente com “o que funciona” – “*what works*” – na reabilitação de agressores. Os esforços foram concentrados nos criminosos de médio e alto risco, com intervenções cognitivo-comportamentais. Para se medir o risco dos criminosos foi usada uma escala de avaliação de risco chamada LSI-R, que abarca aspectos da história criminal, educação, emprego, família, moradia, lazer, amigos e drogas do indivíduo. Os autores apontam que o programa desenvolvido em Jersey, usando o modelo risco/necessidade, é capaz de prever a possibilidade de reincidência e quem realmente pode se beneficiar do programa de reintegração social. A vantagem da Ilha de Jersey em comparação com Inglaterra e País de Gales está no tamanho reduzido do serviço, que facilita a comunicação entre os funcionários. Os autores, porém, afirmam que o sucesso do trabalho lá desenvolvido não é em função disso, mas sim das atividades desenvolvidas.

A distorção do pensamento em criminosos foi estudada no Departamento de Justiça Criminal do Texas. Acredita-se que esses pensamentos distorcidos perpetuam as ações criminais. Foram encontradas três características nas distorções desses pensamentos. Controle, que são pensamentos que refletem desejo de poder em vários aspectos da vida; cognição imatura, que são padrões de pensamento que sugerem imaturidade e percepção apenas de detalhes e não da situação como um todo; e egocentrismo, que é evitar responsabilidades, atribuindo ações dos outros a si próprio. Com essas três características o plano de tratamento torna-se mais simples. O interessante dessa pesquisa é que as três características incluem pensamentos distorcidos que não são exclusivos de criminosos. A limitação do estudo está no número de participantes que, apesar de ser expressivo (435), foi baixo para análise estatística. Além disso, os participantes se inscreveram e isso pode ter causado um desvio na amostra (Mandracchia et al., 2007).

Sharon et al. (2007) apresentaram um estudo para validação de uma escala (CVTRQ – *Corrections Victoria Treatment Readiness Questionnaire*) que ajuda na orientação do tratamento para agressores em um programa de habilidades cognitivas. Foram selecionados 177 criminosos do sexo masculino, do estado de Vitória, na Austrália, que estavam classificados como risco médio ou alto. Os autores não especificaram como fizeram essa avaliação de risco. Uma série de instrumentos foi utilizada para verificar a validade da escala. A CVTRQ é composta de 20 itens, de aplicação rápida e fácil pelos próprios funcionários da unidade prisional. Não requer treinamento específico. Ela fornece um escore total que pode ser usado para tomada de decisões sobre a adequação do programa de reabilitação. Os autores ressaltam que

a decisão final do programa deve também levar em conta riscos e necessidades dos indivíduos encarcerados. Os escores da CVTRQ estão correlacionados positivamente com o engajamento terapêutico dos sentenciados.

Como se pôde observar pelas pesquisas apresentadas, muitas falam da necessidade de avaliar o risco antes da intervenção; entretanto algumas não especificam como fazer isso. Outro ponto desse levantamento está no fato de cada estudo usar uma forma diferente de se avaliar risco – escalas, questionários – não sendo possível dizer se os criminosos chamados de alto risco formam um grupo homogêneo.

4 - ABORDAGEM COGNITIVO – COMPORTAMENTAL

4.1. Terapia Comportamental

Terapia Comportamental é “a aplicação do conjunto dos conhecimentos psicológicos, adquiridos segundo os princípios da metodologia científica, à compreensão e solução de problemas clínicos” (Bouchard et al., 1977). Tem o intuito de que seus resultados se baseiem em evidências.

Seus principais fundamentos teóricos são as teorias da aprendizagem: o condicionamento respondente, o comportamento operante, a aprendizagem social e terapêuticas advindas de abordagens clínicas (para as quais posteriormente se procurou justificativa teórica).

4.1.1. O condicionamento respondente:

Estudando a fisiologia do sistema digestivo, Pavlov notou que os animais salivavam quando encontravam alguns objetos/pessoas do laboratório. Observou que isto não era casual e descreveu o reflexo condicionado, cujo âmbito de ação é extremamente variado, envolvendo músculos lisos e estriados, assim como glândulas. Um ponto que deve ser observado no reflexo condicionado é que, após o condicionamento ser estabelecido, se o estímulo condicionado for apresentado sozinho, várias vezes, ele perde a eficácia.

A partir do reflexo condicionado, médicos clínicos começaram a utilizar esses conceitos teóricos em seus pacientes, tentando controlar, por exemplo, a emissão de urina em pacientes com bexigas neurogênicas e a restauração do controle sobre o evacuar, no tratamento da obstipação intestinal.

Guthrie (1935) criou o termo “resposta condicionada”, baseado na noção de que estímulos que ocorrem ao mesmo tempo em que a resposta tendem, quando repetidos, a eliciá-la novamente. Para se quebrar um hábito, outro deve ser conectado ao estímulo, constituindo o “contracondicionamento”, que pode ser usado na clínica de duas maneiras: ao se introduzir o estímulo gradualmente, de modo a não eliciar a resposta, aumentando sua intensidade quando a nova resposta estiver presente e instalada, ou apresentando o estímulo com intensidade total, impedindo a resposta antiga de ocorrer.

A forma mais conhecida da técnica citada acima é o tratamento de fobias através da dessensibilização sistemática, desenvolvida por Wolpe (1976): constrói-se uma hierarquia de situações fóbicas, o primeiro passo eliciando pouca ansiedade, o último desencadeando o medo de intensidade maior. Ensina-se ao paciente uma resposta incompatível com a ansiedade, em geral uma técnica de relaxamento. Esta é pareada imaginando-se cada passo, iniciando-se com o menos intenso e avançando-se na hierarquia, quando nenhuma ansiedade acontecer. Gradualmente, chega-se à situação de maior medo, que é assim substituída pelo relaxamento.

Outro exemplo, mas já do segundo tipo de apresentação do estímulo, é a “prevenção de resposta” no tratamento das compulsões de limpeza. O estímulo

desencadeante do ritual de limpeza é apresentado e o paciente é impedido de realizá-lo, até que não sinta mais ansiedade. Ao mesmo tempo, o terapeuta, agindo como modelo, mostra uma resposta normal, por exemplo, como a mão deve ser lavada ou como proceder durante o banho.

4.1.2. Condicionamento operante:

O comportamento operante, estudado por B.F. Skinner, é aquele que age/opera no ambiente para causar conseqüências, que por sua vez retroagem no comportamento alterando a possibilidade (aumentando ou diminuindo) de uma nova ocorrência. Se a presença de determinada conseqüência aumenta a freqüência de um comportamento, ela é denominada reforço positivo. Se for a sua retirada que aumenta a freqüência, é chamada de reforço negativo. O reforço pode ser primário, se necessário à sobrevivência do organismo, e secundário, se adquiriu tal propriedade por associação ao primário. Os reforços secundários são os mais importantes no aprendizado e entre eles destacam-se o reforço social (elogio, afeto, contato físico) e o dinheiro.

Essa teoria tem imensa aplicação no tratamento de problemas humanos, permitindo identificar a gênese de problemas neuróticos e de outras dificuldades humanas e entender as adversidades enfrentadas pelo paciente e pelo terapeuta na sua modificação.

A Terapia Comportamental no passado ficou conhecida pelas tentativas de uso de métodos aversivos. Estes foram abandonados por serem ineficazes e por sua

questionabilidade ética. Apenas uma técnica aversiva continua a ser utilizada, a “sensibilização encoberta”. É útil para melhorar o autocontrole de pacientes com parafilias. Consiste primeiramente em identificar os sinais iniciais ou estímulos da excitação sexual (uma criança com certas características, ou uma situação propícia) para indivíduos com pedofilia ou exibicionismo, por exemplo. A seguir, treiná-lo a imaginar uma cena aversiva (sentir náusea e vomitar, depondo sobre seu ato na delegacia, sua família descobrindo sobre seu comportamento). Essa fantasia é usada sempre que estímulos iniciais são identificados, bloqueando a excitação e impedindo a grave seqüência de comportamentos indesejáveis. Isso controla o aspecto emergente do problema, permitindo a abordagem de outras dificuldades através da psicoterapia.

4.1.3. A aprendizagem social:

Bandura (1979) mostra que boa parte do comportamento humano é adquirida por observação e imitação e que o aprendizado pela observação do comportamento do outro ocorre mais rápido do que o aprendizado sem a imitação. Isto, associado a reforços inadequados em família, pode originar distúrbios importantes, como desvios sexuais ou delinquência, por exemplo.

Alguns comportamentos delinquentes podem ser explicados através desse modelo: a recompensa material obtida e a importância adquirida no grupo (gângues, por exemplo).

4.1.4. Terapêuticas advindas de abordagens clínicas:

A prática clínica suscitou muitos estudos para o tratamento de pacientes. (Marks, 1987). Como exemplo, a identificação da “Exposição” na técnica de dessensibilização sistemática como o elemento essencial no tratamento de fobias e ansiedade. Para usar esta técnica deve-se ter um objetivo terapêutico claro, permanecer na situação de desconforto por tempo prolongado até o mal-estar diminuir e repetir o exercício sistematicamente. Outro exemplo é o Treino de Habilidades Sociais em pacientes com esquizofrenia e outros transtornos psiquiátricos graves, que melhoram muito a qualidade de vida.

4.2. Terapias Cognitivas

Diversos terapeutas e pesquisadores contribuíram para formar este corpo de terapias. Ao longo do tempo elas têm se modificado bastante, seguindo os mesmos princípios da terapia comportamental, através do diálogo com a clínica e com as neurociências, sem medo de mudar e com respeito ao que as evidências científicas apontam como o melhor caminho.

Seligman (1977) desenvolveu um modelo experimental para a depressão que denominou “Desamparo Aprendido”. Inicialmente trabalhou com animais e depois, ao usá-lo em humanos, introduziu no modelo o elemento cognitivo. Mostrou como o pensamento da pessoa com depressão é radicalmente negativo e voltado para si próprio.

Meichenbaum (1977) estudou e atuou clinicamente através dos auto-comandos, ou instruções que as pessoas enviam a si próprias. Auto-instruções escolhidas podem aumentar a probabilidade de que o desempenho produza reforços positivos e reduza a esquiva.

Albert Ellis (1962) desenvolveu, a partir de suas observações clínicas, a Terapia Racional Emotiva, uma busca de mudança de idéias irracionais que contribuem para comportamentos disfuncionais e neuróticos. Influencia muito a prática da terapia cognitiva idealizada por Beck.

Guidano e Liotti (1983) modificaram o modo como a Terapia Cognitiva é feita, mostrando a importância de trabalhar com os esquemas cognitivos. Abriram a porta para as Terapias Construtivistas (Mahoney, 1991).

Muitos terapeutas cognitivos trabalham também com princípios da Terapia Comportamental, e denominam seu modo de trabalhar comportamental cognitivo (Range, 2001; Knapp, 2004).

4.2.1. A Terapia Cognitiva segundo Beck

A terapia comportamental-cognitiva (TCC) deriva de uma diversa gama de atividades científicas e formas de atuação clínica (Carvalho, 2001). Sua forma mais conhecida teve início na década de 1960, sendo desenvolvida por Aaron T. Beck, nos Estados Unidos (Universidade da Pensilvânia). No início era “uma psicoterapia breve, estruturada, orientada ao presente, para depressão, direcionada a resolver problemas atuais e a modificar os pensamentos e os comportamentos disfuncionais

(Beck, 1964)” (Beck, 1997, p.17). Com o passar do tempo, ocorreram mudanças realizadas pelo próprio Beck e alguns colaboradores, adaptando a abordagem para outros transtornos psiquiátricos e outras populações. Essas transformações ocorreram no foco e na duração, sem mudar os pressupostos teóricos. (Beck, 1997).

Atualmente estudos mostram que essa abordagem abrange amplos aspectos dos problemas humanos e patologias psiquiátricas, como o tratamento da dor crônica, hipertensão arterial, cefaléias, fobias, transtorno de pânico, reabilitação neuropsicológica entre outras (Pimenta, 2001; Cade, 2001; Fernandes, 2001; Falcone, 2001, Ito, 2001, Alvares, Ávila & Carvalho; Gouveia, Bolognani, Brucki, Fabrício & Bueno, 2001).

Segundo Beck (1997), a terapia cognitivo-comportamental é baseada em dez princípios. São eles:

Princípio Nº 1: A terapia cognitiva se baseia em uma formulação em contínuo desenvolvimento do paciente e de seus problemas em termos cognitivos;

Princípio Nº 2: A terapia cognitiva requer uma aliança terapêutica segura;

Princípio Nº 3: A terapia cognitiva enfatiza colaboração e participação ativa;

Princípio Nº 4: A terapia cognitiva é orientada com objetivo e focalizada em problemas;

Princípio Nº 5: A terapia cognitiva inicialmente enfatiza o presente;

Princípio N° 6: A terapia cognitiva é educativa, visa a ensinar o paciente a ser seu próprio terapeuta e enfatiza prevenção de recaída;

Princípio N° 7: A terapia cognitiva visa a ter um tempo limitado;

Princípio N° 8: As sessões de terapia cognitiva são estruturadas;

Princípio N° 9: A terapia cognitiva ensina os pacientes a identificar, avaliar e responder a seus pensamentos e crenças disfuncionais;

Princípio N° 10: A terapia cognitiva utiliza uma variedade de técnicas para mudar pensamentos, humor e comportamento.

Segundo essa teoria, o que determina o sentimento e o comportamento é o modo como se interpreta e pensa uma determinada situação, ou seja, os comportamentos do indivíduo são determinados pelo modo como ele estrutura o mundo, suas cognições (Beck, 1964; Ellis, 1962, apud Beck, 1993). Desse modo, o objetivo do terapeuta cognitivo-comportamental é produzir mudanças cognitivas, ou seja, mudanças no pensamento e nas crenças do paciente com o intuito de que ocorra mudança emocional e comportamental duradoura (Beck, 1997).

4.2.2. Definições de termos da TCC:

Cognição é o conteúdo do pensamento e os processos envolvidos no ato de pensar. Representa a síntese de estímulos internos e externos e evidencia o modo como a pessoa avalia uma situação. Reflete a visão da pessoa sobre si mesma, seu

mundo, seu passado e seu futuro; as alterações no seu conteúdo afetam seu estado afetivo e o padrão comportamental.

Pensamentos automáticos são pensamentos breves e involuntários que surgem de modo inesperado. São mensagens específicas, discretas, que parecem taquigrafadas, composta por palavras curtas e essenciais. Muitas vezes a pessoa não consegue perceber esses pensamentos, tendo apenas conhecimento da emoção que se segue. Pode-se “aprender, no entanto, a identificar (...) pensamentos automáticos prestando atenção às suas mudanças de afeto” (Beck, 1993, p.30). Quando identificados os pensamentos automáticos, deve-se avaliar a validade destes e, se estiverem descompassados com a realidade (pensamentos automáticos negativos ou disfuncionais), tenta-se corrigi-los. Se o indivíduo for bem sucedido, pode ocorrer mudança de humor. Colocando em termos cognitivos, como Beck, “quando pensamentos disfuncionais são sujeitos à reflexão racional, nossas emoções em geral mudam” (Beck, 1993, p.30).

O conteúdo dos pensamentos automáticos disfuncionais normalmente é distorcido, catastrófico, negativo e auto-referente. Portanto são pensamentos inúteis, pois não ajudam a pessoa a superar suas dificuldades e problemas.

Outro conceito da TCC refere-se às crenças, que são pensamentos “tão fundamentais e profundos que as pessoas freqüentemente não os articulam, sequer para si mesmas, (...) são consideradas (...) como verdades absolutas” (Beck, 1993, p.30). A diferença entre os pensamentos automáticos e as crenças centrais consiste em que a última ocorre em um nível mais profundo, é rígida e supergeneralizada. Já

os pensamentos automáticos são específicos a determinadas situações e fazem parte do nível mais superficial da cognição. Entre esses dois níveis (pensamentos automáticos e crenças centrais) estão as crenças intermediárias, que são atitudes, regras e suposições que interferem no modo como a pessoa enxerga determinada situação e, portanto, em seus sentimentos e comportamentos (Beck, 1993, p.31).

As crenças são formadas através da interação com o mundo e com outras pessoas, ou seja, através da educação que se recebe, dos modelos que se aprendem (Beck, 1997).

