

Universidade do Minho

Instituto de Ciências Sociais

Sílvia da Silva Cerqueira

Estigma percebido em ex-reclusos: impactos no trabalho, saúde e habitação

Dissertação de Mestrado

Mestrado em Crime, Diferença e Desigualdade

Trabalho realizado sob a orientação de

Professora Doutora Luísa Saavedra e Doutora Eunice Seixas

Outubro de 2017

Declaração

Nome: Sílvia da Silva Cerqueira

Endereço eletrónico: silvia.cerqueira@hotmail.com

Número do Bilhete de Identidade: 13917868

Título da Dissertação: Estigma percebido em ex-reclusos: impactos no trabalho, saúde e habitação.

Orientador(es): Doutora Luísa Saavedra e Doutora Eunice Seixas

Ano de conclusão: 2017

Designação do Mestrado: Mestrado em Crime, Diferença e Desigualdade

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO PARCIAL DESTA TESE/TRABALHO, APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE.

Universidade do Minho, ___/___/_____

Assinatura: _____

Agradecimentos

O resultado deste trabalho não seria possível sem a contribuição e ajuda de pessoas que me acompanharam nesta etapa. Em primeiro lugar, quero agradecer à minha orientadora Professora Doutora Luísa Saavedra pela sua ajuda e apoio durante este percurso, assim como pelos novos conhecimentos que me proporcionou. Agradeço também à Doutora Eunice Seixas que igualmente me ajudou na consolidação de conhecimentos.

Quero deixar a minha gratidão às Equipas de Reinserção Social do Ave e Cávado por serem tão prestáveis e me terem acolhido tão bem. Obrigada pelo interesse e dedicação para que este trabalho fosse possível. Um muito obrigado também aos participantes que aceitaram fazer parte deste estudo e que partilharam um pouco das suas experiências de vida, dando um pouco de si e do seu tempo.

Quero agradecer também à Eduarda por todo o carinho, compreensão e ajuda fundamental durante toda esta etapa.

Agradeço também ao Luís pelo constante apoio motivacional, especialmente nos momentos mais difíceis, assim como pela sua presença e companheirismo. Grata pela persistência em me fazer acreditar que o impossível para mim, é na verdade possível.

À Joana, que sempre esteve presente na minha vida académica e pessoal. Agradeço toda a motivação e ajuda imprescindíveis.

Agradeço, ainda, aos meus colegas de trabalho que igualmente acompanharam todo este percurso e que, cada um à sua maneira, me motivaram para a realização e conclusão deste trabalho.

Por fim, gostaria de dedicar este trabalho aos meus pais, que sempre acreditaram que o conseguia e sempre me ajudaram a ultrapassar todas as etapas da minha vida, sendo que esta não foi exceção.

Estigma percebido em ex-reclusos: impactos no trabalho, saúde e habitação

Resumo

O presente estudo foca-se nas experiências de estigmatização e discriminação de ex-reclusos em domínios como o trabalho, a saúde e a habitação. Uma vasta literatura tem-se debruçado sobre o tema das prisões, a vivência em reclusão e a reinserção social dos ex-reclusos. No entanto, em Portugal, são poucos os estudos que investigam as perceções e os processos de estigmatização e discriminação em ex-reclusos. Assim, os principais objetivos deste estudo são: compreender de que forma os ex-reclusos percecionam a discriminação social e a estigmatização e analisar se existe uma relação entre a discriminação percebida e as questões vivenciadas ao nível do trabalho, habitação e saúde. Através de uma metodologia quantitativa, que permite que seja abrangido um maior número de participantes, foram aplicados 104 questionários a ex-reclusos, em que sete são mulheres e 97 são homens, com uma média de idades de 42.13. Os resultados revelam que ter estado recluído é a principal razão para os ex-reclusos percecionarem estigmatização, sendo esta significativamente mais percebida em domínios como o trabalho e a habitação. Verifica-se ainda que os ex-reclusos enfrentam diversas dificuldades económicas e financeiras que interferem igualmente na sua perceção de estigmatização. Todavia, essas diversas dificuldades são enfrentadas e minimizadas devido ao apoio dos familiares e amigos.

Palavras-chave: ex-reclusos, estigma percebido, trabalho, saúde, habitação

Perceived Stigma on former prisoners: impacts on work, health and housing

Abstract

The present study focuses on experiences of stigmatization and discrimination of ex-prisoners in areas such as work, health and housing. A vast body of literature has focused on the subject of prisons, on living in reclusion and the social reintegration of ex-prisoners. However, in Portugal, few studies investigate the perceptions and processes of stigmatization and discrimination in ex-prisoners. Thus, the main objectives of this study are: to understand how ex-prisoners perceive social discrimination and stigmatization and to analyze whether there is a relationship between perceived discrimination and issues experienced in terms of work, housing and health. Through a quantitative methodology, which allows a greater number of participants to be covered, 104 questionnaires were applied to former inmates, in which seven are women and 97 are men, with an average age of 42.13. The results show that being incarcerated is the main reason for perceiving stigmatization and this is significantly more perceived in domains such as work and housing. It is also found that former prisoners face various economic and financial difficulties, which also interfere with their perception of stigmatization. However, these various difficulties are faced and minimized due to the support of family and friends.

Keywords: ex-prisoners, perceived stigma, work, health, housing

Índice

Introdução 1

PARTE I

Capítulo 1. Estigma e Rotulagem 5

1.1 Conceptualização de Estigma - Contributos Teóricos 5

1.2 Processos e impactos da estigmatização 9

1.3 Níveis e dimensões de estigma 11

1.4 Teoria da Rotulagem 13

Capítulo 2. Estigma/Discriminação Estrutural e Social 15

2.1 Estigma/ Discriminação no trabalho 16

2.2 Estigma/ Discriminação na saúde 20

2.3 Estigma/Discriminação na habitação 27

PARTE II

Capítulo 3. O Estudo 31

3.1 Método 31

3.2 Participantes 32

3.3 Instrumento 32

3.4 Procedimento 34

4. Resultados e discussão 35

4.1 Estigma Percebido: Total e Parciais 36

4.1.1 Razões para o Estigma 37

4.2 Trabalho e Estigmas Percebidos 40

4.2.1 Perceção de estigmatização e situação profissional atual 41

4.2.2 Perceção de estigmatização e trabalho anterior 41

4.2.3 Perceção de estigmatização e mudança de emprego 42

4.3 Habitação e estigma percebido 43

4.4 Dificuldades económico-financeiras 45
4.5 Saúde 49
Conclusões 52
Referências Bibliográficas 55
Anexos 64
Anexo 1 65

Índice de Tabelas

Tabela 1- Frequência do tipo de crime cometido.....32

Tabela 2- Frequência e percentagem de participantes que invocaram a razão "Por ter estado numa prisão.....37

Tabela 3- Frequência e percentagem de participantes que invocaram a razão "A sua origem étnica ou nacionalidade".....38

Tabela 4- Frequência e percentagem da situação profissional atual dos participantes.....40

Tabela 5- Frequência e percentagem de mudanças de emprego dos participantes.....43

Tabela 6- Frequência e percentagem: com quem os participantes vivem.....43

Tabela 7- Frequência e percentagem relativas ao local onde os participantes vivem.....44

Tabela 8- Frequência e percentagem das dificuldades que os participantes tiveram em pagar contas nos últimos 12 meses.....45

Tabela 9- Frequência e percentagem dos participantes que (não) recorreram a apoio à habitação nos últimos 12 meses.....46

Tabela 10- Frequência e percentagem de participantes que (não) recorreram a apoio a instituições nos últimos 12 meses.....48

Tabela 11- Frequência e percentagem de participantes (não) consumidores de droga atualmente.....49

Tabela 12- Frequência e percentagem relativas ao número de idas ao médico nos últimos 6 meses.....50

Índice de Figuras

Figura 1- Posto médio para cada um dos Estigmas.....36

Introdução

Uma vasta literatura tem-se debruçado sobre o estudo das prisões, as vivências da reclusão e a reinserção social dos reclusos. No entanto, são poucos os estudos que abordam as perceções de estigmatização dos ex-reclusos, especialmente em Portugal. Como afirmam Moore, Stuewig e Tangney (2013), os reclusos pertencem a um dos grupos da sociedade que mais sofre de estigma. No entanto a literatura que se debruça sobre os processos de estigmatização raramente tem em consideração esta população. Desta forma, torna-se pertinente o estudo desta população com base nos processos e nas perceções de estigmatização.