Descrevendo o modelo cognitivo, temos o seguinte: as crenças centrais influenciam as crenças intermediárias, que por sua vez influenciam os pensamentos automáticos, que também recebem influência de determinada situação vivida. Esses pensamentos automáticos afetam a emoção, o comportamento e respostas fisiológicas. Quando o indivíduo é capaz de alterar o pensamento automático, conseqüentemente, a emoção, o comportamento e as respostas fisiológicas se alteram. Ao se lidar com pensamentos automáticos disfuncionais pode-se também acessar as crenças.

Uma imagem interessante para se entender a hierarquia desses conceitos do modelo cognitivo é a imagem de uma árvore com uma grande copa. Quando a olhamos de longe vemos apenas as folhagens. Isso representa a emoção, o comportamento e as respostas fisiológicas. É o que é aparente. Chegando mais perto conseguimos visualizar o tronco com todas as suas ranhuras e marcas. O tronco representa os pensamentos automáticos, que estão no nível mais básico da cognição;

portanto, só temos acesso a eles quando nos aproximamos. Logo abaixo do troco estão as raízes. Elas são as crenças. Estão presentes, mas não aparentes. As mais superficiais são as intermediárias e as mais profundas as centrais. Para vermos as raízes da árvore precisamos cavoucar a terra. Do mesmo modo, para acessar as crenças é necessário ir além da superficialidade, daquilo que se mostra em um primeiro momento. Sem as raízes a árvore não vive, como não existe uma pessoa que não tenha crenças.

Quadro 1: Modelo cognitivo

Quando o indivíduo é capaz de modificar o pensamento automático, conseqüentemente, a emoção, o comportamento e as respostas fisiológicas se alteram. Ao lidar com pensamentos automáticos disfuncionais pode-se também acessar as crenças. Assim, o objetivo do trabalho terapêutico é acessar e modificar aquilo que está presente, mas não é aparente, ou seja, as crenças.

4.2.3. O processo terapêutico:

O referencial teórico da Terapia cognitivo-comportamental permite que se utilizem várias técnicas, tanto individuais como em grupo, com o intuito de se trabalhar habilidades de relacionamento, estilo de vida, ajustamento social, redução do estresse, resolução de problemas, entre outras coisas, permitindo mais controle sobre a situação. Essa abordagem enfatiza a psicoeducação (Cade, 2001).

Através da TCC, o paciente pode identificar as distorções cognitivas, corrigi-las e, conseqüentemente, apresentar melhora clínica, ou seja, com a terapia cognitivo-comportamental o paciente re-avalia e corrige seus pensamentos. É ajudado a pensar e a agir de modo mais realista e adaptado sobre seus problemas psicológicos, reduzindo seus sintomas.

Um dos pontos essenciais de uma abordagem terapêutica, não apenas da cognitivo-comportamental, refere-se à empatia, isto é, o terapeuta deve olhar o mundo do paciente com os olhos do paciente. Isso ocorre quando se entende a história e as crenças da outra pessoa (Beck, 1993, p.33). É necessário ter um interesse genuíno por aquele paciente específico.

No início do processo terapêutico deve-se explicar o modelo cognitivo, o que são pensamentos automáticos e como identificá-los. Ao avaliar se os pensamentos automáticos são funcionais (condizentes com a situação) ou disfuncionais (com conteúdo distorcido), podem-se modificar os últimos, o que leva a um alívio dos sintomas. Ao se aliviar os sintomas o foco principal do tratamento passa a ser as

crenças (intermediárias e centrais), principalmente aquelas que são disfuncionais. É importante ressaltar que “a modificação profunda de crenças mais fundamentais torna os pacientes menos propensos a apresentar recaída no futuro” (Beck, 1993, p.32).

Para se acessar as crenças é necessário realizar uma boa entrevista no início do processo terapêutico, a fim de configurar, do modo mais claro possível, quais são as experiências relevantes na vida do paciente, como foi a interação com o mundo e outras pessoas. Enfim, a entrevista serve para se reconstruir a história do paciente em termos cognitivos, ou seja, conceitualizar as dificuldades em termos cognitivos, levando-se em conta alguns aspectos como os descritos por Beck et al. (1993): dados relevantes da infância; problemas da vida atual; crenças centrais; crenças e regras condicionais; estratégias compensatórias; situações vulneráveis; pensamentos automáticos; emoções; comportamentos e integração de todos os outros itens. O terapeuta “monta uma história” sobre o paciente baseado em todas as informações levantadas.

No primeiro contato com o paciente inicia-se a conceitualização, que é revisada e refinada em todos os contatos. Levantam-se hipóteses baseadas nas informações que o paciente apresenta e estas são confirmadas, modificadas ou descartadas ao longo da terapia. Em determinados momentos o terapeuta pode verificar diretamente suas hipóteses com o paciente (Beck, 1997).

Diante de uma situação difícil deve-se deixar claro ao paciente que problemas não são situações impossíveis, mas sim soluções inapropriadas para aquela situação, e que o modo como uma determinada pessoa se sente diante de uma situação está

relacionada a como ela interpreta a situação e não à situação em si. O fato não pode ser mudado; o que podemos mudar são nossos sentimentos e comportamentos através da mudança de nossas crenças, ou seja, o significado que damos aos fatos.

Durante o processo terapêutico várias técnicas são ensinadas ao paciente para que ele possa, por exemplo, identificar pensamentos, emoções e situações, resolver problemas, identificar pensamentos automáticos (funcionais e disfuncionais) etc.

4.2.4. A terapia cognitivo-comportamental em grupo:

O trabalho em grupo é utilizado quando se está em instituições nas quais existe uma demanda muito grande de atendimentos e poucos profissionais para realizá-los, ou quando se pretende trabalhar déficits gerados no relacionamento interpessoal. Esse tipo de abordagem não é apenas agrupar pessoas que tenham características comuns (Cade, 2001), pois isso não se configura grupo, mas sim um agrupamento. O grupo é um agrupamento de pessoas que têm um objetivo comum. É necessário que o profissional que utilize essa abordagem tenha conhecimentos específicos, base teórica sobre o processo grupal e um referencial a ser seguido (Cade, 2001).

Cade (2001), ao citar Caballo⁹ (1999), descreve vantagens em se trabalhar com grupo. São elas:

maior possibilidade de observação das interações estabelecidas e dos comportamentos interpessoais; o grupo pode ser um espaço adequado para aprender a se relacionar; melhor relação custo-eficácia; permissão de que os elementos

9 - Caballo, VE – *Manual de Técnicas de Terapia e Modificação do Comportamento*. Santos, São Paulo, 1999.

identifiquem problemas semelhantes aos seus pares {sic}; prevenção sobre situações por ouvi-las de outros; permissão de maior possibilidade de dar e receber feedback sobre a forma de relacionar-se; e possibilidade de surgirem no cenário mais soluções para os problemas apresentados (p.301-302).

Outro ponto importante refere-se ao fato de os membros do grupo aceitarem com mais facilidade observações feitas por outros membros do que pelo terapeuta.

Várias das técnicas apresentadas podem ser utilizadas em grupo. Algumas podem se tornar até mais eficazes em grupo, pois permitem que idéias, possibilidades que um determinado paciente não poderia vislumbrar sozinho, sejam apontadas por outro membro.

O primeiro passo do trabalho em grupo é a definição do contrato de trabalho daquele grupo particular, ou seja, quais são as regras, tempo de duração e objetivos. Em seguida devem-se integrar os componentes, através de técnicas específicas, para a formação do grupo (porque até então o que se tem é um agrupamento de pessoas e não um grupo). Os passos seguintes são os mesmos do modelo de atendimento descrito no item Terapia cognitivo-comportamental, sempre os adaptando para o trabalho grupal.

O que é importante ressaltar é que nunca se pode esquecer que o trabalho é em grupo e não individual. Quando um determinado membro levanta um tema sobre algo que o está afligindo, essa discussão deve-se ser compartilhada pelo restante do

grupo. Por exemplo: em um grupo formado apenas por homens que estão longe de suas famílias, um dos componentes começa dizendo que recebeu uma notícia que o deixou com muita raiva – sua filha adolescente havia sofrido uma tentativa de estupro na semana anterior. De um fato individual e particular como esse, o terapeuta deve abrir a discussão para os outros membros do grupo – se algum outro membro já passou por uma situação parecida, o que fizeram nessa situação, o que sentem e pensam quando ouvem uma notícia como essa, o que fariam se encontrassem a pessoa que tentou estuprar a adolescente etc.

Por fim, o grupo reproduz situações do cotidiano e os componentes interagem entre si como o fazem fora dessa situação delimitada (Vinogradov e Yalom, 1996¹⁰ apud Cade, 2001).

4.2.5. A terapia cognitiva comportamental na população prisional:

Polaschek et al. (2005) fizeram uma intervenção cognitiva comportamental com sentenciados, totalizando 330 horas. As atividades desenvolvidas nos grupos eram: identificar e apresentar um ciclo de violência; reestruturação dos pensamentos que mantém a ação violenta; mudança de afeto; estratégias cognitivas de como lidar com a raiva, frustração e tristeza; empatia com a vítima; raciocínio moral usando uma atividade estruturada de dilemas morais; resolução de problemas através de várias técnicas cognitivas; habilidades de comunicação e relacionamento; e plano de

10 -Vinogradov, S.; Yalom, I.D. *Guía Breve de Psicoterapia de Grupo*. Paidós, Barcelona, 1996.

prevenção de recaída. Ao final, comparou-se esse grupo com um grupo que não havia sido submetido à intervenção e chegou-se à conclusão de que o programa diminui a reincidência em crimes violentos e os que reincidiram ficaram mais tempo sem que isso ocorresse.

Uma meta-análise (Lipsey et al., 2007) foi realizada sobre efeitos de intervenções cognitivas comportamentais que enfocavam mudança cognitiva em prisioneiros, na diminuição da reincidência. As pesquisas examinadas nesta análise não incluíam grupos controle de sujeitos que iniciaram o programa e desistiram ou que se recusaram a participar. O grupo controle deveria ser formado por intervenções placebos, lista de espera, sem tratamento ou com “tratamento usual”. O intervalo de tempo utilizado foi muito amplo (1965-2005). Concluiu-se que a taxa de reincidência nos grupos controles chegou a ser 1,5 vezes maior que a taxa de reincidência do grupo de trabalho após 12 meses da intervenção, que o número de sessões e horas por semana estão relacionados com a eficácia do tratamento, mas, aparentemente, a duração do tratamento não está relacionada com este efeito. Os autores afirmam ainda que os efeitos das intervenções cognitivas-comportamentais são maiores quando combinadas com outras intervenções, como: orientação em saúde mental, orientação vocacional, treinamento laborterápico e programas educacionais. Os efeitos da terapia cognitivo-comportamental são maiores nos agressores de alto risco do que nos agressores de risco baixo. Finalmente, os agressores que foram acompanhados quando encarcerados apresentaram um índice de reincidência menor do que o apresentado por aqueles que foram acompanhados na comunidade.

A abordagem cognitiva-comportamental também é usada para reduzir a agressão de homens contra mulheres. Foi feito um estudo em prisões espanholas com homens adultos, presos por agredirem mulheres e sem problemas mentais. O programa era composto de 20 encontros em grupo de duas horas de duração cada, e nele se trabalhava a modificação cognitiva e comportamental relacionada à violência de gênero. Na primeira parte da intervenção, aspectos motivacionais, aceitação da responsabilidade por seus crimes e motivação para terapia foram abordados. A etapa seguinte incluiu o tratamento de sintomas psicopatológicos geralmente associados a homens violentos e focados na empatia, treinamento de habilidades, como lidar com a raiva, e modificação de distorções cognitivas relacionadas ao crime. Por fim, o programa incluiu uma intervenção específica na prevenção de recaída, identificando situações de risco para comportamentos violentos e orientando os agressores a agir de modo alternativo à ação violenta. Os resultados demonstraram que a terapia foi considerada encorajadora para os participantes da pesquisa. Eles apresentaram uma significativa modificação da cognição em termos de atitudes em relação às mulheres e no uso da violência como um modo de resolução de conflito. Um ponto interessante apresentado pelos pesquisadores é a expectativa de mudança. Quanto menor essa expectativa, maior a chance de os participantes desistirem do programa. As limitações do estudo são: a amostra é pequena (52), não houve grupo controle e esses agressores estão longe de suas vítimas, sendo que não foi possível comprovar a eficácia da intervenção no dia-dia (Echeburúa et al., 2006).

5 – TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL PARA PREVENÇÃO DE REINCIDÊNCIA PENITENCIÁRIA

A terapia cognitivo-comportamental para prevenção de reincidência penitenciária baseia-se na proposta de Marlatt & Gordon (1993) com dependentes de drogas/álcool adaptados para a população prisional.

A proposta tem como objetivos: “antecipar e prevenir a ocorrência de uma recaída após o início de uma tentativa de mudança de hábito; (...) ajudar o indivíduo a recuperar-se de um ‘deslize’ ou lapso antes de este se transformar em uma plena recaída” (Marlatt e Gordon, 1993, p.4). Os autores afirmam que aqueles indivíduos que acreditam que a dependência é causada por fatores genéticos apresentam maior dificuldade em ficar sem fazer uso da substância do que aqueles que acreditam que ela é causada por fatores psico-sociais.

Ao acreditar que o ato delitivo, em algumas pessoas, é decorrente de uma estrutura sócio-familiar frágil, dificuldades econômicas e uso abusivo de substâncias psicoativas, supõe-se que, se houvesse um **programa sócio-educativo**, a ocorrência de comportamentos anti-sociais diminuiria, ou seja, o índice de reincidência seria mais baixo. Como Marlatt e Gordon afirmam, nós podemos não ser responsáveis pelos problemas com que nos deparamos, mas, quando estamos diante deles, eles nos pertencem e temos que assumir a responsabilidade por enfrentá-los e arcar com as

consequências. Já que não é possível mudar o passado (ex: problemas de relacionamento familiar, uso excessivo de drogas), mexer na estrutura sócio-econômica (como a má distribuição de renda entre a população), temos de reunir condições subjetivas e objetivas para enfrentar as adversidades da vida.

É esse ponto que a terapia cognitiva para prevenção de reincidência penitenciária pretende abarcar. O objetivo é de conscientização do processo que leva o sentenciado a cometer o ato anti-social.

O problema da reincidência e da dificuldade no regresso à sociedade é apontado por vários autores, dentre eles Silva (2001), que diz:

A prisão traz muitos problemas éticos sociais, psicológicos e econômicos à sociedade. Os egressos do sistema também têm grande dificuldade nas suas tentativas de reinserção na comunidade, o que muitas vezes, provoca sua reincidência.

O Conselho Penitenciário do Estado de São Paulo está preocupado em diminuir a reincidência criminal através de um programa com liberados condicionais com trabalhos não convencionais, no qual não houvesse concorrência com pessoas que não tivessem passagem pelo Sistema Penitenciário. Através desses trabalhos não convencionais os egressos retirariam seu sustento (Augustinis, 2002¹¹).

Machado Filho (2002)¹², Juiz Corregedor, concorda com a visão de Augustinis, relatando que os egressos ficam completamente soltos, sem apoio e sem orientação e

11 Augustinis, E J – (Núcleo de Estudos e Pesquisas em Psiquiatria Forense e Psicologia Jurídica) *Setor de Fiscalização de Liberados Condicionais*, 2002.

12 Machado Filho, OA - Reunião do Conselho Penitenciário do Estado de São Paulo, 2002.

que, além de cuidar das pessoas presas, deve-se cuidar também dos egressos.

Levanta-se a hipótese de que o cuidado e a orientação devem ocorrer o mais rápido possível, ou seja, quando o sentenciado ainda se encontra sob a custódia do governo. Segundo Augustinis¹³ (2002), o reeducando sai do Sistema Penitenciário despreparado para o retorno à sociedade, tanto pessoal como profissionalmente. Já que isso ocorre, por que não prepará-lo quando ele ainda está no Sistema? É importante que o egresso também seja acompanhado, mas isso não exclui que ele comece sua reinserção social no regime fechado e no regime semi-aberto.

A preocupação com a reincidência não é atual. Em 1987, na primeira edição de seu livro, Paixão (1991) diz que as instituições prisionais “não deveriam ser universidades do crime” (p.9), mas “atuar como instituições educacionais” (p.9) que teriam o objetivo de devolver o indivíduo apto à sociedade.

5.1. Reincidência Criminal versus Reincidência Penitenciária

A taxa de reincidência criminal no Brasil é difícil de ser estabelecida, pois os dados não são confiáveis por não terem um tratamento científico (Adorno e Bordini, s.d). Podemos citar alguns exemplos dessa taxa: Sá (1987) afirma ter encontrado um percentual de 31% em sua pesquisa na Casa de Detenção de São Paulo; Morana, em entrevista a França (2002) para a revista *Veja*, diz que a taxa de reincidência no Brasil está na casa dos 70%; já Augustinis¹³ (2002) relata que de 50% a 60% das

13 Augustinis, E J – (Núcleo de Estudos e Pesquisas em Psiquiatria Forense e Psicologia Jurídica) *Setor de Fiscalização de Liberados Condicionais*, 2002.

pessoas que passam pelo Sistema Penitenciário reincidem. O Departamento Penitenciário Nacional, em um levantamento feito em 2003, afirmou que a taxa de reincidência no Brasil é de 82%.

Para esta pesquisa usamos o conceito de Miotto (1975, p. 368 apud Adorno e Boldrini, s.d) de Reincidência Penitenciária, definido por: "quem tendo cumprido (tal) pena ou (tal) medida de segurança, veio a ser novamente recolhido a estabelecimento penal para cumprir nova pena ou nova medida de segurança". Adorno (s.d.) encontra 46,06% de Reincidentes Penitenciários em sua amostra. Essa é uma taxa baixa comparada à da Coordenadoria dos Estabelecimentos Penitenciários do Estado de São Paulo, que é de 69% (Adorno e Bordini, s.d).

5.2. Descrição da intervenção para prevenção de reincidência penitenciária:

A seguir será descrito cada encontro, tema e técnica de abordagem da intervenção realizada.

✓ 1º encontro:

Tema: Apresentação do coordenador, dos objetivos do trabalho e dos participantes.

Técnica: Explanação teórica com possibilidades de perguntas para esclarecimentos e dinâmica de apresentação em duplas, em que um participante conta ao outro informações sobre sua vida que quer compartilhar com o grupo.

✓ 2º encontro:

Tema: Pensamentos Automáticos e Disfuncionais.

Técnica: Explicação do que é pensamento automático e pensamento disfuncional. A partir do comportamento e da emoção expressa, acessar os pensamentos automáticos, utilizando exemplos trazidos pelos participantes.

Tarefa: Enumerar pensamentos automáticos que surgem a partir de emoções e comportamentos.

✓ 3º encontro:

Tema: Pensamentos Automáticos e Disfuncionais.

Técnica: Retomar a tarefa e elencar esses tipos de pensamentos dos participantes do grupo (através de *Brainstorm*) e utilizar o “Questionamento Socrático” a fim de mostrar o quão disfuncionais são os pensamentos.

Tarefa: Enumerar outros pensamentos automáticos e tentar verificar se são disfuncionais ou não, justificando a conclusão.

✓ 4º encontro:

Tema: Pensamentos Automáticos e Disfuncionais.

Técnica: Discussão e correção da tarefa proposta no encontro anterior, utilizando o “Questionamento Socrático”.

✓ 5º encontro:

Tema: Crenças

Técnica: Explicação do que são crenças e, através de interferências nos pensamentos disfuncionais (através do Questionamento Socrático), acessá-las.

✓ 6º encontro:

Tema: Situações de risco

Técnica: Enumerar situações que podem desencadear comportamentos anti-sociais, eleger uma (junto com o grupo). Enumerar as possibilidades de ação diante da situação descrita. Dividir o grupo em dois subgrupos, para cada um fazer um levantamento das vantagens ou desvantagens das diversas possibilidades.

Tarefa: Pensar em argumentos, que não sejam disfuncionais, para justificar as vantagens ou as desvantagens do comportamento discutido em grupo.

✓ 7º encontro:

Tema: Situações de risco.

Técnica: Com os argumentos pensados na tarefa, fazer um debate das vantagens e desvantagens dos itens enumerados (*role-playing*), em seguida inverter os papéis para que os participantes possam abrir o leque de possibilidades de ação.

✓ 8º encontro:

Tema: Cadeia comportamental.

Técnica: Utilizar uma situação de risco descrita pelos participantes e, juntamente com eles, montar a cadeia comportamental, com os pensamentos automáticos, pensamentos disfuncionais, comportamento, sentimento e possíveis conseqüências.

Tarefa: Montar uma cadeia comportamental.

✓ 9º encontro:

Tema: Superando pensamentos indesejáveis.

Técnica: Escolher uma cadeia comportamental da tarefa e levantar, junto com os participantes, através do “Questionamento Socrático”, modos mais satisfatórios para lidar com situações de crise.

Tarefa: Descrever o que achou mais importante do trabalho realizado.

✓ 10º encontro:

Tema: Fechamento e avaliação da intervenção.

Técnica: Retomar os pontos abordados durante o processo de intervenção, utilizando o que foi descrito na tarefa e enfocando outros, caso não tenham sido

abordados pelos participantes. Avaliação dos pontos positivos e negativos da terapia realizada através de discussão dos participantes.

5.3. Objetivos:

Verificar a eficácia de programa psicológico de prevenção de reincidência penitenciária.

5.4. Hipóteses:

H0: Os sentenciados que participam da terapia cognitivo-comportamental para prevenção de reincidência penitenciária apresentam um índice menor de reincidência do que aqueles que não participaram.

H1: Os sentenciados que participam da terapia cognitivo-comportamental para prevenção de reincidência penitenciária apresentam um índice igual de reincidência do que aqueles que não participaram.

H2: Os sentenciados que participam da terapia cognitivo-comportamental para prevenção de reincidência penitenciária apresentam um índice maior de reincidência do que aqueles que não participaram.

5.5. Relevância:

Devido ao alto índice de reincidência penitenciária, da superlotação das unidades prisionais e da inexistência de um trabalho sistematizado para a população brasileira, a terapia cognitivo-comportamental para prevenção de reincidência penitenciária necessita ser avaliada e sua eficácia, verificada.

6 - MATERIAL E MÉTODOS

6.1. Casuística:

– Fatores de inclusão:

O grupo foi formado por sentenciados que cumpriam pena no regime semi-aberto, presos, no mínimo, pela segunda vez (reincidentes penitenciários); o tempo máximo de pena que teriam que cumprir deveria ser inferior a 15 anos e já deveriam ter cumprido tempo suficiente para requisitar progressão de regime (regime semi-aberto para regime prisão albergue domiciliar - PAD) e/ou livramento condicional.

– Fatores de exclusão:

Este programa não incluiu sentenciados condenados por crimes hediondos conforme definidos no artigo 5º da Lei nº 8.072 de 25-7-90 (tráfico ilícito de entorpecentes e drogas afins, estupro, atentado violento ao pudor, homicídio qualificado, terrorismo, prática de tortura), nem sentenciados que trabalhavam fora da unidade prisional.

O intuito dos fatores de inclusão e exclusão foi abarcar os sentenciados que, apesar de já terem sido presos, realizaram outro delito, retornando ao Sistema Prisional. Além disso, esses sentenciados já tinham cumprido uma parcela de pena

suficiente para requisitar progressão de regime e/ou livramento condicional, o que permitiu sua observação futura.

6.2. Material:

Terapia cognitivo-comportamental breve, adaptada para sentenciados, para prevenção de reincidência penitenciária.

6.2.1. Instrumentos:

a) Entrevista dirigida (Anexo A):

As questões da entrevista dirigida foram elaboradas com o intuito de traçar um perfil do indivíduo que será submetido ao programa e pesquisar alguns tópicos de conceituação da abordagem cognitiva.

As perguntas de 1 a 10 referem-se à identificação e características desse indivíduo, tanto em relação à sociedade como ao convívio dentro da unidade prisional (facção, religião). De 11 a 14 visam a levantar dados para montar o genograma do entrevistado. As questões 15 e 17 têm o intuito de verificar eventos da vida, interações significativas e crenças decorrentes dessas experiências. De 18 a 25 visam a delimitar a amostra do trabalho e levantar algumas crenças. A questão 26 pesquisa a crença do indivíduo, interagindo com situações de sua vida e tenta identificar os pensamentos automáticos. A 27 e a 28 têm o intuito de constatar como a pessoa desenvolveu o ato anti-social. As perguntas 29 e 30 visam a verificar o que

está acontecendo na vida do indivíduo naquele momento e como ele percebe isso. A 31 e 32 levantam as estratégias que são usadas para superar as dificuldades. E, finalmente, a 33 é um espaço destinado ao indivíduo que queira acrescentar alguma informação que considere relevante e que não foi abordada durante a entrevista.

b) Escalas

Foram escolhidos alguns auto-informes (escalas), pois “requerem pouco tempo de aplicação, oferecem pontuações objetivas da subjetividade dos pacientes, exploram áreas diversas da interação social (...) e permitem, aplicando-os de forma repetida, avaliar a evolução dos sintomas” (Echeburúa, 1997, p.41). A linguagem dessas escalas foi adaptada para o nível sócio-cultural da população estudada.

As escalas escolhidas foram:

- ✓ Escala de Estresse e Fuga Social (Anexo B) – composta por 28 itens para serem respondidos como **verdadeiro** ou **falso**. Tem o intuito de pesquisar o desconforto em situações sociais e a evitação e/ou desejo de evitar tais situações. É sensível a mudanças terapêuticas. As desvantagens são a repetição de alguns itens, a imprecisão em relação à situação de estímulo e reduzida possibilidade de graduação das respostas. (Echeburúa, 1997)
- ✓ Escala de Auto-estima de Rosenberg (Anexo C) – Composta por 10 itens (5 positivos e 5 negativos para controlar tendências de respostas afirmativas, independentemente da pergunta), cujas respostas têm 4

níveis, desde “**concordo totalmente**” até “**discordo totalmente**”. A amplitude varia entre 10 e 40, sendo a auto-estima proporcional à pontuação. A auto-estima é a avaliação que o indivíduo faz e mantém sobre si mesmo, implica um sentimento de valor, componente afetivo e expressa uma atitude de aprovação/desaprovação em relação a si mesmo (Romano et al., 2007).

- ✓ Escala de Medo de Avaliação Negativa (Anexo D) – Avalia o temor que os indivíduos sentem ao serem julgados por outros. São 30 itens que permitem as respostas **verdadeiro** ou **falso** e cuja pontuação varia de 0 a 30. Esse instrumento é sensível a mudanças terapêuticas, portanto importante para o trabalho aqui proposto.
- ✓ Questionário de Pensamentos Automáticos (Anexo E) – Composto por uma lista de 60 pensamentos que uma pessoa pode ter. É solicitado que se pontue a frequência com que cada pensamento ocorreu na semana anterior à avaliação, em uma escala que varia de 0 (nunca) a 4 (sempre). Obtém-se a pontuação total somando-se as respostas numéricas de cada item. O questionário de pensamentos automáticos foi desenvolvido para medir a frequência de pensamentos automáticos negativos associados a depressão (Joseph, 1994).
- ✓ Escala de Atitudes disfuncionais (Anexo F) – Avalia como são as atitudes do indivíduo em face das situações do dia-dia. É composta de 40 itens, que são pontuados através de uma escala que varia de 0 (concordo totalmente) a 6 (discordo totalmente). Obtém-se a pontuação

total somando-se as respostas numéricas de cada item. Segundo a literatura, é uma medida de vulnerabilidade cognitiva para depressão mais usada (Remor, 1997; Orsini et al., 2006).

c) Consentimento informado (Anexo G):

Foi elaborado um documento explicando em poucas e simples palavras o objetivo do trabalho, que foi assinado pelos sentenciados que aceitaram participar da pesquisa. A finalidade desse documento é assegurar o sigilo da identidade dos participantes e informá-los da responsabilidade do pesquisador.

6.3. Procedimentos:

O projeto de terapia cognitivo-comportamental para prevenção de reincidência penitenciária foi primeiramente encaminhado à Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa do HC – FMUSP e, após sua aprovação, apresentado ao Departamento de Reintegração Social da Secretaria da Administração Penitenciária, localizada na Av. Gal. Ataliba Leonel, 656, Santana, São Paulo – SP. Após autorização desta, o projeto foi implantado em duas Unidades Prisionais – Centro de Progressão Penitenciária de Franco da Rocha (CPP) e Centro de Detenção Provisória Chácara Belém II (CDP – Belém) – que atendem os sujeitos da pesquisa.

Os sentenciados foram atendidos em grupo, através da abordagem cognitivo-comportamental. Foi escolhido o trabalho com grupo e não o individual, pois dessa

maneira pode-se abarcar um número maior de pessoas. Acredita-se que para uma população tão grande como a do Sistema Penitenciário do Estado de São Paulo, frente à escassez de profissionais, a técnica empregada (trabalho em grupo) é a mais adequada, pois se atende um número maior de indivíduos em espaço menor de tempo, além de propiciar a troca de experiências. O trabalho proporciona que as experiências dos participantes sejam compartilhados e as discussões sejam um modo alternativo para se trabalhar com sentimentos de impotência (Toch, 2000; Asser 2003).

Os reeducandos que preencheram as características da amostra e se interessaram em colaborar com a pesquisa foram chamados e convidados a participar da pesquisa, através de uma rápida explanação, em que os objetivos (tanto da pesquisa como do consentimento informado) foram explicitados. Em seguida, através de uma tabela de números aleatórios, separaram-se os grupos e assinou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Após a assinatura desse Termo, foram realizadas as aplicações das escalas por profissional que não sabia em qual grupo o sujeito estava (trabalho ou controle). Após as aplicações das escalas foram realizadas as entrevistas individuais. Os integrantes da pesquisa que participaram do grupo de trabalho foram entrevistados pelo profissional que realizaria o grupo, enquanto que os participantes do grupo controle, por outro profissional.

A partir de então foram iniciados os encontros com os grupos de trabalho. Os encontros ocorreram duas vezes por semana, com duração de duas horas cada. Ao

final dos dez encontros a entrevista foi refeita pelo mesmo profissional que realizou a primeira, acrescida de duas questões e as escalas reaplicadas em todos os integrantes da pesquisa. É importante ressaltar que as escalas foram aplicadas por profissionais que não tinham o conhecimento sobre a qual grupo os sujeitos pertenciam.

Os integrantes dos grupos controle foram submetidos apenas à primeira e à última etapas da pesquisa (avaliação antes e depois da intervenção no grupo de trabalho) junto com os integrantes dos grupos de trabalho. Durante o período de realização do grupo de trabalho, os integrantes do grupo controle continuaram com as atividades que normalmente já realizavam no seu dia-a-dia, sem que o pesquisador indicasse a realização ou não destas.

Após o término dos grupos os participantes da pesquisa (grupo controle e grupo de trabalho) receberam um certificado de participação na pesquisa em duas vias – a original foi entregue ao próprio sentenciado e a cópia colocada em seu prontuário. Os integrantes da pesquisa foram monitorados por 12 meses através do *site* da Prodesp, no qual está disponível a folha de antecedentes e movimentação carcerária, que é acessada através do número de matrícula no Sistema Penitenciário ou do Registro Geral (RG). A monitorização via folha de antecedentes e movimentação carcerária foi feita por um funcionário do Conselho Penitenciário de São Paulo.

Quando esses primeiros grupos terminaram a intervenção, abriram-se novas inscrições, mas apenas no CPP de Franco da Rocha os sentenciados mostraram-se interessados.

6.4. Contexto do Estudo:

Os dados foram colhidos em duas Unidades Prisionais com diferentes características: Centro de Detenção Provisória (CDP) II Chácara Belém na cidade de São Paulo e Centro de Progressão Penitenciária (CPP) de Franco da Rocha, na cidade de Franco da Rocha.