A análise do estigma envolve uma multidisciplinaridade e diversidade de conceptualizações. Para Goffman (1988), um dos pioneiros desta questão, o estigma corresponde a uma marca ou atributo que desvaloriza o indivíduo. Neste seguimento, e tendo em conta o contributo de Link e Phelan (2001), o processo de estigmatização ocorre quando a rotulagem, o estereótipo, a separação cognitiva, a perda de estatuto e por último a discriminação se interrelacionam e desdobram entre si. Assim, o estigma pode afetar de forma direta os indivíduos através de mecanismos de discriminação e ativação automática do estereótipo e, indiretamente, na medida em que pode ameaçar a identidade pessoal e social do indivíduo estigmatizado (Major & O'Brien, 2005). Além disso, o estigma tem também sido associado a uma saúde mental débil, doença física, baixo estatuto social, pobreza e acesso reduzido à habitação, educação e emprego (Finch, Kolody & Vega, 2000; Jackson et al., 1996; Ostrove et al., 2000; Quinn & Chaudoir, 2009; Link & Phelan 2001). De facto, a literatura tem vindo a indicar que os ex-reclusos são afetados pelas dificuldades em arranjar emprego, situações económicas debilitadas, tais como salários reduzidos (Alvarez & Loureiro, 2012) e dificuldades de acesso à saúde (Frank, Wang, Nunez-Smith, Lee & Comfort, 2014). Pretendeu-se assim compreender, nesta dissertação, em que medida os ex-reclusos percecionam a estigmatização e discriminação, assim como perceber se existe uma relação entre a estigmatização percebida e as questões de trabalho, saúde e habitação. Visou-se ainda perceber até que ponto o estigma pode afetar a saúde física e mental desta população, que apresenta condições de saúde mais vulneráveis comparativamente à sociedade em geral.

Este estudo apresenta-se como um contributo para perceber em que medida estas perceções de estigma podem afetar os domínios mais relevantes da vida dos ex-reclusos e a sua posterior reintegração social. A investigação poderá, assim fomentar a criação de novas políticas de reintegração social, tendo em conta que são raros os estudos deste género em Portugal. Este trabalho é apresentado nesta dissertação em três capítulos.

No capítulo 1, apresenta-se primeiramente uma conceptualização do estigma. Aqui será abordada a natureza multidisciplinar que caracteriza a concetualização e análise do estigma, sendo apresentados os contributos teóricos mais relevantes. Serão igualmente abordadas as críticas e os desafios atuais de uma conceptualização e análise do estigma. Posteriormente, serão apresentadas as componentes que constituem a definição de estigma, nomeadamente, a rotulagem, o estereótipo, a separação cognitiva, a perda de estatuto e principalmente, a discriminação. Seguidamente, descrevem-se os processos e impactos da estigmatização, nomeadamente, o tratamento negativo e a discriminação, as consequências dos estereótipos negativos, a ativação automática de estereótipos negativos, o estigma como um ameaça à identidade e por fim, os impactos pessoais do estigma, nomeadamente na autoestima, nos desempenhos académicos e ao nível do isolamento social. De seguida, são abordados brevemente os níveis e dimensões de estigma, designadamente o nível estrutural, social e individual que remetem respetivamente para as dimensões do estigma sendo estas, o estigma estrutural, o estigma público e os estigmas antecipado e percebido. O estigma percebido será alvo de um maior foco por constituir-se como o mais importante para o presente estudo. Por fim, é feita uma abordagem mais extensiva à Teoria da Rotulagem.

No capítulo 2, descrevem-se as principais questões evidenciadas pela literatura sobre os estigmas estruturais e sociais, nomeadamente o estigma e discriminação no trabalho, na saúde e na habitação. Relativamente ao estigma e discriminação no trabalho, são analisados os impactos que a prisão pode ter no trabalho, a importância do trabalho para a reintegração social dos ex-reclusos e os obstáculos e barreiras que tanto os reclusos como os empregadores enfrentam neste domínio. Em relação à questão do estigma e discriminação na saúde são primeiramente evidenciados os problemas de saúde da população reclusa, para de seguida, ser analisado o impacto que a prisão pode ter na saúde dos reclusos, assim como as potenciais barreiras que os ex-reclusos enfrentam no acesso aos serviços de saúde. Por fim, e mais

importante, são descritos os possíveis impactos que o estigma pode ter na saúde desta população.

Relativamente à questão da estigmatização e discriminação na habitação são abordadas as barreiras que os ex-reclusos enfrentam para ter acesso a uma habitação, e que podem ser de âmbito estrutural, individual e indireta. Para além das barreiras, são também analisados os apoios que estes indivíduos podem ter, nomeadamente apoios provenientes das suas famílias e companheiros íntimos. Por fim, são analisadas as consequências que os ex-reclusos podem sofrer caso lhes seja negado o acesso a uma habitação acessível e condigna.

No capítulo 3, é apresentado o estudo propriamente dito. Aqui são descritos o método utilizado, a técnica de investigação aplicada e o procedimento e, em seguida, os resultados da investigação. De forma a perceber em que medida os ex-reclusos percecionam a discriminação social e a estigmatização, assim como analisar se existe uma relação entre a discriminação e estigmatização percebida e as questões de trabalho, de saúde e habitacionais, foi utilizada uma metodologia quantitativa. Esta permitiu obter um maior número de dados, assim como medir estatisticamente a intensidade dos comportamentos da amostra em questão. Trata-se, assim, de um estudo transversal que se baseou na administração de questionários a uma amostra de conveniência constituída por 104 ex-reclusos de ambos os sexos. A opção pelos questionários possibilita que seja feita uma recolha mais eficiente de dados sobre uma amostra elevada (Giddens, 2004). Seguidamente é feita uma breve caracterização dos participantes, designadamente as suas características demográficas, como sexo, idade, local de nascimento, escolaridade e também o seu contacto com o sistema de justiça. De seguida, é feita uma descrição da metodologia da reflexão falada e da sua aplicação neste estudo, com o intuito de avaliar a compreensão do questionário. São também apresentadas as alterações feitas ao questionário, tendo em conta as sugestões da reflexão falada. Posteriormente, descreve-se o questionário, construído especialmente para este tudo, e cada uma dos itens respetivos. Por fim, é apresentado o procedimento, ou seja, explica-se onde e de que forma foi feita a administração dos questionários.

Os resultados são apresentados, interpretados e discutidos segundo as secções: Estigma, Trabalho, Habitação, Dificuldades Económico-financeiras e Saúde. Em todas as secções são apresentadas análises descritivas assim como inferenciais. Para a secção do estigma são apresentados os resultados relativos aos motivos da perceção de estigma dos participantes e de

que forma estes estão correlacionados com as perceções de estigmatização. Para o trabalho, são apresentadas as análises das perceções de estigmatização em função da situação profissional, do trabalho anterior ao atual e do número de mudanças de emprego. Para as questões habitacionais, são analisadas as perceções de estigmatização dos participantes em função de com quem e de onde vivem atualmente. Posteriormente, são apresentados os resultados das perceções de estigma em função das dificuldades em pagar as contas no final no mês, dos pedidos de apoio à habitação, assim como a outro tipo de instituições como, por exemplo, o Banco Alimentar e a Cruz Vermelha. Por fim, são analisadas as questões de saúde dos participantes assim como as perceções de estigma tendo em conta o consumo de drogas atual e o número de visitas ao médico realizadas nos últimos seis meses. Para os motivos dessas visitas serão apenas apresentadas análises descritivas.