O Centro de Detenção Provisória, como o próprio nome diz, abriga presos provisórios, isto é, aqueles que ainda não possuem condenação. Entretanto as unidades da Chácara Belém (I e II) possuem uma Ala de Progressão, que é um alojamento construído fora da muralha das unidades, que abriga presos que cumprem pena no regime semi-aberto. É um grande galpão, dividido em duas alas. Cada ala tem um banheiro coletivo com vários chuveiros e sanitários. As acomodações para dormir são “trelihiches” de alvenaria, que servem para dividir o ambiente. Não existem outras portas nessa parte da ala. Além desse setor em que ficam os dormitórios e os sanitários, existem um refeitório comum e um pátio externo. Nesse pátio externo, no CDP II da Chácara Belém, foram colocadas mesas e bancos de madeira e construído um telhado, para que os sentenciados pudessem ficar e receber suas visitas. Os grupos de trabalho eram realizados nesse local. A Ala de Progressão do CDP comporta 108 pessoas, mas no momento da pesquisa tinha em torno de 160.

O Centro de Progressão Penitenciária de Franco da Rocha foi construído para ser uma unidade de regime fechado e depois passou a abrigar presos do regime semi-aberto. É composta por celas com capacidade para 3 a 6 sentenciados, possui uma cozinha central, salas de aula (onde os atendimentos eram realizados), pátios e

oficinas de trabalho. A capacidade da unidade era de 1200 sentenciados, mas, no momento da pesquisa, comportava por volta de 1600.

6.4.1. Dificuldades encontradas:

O início da coleta de dados foi em junho de 2006. Em maio do mesmo ano a cidade de São Paulo havia sofrido um “ataque” de uma facção criminosa, denominada Primeiro Comando da Capital. Nas Unidades Prisionais no Estado de São Paulo existem diversas facções criminosas, sendo o Primeiro Comando da Capital a mais forte e a que congrega o maior número de membros. Nas duas unidades que participaram da pesquisa a facção que atuava era o Primeiro Comando. Nas semanas que se seguiram a esse primeiro “ataque”, outros aconteceram, com uma reação violenta por parte da polícia.

No primeiro dia da coleta de dados, **19/06/2006**, no Centro de Progressão Penitenciária (CPP) de Franco da Rocha, os objetivos da pesquisa e o consentimento informado foram apresentados a dois representantes dos sentenciados. Foi-lhes solicitado que passassem as informações aos demais sentenciados da unidade, para que os que tivessem interesse e preenchessem os critérios de inclusão informassem o nome e número de matrícula. Após uma semana, ou seja, dia **26/06/2006** foram recolhidas as inscrições. De um total de 1532 sentenciados estabelecidos na Unidade, 31 mostraram-se interessados. Nesta mesma data (**26/06/2006**) 13 suspeitos de envolvimento com a facção criminosa Primeiro Comando da Capital (PCC) foram mortos pela polícia conforme notícia vinculada na Folha Online. Destes 31 inscritos inicialmente apenas 25 preencheram os critérios da pesquisa.

No dia seguinte, **27/06/2006**, foi feito contato com o Diretor Técnico do Centro de Detenção Provisória (CDP) Belém II, quando foi apresentada a proposta para atuação na Ala de Progressão desta unidade, que abriga presos do regime semi-aberto. O Diretor sugeriu que a pesquisa fosse adiada por um mês em função das dificuldades que o Governo do Estado de São Paulo vinha enfrentando com o PCC, referindo-se aos ataques à polícia. Foi-lhe informado que isso não seria possível devido ao prazo disponível para a realização da pesquisa e, assim, a coleta de dados foi autorizada.

Em **28/06/2006**, no CPP de Franco da Rocha, os 25 sentenciados que preencheram os critérios de inclusão da pesquisa foram requisitados para que lhes fossem explicados detalhadamente quais os objetivos desta e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Dos 25 requisitados, 18 compareceram e, desses 18, dois se recusaram a assinar o Consentimento. Neste dia, um dos que não preencheu os critérios da pesquisa insistiu que o levantamento feito estava incorreto e quis assinar o Consentimento para participar. Mais cinco pessoas mostraram-se interessadas e fizeram as inscrições. Dessas cinco, um forneceu informações incorretas, portanto não foi possível localizar seu prontuário para levantamento da situação processual, e dois não preenchiam os critérios. Ao serem comunicados disso, contudo, relataram haver informações que não estavam no prontuário e que os colocava dentro dos critérios da pesquisa.

Na noite do dia **02/07/2006**, dia anterior ao que estava combinado para o recolhimento das inscrições dos sentenciados interessados em participar da pesquisa

do CDP Belém II, um dos funcionários da unidade foi assassinado, sendo que os suspeitos de cometer o ato seriam integrantes da facção PCC. De uma população de 160 sentenciados no regime semi-aberto 17 mostraram-se interessados na pesquisa. Desses 17, apenas seis preencheram os critérios de inclusão.

Uma característica importante da população carcerária é a desconfiança com estranhos, ou seja, com quem não faz parte do grupo de prisioneiros, nem do grupo técnico/administrativo da unidade em que se encontram. Essa foi uma dificuldade encontrada na coleta de dados. Muitos sentenciados se inscreveram para participar da pesquisa, mas quando lhes era solicitado que assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no qual era necessário colocar informações pessoais, como endereço e telefone, desistiam.

No dia **03/07/2006**, ao retornar do CDP II Belém ao Hospital das Clínicas, havia um recado da irmã de um sentenciado do CPP de Franco da Rocha, que não havia se inscrito no projeto, pedindo informações sobre a pesquisa. Esse sentenciado (L.) foi chamado no dia **05/07/2006**, mas não compareceu e chamado novamente em **10/07/06** para que as dúvidas que ele tivesse sobre a pesquisa fossem sanadas. Segundo L., ele era o responsável pelo setor de faxina (quem trabalha na faxina é quem “decide” sobre o que pode e não pode ser feito dentro da unidade prisional) e os outros sentenciados estavam lhe questionando sobre do que se tratava essa pesquisa e qual a sua finalidade. Estavam desconfiados de que o intuito da pesquisa fosse um modo que o Governo do Estado estava encontrando para o retorno do Exame Criminológico, que, desde dezembro de 2003, com a mudança da Lei de

Execução Penal, não é mais usado para a progressão de pena. Como os sentenciados são contra esse Exame, estavam receosos em participar da pesquisa. Foi-lhe explicado que o objetivo da pesquisa não é o retorno do Exame Criminológico e sim estudar a reincidência. Outra preocupação apresentada por L. refere-se ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Neste termo consta que as informações são sigilosas, mas pedem-se nome completo, endereço e RG, ou seja, várias informações que poderiam identificá-los. Além disso, receavam dizer algo que outras pessoas pudessem ficar sabendo e que depois eles fossem identificados pelo endereço, número de matrícula, RG ou foto. Foram esclarecidas a função e necessidade do Termo de Consentimento. Ao final da conversa, L. disse que passaria as informações aos “irmãos” (modo como os membros da facção PCC referem-se uns aos outros, apesar de ele ter afirmado não fazer parte de nenhuma facção) e que tentaria pegar novas inscrições. Pediu para que a pesquisadora lhe procurasse novamente no dia 18/07/2006.

No dia **12/07/2006**, data da assinatura do Termo de Consentimento no CDP Belém II, dos seis que preencheram os critérios da pesquisa apenas quatro compareceram (um estava fora da Unidade e outro havia evadido). Um dos que não preencheram critério insistiu em participar. Nesse dia os “ataques” do PCC retornaram. O que estava fora da Unidade assinou o consentimento em outro dia.

Em **18/07/2006**, data em que havia ficado combinado que o sentenciado L. seria chamado novamente para que informasse novos nomes para a pesquisa, ele não compareceu ao atendimento justificando que estava muito atrapalhado com suas

atividades. Nesse dia, dois participantes da pesquisa que já haviam assinado o consentimento informado fugiram.

O corpo diretivo do CDP Belém II sofreu mudanças em **25/07/2006**, mas o novo diretor já havia tomado conhecimento da pesquisa e autorizou a continuidade do projeto.

No início do mês de **setembro de 2006**, o grupo montado no CDP Belém II finalizou seus trabalhos e outros sentenciados mostraram-se interessados em participar da pesquisa. Foi solicitado que um dos participantes do primeiro grupo, que fazia parte do setor de faxina, ficasse encarregado de pegar as novas inscrições, pois, como já havia participado, poderia dar maiores informações sobre a pesquisa. Uma semana depois a pesquisadora voltou à Unidade e foi informada pelo próprio sentenciado que os colegas estavam muito interessados na pesquisa, mas ainda não havia conseguido pegar as inscrições. Deu-se mais uma semana de prazo e, ao retornar ao CDP Belém II a pesquisadora foi informada, por outros presos, que não poderia conversar com o sentenciado, pois ele havia “caído da cama” e estava de braço quebrado. A pesquisadora, então, informou que estava disposta a realizar novos grupos na Unidade, mas esperaria que, quando eles tivessem interesse em participar, entrassem em contato com a pesquisadora pelo telefone fornecido no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Esse contato não ocorreu.

No fim do mês seguinte foram solicitadas novas inscrições no CPP de Franco da Rocha, que seriam recolhidas em **08/11/2006**. Dois dias antes, os integrantes da facção PCC iniciaram greve de fome. Quando as inscrições foram recolhidas, apenas

11 pessoas se mostraram interessadas, mas quatro não preenchiam os critérios de inclusão.

Em **março de 2007**, a pesquisadora informou ao corpo diretivo do CPP que iria comparecer à unidade para verificar se novos sentenciados estavam interessados em participar da pesquisa. No dia combinado para essa visita, os presos iniciaram uma “greve branca”, ou seja, recusavam-se pacificamente a participar de qualquer atividade da unidade ou mesmo fora dela, como, por exemplo, comparecer em audiências. Em função da “greve”, a ida da pesquisadora à Unidade foi adiada em uma semana. Trinta e oito pessoas se inscreveram, mas 10 não preenchiam os critérios de inclusão. No dia em que seria assinado o consentimento informado, no caminho para a Unidade prisional, o carro da pesquisadora quebrou e, em função disso, ela chegou atrasada. Apenas sete sentenciados estavam esperando por ela e, desses, três se recusaram a assinar o consentimento. Dos que haviam sido requisitados, alguns já haviam conseguido a liberdade e outros estavam realizando trabalhos externos à unidade. A pesquisadora voltou na semana seguinte, requisitando a presença de quem não havia comparecido e apenas quatro se apresentaram e assinaram o documento. Durante a realização desse último grupo alguns sentenciados desistiram de participar da pesquisa, pois surgiu um boato dentro da Unidade de que quem participasse da pesquisa demoraria mais para sair e conseguir a liberdade.

Outra dificuldade encontrada referia-se à dinâmica institucional. Diversas vezes a pesquisadora foi impedida de falar pelo telefone com o corpo diretivo da

Unidade, pois era informada de que as ligações não poderiam ser repassadas aos diretores, mesmo com a identificação da pesquisadora. Entretanto, quando a ligação era feita no dia seguinte a esse impedimento, era transferida na mesma hora.

6.4.2 Facilidades encontradas:

Para desenvolvimento do presente projeto de pesquisa, solicitou-se apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo – FAPESP. Esse apoio foi aprovado, através do processo nº2005/55843-6, mas, devido às dificuldades encontradas logo no início da coleta de dados, optou-se por devolver esse apoio e realizar uma pesquisa com um número reduzido de sujeitos.

O corpo diretivo das duas unidades pesquisadas sempre se mostrou muito solícito com a pesquisadora e seus auxiliares, facilitando acesso e informações importantes. Foi feito um ofício informando nomes e RG das pessoas que trabalhavam na pesquisa e que poderiam entrar com mais facilidade nas Unidades e, no CPP de Franco da Rocha, esse ofício ficava afixado na portaria.

Como regra de segurança, os pesquisadores eram revistados quando entravam nas Unidades e, no início, guardavam seus pertences na portaria, no caso do CPP, e na sala do diretor da unidade no CDP. O único material que poderia entrar era o material usado na pesquisa. Após algumas semanas foi autorizada a entrada dos pertences particulares no CPP, mas como esses pertences não eram necessários na coleta de dados, continuaram ficando na portaria.

6.5. Análise Estatística:

Os dados apresentados foram analisados a partir do programa SPSS 14.0. Dois testes foram utilizados. O Teste T para comparação de médias e o teste Exato de Fisher para comparação de variáveis.

Para esta análise, consideramos Reincidentes aqueles que evadiram e foram recapturados com ou sem outro delito. Não reincidentes são aqueles que estão soltos em função de uma liberação judicial (Prisão Albergue Domiciliar, Livramento Condicional ou Liberdade), aqueles que ainda se encontram em regime semi-aberto e aqueles que fugiram/evadiram e ainda não foram capturados.

Concluídos são os sujeitos que completaram o programa e não concluídos os que desistiram de participar do programa antes de seu término.

O nível de significância estipulado é de 0,05, ou seja, 5%.

7 - RESULTADOS

Inscreveram-se para participar do estudo 110 sentenciados. Trinta e quatro não preenchiam os critérios de inclusão. Dos 76 sujeitos que preenchiam os critérios de inclusão 33 não assinaram o Termo de Consentimento Informado, por diversos motivos: recusaram-se, já haviam saído em liberdade, conseguiram um emprego e não poderiam mais participar da pesquisa, fugiram, ou simplesmente não compareceram às convocações. Dos 43 que iniciaram a pesquisa (20 no grupo controle e 23 no grupo de trabalho), 28 concluíram os grupos (13 no grupo controle e 15 no grupo de trabalho).

7.1. Caracterização da população estudada:

Mais da metade da população (65%) estudada era formada de jovens de até 30 anos de idade (Anexo H, Gráfico 1). Segundo dados do Sistema Integrado de Informações Penitenciárias (InfoPen) de 2007, no Estado de São Paulo, 61,83% da população carcerária masculina do Estado de São Paulo encontram-se nessa mesma faixa etária.

Cinquenta e oito por cento tinham entre 5ª e 8ª série do Ensino Fundamental (Anexo H, Gráfico 2). Dados do InfoPen demonstram que 40,48% dos presos do sexo masculino do Estado de São Paulo tinham como grau de escolaridade o Ensino

Fundamental incompleto e 14,22% este nível completo. A grande maioria (93%) da população estudada tinha uma profissão (Anexo H, Gráfico 3).

As profissões são normalmente atividades autônomas, como ajudante de pedreiro, vendedor, marceneiro, borracheiro, mecânico, motoqueiro, entre outras. Além desses serviços existiam outros como auxiliar de enfermagem, confeitiro, instalador de telefone, ajudante de cozinha, inspetor de aluno, que provavelmente tinham registro na carteira de trabalho.

A maioria da população (95%) negou pertencer a facção criminosa e 93% referiu que tinha religião. Sobre o aspecto religioso, como dito anteriormente, a grande maioria afirmou ter religião, mas 49% não freqüentavam o serviço religioso dentro das Unidades (Anexo H, Gráfico 4).

No que tange ao estado civil, 46,51% dos participantes eram solteiros, mas apenas 34,88% não possuíam filhos (Anexo H, Gráfico 5). Sobre a quantidade de filhos (Anexo I, tabela 1), 34,88% não possuíam filhos. Quase 40% dos sujeitos possuíam um familiar que tinha uma passagem pelo Sistema Prisional. Esse familiar era ou pai ou irmão do sujeito (Anexo H, Gráfico 6).

A grande maioria da população estudada (88,37%) já fez uso de drogas ilícitas, sendo as mais usadas: cocaína, maconha e solventes. Em relação à vida carcerária, 60,47% tinha apenas uma passagem por unidade prisional antes da atual (Anexo H, Gráfico 7) e o total da pena está entre 5 e 10 anos para 44,19% da população (Anexo I, tabela 2). Os delitos pelos quais estão condenados são assalto, furto, receptação,

porte ilegal de arma, formação de quadrilha e porte de entorpecentes. Estão condenados, no momento da pesquisa, 95,35% em até dois delitos.

7.2. Dados estatísticos:

Quando comparamos os dois grupos (trabalho e controle), podemos dizer que eles são similares em relação a idade, total da pena e quanto tempo já cumpriram. Os participantes que estavam no grupo de trabalho tinham um escore maior na escala de medo de avaliação negativa no início da intervenção ($p=0,05$). Sobre as outras escalas utilizadas – escala de estresse e fuga social, escala de auto-estima, questionário de pensamentos automáticos e escala de atitudes disfuncionais – os grupos têm as mesmas características. (Anexo I, Tabelas 3 e 4)

7.2.1. Reincidentes:

Após 12 meses de intervenção, 13 sujeitos que iniciaram o programa reincidiram, oito (35%) que participavam do grupo de trabalho e cinco (25%) que participavam do grupo controle. Essa diferença não é significativa estatisticamente ($p=0,52$). O gráfico 8, a seguir, mostra a taxa acumulada mensal dessas reincidências.