A realização deste estudo permitiu adquirir e desenvolver novos conhecimentos na área do estigma e da discriminação, mais especificamente em relação à população ex-reclusa portuguesa. Desta forma, foi possível avaliar até que ponto os ex-reclusos percecionam estigmatização por terem estado na prisão, em domínios como o trabalho, saúde e habitação.

PARTE I

Capítulo 1. Estigma e Rotulagem

O estigma apresenta-se como um dos conceitos mais importantes para o presente estudo, tendo em conta que se pretende compreender a estigmatização percebida em ex-reclusos. A secção seguinte debruça-se sobre a conceptualização do estigma nos seus contributos teóricos mais relevantes. Posteriormente, são abordados os processos e impactos pessoais de estigmatização, assim como os níveis e dimensões de estigma. Por último, descreve-se a Teoria da Rotulagem.

1.1 Conceptualização de Estigma - Contributos Teóricos

É importante referir que a análise concetual do estigma é extensiva e apresenta variadas definições (Stafford & Scott, 1986 citado em Link e Phelan, 2001). Link e Phelan (2001) dão duas razões principais para que as definições de estigma variem tanto. A primeira é devido a este conceito ter sido aplicado a uma ampla variedade de circunstâncias e a segunda é o facto da investigação do estigma ser multidisciplinar. Efetivamente, o estigma é um conceito que interliga diversas áreas incluindo a sociologia, psicologia, e em particular a psicologia social, a saúde pública, a criminologia (Le Bel, 2008), mas também a antropologia, a ciência política e a geografia social (Yang et al., 2007). Para além disso, nas últimas décadas houve um crescimento no interesse pelo estigma no âmbito das ciências sociais (Le Bel, 2008).

Existem assim diversas variações na conceptualização de estigma. Erving Goffman é um dos pioneiros no estudo do estigma, sendo referido frequentemente e citado em investigações sobre o processo de estigmatização. De acordo com Goffman (1988) o conceito de estigma foi inicialmente criado pelos gregos que usavam sinais como cortes e fogo no corpo para evidenciar marcas negativas de determinado indivíduo. Estas marcas serviam para mostrar que esse indivíduo era um escravo, criminoso, traidor ou um indivíduo "poluído" e que portanto, deveria ser evitado (Goffman, 1988).

Para Goffman (1988), estigma é um atributo que é profundamente desprezível, correspondendo à depreciação de um indivíduo quando este foge à "normalidade". O autor afirma que perante um indivíduo que apresente um atributo que o torna diferente dos outros ele

deixa de ser considerado um indivíduo "comum e total" (p.6) sendo reduzido a um indivíduo corrompido e diminuído (Goffman, 1988). No entanto, Goffman (1988) também defende que o que realmente é preciso é uma "linguagem de relações e não de atributos" (p.6). Assim, é esta característica que define o estigma, sendo que este ocorre quando há uma discrepância entre a identidade social virtual, que representa como o indivíduo é caracterizado pela sociedade, e a identidade social real, que se constituí pelos atributos que o indivíduo realmente possui. Goffman (1988) indica três tipos de estigma: as abominações do corpo (as diversas deformidades do corpo); as culpas de carácter individual, tais como "as fracas vontades, paixões não naturais, desonestidade, prisão, desemprego e homossexualidade"; e por último, os estigmas tribais de raça, nação e religião. O autor nota que em todos estes três tipos de estigma se encontram as mesmas características sociológicas, ou seja, relativamente a um indivíduo que apresente uma característica diferente automaticamente será desviada a atenção de outras características que o indivíduo possua (Goffman, 1988).

Em consonância com a definição de estigma de Goffman (1988), que o define como um atributo, Jones e colaboradores (1984) usam o termo "marca" para descrever uma condição desviante imposta pela sociedade e que pode definir o indivíduo como "defeituoso ou estragado" (Jones et al., 1984). Desta forma, Jones e colaboradores (1984) dão ênfase à ideia de Goffman (1988), no sentido em que o estigma se representa na relação entre um atributo e o estereótipo, ou seja, o estigma é uma marca ou atributo que liga o indivíduo a características indesejáveis, o estereótipo (Jones et al., 1984).

Crocker, Major e Steele (1998) também deram o seu contributo para o estudo do estigma, relacionando-a com a identidade social. Esta é construída e define quem pertence a determinado grupo social, sendo que determinada característica determina uma identidade social que é desvalorizada em determinado contexto social (Crocker et al., 1998). Portanto, assim como Goffman (1988), estes autores também propõem que o estigma é uma "desvalorização da identidade social", sendo que este não se encontra inteiramente dentro do indivíduo estigmatizado, mas sim num determinado contexto social que define o atributo ou marca como uma desvalorização (Crocker et al., 1998).

À exceção de Erving Goffman, os autores referidos anteriormente dão um contributo para a conceptualização de estigma no quadro da área da psicologia social. Porém, esta perspetiva da psicologia social foi alvo de críticas, nomeadamente o facto de negligenciar o

ponto de vista do indivíduo estigmatizado e de se focar em demasia nas forças localizadas dentro do indivíduo assim como nos estereótipos, ao invés das forças sociais e condições estruturais que reproduzem a exclusão social da vida social e económica (Parker & Aggleton, 2003; Link e Phelan, 2001). Parker e Aggleton (2003) argumentam ainda que as análises psicológicas frequentemente associam o estigma percebido a marcas e atributos, pelo que o estigma passa a ser visto como uma característica do individuo estigmatizado, ao invés de uma designação que os outros atribuem a esse indivíduo.

Como Link e Phelan (2001) referem também, o estigma é um conceito com pouca clareza conceptual, sendo definido de formas distintas por diferentes autores, e aplicado de modo diferente e até controverso. Assim, estes autores propõem uma abordagem ao conceito de estigma num perspetiva sociológica propondo uma construção do conceito de estigma revisada.

Link e Phelan (2001), afirmam existirem dois desafios principais à conceptualização de estigma. O primeiro diz respeito ao facto de muitos cientistas, que não fazem parte de um grupo estigmatizado, estudarem o estigma através de perspetivas teóricas que não se baseiam nem se informam da experiência de vida dos indivíduos estigmatizados (Kleinman et al., 1995). O segundo desafio prende-se com o facto da pesquisa do estigma ter um foco mais individualista, ou seja, foca-se no alvo de estigmatização, nas suas perceções e consequências dessa mesma estigmatização. Portanto, estas análises veem o estigma como algo que o indivíduo possui, ao invés de um rótulo que os outros atribuem a esse indivíduo, verificando-se então uma desvalorização dos aspetos estruturais da estigmatização (Olivier, 1992 citado em Link & Phelan, 2001).

Posto isto, Link e Phelan (2001) propõem uma definição de estigma como sendo um conjunto de componentes interrelacionados, designadamente: a rotulagem, o estereótipo, a separação cognitiva, a perda de estatuto e a discriminação.

Relativamente à rotulagem, Link e Phelan (2001) explicam-na como sendo o processo de distinguir e rotular diferenças humanas. As diferenças maioritárias, como a cor do carro de determinado indivíduo, são geralmente ignoradas pois não são socialmente relevantes. Existe uma seleção social de diferenças humanas aquando da identificação de diferenças que importam socialmente, como por exemplo a cor de pele dos indivíduos, o género e preferências

sexuais. Deste modo, estes autores preferem o termo "rótulo" ao invés de "marca" pois afirmam que é algo que está afixado (Link & Phelan, 2001).

O estereótipo diz respeito às crenças da cultura dominante que associam os indivíduos rotulados a um conjunto de características indesejáveis, tratando-se de um estereótipo negativo. O terceiro componente, separação cognitiva, ocorre quando os indivíduos rotulados são colocados em categorias distintas, criando-se uma separação entre "nós", diferentes e melhores, e "eles", os grupos estigmatizados (Devine, Plant & Harrison, 1999). Portanto, a ligação de rótulos a características indesejáveis torna-se fundamental para fomentar a crença de que indivíduos rotulados negativamente são diferentes daqueles que não compartilham o rótulo.

Relativamente ao último componente do processo de estigma, Link e Phelan (2001) sugerem que o indivíduo rotulado experiencia a perda de estatuto e discriminação. Estes autores afirmam que embora a maioria das definições de estigma não inclua este componente, o conceito de estigma não contém o significado que é comummente atribuído sem estes componentes, que correspondem aos motivos pelos quais os indivíduos com rótulos negativos são considerados diferentes daqueles que não compartilham os rótulos. Portanto, na linha de raciocínio de Link e Phelan (2001), se um indivíduo é rotulado e associado a características indesejáveis e separado dos outros, então a lógica é de que este será desvalorizado, rejeitado e excluído. O estigmatizado irá então experienciar a perda de estatuto e consequentemente discriminação. A perda de estatuto diz respeito à posição descendente de um indivíduo na hierarquia social, sendo a principal consequência da rotulagem negativa efetuada com sucesso. Link e Phelan (2001) afirmam ainda que ter um estatuto desvalorizado na sociedade em geral pode desencadear formas concretas de desigualdade.

A discriminação refere-se ao tratamento desigual de indivíduos ou grupos que têm como consequência a produção ou o reforço de desvantagens sociais. Assim, para Pager e Shepard (2008), o foco no comportamento é a característica fundamental de definição de discriminação, sendo que esta pode ser motivada por preconceitos ou estereótipos (Pager & Shepherd, 2008). Também Blank, Dabady e Citro (2004) afirmam que a discriminação ocorre quando um grupo ou um membro de um grupo minoritário é tratado de forma diferente e desfavorável, como por exemplo, a negação de um emprego.

Posto isto, para Link e Phelan (2001) o conceito de estigma é concebido como um processo multifacetado quando a rotulagem, a separação cognitiva ou exclusão, o baixo estatuto social e a discriminação ocorrem numa situação de poder que permite que os componentes de estigma se desdobrem (Link & Phelan, 2001). Também Croker e Major (1989) definem grupos de estigmatizados como sendo grupos sociais sobre os quais a sociedade ou a cultura em geral têm atitudes, estereótipos ou crenças negativas a seu respeito, sendo um grupo de afastamento relativo ao grupo dominante numa sociedade. Como consequência, os indivíduos estigmatizados têm resultados interpessoais e económicos mais fracos que a sociedade em geral, ou seja, são discriminados por pertencerem a essa categoria social desvalorizada (Crocker & Major, 1989).

1.2 Processos e impactos da estigmatização

Uma das questões de análise da estigmatização prende-se com os processos pelos quais o estigma afeta o estigmatizado. Major e O'Brien (2005) descrevem quatro consequências fundamentais do processo de estigmatização. A primeira consiste no tratamento negativo e na discriminação, sendo que estas afetam diretamente o estatuto social, o bem-estar psicológico e saúde física, pois limitam o acesso a importantes domínios da vida (Major & O'Brien, 2005). Quanto ao baixo estatuto social resultante da discriminação, esta condição pode desencadear ainda mais discriminação (Link & Phelan, 2001). Deste modo, os membros destes grupos estigmatizados podem enfrentar dificuldades na procura de habitação, trabalho, na educação, nos serviços de saúde e no sistema de justiça criminal, podendo ainda ser discriminados pela família (Crandall & Eshleman, 2003), como iremos ver com mais detalhe no segundo capítulo deste trabalho.

Outra consequência da estigmatização referida por Major e O'Brien (2005) diz respeito à confirmação da expectativa inicial. Para os autores, esta ocorre quando os observadores, ao estereotiparem negativamente e a terem determinadas expectativas, poderem afetar diretamente os pensamentos, sentimentos e comportamentos dos estigmatizados. Assim, o comportamento de resposta dos estigmatizados pode confirmar a expectativa inicial dos observadores, podendo até desencadear mudanças consistentes na expectativa de auto-perceção dos estigmatizados (Fazio, Effrein & Falender, 1981).

Uma terceira consequência referida por Major e O'Brien (2005) consiste na ativação automática de estereótipos negativos. Quer isto dizer que os estereótipos culturais de grupos sociais dominantes podem afetar o comportamento dos indivíduos que são alvo desses estereótipos, mesmo na ausência de comportamento discriminatório por parte de outros. A consciência destes estereótipos pode afetar o comportamento através de ligações associativas na memória entre os estereótipos e os comportamentos que eles implicam e a ativação de estereótipos pode levar automaticamente a um comportamento que assimila ao estereótipo dos estigmatizados (Bargh, Chen & Burrows, 1996; Major & O'Brien, 2005). Major e O'Brien (2005) dão o exemplo do estudo realizado por Steele e Aronson (1995), em que o facto de um afro-americano ter de indicar a sua raça no início de um teste padronizado pode influenciar negativamente o desempenho desse individuo no teste, o que pode não acontecer se for um indivíduo caucasiano.

Major e O'Brien (2005) referem que as perspetivas contemporâneas que estudam o estigma dão uma maior importância a perceber até que ponto os efeitos do estigma são mediados pela perceção de estigmatização, ou seja, das perceções que os indivíduos estigmatizados têm da forma como os outros os veem, as suas interpretações dos contextos sociais, os seus motivos e objetivos. Estas perspetivas pressupõem que o estigma coloca as pessoas em risco de sofrer ameaças à sua identidade. Major e O'Brien (2005) chamam ainda a atenção para dimensões mais específicas da estigmatização, nomeadamente ao nível da autoestima e desempenho académico.

Relativamente à autoestima, Major e O'Brien (2005) referem que já foram anteriormente realizadas investigações empíricas de forma a perceber se existia uma relação entre o estigma e a autoestima, nomeadamente a autoestima pessoal e coletiva. Muitas das perspetivas clássicas indicam que os estigmatizados interiorizam a visão negativa que a sociedade em geral tem a respeito deles, pelo que seria de esperar que a autoestima dos estigmatizados estivesse ao mesmo nível do grau em que são desvalorizados (Twenge & Crocker, 2002 citado em Major & O'Brien, 2005). Desta forma, esperar-se-ia que os membros de grupos não estigmatizados tivessem uma maior autoestima do que os membros estigmatizados (Major & Obrien, 2005). Também Latalova, Kamaradova e Prasko (2014) argumentam que os indivíduos estigmatizados podem interiorizar preconceitos negativos e percebidos e desenvolver sentimentos negativos acerca deles próprios. De acordo com

Crocker e Major (1989), os membros de grupos estigmatizados devem ter uma menor autoestima do que os não estigmatizados pois deparam-se com oportunidades limitadas de controlar e manipular o seu ambiente, ou seja, a discriminação irá limitar a formação da autoestima destes indivíduos. No entanto, Major e O'Brien (2005) alertam para a necessidade de uma pesquisa mais extensiva de forma a perceber como as representações coletivas, os contextos situacionais e as características individuais afetam as medidas de autoestima entre os grupos estigmatizados.

Relativamente ao desempenho académico, Major e O'Brien (2005) afirmam que os desempenhos académicos diferem entre os grupos estigmatizados e os não estigmatizados. Vários estudos realizados indicam essas diferenças. Assim, as situações em que o desempenho académico está a ser avaliado podem apresentarem-se como ameaçadoras para a identidade social na medida em que as respostas a essa ameaça podem diminuir o desempenho académico (Major e O'Brien, 2005).

Segundo Biordi e Nicholson (2013), o isolamento social pode também constituir-se como outra dimensão de estigmatização na medida em que pode ocorrer como um efeito negativo do estigma. Estes autores afirmam que muitos indivíduos estigmatizados preferem cingir-se ao anonimato ao invés de se exporem na sociedade. Também Hatzenbuehler, Phelan e Link (2013) afirmam que existem evidências de que o isolamento social pode ser uma causa da estigmatização. Pachanskis (2007) argumenta que os indivíduos estigmatizados podem sentir receio da rejeição e da avaliação negativa por parte dos outros e evitam relacionamentos de forma a prevenir que o seu estatuto de estigmatizado seja descoberto. Este receio e isolamento pode assim impedir que o individuo estigmatizado receba o apoio que necessita (Pachanskis, 2007). Também em dimensões estruturais como o trabalho, a saúde e a habitação, os estigmatizados sofrem consequências de estigmatização e discriminação. Abordaremos estas consequências da estigmatização e da discriminação no capítulo 2.