Gráfico 8 – Taxa acumulada mensal de reincidência de todos os participantes da pesquisa

7.2.2. Sujeitos que concluíram o programa (n=28):

Quando comparamos reincidência somente daqueles que terminaram o programa, também não notamos diferença estatisticamente significativa ($p=1,00$). Cinco sujeitos (33%) que reincidiram estavam no grupo de trabalho e quatro (31%) no grupo controle. O gráfico a seguir mostra a taxa acumulada mensal de reincidência dos sujeitos que concluíram o programa.

Gráfico 9 – Taxa acumulada mensal de reincidência dos sujeitos que concluíram a pesquisa

Comparando os resultados daqueles que finalizaram o programa e dos que desistiram, nota-se que os primeiros têm um escore maior no Questionário de Pensamentos Automáticos – $p=0,02$ (Anexo I, Tabelas 5 e 6).

É possível notar também que os sujeitos que concluíram o programa apresentavam um escore maior na Escala de Medo de Avaliação Negativa ($p=0,02$) e na Escala de Estresse e Fuga Social ($p=0,03$) no início do programa (Anexo I, Tabela 7).

Dentre aqueles sujeitos da pesquisa que concluíram o programa e estavam no grupo de trabalho, percebemos que a terapia cognitivo-comportamental para prevenção de reincidência penitenciária reduz o medo de avaliação negativa ($p=0,01$), como mostra a tabela 8 (Anexo I). Pôde-se também notar um decréscimo na Escala de Estresse e Fuga Social ($p=0,01$) entre aqueles sujeitos que estavam no grupo controle (Anexo I, Tabela 9).

7.2.3. Seguimento:

Após 12 meses do término do programa, ao analisarmos os sentenciados que iniciaram a pesquisa (n=43), pôde-se perceber que os reincidentes mostraram uma tendência a ter um escore menor no Questionário de auto-estima antes da intervenção – $p=0,07$ (Anexo I, Tabelas 10 e 11).

Ao se analisar exclusivamente aqueles que estavam no grupo de trabalho ($p=0,09$), nota-se uma tendência de os reincidentes já terem cumprido mais tempo de suas penas. (Anexo I, Tabela 12 e 13)

Entre os sentenciados que estavam no grupo controle e reincidiram, é possível notar uma tendência a ter um escore menor na Escala de Medo de Avaliação Negativa ($p=0,07$) antes do início do programa (Anexo I, Tabela 14) e um escore menor na escala de Estresse e Fuga Social ($p=0,01$) depois da intervenção (Anexo I, Tabela 15). Em relação a idade, total da pena e tempo cumprido não houve diferença significativa (Anexo I, Tabela 16).

Considerando ainda 12 meses após a intervenção, quando analisamos apenas aqueles que concluíram o programa e comparamos aqueles que reincidiram e não reincidiram, não existe diferença significativa nos resultados das escalas (Anexo I, Tabela 17), na idade, no tempo total da pena e no tempo cumprido (Anexo I, Tabela 18).

Entre os sentenciados que terminaram o programa e reincidiram, pôde-se perceber que a intervenção causou uma redução nos resultados no escore da Escala

de Estresse e Fuga Social ($p=0,05$) e uma tendência em diminuir o escore no Questionário de Pensamentos Automáticos – $p=0,07$ (Anexo I, Tabela 19). Quando comparamos os resultados das escalas antes e depois, apenas daqueles que reincidiram e estavam no grupo de trabalho, não houve diferença significativa (Anexo I, Tabela 20).

Entre os não reincidentes, quando comparamos o grupo de trabalho com o grupo controle, não existe diferença significativa nos resultados das escalas (Anexo I, Tabela 21), na idade, no tempo total da pena e no tempo cumprido (Anexo I, Tabela 22). O que se pôde aferir é que existe uma diminuição no escore da Escala de Medo de Avaliação Negativa ($p=0,01$) depois do programa (Anexo I, Tabela 23).

Ao analisarmos apenas aqueles que não reincidiram e estavam no grupo de trabalho, mostrou-se uma tendência ($p=0,06$) de redução do medo de avaliação negativa nesses sentenciados (Anexo I, Tabela 24).

Os não reincidentes que estavam no grupo controle apresentaram uma diminuição no escore da escala de estresse e fuga social – $p=0,02$ (Anexo I, Tabela 25).

Não houve diferença significativa quando a reincidência foi avaliada levando em conta religião ($p=1,00$), facção criminosa ($p=0,51$), profissão ($p=0,54$), conclusão do programa ($p=1,00$), escolaridade ($p=0,72$), estado civil ($p=0,74$), quantidade de delitos ($p=0,74$), uso de drogas ($p=1,00$), familiar preso ($p=1,00$) e quantidade de prisões antes da atual ($p=0,31$).

8 - DISCUSSÃO DOS DADOS

A partir da análise dos dados apurados, podemos verificar que a terapia cognitiva para prevenção de reincidência penitenciária reduz o medo de avaliação negativa. Quem estava no grupo controle não teve o mesmo desempenho.

A redução no escore da Escala de Medo de Avaliação Negativa está associada com um aumento da auto-estima. Os participantes passam a se sentir mais seguros, mais confiantes e sem tanto receio da opinião dos outros. Nas escalas aplicadas, não houve diferença significativa, mas Valliant e Antonowics (1991) relatam elevação da auto-estima e redução da ansiedade em prisioneiros submetidos a cinco semanas de Terapia Cognitivo Comportamental em sessões semanais de duas horas de duração.

No dia-dia é preciso tomar decisões constantemente, que irão direcionar o modo de agir de determinada pessoa para determinado caminho e não para outro. A terapia cognitiva para prevenção de reincidência criminal, através da cadeia comportamental, tem o intuito de esclarecer quais são esses caminhos e, com isso, facilitar o processo de decisão. Nessas decisões também está envolvida uma resposta moral, que “é fruto das próprias experiências das pessoas e não exclui as causas externas do comportamento” (Espíndola e Lyra, s.d). Kohlberg, ao falar sobre desenvolvimento moral diz que este ocorre segundo uma sequência hierárquica e invariante. Apresenta três níveis e seis estágios (dois em cada nível). Cada estágio

representa o modo como o indivíduo toma decisão. O primeiro nível é o pré-convencional que envolve questões relativas a certo e errado, bom e mau, o bem é recompensado e o mal é punido. O segundo é o convencional, que é onde o indivíduo procura viver conforme as regras estabelecidas, com o que é socialmente aceito e a ser bem visto aos olhos dos outros. Já o último nível é o pós-convencional, vinculado aos princípios éticos universais, como direito a vida a liberdade e a justiça. Neste último estágio a lei pode ser desobedecida, caso ela não seja fiel a esses princípios. (Espíndola e Lyra, s.d.; Loss et al., 1999). Pôde-se levantar a hipótese de que a terapia cognitivo-comportamental para prevenção de reincidência não abarcou aspectos do desenvolvimento moral segundo os estágios de Kohlberg.

Outro ponto verificado é que a intervenção no grupo controle diminuiu o escore dos participantes na escala de Estresse e Fuga Social. Apesar de não terem sido submetidos a terapia, esses sujeitos mostraram melhora. Isso pode ser devido ao fato de que, por estarem em um ambiente tão hostil, terem a oportunidade de serem ouvidos, de contarem sua história para quem realmente está interessado já se configura uma intervenção que alivia o sintoma.

Podemos relacionar esse fato com o que foi apresentado por Beck (1993), que diz que um dos pontos essenciais de uma abordagem terapêutica refere-se à empatia, isto é, o terapeuta deve olhar o mundo do paciente com os olhos do paciente. Isso ocorre quando se entende a história e as crenças da outra pessoa. Além disso, Cordioli (2008) relata que no processo terapêutico existem fatores não específicos, comuns a todas as terapias, que promovem a melhora clínica do paciente. Dentre

esses fatores estão: qualidade do vínculo e a própria pessoa do terapeuta, ou seja, um profissional que tenha empatia, calor humano, interesse genuíno pela história do paciente, como descreve Beck. Outro fator que favorece a eficácia do trabalho psicoterápico é a crença do paciente de que o profissional realmente pode ajudá-lo (Cordioli, 2008). Quando os sujeitos da pesquisa foram convidados a participar provavelmente eles acreditaram que o pesquisador poderia ajudá-los, o que acarretou nessa diminuição no escore da Escala de Estresse e Fuga Social.

Pudemos notar na pesquisa que alguns sentenciados se inscreviam para participar, mas logo desistiam, e muitos outros nem mostraram interesse pelo programa. Como em todo processo psicoterápico e, acreditamos, principalmente com essa população, o vínculo com o profissional é muito importante. O vínculo não é algo imposto, mas sim conquistado e isso só é possível com a convivência. Na pesquisa em tela, os profissionais não faziam parte da equipe da unidade prisional, eram estranhos naquele convívio e isso dificultou muito a adesão ao programa. Aqueles que permaneceram até o final da intervenção, principalmente aqueles que participaram do grupo de trabalho, formaram um vínculo efetivo com os pesquisadores. Isso pode ser comprovado pelo fato de dois sujeitos insistirem para que seus nomes fossem divulgados na pesquisa, e um deles solicitar que uma cópia da pesquisa lhe fosse enviada pelo correio. Cordioli (2008) refere que a efetividade do processo psicoterápico ocorre por um conjunto de fatores específicos e não específicos. Dentre os não específicos, que são aqueles comuns a todas as terapias está a capacidade do paciente e do terapeuta de formar vínculos.

Há uma curiosidade em relação à questão que visava a verificar se o indivíduo pertencia ou não a facção. É sabido que nas Unidades Prisionais no Estado de São Paulo existem diversas facções criminosas, e presos que pertencem a uma facção, ou que já estiveram presos em unidades em que determinada facção atua não podem ficar detidos em unidades nas quais outras facções atuam. Nas duas unidades que participaram da pesquisa a facção que atuava era o PCC e apenas dois integrantes da pesquisa afirmaram que eram membros da facção.

Não houve diferença estatisticamente significativa nas taxas de reincidência entre os participantes que estavam no grupo de trabalho e os que estavam no grupo controle. Alguns autores, apresentados a seguir, desenvolveram projetos similares e também não encontraram diferença significativa em suas amostras.

Caldwell et al. (2006) estudaram o impacto de um programa de tratamento intensivo na reincidência de adolescentes masculinos com características psicopáticas. Dois grupos foram comparados: um submetido ao “tratamento usual” e um grupo submetido a um programa de tratamento intensivo que é realizado em uma unidade específica. Esta unidade específica tem metade do tamanho de uma unidade normal e o dobro de funcionários. Para cada 28 jovens existe um psiquiatra, para cada 28 um psicólogo e para cada 14 um assistente social, além de uma enfermeira psiquiátrica o dia inteiro na unidade. As outras unidades não possuem equipe de saúde mental. Os autores referem que sanções tornam o comportamento desafiante cíclico. O programa tenta desfazer esses vínculos antagônicos, quebrar esse ciclo e substituir por vínculos convencionais. Sua conclusão mostrou que não foram

encontradas diferenças na reincidência de crimes menos violentos, pois estes crimes são mais influenciados por circunstâncias da vida do que fatores psicológicos. Por outro lado, o programa se mostrou mais eficaz quando focalizou os delinquentes de alto risco.

Lowenkamp et al. (2007), apresentando estudos sobre princípios de risco, citam um estudo de Bonta et al. (2000). Neste estudo foi feita uma avaliação de um programa de tratamento para agressores sob supervisão comunitária (monitoramento eletrônico e liberados condicionais), e outros benefícios oferecidos ao criminoso com monitorização eletrônica. Formaram-se três grupos: criminosos eletronicamente monitorados, liberados condicionais e presos que saíram em liberdade. O programa cognitivo-comportamental consistia de atendimentos em grupo com o intuito de se trabalhar de estratégias de como lidar com a raiva, pensamentos perigosos relacionados à criminalidade, abordagem sobre uso de drogas e prevenção de recaída. Além das intervenções em grupo, atendimentos individuais eram feitos para tratar de necessidades específicas. A conclusão do estudo mostrou um aumento de 17% nas taxas da reincidência dos delinquentes de baixo-risco. No entanto, os delinquentes de alto risco submetidos a este mesmo programa, apresentaram uma redução de 20% na reincidência. Os autores discutem que os criminosos de baixo risco ainda foram pouco expostos a pensamentos relacionados à criminalidade e com o programa ficam mais expostos a isso; a reincidência, então aumenta. A avaliação de risco foi feita usando uma escala auto-aplicável – *LSI-R Level of Service Inventory – Revised* (Bonta et al., 2000).

O estudo de meta-análise de Lowenkamp et al. (2006) demonstrou que os programas correccionais que foram analisados apresentam aumento em taxas da reincidência em delinquentes de baixo risco. Outro ponto mencionado foi que a eficácia do programa aumenta se a terapia comportamental-cognitiva for associada com outros serviços e mostrou a necessidade de o programa ser mais intensivo. Essas abordagens poderiam ser as apontadas por Lipsey et al. (2007): orientação em saúde mental, orientação vocacional, treinamento laborterápico e programas educacionais.

Petersila (2004), após rever estudos sobre o que funciona e o que não funciona em programas prisionais de reabilitação, concluiu que os programas devem ser intensivos (pelo menos 3 meses), devem ser focados em indivíduos de um risco mais elevado e devem usar técnicas cognitivas no tratamento. O autor aponta um problema: os resultados da literatura freqüentemente não são tão eficazes quando aplicados no cotidiano prisional.

8.1. Limitações do estudo:

No presente projeto de pesquisa, 110 sujeitos mostraram-se interessados em participar, mas, devido aos problemas relatados no contexto do estudo, o tamanho da amostra ficou muito pequeno quando os subgrupos foram analisados.

No que tange à duração da intervenção, esta deveria ser mais longa, no mínimo três meses, como afirma Petersila (2004) para que pudéssemos perceber mudanças significativas. No início do processo psicoterápico existe um desconforto inicial que

logo é superado. Os integrantes da pesquisa não tiveram tempo de superar esse desconforto. Além disso, segundo Lowenkamp et al. (2007), seria importante que os sentenciados também fossem acompanhados de outros programas, além do Programa de Prevenção a Reincidência Penitenciária. Apesar de os autores não explicitarem que outros programas seriam estes, supõe-se que estes seriam atividades laborativas, apoio à família, atividades educacionais, atendimentos individuais e trabalhos junto à comunidade que irá receber o egresso.

Sobre a coleta de dados, o pesquisador externo da unidade prisional causa muita desconfiança e insegurança aos detentos. Dessa forma, se o grupo de trabalho fosse realizado por um membro da equipe de reabilitação da própria unidade, haveria mais inscritos, não ocorreriam tantas perdas nem tantos boatos.

Não foi feita uma avaliação de risco dos sujeitos da pesquisa. A terapia cognitiva comportamental e o programa de reabilitação deveriam focar nos delinqüentes de alto risco, conforme aponta algumas pesquisas apresentadas no corpo do trabalho.

O ambiente prisional na época em que a pesquisa foi desenvolvida não era um ambiente propício para o desenvolvimento de trabalhos de reabilitação, como descrito no item “contexto do estudo”.

9 – CONCLUSÃO

A partir deste estudo pôde-se notar que a terapia cognitiva para prevenção de reincidência penitenciária, apesar de apresentar alguns resultados positivos, como a diminuição do medo de avaliação negativa, necessita ser revisto e reformulado.

Dessa forma sugere-se que estes pontos sejam reformulados e novos estudos sejam feitos para testar programas de prevenção de reincidência.

ANEXOS

O que mudou na sua vida depois que você começou a participar da facção?

8. Tem religião?

() Não () Sim Qual?

9. Com que frequência você vai o serviço religioso / culto / missa?

10. Com que frequência você reza / ora?

11. Estado civil:

Há quanto tempo estão juntos?

Qual a profissão dela (e)?

Como vocês se conheceram?

Conte-me alguma coisa que você queira sobre ela (e)?