1.3 Níveis e dimensões de estigma

No estudo do estigma é importante perceber os diferentes níveis e dimensões deste processo. Como referem Moore e colaboradores (2013), o estigma apresenta-se em três

níveis na sociedade: estrutural, social e individual. O nível estrutural de estigma diz respeito ao impacto das instituições sociais na marginalização de determinados grupos sociais, sendo o emprego, a habitação e o sistema de saúde exemplos de fatores estruturais. Já o nível social corresponde aos estereótipos e discriminação por parte de grupos da comunidade. Por fim, o nível individual traduz-se nas respostas individuais aos fatores ditos anteriormente (Link & Phelan, 2001).

No que concerne às dimensões de estigma, há o *estigma estrutural* que se enquadra no nível estrutural de estigma, o *estigma público* que diz respeito ao nível de estigma social e *os estigmas antecipado e percebido*, ambos respeitantes ao nível de estigma individual (Moore et al., 2013). De acordo com Corrigan e colaboradores (2005), o estigma estrutural é formado pelas forças sociopolíticas e apresenta-se quando políticas de instituições tanto privadas como públicas restringem de alguma maneira a oportunidade dos grupos sociais estigmatizados participarem na sociedade. Restrições na habitação, negação de determinado emprego, negações de benefícios e serviços são exemplos de estigma estrutural (Corrigan et al., 2005). O estigma público ocorre quando a população em geral tem reações negativas a indivíduos ou grupos que já possuem determinado rótulo, ou seja, corresponde aos estereótipos, preconceito e discriminação por parte dos outros (Corrigan, Larson & Kuwabara, 2010). O estigma antecipado ocorre quando o indivíduo antecipa e tem a preocupação de ser rejeitado ou discriminado devido à sua identidade, ou seja, é a antecipação de situações futuras (Quinn & Chaudoir, 2009).

Finalmente, e mais importante para o presente estudo, o estigma percebido que corresponde à perceção de um indivíduo das atitudes de estigmatização por parte dos outros em relação a si ou ao seu grupo, ou seja, corresponde a uma tomada de consciência do estigma (Moore et al., 2013). Berger, Ferrans e Lasheley (2001) definem estigma percebido como a perceção que um indivíduo tem do estigma público, ou seja, dos estereótipos, preconceitos e discriminação em relação ao seu "eu". Para estes autores, o estigma percebido pode suscitar reações negativas nos indivíduos a quem o estigma foi invocado (Berger et al., 2001). Portanto, o simples facto de os estigmatizados terem a noção de que são alvo de estigma pode implicar um fraco funcionamento psicológico e social (Moore et al., 2013).

1.4 Teoria da Rotulagem

A Teoria da Rotulagem apresenta-se como uma perspetiva de um nível mais macro, social e político, e constituindo-se também como contributo fundamental para este estudo. Esta teoria, que tem a sua origem nos anos 1960, fornece uma abordagem sociológica focando-se no papel que a rotulagem social tem no desenvolvimento do crime e do desvio (Bernburg, 2009). Esta teoria da *reação social* que é mais comummente denominada por Teoria da Rotulagem enquadra-se no interacionismo simbólico[1] e foi desenvolvida por autores como Edwin Lemert, Howard Becker e Erving Goffman, entre outros (Ferreira, 1955). De acordo com Giddens (2004), a teoria da rotulagem aborda o desvio como um processo de interação entre os desviantes e os não desviantes, ao invés de a abordar como um conjunto de características de determinado indivíduo ou grupo. Portanto, para os teóricos da rotulagem é importante perceber qual o motivo da atribuição de rótulos (Giddens, 2004).

Inicialmente, aquando da sua origem nos anos 60 (Knutsson, 1977), esta teoria foi e era amplamente aceite, porém, nos anos 70 foi alvo de diversas críticas como sendo vaga, simplista e ideológica (Bernburg, 2009). Ainda assim, os proponentes desta teoria consideram que as falhas apontadas eram sobretudo metodológicas, e que nas últimas décadas foram feitos esforços para melhorar o rigor científico desta teoria, superando ainda as ditas falhas metodológicas (Bernburg, 2009).

Segundo Brown, Esbensen e Geis (2010), o autor Frank Tannenbaum deu origem à perspetiva da rotulagem na sua publicação de 1938: "Crime and the Community". O autor procurou compreender e expandir as teorias do crime já existentes, focando-se no que acontece depois do indivíduo cometer o crime ou infração e tendo sido consequentemente punido, denominando este processo de reação social de "Dramatização do Mal". Portanto, Tannenbaum é apologista de que os criminosos não são necessariamente diferentes do resto dos indivíduos, mas sim os seus atos e comportamentos, que são chamados à atenção. Quer isto dizer que existe uma separação entre o ato cometido que é considerado "mau" e o indivíduo que é "mau" (Brown et al., 2010). Outro conceito introduzido por Frank Tannenbaum que está relacionado com a "Dramatização do Mal" é o "Relativismo Jurídico". Para o autor os atos não são

[1] O interacionismo simbólico é uma perspetiva sociológica assente na ideia de que a sociedade se constrói através de interações sociais entre os indivíduos. Pretende compreender e explicar o funcionamento da sociedade de baixo para cima com foco nos processos do quotidiano, analisando a interação entre os indivíduos num determinado contexto e o modo como estes dão significado a e constroem a realidade social (Carter & Fuller, 2015).

necessária e estritamente bons ou maus. Existem diversos graus de bem e de maldade pois a sociedade tem influência no rótulo aplicado a determinado ato. O propósito do autor é mostrar que o mesmo ato em diferentes contextos pode ser visto de forma diferente (Brown et al., 2010).

De acordo com Ferreira (1995), Edwin Lemert foi um dos principais autores para a construção da Teoria da Rotulagem entre os anos 50 e 60. Para Lemert o desvio aparece quando são aplicados rótulos negativos sem que exista necessariamente uma infração legal. Este autor distingue assim dois tipos de desvio, o desvio primário e o desvio secundário. O primeiro corresponde ao ato inicial de transgressão tendo como causas fatores sociais, culturais, físicos e psicológicos (Machado, 2008). O segundo diz respeito à resposta de defesa, ataque ou adaptação em função da reação social ao desvio primário. Embora o primeiro tipo de desvio vá contra os valores, normas e papéis de determinada sociedade, este não é muito relevante nem para o indivíduo nem para a sociedade. A sua relevância deriva da entrada em funcionamento do processo de rotulagem, dando passagem para o desvio secundário. Será este que apresenta a maior importância para a sociedade condicionando todo o comportamento posterior do indivíduo (Ferreira, 1995). Desta forma, aquando de uma reação social que produz um processo de rotulagem, ocorre o desvio secundário. Machado (2008), explica esta ideia de Lemert notando que após este processo de rotulagem, os indivíduos ditos desviantes constroem e integram em subculturas desviantes específicas que funcionam como resposta à rotulagem. Também Ferreira (1995) salienta que os indivíduos ou grupos sociais que foram sujeitos a um controlo social e a um processo de rotulagem são transformados em agentes ativos do desvio, sendo obrigados a construir uma identidade desviante e facilmente adotam o tipo de desvio secundário como reação própria.

Segundo a Teoria da Rotulagem são os grupos sociais que criam o desvio ao criar e impor regras. Assim, não é a qualidade do ato em si cometido que constitui o desvio, mas sim a consequência da aplicação das regras e sanções aos "infratores". Portanto, o desviante será o indivíduo a quem o rótulo foi aplicado com sucesso (Becker, 1963). Howard Becker é um autor de extrema importância no estudo do desvio e da rotulagem, dando um grande contributo com a sua obra "Outsiders" publicada em 1963. De acordo com Becker (1963), um determinado comportamento só se torna um comportamento desviante a partir do momento em que é definido como tal pela sociedade Aqui, advêm as relações de poder na sociedade, pois é esta

quem define os *"outsiders"*, ou seja, os indivíduos ou grupos de indivíduos que fogem à dita *"normalidade"* imposta pela sociedade. Portanto, as identidades desviantes não são construídas devido aos comportamentos desviantes, mas sim devido à rotulagem (Becker, 1963). Além disto, o autor explica que não é só este comportamento desviante que é determinante para a rotulação. Existem outros diversos processos que levam à aplicação do rótulo, como a forma de vestir, falar e a sua origem (Becker, 1963).

Por último, entre os vários autores da Teoria da Rotulagem, Erving Goffman é um dos maiores contribuidores para a esta teoria (Ferreira, 1995). Tal como Becker, Goffman procedeu a um trabalho de campo de observação microssociológica em instituições totalitárias no período entre 1991 e 1999, assim como de observação de interações sociais entre indivíduos estigmatizados e os ditos "normais" (Machado, 2008). Estas instituições totais compreendiam instituições de apoio a pessoas doentes e debilitadas, sanatórios, hospitais psiquiátricos, prisões, campos de concentração, campos de trabalho, mosteiros, entre outros (Ferreira, 1995). Goffman (1954,1957) sugere que estas instituições, ao invés de reabilitar, reprimem e controlam através da função das estruturas, das regras, regulamentos e práticas de controlo social. Goffman também analisou a questão do estigma social que está ligado à teoria da rotulagem, propondo que o controlo social tem um enorme impacto em todos os indivíduos e grupos sociais, pois todos que se afastam da normalidade podem ser alvo de estigma (Ferreira, 1995).

Passaremos, seguidamente, a debruçar-nos sobre o estigma e rotulagem dos ex-reclusos, pois estes são constantemente rotulados negativamente a vários níveis por terem tido comportamentos contra as normas sociais. Portanto, os indivíduos rotulados podem evoluir em duas direções: aceitar e agir em conformidade com o rótulo ou rejeitá-lo (Selosse, 1981 citado em Lima, 2001).

Capítulo 2. Estigma/Discriminação Estrutural e Social

Como foi referido anteriormente, o estigma pode ser concebido como um processo multifacetado quando a rotulagem, os estereótipos negativos, a exclusão, discriminação e o baixo estatuto-social coocorrem numa situação de poder (Link & Phelan, 2001). Segundo Moore

e colaboradores (2013), os reclusos enfrentam diversas dificuldades quando são libertos, pelo que serem estigmatizados como ex-reclusos constitui-se uma grande barreira para a sua reintegração social bem-sucedida. Esta desvalorização traz consigo consequências aos que sofrem de estigma, neste caso os ex-reclusos, a vários níveis e em várias esferas sociais tais como situações económicas e financeiras, situações de saúde e de habitação, que serão abordadas seguidamente.

2.1 Estigma/ Discriminação no trabalho

Inicialmente é pertinente referir quais os obstáculos que os ex-reclusos podem ter de enfrentar ainda dentro da prisão. A probabilidade dos indivíduos adquirirem novas competências enquanto reclusos é reduzida, pois os programas vocacionais estão muitas vezes fora de funcionamento, sendo que a tendência é a de que estes diminuam (Lynch & Sabol, 2001). Desta forma, um elevado número de reclusos, aquando da sua libertação, entram na sociedade sem terem participado em programas educacionais e vocacionais (Lynch & Sabol, 2001) e com pouco ou nenhum planeamento antecedente pelo que se espera que os ex-reclusos se encontrem sozinhos no mercado de trabalho (Williams, 2005).

Contextualizando na realidade portuguesa, Dores, Pontes e Loureiro (2013) relatam que apesar de existir um extenso programa de emprego para ocupar os reclusos em áreas que estes manifestem interesse, na realidade a grande parte do trabalho disponível é na arrumação das instalações prisionais, pelo que por vezes a atribuição deste trabalho é feito como uma forma de punição. Deste modo, as oportunidades de emprego dentro da prisão são insuficientes ainda que existam algumas oportunidades de recrutamento de reclusos para trabalhar por parte de empresas privadas. Quanto aos programas de treinamento vocacional, estes estão dependentes de qualquer trabalho disponível e muito limitado existindo apenas em algumas instalações prisionais. Se já existiram em tempos oportunidades de formação em áreas como serviços elétricos, manutenção de edifícios e reparações, estas foram abolidas aquando da terceirização de que as prisões foram alvo. Assim sendo, a organização e os métodos de trabalho realizados pelos prisioneiros não têm qualquer semelhança com os trabalhos que poderão realizar quando regressarem à sociedade (Dores et al., 2013). Os mesmos autores relatam ainda que existem programas educacionais ao nível elementar, secundário, cursos equivalentes ao nono ano e os reclusos podem até candidatar-se à universidade. No entanto, o interesse dos reclusos em se instruírem academicamente é reduzido, sendo que muitas vezes esse interesse reduzido deve-se

também ao facto de que os serviços de segurança usam a sua autoridade para anular os esforços em estudar (Dores et al., 2013).

Solomon, Johnson, Travis e McBride (2004) reforçam a importância da criação de oportunidades para os reclusos durante o encarceramento, de forma a melhorar as habilidades e perspetivas de emprego dos reclusos. Desta forma, quando regressarem à sociedade, os ex-reclusos estariam mais bem preparados, com as suas habilidades fortificadas e com sólidas experiências de trabalho. Neste sentido, poderia esperar-se um resultado mais positivo relativamente a rendimentos, apoio familiar, autoestima e consequentemente a diminuição da probabilidade de reincidência (Solomon et al., 2004).

Para os ex-reclusos, encontrar um emprego sustentável é uma componente importante na transição da prisão para a sociedade (Visher, Debus-Sherrill & Yhaner, 2011). A literatura indica que o trabalho traz benefícios em vários níveis, nomeadamente, ao nível individual, da família, da comunidade e ao nível social. O nível individual diz respeito à reabilitação do indivíduo, ou seja, assente na ideia de que o trabalho integra o indivíduo na sociedade atribuindo-lhe um papel social como membro produtivo da mesma. Assim, o trabalho traz benefícios para o indivíduo e mostra que este está encaminhado numa vida que não a do crime (Solomon et al., 2004). Os benefícios a nível familiar que o trabalho proporciona passam pela autonomia económica sendo-lhe também possível ajudar ou até mesmo sustentar as suas redes familiares e sociais. Ao nível da comunidade, o trabalho permite que os ex-reclusos contribuam e alcancem poder de compra em benefício da economia da sociedade. Por último, verificam-se benefícios para a sociedade em geral quando os ex-reclusos estão empregados em trabalho legítimo pois isto reforça a segurança pública da sociedade, na medida em que os ex-reclusos se tornam menos propensos a envolverem-se em atividades criminais (Solomon et al., 2004).

Deste modo, pode dizer-se que o sucesso da reintegração social desta população depende em parte da probabilidade dos ex-reclusos arranjarem ou não emprego (Holzer, Raphael & Stoll, 2004). De facto, o trabalho é um fator importante na vida de qualquer indivíduo para a aquisição das condições mínimas de sustentabilidade. No entanto, para diversas pessoas ou grupos como os ex-reclusos, obter um emprego pode ter dificuldades acrescidas e vários estudos apontam para uma forte associação entre a reclusão e o estatuto face ao trabalho (Pager, 2003). Para além do sistema de liberdade condicional que apenas monitoriza as atividades dos ex-reclusos após estes terem cumprido grande parte da sua sentença, não

existem outras estruturas de apoio e espera-se que os restantes ex-reclusos sejam autónomos e independentes na procura de um emprego (Williams, 2005).