Alguma vez ela (ele) já esteve presa (o)?

() Não () Sim Qual o motivo (artigo)?

12. Você tem filhos?

() Não () Sim Quantos?

Quais as idades deles?

Eles têm alguma passagem pela FEBEM?

() Não () Sim Qual o motivo?

Conte-me alguma coisa que você queira sobre ele (s)?

13. Você conheceu seus pais?

() Não () Sim Qual a profissão deles?

Eles já são falecidos / já morreram?

() Não () Sim Qual o motivo da morte?

Algum deles já foi preso?

() Não () Sim Qual o motivo (artigo)?

Conte-me alguma coisa que você queira sobre eles? (**especificar pai e/ou mãe**)

14. Você tem irmãos?

() Não () Sim Quantos?

Quantos mais velhos que você? (**anotar ordem de nascimento e sexo**)

Quantos mais novos que você?

(**anotar ordem de nascimento e sexo**)

Algum deles já foi preso?

() Não () Sim Qual o motivo (artigo)?

(**especificar qual ou quais dos irmãos**)

O que eles fazem (profissão)?

Conte-me alguma coisa sobre eles? **(FAZER GENOGRAMA)**

15. Como era sua vida quando era pequeno / adolescente?

16. Do que você lembra?

O que mais lhe marcou nessa época?

17. Você alguma vez já usou / experimentou algum tipo de droga (incluir o álcool)?

() Não () Sim Qual (is)?

Por quanto tempo?

Quando foi a última vez que você usou qualquer uma dessas substâncias?

(Se já interrompeu o uso) Que motivo te fez parar?

18. Esta é a primeira vez que você passa pelo Sistema (Penitenciário)?

() Não () Sim

Quantas vezes antes você já esteve no Sistema?

19. O que mudou na sua vida depois que você entrou no Sistema? (aspectos positivos e negativos)

20. Qual (is) é (são) o (s) delito (s) que você está condenado? ____

21. Você tem algum processo arquivado?

() Não () Sim Qual (is)?

22. Você tem algum processo em andamento?

() Não () Sim Qual (is)?

23. Você tem alguma condenação anterior, que você já pagou (cumpriu)?

() Não () Sim Qual (is)?

24. Atualmente, qual é o total da sua pena?

25. Quanto tempo você já cumpriu no total (há quanto tempo você está preso)?

26. Descreva, com detalhes, **como** ocorreu o delito, que você está condenado.

1º

O que passou pela sua cabeça naquele momento?

O que você sentiu naquele momento?

2º

O que passou pela sua cabeça naquele momento?

O que você sentiu naquele momento?

3º

O que passou pela sua cabeça naquele momento?

O que você sentiu naquele momento?

(obs: repetir os mesmos passos se houver mais de três condenações / processos)

Na sua opinião o que aconteceu na sua vida que fez com que você cometesse esses

27. Você acha que de alguma maneira você poderia ter evitado que esse (s) delito (s) acontecesse (m)?

() Não () Sim Como?

28. O que você acha da condenação que o juiz lhe deu?

29. O que você acha de estar preso?

30. O que você pretende fazer quando sair da Ala?

31. Como você imagina que será sua vida na rua depois de ter passado esse tempo preso?

a) Como você se sente quando imagina isso?

b) O que passa pela sua cabeça quando imagina isso?

c) (só se fizer parte de facção) Como você imagina que a facção que você pertence irá interferir na sua vida quando estiver em liberdade? (pesquisar pontos positivos e negativos)

32. Tem alguma coisa que eu não perguntei, que você queira me falar ou acrescentar na nossa conversa?

() Não () Sim

Questões adicionais para a entrevista após a realização dos grupos-piloto.

1. Qual a sua opinião sobre o trabalho realizado?

2. O trabalho trouxe alguma repercussão na sua vida? Sua vida mudou, de algum modo, depois desse trabalho? Em que?

ANEXO B – Escala de Estresse e Fuga Social (SAD)

(Watson e Friend, 1969)

Diga se é verdadeira ou falsa cada uma das afirmações que vou ler para você.

	<u>Afirmiação</u>	<u>V / F</u>	<u>PONTOS</u>
1	Sinto-me tranqüilo inclusive em situações sociais pouco familiares.	V / F	
2	Procuo evitar as situações em que sou obrigado a me mostrar muito sociável.	V / F	
3	Fico perfeitamente tranqüilo entre desconhecidos.	V / F	
4	Não sinto necessidade de evitar as pessoas.	V / F	
5	As situações sociais em geral me deixam muito nervoso.	V / F	
6	Quase sempre me sinto tranqüilo e à vontade em situações sociais.	V / F	
7	Normalmente fico calmo quando falo com pessoas do sexo oposto.	V / F	
8	Procuo não falar com as pessoas a menos que as conheça bem.	V / F	
9	Se tenho oportunidade de fazer novos amigos costumo aproveitá-las.	V / F	
10	Freqüentemente me sinto nervoso ou tenso em “festas” (reuniões informais) nas quais estão presentes pessoas de ambos os sexos.	V / F	
11	Normalmente fico nervoso em estar com outras pessoas a menos que as conheça bem.	V / F	
12	Geralmente me sinto à vontade quando estou com um grupo de pessoas.	V / F	
13	Em geral tenho vontade de ficar longe dos outros.	V / F	
14	Costumo “sentir vergonha” (me sentir constrangido) quando estou com um grupo que não conheço.	V / F	
15	Costumo ficar tranqüilo na companhia de uma pessoa que acabei de conhecer.	V / F	
16	O fato de me apresentarem a pessoas desconhecidas faz com que eu me sinta pouco à vontade e com medo.	V / F	
17	Mesmo que um lugar esteja repleto de desconhecidos entro tranqüilamente.	V / F	

18	Evito me aproximar de um grupo grande de pessoas e fazer parte dele.	V / F	
19	Quando meus superiores querem falar comigo, falo com eles sem ficar constrangido.	V / F	
20	Muitas vezes me sinto “nervoso” (ansioso) quando estou com um grupo de pessoas.	V / F	
21	Tenho a tendência de me distanciar das pessoas.	V / F	
22	Para mim não é motivo de preocupação falar com as pessoas em festas e em reuniões sociais.	V / F	
23	Raramente fico tranquilo quando estou em um grupo.	V / F	
24	Muitas vezes invento desculpas para evitar compromissos sociais.	V / F	
25	Às vezes me encarrego de apresentar as pessoas.	V / F	
26	Tento evitar “comportamentos” (atos) sociais muito formais.	V / F	
27	Costumo comparecer a todos os meus compromissos sociais.	V / F	
28	É fácil eu ficar à vontade em companhia de outras pessoas.	V / F	

T:_____

Gabarito: atribua 1 ponto para cada resposta V ou F que coincida com a resposta em negrito.

ANEXO C – Escala de auto-estima

(Rosenberg, 1965)

Responda os seguintes itens com a resposta que considerar mais adequada:

- 1 = Concordo totalmente
- 2 = Concordo
- 3 = Discordo
- 4 = Discordo totalmente

	<u>Afirmação</u>	<u>PONTOS</u>
1*	Sinto que sou uma pessoa digna de “respeito” (apreço), pelo menos igual aos outros.	*
2	Acho que no fundo sou um fracasso.	
3*	Creio que tenho várias qualidades boas.	*
4*	Posso fazer as coisas tão bem como a maioria das pessoas.	*
5	Creio que tenho muitos motivos para sentir orgulho do que sou.	
6*	Tenho uma atitude positiva em relação a mim mesmo.	*
7*	Em geral, estou satisfeito comigo mesmo.	*
8	Gostaria de me valorizar mais.	
9	Às vezes me sinto totalmente inútil.	
10	Às vezes penso que não sirvo para nada.	

T:_____

Gabarito: Somar a pontuação direta dos itens 2-5-8-9-10 e a pontuação invertida dos itens assinalados com asterisco (*) 1-3-4-6-7.

ANEXO D – Escala de Medo de Avaliação Negativa (FNE)

(Watson e Friend, 1969)

Diga se é verdadeira ou falsa cada uma das afirmações que vou ler para você.

	<u>Afirmação</u>	<u>V / F</u>	<u>PONTOS</u>
1	Quase nunca fico preocupado em parecer tolo diante dos outros.	V / F	
2	Fico preocupado com o que as pessoas pensarão de mim, até mesmo quando sei que isso não me causará nenhum problema.	V / F	
3	Fico tenso e nervoso se sei que alguém está me analisando / avaliando	V / F	
4	Não me importa saber se as pessoas estão tendo uma impressão desfavorável de mim.	V / F	
5	Fico muito aborrecido quando “dou um fora” (cometo alguma gafe).	V / F	
6	A opinião a meu respeito vinda de pessoas importantes causa-me pouca ansiedade.	V / F	
7	Muitas vezes tenho medo de parecer ridículo ou de fazer alguma bobagem.	V / F	
8	Só sei reagir quando outras pessoas me censuram.	V / F	
9	Muitas vezes tenho medo de que as pessoas percebam meus defeitos.	V / F	
10	A desaprovação dos outros não me afetaria muito.	V / F	
11	Se alguém está me avaliando, tenho a tendência de esperar o pior.	V / F	
12	Raramente me preocupo com a impressão que causo em alguém.	V / F	
13	Tenho medo que os outros não aprovem “meu comportamento” (minha conduta)	V / F	
14	Tenho receio que as pessoas “falem mal de mim” (me critiquem)	V / F	
15	Não me importa a opinião dos outros a meu respeito.	V / F	
16	Não me afeta sempre o fato de alguém não “ir com a minha cara” (simpatizar comigo).	V / F	
17	Quando falo com alguém fico preocupado com o que possa estar pensando de mim.	V / F	

18	Acho que às vezes é normal “dar um fora” (cometer gafes). Então, por que devo me preocupar?	V / F	
19	Em geral fico preocupado com a impressão que possa causar.	V / F	
20	Preocupa-me bastante o que meus superiores pensam de mim.	V / F	
21	Não me abalo com o fato de saber que alguém está me julgando.	V / F	
22	Fico preocupado que pensem que não faço diferença alguma.	V / F	
23	Não me importa muito o que os outros possam pensar de mim.	V / F	
24	Às vezes acho que estou demasiadamente preocupado com o que as outras pessoas pensam de mim.	V / F	
25	Freqüentemente preocupa-me o fato de que eu possa cometer erros ao falar ou agir.	V / F	
26	Quase sempre sou indiferente às opiniões dos outros sobre mim.	V / F	
27	Em geral acredito que os outros terão boa impressão de mim.	V / F	
28	Muitas vezes preocupa-me o fato de as pessoas que considero importantes, não terem uma opinião favorável a meu respeito.	V / F	
29	“Não descanso enquanto não souber” (fico obcecado em saber) a opinião que meus amigos tem de mim.	V / F	
30	Fico tenso e nervoso se sei que estou sendo julgado pelos meus superiores	V / F	

T: _____

Gabarito: atribua 1 ponto para cada resposta V ou F que coincida com a resposta em **negrito**.

ANEXO E – Questionário de Pensamentos Automáticos

Aqui está uma lista de vários pensamentos que às vezes passam pelas cabeças das pessoas. Por favor, ouça cada um e indique com que frequência eles ocorreram com você na **última semana**, segundo essa classificação.

0 – Nunca

1 – Às vezes

2 – Com uma frequência moderada

3 – Frequentemente

4 – Sempre

	<u>Afirmacão</u>	<u>PONTOS</u>
1	Sou respeitado pelos meus colegas.	
2	Eu me sinto como se estivesse lutando contra o mundo.	
3	Eu tenho bom senso de humor.	
4	Eu não estou bem.	
5	Meu futuro parece brilhante.	
6	Por que eu nunca sou bem sucedido?	
7	Eu vou ter sucesso.	
8	Ninguém me entende.	
9	Eu me diverti na companhia de outras pessoas.	
10	Eu deixei as pessoas tristes.	
11	Eu estou de bom humor.	
12	Eu acho que não consigo continuar.	
13	Existem muitas pessoas que se preocupam comigo.	
14	Eu gostaria de ser uma pessoa melhor.	
15	Tenho orgulho das minhas qualidades.	
16	Eu sou tão fraco	
17	Eu vou terminar o que eu comecei.	
18	Minha vida não está como eu gostaria que ela estivesse.	
19	Eu tenho muitas qualidades.	
20	Eu estou muito desapontado comigo.	
21	Sinto-me confortável com a minha vida	
22	Atualmente nada parece bom.	
23	Eu me dou bem com as pessoas.	
24	Eu não consigo mais aguentar isso.	
25	Eu sou uma pessoa de sorte.	
26	Eu não consigo “me sentir familiar”.	

27	Eu tenho amigos que me apóiam.	
28	O que há de errado comigo?	
29	A vida é “empolgante”.	
30	Eu gostaria de estar em algum outro lugar.	
31	Eu gosto de desafios.	
32	Eu não consigo fazer mais de uma coisa ao mesmo tempo.	
33	Minha vida social é ótima.	
34	Eu me odeio.	
35	Eu não tenho nada com que me preocupar.	
36	Eu me sinto desprezado.	
37	Estou tão relaxado / tranqüilo.	
38	Eu gostaria de desaparecer / sumir.	
39	Minha vida está fácil.	
40	O que é importante para mim?	
41	Estou satisfeito com minha aparência.	
42	Sou um perdedor.	
43	Eu me cuido bem.	
44	Minha vida é uma bagunça.	
45	Eu mereço sempre o melhor.	
46	Eu sou um fracasso.	
47	Dias ruins são raros.	
48	Eu nunca vou fazer isso.	
49	Eu tenho muitas qualidades úteis.	
50	Eu me sinto sem esperança.	
51	Não existe problema sem “solução / sem esperança”.	
52	Alguma coisa tem que mudar.	
53	Não vou desistir.	
54	Tem alguma coisa errada comigo.	
55	Eu guardo as minhas opiniões.	
56	Meu futuro é “frio / ruim”.	
57	Minha vida “poderia ser” melhor.	
58	A situação não pode piorar.	
59	Atualmente “tenho terminado muitas coisas”.	
60	Eu não consigo terminar nada.	

T: _____

Gabarito: Obtém-se a pontuação total somando-se as respostas numéricas de cada item.

ANEXO F – Escala de Atitudes Disfuncionais

Responda cada uma das afirmações da seguinte maneira:

0 Concordo totalmente

1 Concordo

2 Concordo parcialmente

3 Sou neutro

4 Discordo parcialmente.

5 Discordo totalmente.

	<u>ATITUDES</u>	<u>PONTOS</u>
1	É difícil ser feliz a não ser que eu tenha boa aparência, seja inteligente, rico e criativo.	
2	Felicidade é mais o modo como ajo do que como as outras pessoas me percebem.	
3	As pessoas provavelmente pensarão mal de mim se eu cometer um erro.	
4	Se eu não fizer sempre as coisas perfeitas não serei respeitado.	
5	É tolice correr um pouco de risco, porque se eu perder vai parecer um desastre.	
6	É possível ser respeitado por outros sem ter nenhum talento especial.	
7	Eu não consigo ser feliz a não ser que eu seja admirado por muitas pessoas que eu conheço.	
8	Quando uma pessoa pede ajuda é sinal de fraqueza.	
9	Se eu não me sair tão bem como outras pessoas isso significa que sou um ser humano inferior.	
10	Se eu falhar no meu trabalho significa que eu sou uma pessoa fracassada.	
11	Se você não pode fazer algo bem feito, não se importa em fazê-lo de outro modo.	
12	É bom cometer erros, assim posso aprender com eles.	
13	Se alguém não concorda comigo, isso provavelmente indica que ele não gosta de mim.	
14	Se eu falho em uma parte é tão ruim como se eu falhasse completamente.	
15	Se outras pessoas souberem como você realmente é, elas irão te desvalorizar.	
16	Eu não sou nada se uma pessoa que eu amo não me ama.	
17	As pessoas podem ter prazer por uma atividade sem se preocupar com o resultado final.	