A experiência por si só do contacto com o sistema de justiça leva a que as oportunidades económicas dos ex-reclusos sejam reduzidas consideravelmente (Pager, 2003). Lageson e Uggen (2013) revelam que a punição afeta o trabalho em termos de futura empregabilidade, salários e aptidões nos indivíduos com registo criminal. Assim, o registo criminal apresenta-se como um dos principais obstáculos para os ex-reclusos na procura de um emprego. O estigma que se encontra associado ao registo criminal impede que seja feita uma reintegração social no mercado de trabalho bem-sucedida e muitas vezes pode tornar-se uma marca para toda a vida destes indivíduos. Mesmo após um longo tempo da sentença cumprida e sem mais nenhum histórico criminal adicionado, o registo criminal continua a ser um requisito dos empregadores (Williams, 2005).

Para além do registo criminal, os ex-reclusos enfrentam dificuldades na procura de emprego também devido à sua baixa escolaridade, a elevadas taxas de desemprego na sociedade e à sua pouca experiência de trabalho, especialmente em empregos que oferecem estabilidade e salários dignos (Rasmussen, 1996; Visher et al*.,* 2011). Assim, em geral, os ex-reclusos voltam para a sua comunidade que apresenta taxas de desemprego elevadas e um alto nível de pobreza e crime (Williams, 2005).

Torna-se assim importante analisar outras componentes e características individuais para além do registo criminal que possam desencadear maiores dificuldades no acesso ao mercado de trabalho. Assim, as características demográficas do indivíduo, tal como a idade e a cor de pele, os antecedentes de preparação para o trabalho antes da libertação, a experiência de trabalho e os contactos com empregadores antes da prisão, as relações com a família e companheiros, as condições de saúde física e mental, o local de residência e os fatores de risco pessoais como o registo criminal e o abuso de substâncias, também podem afetar as probabilidades dos ex-reclusos conseguirem um emprego (Visher, et al., 2011). Para além das questões de saúde, também o uso de substâncias, bastante presentes nesta população, pode limitar e comprometer a habilidade dos ex-reclusos em enveredar no mercado de trabalho (Solomon et al., 2004).

Contudo, não só os ex-reclusos enfrentam obstáculos na questão de emprego. Também os próprios empregadores, pelo menos nos E.U.A., enfrentam obstáculos diretos, como as leis e os requisitos de licença ocupacional que excluem indivíduos com registo criminal de exercerem

determinado trabalho, assim como obstáculos indiretos como as leis que permitem que os empregadores excluam candidatos de trabalho devido ao registo criminal independentemente da extensão e da natureza do registo (Legal Action Center, 2004; Harris & Keller**,** 2005 citado em Visher et al*.,* 2011). Visher e colaboradores (2011) referem também que os empregadores podem não estar dispostos a responsabilizarem-se pelos possíveis riscos de contratar indivíduos com antecedentes criminais em empregos que exigem interação com o público, manuseamentos de dinheiro e contacto com crianças. Assim, uma das principais razões para os empregadores não contratarem ex-reclusos passa pelo facto de não confiarem no indivíduo e pelo receio de este cometer um crime novamente (Rasmusen, 1996; Williams, 2005).

Para os ex-reclusos que de facto conseguem um emprego é de notar, ainda assim, que estes apresentam baixos níveis de escolaridade e habilidades cognitivas deficientes, entre outros fatores pessoais que restringem as oportunidades de emprego, mesmo não considerando o encarceramento (Stoll, s.d.). Associando estes fatores ao estigma social que sofrem por terem tido contacto com o sistema de justiça, a permanência estável num emprego torna-se assim mais dificultada, tendo em conta a relutância dos empregadores em contratar indivíduos com histórico criminal (Holzer, Raphael & Stoll, 2006). As teorias que relacionam a reclusão com os salários revelam ainda que esta tem como efeito principal a redução do nível de salários e que os ex-reclusos sofrem de um aumento de salários mais lento que os indivíduos sem registo criminal (Western, 2002).

Os próprios ex-reclusos podem ter escolhas e comportamentos que limitam a probabilidade de arranjarem emprego. Estes podem enveredar por atividades ilegais ou atividades informais devido aos salários reduzidos e à falta de benefícios que predominam nos empregos que requerem baixas qualificações (Solomon et al., 2004). De referir ainda, que muitos ex-reclusos quando regressam à sociedade, retornam a comunidades que são caracterizadas por apresentarem altas taxas de desemprego. Os ex-reclusos podem assim ter de competir com indivíduos que apresentam igualmente baixos níveis de escolaridade mas têm mais experiência de trabalho e não possuem registo criminal (Solomon et al., 2004).

Segundo Lageson e Uggen (2013) há uma crença cultural estabelecida de que o trabalho é importante para combater o crime. A literatura constatou uma relação recíproca entre o trabalho e o crime. Esta relação é estabelecida na medida em que os indivíduos desempregados são mais propensos que os que estão empregados em enveredar por comportamentos criminosos e, por sua vez, os indivíduos que possuem um registo criminal apresentam

perspetivas de emprego mais fracas do que os indivíduos sem registo criminal (Decker, Spohn, Ortiz & Hedberg, 2014). Deste modo, Holzer (2007) constata que ao reduzir as perspetivas de emprego dos ex-reclusos, a probabilidade é a de que as taxas de reincidência de ex-reclusos aumentem, o que pode ter como consequência custos adicionais à sociedade. Assim, torna-se importante garantir o emprego a ex-reclusos para que o custo para os contribuintes seja reduzido, proporcionando uma maior estabilidade para a sociedade (Williams, 2005). Sendo o trabalho um dos domínios mais importantes para a sucedida reintegração social dos ex-reclusos, as tentativas falhadas dessa mesma reintegração poderão também ter um impacto negativo no aumento do crime e da vitimização criminal na sociedade (Holzer, 2007).

Para finalizar, importa reforçar a importância de um emprego estável na medida em que este permite que os ex-reclusos tenham acesso às suas necessidades básicas como a habitação, alimentação, vestuário e transportes e previne a probabilidade destes cometerem crimes de forma a compensar essas necessidades (Schulte & Cochling, 2013).

2.2 Estigma/ Discriminação na saúde

A saúde é uma dimensão importante na vida de qualquer indivíduo, inclusive na vida dos ex-reclusos. Comparativamente ao resto da população, os reclusos apresentam uma maior prevalência de doenças como hipertensão, asma, artrite, cancro cervical, hepatite (Binswanger, Krueger & Steiner 2009) e sida (Maruschak & Beavers 2009).

O serviço de saúde prestado dentro da prisão não é o melhor, sendo esta uma das mais comuns queixas dos reclusos (Newman & Scott, 2012), nomeadamente em Portugal (Dores et al., 2013; Saavedra, Seixas, Cameira e Silva, no prelo). Apesar das barreiras que os ex-reclusos podem enfrentar após a sua libertação, é de notar que devido a estes indivíduos terem estado na prisão, podem surgir consequências negativas na saúde destes aquando da sua libertação, especialmente na presença de estigma (Schnittker & John, 2007).

Para compreender esta relação entre o aprisionamento e a saúde é importante analisar os serviços de saúde disponíveis e funcionais assim como as condições sanitárias nas prisões. Na realidade portuguesa, as condições prisionais não são as mais favoráveis para a saúde dos reclusos. Dores e colaboradores (2013) apontam diversas falhas nos sistemas prisionais no que concerne a este aspeto que serão abordadas seguidamente.

Logo no processo de entrada dos indivíduos na prisão verificam-se erros que poderão comprometer a saúde destes. As prisões têm de registar todas as informações dos indivíduos, inclusive as queixas e ferimentos que estes apresentem. No entanto, isto não acontece, pois estas queixas e ferimentos não são documentadas nem fotografadas, sendo que os registos médicos dos ex-reclusos não apresentam nenhuma evidência de ferimentos, e quando apresentam são muito superficiais (Dores et al., 2013). Logo após a admissão, a regulamentação indica que os reclusos devem passar por uma entrevista com um enfermeiro num período de 24 horas e examinados por um médico num período de 72 horas. Dores e colaboradores (2013) revelam que este processo não é seguido devidamente, pois muitas vezes não acontecem de todo e quando acontecem levam um período de 15 dias até cinco meses, exceto quando as doenças são bastantes evidentes.