18	As pessoas deveriam ter uma probabilidade razoável de sucesso antes de qualquer empreendimento.	
19	Meu valor como pessoa depende do modo como os outros me vêem.	
20	Se eu não estiver no topo por mim mesmo, eu serei uma pessoa de segunda categoria.	
21	Se eu sou uma pessoa com méritos / qualidades, eu preciso ser realmente excepcional, para pelo menos ser mais respeitado.	
22	Pessoas que tem boas idéias são mais merecedoras do que aquelas que não tem.	
23	Eu deveria ficar desanimado se eu cometo um erro.	
24	Minhas opiniões sobre mim mesmo são mais importantes do que as opiniões dos outros sobre mim.	
25	Para ser uma pessoa boa, que tenha moral e méritos/ qualidades, é preciso ajudar todos que necessitam.	
26	Se eu faço uma pergunta / se tenho uma dúvida, isso faz com que eu pareça inferior.	
27	É horrível ser criticado por uma pessoa que eu considero importante.	
28	Se você não tem outras pessoas para apoiar-se, você tende a ficar triste.	
29	Eu posso alcançar metas importantes sem me escravizar.	
30	É possível para uma pessoa receber uma bronca sem se sentir triste.	
31	Eu não posso confiar nas pessoas porque elas podem ser cruéis comigo.	
32	Se outras pessoas não gostam de você, você não pode ser feliz.	
33	O melhor é desistir de seus próprios interesses para agradar outras pessoas.	
34	Minha felicidade depende mais das outras pessoas do que de mim mesmo.	
35	Eu não preciso da aprovação das outras pessoas para ser feliz	
36	Se uma pessoa evita os problemas eles (os problemas) tendem a desaparecer	
37	Eu posso ser feliz mesmo se eu perder as coisas boas da vida.	
38	O que as outras pessoas pensam de mim é muito importante.	
39	Estar isolado das outras pessoas é o primeiro passo para se tornar infeliz.	
40	Eu posso achar a felicidade sem estar apaixonado por outra pessoa.	

T: _____

Gabarito: Obtém-se a pontuação total somando-se as respostas numéricas de cada item.

ANEXO G – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME DO PACIENTE :.....
 DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : SEXO : .M ? F ?
 DATA NASCIMENTO:/...../.....
 ENDEREÇO Nº APTO:
 BAIRRO:.....CIDADE
 CEP:..... TELEFONE: DDD (.....)
 2.RESPONSÁVEL LEGAL
 NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.)
 DOCUMENTO DE IDENTIDADE :.....SEXO: M ? F ?
 DATA NASCIMENTO.:/...../.....
 ENDEREÇO: Nº APTO:
 BAIRRO:..... CIDADE:
 CEP: TELEFONE: DDD (.....).....

II - DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA **Avaliação de um programa para prevenção de reincidência criminal**
 PESQUISADOR: **Fabiana Saffi**
 CARGO/FUNÇÃO: **Psicóloga**
 INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº **CRP: 06/50995-5**
 UNIDADE DO HCFMUSP: **Instituto de Psiquiatria**
 3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:
 SEM RISCO ? RISCO MÍNIMO **X** RISCO MÉDIO
 ?
 RISCO BAIXO ? RISCO MAIOR ?
 (probabilidade de que o indivíduo sofra algum dano como consequência imediata ou tardia do estudo)
 4.DURAÇÃO DA PESQUISA : **24 meses**

III - REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO PACIENTE OU SEU REPRESENTANTE LEGAL SOBRE A PESQUISA CONSIGNANDO:

1. justificativa e os objetivos da pesquisa: **A reincidência criminal está muito alta, fazendo com que as pessoas que já passaram pelo sistema Prisional retornem a este. Atualmente não existe um trabalho de reabilitação / reinserção social, sistematizado para a população carcerária, por isso foi elaborado um programa para prevenir que a reincidência ocorra. A partir desse trabalho pretendemos avaliar a eficácia desse programa e rastrear os fatores psicológicos e sociais que contribuem para desencadear o ato anti-social.**
2. procedimentos que serão utilizados e propósitos, incluindo a identificação dos procedimentos que são experimentais: **Serão realizadas entrevistas individuais, aplicação de inventários/ escalas (Escala de Estresse e Fuga Social, Escala de Auto-estima, Escala de Medo de Avaliação Negativa, Questionário de Pensamentos Automáticos e Escala de Atitudes disfuncionais), testes psicológicos (Teste de nível intelectual – R1) e discussões em grupos utilizando uma técnica psicológica (o enfoque cognitivo-comportamental).**
3. desconfortos e riscos esperados: **Não são esperados riscos, o que pode ocorrer é cansaço decorrente da aplicação dos testes e desconforto psicológico (angústia) desencadeado pelos temas abordados durante a discussão em grupo.**
4. benefícios que poderão ser obtidos: **A partir dos encontros e discussões, poder-se-á repensar o modo como se vive e mudar o comportamento anti-social, evitando assim o retorno ao Sistema Prisional (uma possível reincidência criminal).**
5. procedimentos alternativos que possam ser vantajosos para o indivíduo: **Atualmente no Sistema Penitenciário há procedimentos alternativos visando orientação psicossocial ao sentenciado em regime semi-aberto.**

IV - ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA CONSIGNANDO:

1. acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para dirimir eventuais dúvidas. **Você poderá ter acesso, quando quiser, às informações sobre você e sobre as etapas da pesquisa.**
2. liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuidade da assistência. **Em qualquer momento você pode desistir de participar desse trabalho sem que isso lhe traga prejuízos nas demais atividades da unidade.**
3. salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade. **Não serão divulgados seu nome, seu número de matrícula, nem qualquer informação que o identifique.**
4. disponibilidade de assistência no HCFMUSP, por eventuais danos à saúde, decorrentes da pesquisa. **Não é esperado que nenhum dano ou problema, decorrente do trabalho, mas se isso acontecer, você terá a sua disposição o atendimento, para esses problemas decorrentes da pesquisa, no Hospital das Clínicas de São Paulo.**
5. viabilidade de indenização por eventuais danos à saúde decorrentes da pesquisa. **Não é esperada a ocorrência de problemas decorrentes da pesquisa.**

V. INFORMAÇÕES DE NOMES, ENDEREÇOS E TELEFONES DOS RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA, PARA CONTATO EM CASO DE INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS E REAÇÕES ADVERSAS.

Dadas às características do projeto, a ocorrência de reações adversas não é esperada, mas caso isso ocorra entrar em contato no telefone 3069-6525.

VI - CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa
São Paulo, de de 20 .

assinatura do sujeito da pesquisa ou responsável legal

assinatura do pesquisador
(carimbo ou nome Legível)

ANEXO H – Gráficos **Gráfico 1 – Idade dos participantes da pesquisa** **Gráfico 2 – Escolaridade dos participantes da pesquisa**

Gráfico 3 – Proporção dos participantes da pesquisa que tinham profissão

Gráfico 4 – Frequência no serviço religioso dos participantes da pesquisa

Gráfico 5 – Estado civil dos participantes da pesquisa

Gráfico 6 – Proporção dos participantes da pesquisa que tinham um familiar preso

Gráfico 7 – Quantidade de prisões anteriores dos participantes da pesquisa

ANEXO I – Tabelas

Tabela 1: Quantidade de filhos declarados pelos participantes da pesquisa

Variável	N (%)
▪ Sem filhos	15 (34,88)
▪ 1 filho	10 (23,26)
▪ 2 filhos	6 (13,95)
▪ 3 filhos	4 (9,30)
▪ 4 filhos	4 (9,30)
▪ Mais de 4 filhos	4 (9,30)

Tabela 2: Tempo de condenação

Variável	N (%)
▪ 1 a 5 anos	19 (44,19)
▪ a 10 anos	17 (39,53)
▪ 11 a 15 anos	7 (16,28)

Tabela 3 - Comparação dos resultados das escalas aplicadas no do grupo controle e no grupo de trabalho dos sujeitos que iniciaram a pesquisa

Variável	Grupo		P
	Trabalho n=23	Controle n=20	
▪ Escala de estresse e fuga social	8,52 (5,23)	9,00 (4,34)	0,74
▪ Questionário de auto-estima	30,56 (2,82)	30,85 (3,48)	0,76
▪ Escala de medo de avaliação negativa	16,39(5,21)	13,65 (3,82)	0,05*
▪ Questionário de pensamentos automáticos	108,65(18,57)	108,10 (26,98)	0,93
▪ Questionário de atitudes disfuncionais	122,30 (27,11)	123,30 (14,61)	0,88

Tabela 4 - Comparação da média de idade, total da pena e tempo cumprido no do grupo controle e no grupo de trabalho dos sujeitos que iniciaram a pesquisa

Variável	Grupo		P
	Trabalho n=23 Média (DP)	Controle n=20 Média (DP)	
▪ Idade (anos)	29,48 (8,87)	30,85 (4,34)	0,58
▪ Total da Pena (anos)	6,54 (2,82)	6,12 (3,74)	0,68
▪ Quanto já cumpriu da pena (anos)	3,07 (2,28)	3,14 (2,21)	0,92

Tabela 5 - Comparação dos resultados das escalas dos sujeitos que concluíram e daqueles que abandonaram o programa

Variável	Concluiu		P
	Sim n=28 Média (DP)	Não n=15 Média (DP)	
▪ Escala de estresse e fuga social	9,00 (4,72)	8,26 (5,03)	0,63
▪ Questionário de auto-estima	30,71 (3,30)	30,66 (2,82)	0,96
▪ Escala de medo de avaliação negativa	15,85 (4,75)	13,73 (4,65)	0,16
▪ Questionário de pensamentos automáticos	114,03 (17,85)	97,86 (27,08)	0,02*
▪ Questionário de atitudes disfuncionais	120,50 (18,53)	127,00 (27,44)	0,36

Tabela 6 - Comparação da média de idade, total da pena e tempo cumprido dos sujeitos que concluíram e daqueles que abandonaram o programa

Variável	Concluiu		P
	Sim n=28 Média (DP)	Não n=15 Média (DP)	
▪ Idade (anos)	30,89 (8,62)	28,66 (6,78)	0,39
▪ Total da Pena (anos)	6,83 (3,58)	5,43 (2,48)	0,18
▪ Quanto já cumpriu da pena (anos)	3,25 (2,29)	2,82 (2,13)	0,55

Tabela 7 - Comparação dos resultados das escalas no início e no final do programa

Variável	N=28		P
	Antes Média (DP)	Depois Média (DP)	
▪ Escala de estresse e fuga social	9,00 (4,72)	6,82 (5,46)	0,03*
▪ Questionário de auto-estima	30,71 (3,30)	30,60 (2,65)	0,89
▪ Escala de medo de avaliação negativa	15,85 (4,75)	13,50 (5,93)	0,02*
▪ Questionário de pensamentos automáticos	114,03 (17,85)	147,42 (193,39)	0,37
▪ Questionário de atitudes disfuncionais	120,50 (18,53)	122,32 (27,54)	0,71

Tabela 8 - Comparação dos resultados das escalas no início e no final do programa apenas dos sujeitos que estavam no grupo de trabalho

Variável	N=15		P
	Antes Média (DP)	Depois Média (DP)	
▪ Escala de estresse e fuga social	8,73 (4,80)	7,46 (6,69)	0,46
▪ Questionário de auto-estima	30,33 (2,28)	30,66 (2,58)	0,69
▪ Escala de medo de avaliação negativa	17,46 (4,82)	14,00 (7,08)	0,01*
▪ Questionário de pensamentos automáticos	113,53 (19,49)	180,86 (26,84)	0,34
▪ Questionário de atitudes disfuncionais	118,73 (20,91)	123,33 (33,10)	0,56

Tabela 9 - Comparação dos resultados das escalas no início e no final do programa apenas dos sujeitos que estavam no grupo controle

Variável	N=13		P
	Antes Média (DP)	Depois Média (DP)	
▪ Escala de estresse e fuga social	9,30 (4,80)	6,07 (3,70)	0,01*
▪ Questionário de auto-estima	31,15 (4,25)	30,53 (2,84)	0,68
▪ Escala de medo de avaliação negativa	14,00 (4,08)	12,92 (4,48)	0,45
▪ Questionário de pensamentos automáticos	114,61 (16,52)	108,84 (23,28)	0,26
▪ Questionário de atitudes disfuncionais	122,53 (15,94)	121,15 (20,64)	0,82

Tabela 10 - Comparação dos resultados das escalas, dos sujeitos que reincidiram e não reincidiram, até 1 ano após o término da intervenção, que iniciaram o programa

Variável	Reincidência		P
	Sim n=13 Média (DP)	Não n=30 Média (DP)	
▪ Escala de estresse e fuga social	9,69 (5,80)	8,33 (4,31)	0,39
▪ Questionário de auto-estima	29,38 (2,10)	31,26 (3,33)	0,07**
▪ Escala de medo de avaliação negativa	13,53 (4,50)	15,80 (4,79)	0,15
▪ Questionário de pensamentos automáticos	102,69 (33,24)	110,86 (16,14)	0,28
▪ Questionário de atitudes disfuncionais	127,92 (20,85)	120,53 (22,37)	0,31

Tabela 11 - Comparação de idade, total da pena e tempo cumprido, dos sujeitos que reincidiram e não reincidiram, até 1 ano após o término da intervenção, que iniciaram o programa

Variável	Reincidência		P
	Sim n=13 Média (DP)	Não n=30 Média (DP)	
▪ Idade (anos)	27,23 (5,71)	31,36 (8,62)	0,12
▪ Total da Pena (anos)	6,69 (3,76)	6,20 (3,10)	0,65
▪ Quanto já cumpriu da pena (anos)	3,86 (2,66)	2,77 (1,97)	0,14

Tabela 12 - Comparação dos resultados das escalas, dos sujeitos que reincidiram e não reincidiram, até 1 ano após o término da intervenção, que iniciaram o programa e pertenciam ao grupo de trabalho

Variável	Reincidência		P
	Sim n=5 Média (DP)	Não n=18 Média (DP)	
▪ Escala de estresse e fuga social	7,40 (4,66)	8,83 (5,45)	0,59
▪ Questionário de auto-estima	30,40 (1,67)	30,61 (3,10)	0,88
▪ Escala de medo de avaliação negativa	17,00 (4,06)	16,22 (5,57)	0,77
▪ Questionário de pensamentos automáticos	117,80 (14,23)	106,11 (19,16)	0,22
▪ Questionário de atitudes disfuncionais	121,60 (11,08)	122,50 (30,36)	0,95

Tabela 13 - Comparação das médias de idade, total da pena e tempo já cumprido, dos sujeitos que reincidiram e não reincidiram até 1 ano após o término da intervenção, que iniciaram o programa e pertenciam ao grupo de trabalho

Variável	Reincidência		P
	Sim n=5 Média (DP)	Não n=18 Média (DP)	
▪ Idade (anos)	27,00 (6,89)	30,16 (9,40)	0,49
▪ Total da Pena (anos)	8,21 (4,25)	6,07 (2,35)	0,65
▪ Quanto já cumpriu da pena (anos)	4,60 (3,19)	2,64 (1,86)	0,09**

Tabela 14 - Comparação dos resultados das escalas dos sujeitos que reincidiram e não reincidiram até 1 ano após o término da intervenção, que iniciaram o programa e pertenciam ao grupo controle

Variável	Reincidência		P
	Sim n=5 Média (DP)	Não n=15 Média (DP)	
▪ Escala de estresse e fuga social	10,00 (5,74)	8,66 (3,95)	0,56
▪ Questionário de auto-estima	29,60 (0,89)	31,26 (3,93)	0,36
▪ Escala de medo de avaliação negativa	11,00 (3,39)	14,53 (3,64)	0,07**
▪ Questionário de pensamentos automáticos	96,60 (50,77)	111,93 (13,73)	0,54
▪ Questionário de atitudes disfuncionais	123,40 (8,61)	123,26 (16,38)	0,98

Tabela 15 - Comparação dos resultados das escalas antes e depois, dos sujeitos que iniciaram o programa, pertenciam ao grupo controle e reincidiram até 1 ano após o término do programa

Variável	N=4		P
	Antes Média (DP)	Depois Média (DP)	
▪ Escala de estresse e fuga social	12,00 (4,16)	6,75 (3,77)	0,01*
▪ Questionário de auto-estima	29,25 (0,50)	30,75 (3,94)	0,47
▪ Escala de medo de avaliação negativa	12,00 (2,94)	13,75 (5,25)	0,59
▪ Questionário de pensamentos automáticos	118,00 (19,61)	98,00 (16,41)	0,11
▪ Questionário de atitudes disfuncionais	122,50 (9,67)	109,25 (28,77)	0,51

Tabela 16 - Comparação das médias de idade, total da pena e tempo já cumprido, dos sujeitos que reincidiram e não reincidiram até 1 ano após o término da intervenção, que iniciaram o programa e pertenciam ao grupo controle

Variável	Reincidência		P
	Sim n=5 Média (DP)	Não n=15 Média (DP)	
▪ Idade (anos)	28,00 (6,67)	31,80 (7,16)	0,31
▪ Total da Pena (anos)	5,25 (4,27)	6,46 (3,66)	0,55
▪ Quanto já cumpriu da pena (anos)	3,48 (3,00)	3,02 (2,00)	0,70

Tabela 17 - Comparação dos resultados das escalas dos sujeitos que reincidiram e não reincidiram até 1 ano após o término da intervenção, que finalizaram o programa

Variável	Reincidência		P
	Sim n=9 Média (DP)	Não n=19 Média (DP)	
▪ Escala de estresse e fuga social	9,44 (4,82)	8,78 (4,79)	0,77
▪ Questionário de auto-estima	29,88 (1,36)	31,10 (3,88)	0,23
▪ Escala de medo de avaliação negativa	14,77 (4,29)	16,36 (4,98)	0,42
▪ Questionário de pensamentos automáticos	117,88 (15,67)	112,21 (18,91)	0,44
▪ Questionário de atitudes disfuncionais	122,00 (9,83)	119,78 (21,69)	0,77

Tabela 18 - Comparação das médias de idade, total da pena e tempo já cumprido, dos sujeitos que reincidiram e não reincidiram até 1 ano após o término da intervenção e que finalizaram o programa

Variável	Reincidência		P
	Sim n=9 Média (DP)	Não n=19 Média (DP)	
▪ Idade (anos)	28,33 (6,20)	32,10 (9,46)	0,28
▪ Total da Pena (anos)	7,09 (4,41)	6,71 (3,24)	0,80
▪ Quanto já cumpriu da pena (anos)	4,29 (3,04)	3,02 (1,72)	0,18

Tabela 19 - Comparação dos resultados das escalas antes e depois, dos sujeitos que terminaram o programa e reincidiram até 1 ano após o término do teste

Variável	N=9		P
	Antes Média (DP)	Depois Média (DP)	
▪ Escala de estresse e fuga social	9,44 (4,82)	6,55 (5,79)	0,05*
▪ Questionário de auto-estima	29,88 (1,36)	31,00 (3,04)	0,26
▪ Escala de medo de avaliação negativa	14,77 (4,29)	13,44 (6,50)	0,51
▪ Questionário de pensamentos automáticos	117,88 (15,67)	105,22 (14,04)	0,07**
▪ Questionário de atitudes disfuncionais	122,00 (9,83)	122,55 (26,81)	0,95

Tabela 20 - Comparação dos resultados das escalas antes e depois, dos sujeitos que terminaram o programa, estavam no grupo de trabalho e reincidiram até 1 ano após o término deste

Variável	N=5		P
	Antes Média (DP)	Depois Média (DP)	
▪ Escala de estresse e fuga social	7,40 (4,66)	6,40 (7,50)	0,61
▪ Questionário de auto-estima	30,40 (1,67)	31,20 (2,58)	0,45
▪ Escala de medo de avaliação negativa	17,00 (4,06)	13,20 (7,98)	0,16
▪ Questionário de pensamentos automáticos	117,80 (14,23)	111,00 (9,92)	0,46
▪ Questionário de atitudes disfuncionais	121,60 (11,08)	133,20 (22,32)	0,14

Tabela 21 - Comparação dos resultados das escalas, dos sujeitos do grupo de trabalho e grupo controle, que terminaram o programa e não reincidiram até 1 ano após o término deste.

Variável	Grupo		P
	Trabalho n=10 Média (DP)	Controle n=9 Média (DP)	
▪ Escala de estresse e fuga social	9,40 (4,97)	8,11 (7,78)	0,57
▪ Questionário de auto-estima	30,30 (2,62)	32,00 (4,94)	0,35
▪ Escala de medo de avaliação negativa	17,70 (5,35)	14,88 (4,34)	0,23
▪ Questionário de pensamentos automáticos	11,40 (22,04)	113,11 (16,02)	0,85
▪ Questionário de atitudes disfuncionais	117,30 (24,88)	122,55 (18,60)	0,61

Tabela 22 - Comparação das médias de idade, total da pena e tempo já cumprido, dos sujeitos do grupo de trabalho e grupo controle, que terminaram o programa e não reincidiram até 1 ano após o término deste.

Variável	Grupo		P
	Trabalho n=10 Média (DP)	Controle n=9 Média (DP)	
▪ Idade (anos)	31,92 (3,45)	32,33 (2,73)	0,92
▪ Total da Pena (anos)	6,50 (2,78)	6,96 (1,28)	0,76
▪ Quanto já cumpriu da pena (anos)	2,88 (2,18)	2,63 (1,13)	0,76

Tabela 23 - Comparação dos resultados das escalas antes e depois, dos sujeitos que terminaram o programa e não reincidiram até 1 ano após o término do deste

Variável	N=19		P
	Antes Média (DP)	Depois Média (DP)	
▪ Escala de estresse e fuga social	8,78 (4,79)	6,94 (5,46)	0,17
▪ Questionário de auto-estima	31,10 (3,88)	30,42 (2,52)	0,54
▪ Escala de medo de avaliação negativa	16,36 (4,98)	13,52 (5,83)	0,01*
▪ Questionário de pensamentos automáticos	112,21 (18,91)	167,42 (233,88)	0,32
▪ Questionário de atitudes disfuncionais	119,78 (21,96)	122,21 (28,61)	0,69

Tabela 24 - Comparação dos resultados das escalas antes e depois, dos sujeitos que terminaram o programa, não reincidiram até 1 ano após o término do deste e pertenciam ao grupo de trabalho

Variável	N=19		P
	Antes Média (DP)	Depois Média (DP)	
▪ Escala de estresse e fuga social	9,40 (4,97)	8,00 (6,61)	0,57
▪ Questionário de auto-estima	30,30 (2,62)	30,40 (2,67)	0,93
▪ Escala de medo de avaliação negativa	17,70 (5,35)	14,40 (7,01)	0,06**
▪ Questionário de pensamentos automáticos	111,40 (22,04)	215,80 (321,49)	0,32
▪ Questionário de atitudes disfuncionais	117,30 (24,88)	118,40 (37,44)	0,92

Tabela 25 - Comparação dos resultados das escalas antes e depois, dos sujeitos que terminaram o programa, não reincidiram até 1 ano após o término do teste e pertenciam ao grupo controle

Variável	N=9		P
	Antes Média (DP)	Depois Média (DP)	
▪ Escala de estresse e fuga social	8,11 (4,78)	5,77 (3,86)	0,02*
▪ Questionário de auto-estima	32,00 (4,94)	30,44 (2,50)	0,45
▪ Escala de medo de avaliação negativa	14,88 (4,34)	12,55 (4,39)	0,14
▪ Questionário de pensamentos automáticos	113,11 (16,02)	113,66 (25,03)	0,91
▪ Questionário de atitudes disfuncionais	122,55 (18,60)	126,44 (15,04)	0,36

Bouchard M, et al. Historique et principes. In Ladoucer R et al. (eds). *Thérapies behaviorqales*. Edisen, Quebec, 1977.

Cade NV. Terapia de grupo para pacientes com hipertensão arterial. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v.28 (6): p.300-304, 2001.

Caldwell et al. Treatment Response of Adolescent Offenders With Psychopathy Features *Criminal Justice and Behavior*, Vol. 33, No. 5, 571-596, 2006.

Carvalho Filho LF *A prisão*. São Paulo: Publifolha, 2002.

Carvalho MR. Terapia cognitivo-comportamental através da Arteterapia. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v.28 (6): p.318-321, 2001.

Código penal [\(Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984\)](#) Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/Del2848.htm

Coordenadoria dos Estabelecimentos Penitenciários do Estado, in www.admpenitenciaria.sp.gov.br

Cordioli AV. As principais psicoterapias: fundamentos teóricos, técnicas, indicações e contra-indicações In: CORDIOLLI (org) *Psicoterapias: abordagens atuais*, Porto Alegre: ArtMed, 2008.

Conselho Regional de Psicologia -SP Disponível em: www.crpsp.org.br/a_comis/prisional/gt_prisional.htm

Echeburúa E. *Vencendo a Timidez*. Tradução Regina Oliveira Rufino, São Paulo: Editora Mandarim, 1997.

Echeburúa E, et al. Psychological Treatment of Men Convicted of Gender Violence: A Pilot Study in Spanish Prisons. *J Offender Ther Comp Criminol*; v. 50; 57-70, 2006

Ellis A. *Reason and emotion in psychotherapy*., New York: Lyle Stuart, 1962.

Espíndola MZML, Lyra, VB O desenvolvimento moral em Lawrence Kohlberg. Disponível em: http://www.leg.ufba.br/twiki/pub/LEG/WebArtigos/moralidade_em_Laurence_Kohlberg.pdf

Falcone EO. O processamento cognitivo da ansiedade na fobia social. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v.28 (6): p.309-312, 2001.

Fernandes A. Terapia cognitivo-comportamental e cefaléias. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v.28 (6): p.305-308, 2001.

Ferreira ABH. *Novo Dicionário Aurélio*. São Paulo, Editora: Nova Fronteira, 2004.

França R. A fronteira da maldade. *Revista Veja*. 13 de fevereiro, p.50-1, 2002.

Gottfredson SD, Moriarty LJ. Statistical Risk Assessment: old problems an new applications *Crime & Delinquency*, 52, 178-200, 2006.

Gouveia P et al. Metodologia em reabilitação neuropsicológica de pacientes com lesão cerebral adquirida. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v.28 (6): p.295-299, 2001.

Guidano VF, Liotti G. *Cognitive processes and emotional disorders*. Guilford, New York, 1983.

Guthrie ER. *The psychology of learning* New York: Harper, 1935.

Histórico da Secretaria de Administração Penitenciária, in www.admpenitenciaria.sp.gov.br

Ito L. Abordagem cognitivo comportamental do transtorno de pânico. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v.28 (6): p.313-317, 2001.

Joseph S. Subscales of the Automatic Thoughts Questionnaire. *Journal of Genetic Psychology*. 1994. V. 155.

Kahn T. Sistema Prisional Brasileiro: algumas comparações internacionais e perspectivas para os próximos anos. *Revista do Ilanud*. nº 3, p. 43-50, 1997.

Kjelsberg E et al. Attitudes towards prisoners, as reported by prison inmates, prison employees and college students. *BMC Public Health*, 7:71, 2007

Knapp P. *Terapia Cognitivo-Comportamental na prática psiquiátrica*. Artmed, Porto Alegre, 2004.

Lei de Execução Penal Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/leis/L7210.htm>

Lima MVO, Wielenska RC. *Terapia Comportamental-Cognitiva*. In CORDIOLI, AV. *Psicoterapias – Abordagens Atuais*. Artmed, Porto Alegre, 1993.

Lima RC, Pires SRA. (2004) – As recentes alterações na Lei de Execução penal e a repercussão no Serviço Social. In: *Revista Ágora* - Fascículo atual - Ano nº 1.

Lipsey MW et al. Effects of Cognitive-Behavioral Programs for Criminal Offenders

Disponível em: http://db.c2admin.org/doc-pdf/lipsey_CBT_finalreview.pdf

Lopes JR, A. A (In)Prestabilidade Jurídica dos laudos Técnicos na Penal *IBCCRM*, São Paulo, 2003.

Loss et al. Julgamento moral: estudo comparative entre crianças institucionalizadas e crianças de comunidade de baixa renda com relação à emergência do sentimento de culpa *Psicologia Reflexão e Crítica* v.12 (1), 1999.

Lowenkamp CT et al. The risk principle in action: what have we learned from 13,676 offenders and 97 correctional programs? *Crime & Delinquency*, 52, 77 – 93, 2006.

Lowenkamp CT et al Reducing the Harm:Identifying Appropriate Programming for Low-Risk Offenders *Corrections Today*, vol.69 (6), 50-52, 2007.

Mahoney MJ. *Human change processes – The scientific foundations of psychotherapy*. Basic Books, New York, 1991.

Marlatt & Gordon. Prevenção de Recaída: estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos. Porto Alegre, 1993.

Meichembaum D. *Cognitive-behavior modification: an integrative approach* New York: Plenum, 1977.

Orsini MRCA et al. Adaptação brasileira da Escala de Atitudes Disfuncionais (DAS). *PsicoUSF*, jun. 2006, vol.11, no.1, p.25-33. ISSN 1413-8271.

Paixão AL. *Recuperar ou Punir? Como o Estado trata o criminoso* Coleção: Polêmicas do nosso tempo, São Paulo: Ed. Cortez, 1991.

Penteado G. Proporção de presos cresce na população. *Folha de São Paulo*. São Paulo, 09-12-2002. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/folha/cotidiano/ult95u64339.shtml>

Pimenta CAM. Dor crônica, terapia comportamental e o enfermeiro. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v.28 (6): p.288-194, 2001.

Plano de Trabalho da Secretaria de Administração Penitenciária para os anos 2001 e 2002, in www.admpenitenciaria.sp.gov.br

Polaschek DLL. et al Cognitive-behavioral rehabilitation for high-risk violent offenders: an outcome evaluation of the violence prevention unit. *J Interpers Violence*, v. 20 (12): p.1611-1627, 2005.

Rangé B. *Psicoterapias Cognitivo-comportamentais: Um diálogo com a Psiquiatria*. Artmed, Porto Alegre, 2001.

Raynor P, Miles H Evidence-based Probation in a Microstate: The British Channel Island of Jersey *European Journal of Criminology* 4: 299-313, 2007.

Remor, EA. Contribuições do modelo psicoterapêutico cognitivo na avaliação e tratamento psicológico de uma portadora de HIV - *Psicol. Reflex. Crit. vol.10(2)*; Porto Alegre, 1997

Romano AA, et al. Contributos para a validação da escala de auto-estima de rosenberg numa amostra de adolescentes da região interior norte do país. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8 (1), 109-116, 2007.

Sá AA. *Reincidência Criminal: sob o enfoque da psicologia clínica Preventiva*. São Paulo: EPU, 1997.

Saffi F, Bemvenuto RAAL, et al. Psicólogo e Sistema Penitenciário: Estudo com Profissionais Atuantes nas Unidades de Regime Fechado no Estado de São Paulo. São Paulo: HC FMUSP, 2002.

Salla F. *As prisões em São Paulo: 1822 a 1940*. São Paulo: Ed Annablume, 1999.

Salla F. De Montoro a Lembo: as políticas penitenciárias de São Paulo. *Rev. Bras. de Segurança Pública*, ano 1 Ed 1, 2007.

Seligman M. *Desamparo: Sobre depressão, desenvolvimento e morte* São Paulo: Hucitec, 1977.

Sharon C et al. Assessing Suitability for Offender Rehabilitation: Development and Validation of the Treatment Readiness Questionnaire *Criminal Justice and Behavior* Vol.34 Issue:11, 1427 to 1440, 2007.

Silva LCG. A pena de prisão e a reabilitação de presos. Disponível em: www.direitocriminal.com.br, 2001.

Skinner BF. *Ciência e comportamento humano*. Martins Fontes, São Paulo, 1982.

Thompson, A. *A questão penitenciária* - Ed. Forense, Rio de Janeiro, 2ª Ed., 1980.

Valliant PM, Antonowicz DM. Cognitive behaviour therapy and social skills training improves personality and cognition in incarcerated offenders, *Psychol Rep* 1991 Feb;68(1):27-33.

Wilson, D B et al. A quantitative review of structured, group-oriented, cognitive-behavioral programs for offenders. *Criminal Justice and Behavior*, 32, 172-204, 2005.

Wilson JR. (2005) Are cognitive problem-solving skills programmes really not working? A response to 'Evaluating Evidence for the Effectiveness of the Reasoning and Rehabilitation Programme', *Howard Journal*, v. 44 (3), 319-321, 2005.

Wolpe, J *Prática da Terapia Comportamental* São Paulo: Brasiliense, 1976.