As questões de higiene tanto da prisão como dos reclusos também surgem como um aspeto importante na saúde dos reclusos. Dores e colaboradores (2013) defendem que as prisões devem ter requisitos mínimos de higiene de forma a adquirirem padrões básicos de dignidade humana, mas sugerem que o que acontece na realidade é que para além de sofrerem de excesso de lotação, as prisões apresentam condições precárias de higiene e saúde. A falta de limpeza é geral: a limpeza das celas compete aos prisioneiros que muitas vezes não têm os meios necessários para proceder à sua limpeza, as áreas comuns apresentam humidade e janelas partidas (Dores et al., 2013). Relativamente à higiene pessoal os reclusos têm acesso a pelo menos um banho por dia com tempo contado e muitas vezes sem água quente, e mensalmente recebem um número bastante reduzido de produtos de higiene, especialmente para as mulheres que necessitam dum maior número de produtos, sendo que os restantes devem ser comprados pelo recluso. As roupas fornecidas aos reclusos muitas vezes não estão em bom estado, assim como a roupa de cama que muitas vezes é inexistente por longos períodos de tempo (Dores et al., 2013).

No que diz respeito à nutrição, a quantidade de alimentos é inadequada e de baixa qualidade o que leva a que muitas vezes a refeição seja consumida fria. Relativamente ao exercício físico, as prisões portuguesas geralmente cumprem a legislação ao atribuírem duas horas de "ar livre" e uma hora de exercício por dia. Contudo, as instalações não têm as condições e espaço suficiente para tal, dificultando este processo (Dores et al., 2013).

Relativamente às questões mais concretas de saúde nas prisões Dores e colaboradores (2013) constatam uma falta de continuidade na prestação de cuidados de saúde, com um

impacto negativo na relação entre o profissional de saúde e o paciente. Isto acontece devido à terceirização de uma grande parte da prestação de serviços a empresas privadas de forma a ganhar uma eficiência de custos. Esta terceirização resultou em altos níveis de flutuações de equipas dentro dos estabelecimentos prisionais, pois a empresa contratada envia diferentes profissionais para cumprirem diversos turnos (Dores et al., 2013).

Relativamente aos serviços médicos mais especializados, estes estão supostamente disponíveis, mas na prática os doentes têm dificuldade ao seu acesso devido a barreiras administrativas e de segurança, sendo que durante a noite e os fins-de-semana está apenas presente um enfermeiro, faltando o médico especialista (Dores et al., 2013). Quanto aos serviços de dentista e oculares só os prisioneiros que têm possibilidades de pagar são vistos mais cedo, os restantes aguardam numa lista de espera de três meses para o dentista e não são vistos por optometristas. Para os prisioneiros portadores de doenças infeciosas ou contagiosas existe um processo de avaliação e o estabelecimento de medidas para prevenir o contágio. Porém, este regulamento é apenas seguido esporadicamente e os doentes não estão isolados, existindo somente um controlo de quem pode entrar na cela do doente (Dores et al., 2013).

Também os tratamentos para os reclusos com perturbações mentais são escassos, baseando-se apenas na administração de calmantes em situações que apresentam comportamentos intolerantes para os profissionais. Para além disso, as condições das prisões psiquiátricas são completamente inadequadas (Dores et al., 2013).

Para os reclusos com problemas de dependência de droga há um requisito de intervenção terapêutica, assim como programas de metadona e programas adaptados para a prisão. No entanto, estes programas não têm os melhores critérios médicos, podendo o tratamento passar apenas pelo fornecimento de ansiolíticos (Dores et al., 2013).

Partindo das condições das prisões, referidas anteriormente, Dores e colaboradores (2013) apresentam as consequências que advêm da crise económica do país. A partir de 2008 a população prisional teve um aumento constante, ultrapassando a sua capacidade em 20% (Dores et al., 2013), o que por si só tem um impacto negativo na saúde física e mental dos reclusos (Gatherer, Atabay & Hariga, 2014). As consequências desta sobrelotação em conjunção com a crise económica são visíveis ao nível da falta de produtos de saúde e de higiene, dos orçamentos decrescentes para a atribuição de alimentos, da crescente violência entre reclusos e para com o pessoal de segurança, da lentidão das transferências dos reclusos doentes para o

sistema nacional de saúde e da redução do orçamentos, que implicaram também o não pagamento ou despedimento de pessoal médico (Dores et al., 2013).

As condições de higiene e a saúde nas prisões são importantes em dois aspetos: na medida em que a saúde dos reclusos terá futuramente um impacto para a saúde pública em geral, pois os doentes que não recebem tratamento dentro da prisão quando retornam à comunidade podem levar consigo novas doenças e condições não tratadas que poderão afetar a saúde da comunidade (Gatherer, Enggist & Moller, 2014; Massoglia, 2008), e no compromisso da sociedade com a justiça social, pois os cuidados de saúde nas prisões podem ser cruciais para a redução das desigualdades na saúde tendo em conta que a maioria dos prisioneiros têm dificuldades socioeconómicas, educação limitada e dificuldades no emprego (Gatherer, Enggist et al., 2014).

Apesar destas deficientes condições de saúde nas prisões muitos dos reclusos já dão entrada na prisão com condições de saúde debilitada, sendo que outros já apresentam fatores como o nível de educação, pobreza e antecedentes de infância que, por si só, podem influenciar negativamente a saúde. Por outro lado, há estudos que revelam a existência de um impacto negativo da prisão na saúde dos reclusos, sendo que para quaisquer dos efeitos positivos que esta possa proporcionar, os impactos negativos a longo prazo serão sempre maiores (Schnittker, Massoglia & Uggen, 2011). Schnittker e John (2007) salientam a relevância da reclusão para a saúde dos reclusos em dois aspetos. O primeiro diz respeito aos impactos imediatos ou a longo prazo na saúde dos ex-reclusos que a prisão pode ter. Os impactos imediatos passam pelas doenças transmissíveis relativamente comuns e a violência entre os prisioneiros (Schnittker & John, 2007). Já os impactos a longo prazo dizem respeito ao aceleramento das diversas desvantagens que os reclusos enfrentam após a sua libertação, como o desemprego e a reduzida reintegração social que estão relacionados com uma saúde mais debilitada (Sampson e Laub, 1993 citado em Schnittker & John, 2007). O segundo aspeto corresponde à relação entre o encarceramento com outras formas de desigualdade como as desvantagens socioeconómicas de vários indivíduos que podem ser prejudiciais para a saúde, como evidenciado num estudo de Wacquant (2001) sobre a relação entre o encarceramento e o gueto. Estas desvantagens socioeconómicas por si só estão relacionadas com a saúde, as doenças e a mortalidade, pois o baixo estatuto socioeconómico torna os indivíduos mais vulneráveis a fatores de stress e comportamentos de risco (Catalano, 2000).

Portanto, para Schnittker e colaboradores (2011) os mecanismos da prisão com impacto negativo na saúde não são claros mas refletem outros fatores tais como o emprego, o rendimento, a probabilidade de estabelecer uma relação conjugal assim como os seguros de saúde que têm o seu papel nos efeitos a longo prazo na saúde. Estes fatores referidos podem agravar as condições de saúde preexistentes dos reclusos, sendo que os restantes mecanismos com impacto negativo na saúde provavelmente dizem respeito à discriminação, stress e outras dimensões psicossociais (Schnittker et al., 2011). Segundo Massoglia (2008), são as doenças infeciosas transmissíveis e os problemas de stress que são mais relatados tanto por reclusos como por ex-reclusos, sendo que as outras doenças parecem não ter relação com o encarceramento.

Para Schintter e John (2007) existe assim um alto risco de insuficiência após a libertação independentemente do tempo de duração da pena cumprida (Schintter & John, 2007). Desta forma, aquando do regresso dos reclusos à sociedade, o atendimento médico regular é uma forma de prevenir comportamentos de risco desta população que podem ter como consequência a reincidência (Marlow, White & Chesla, 2010) e o aumento do risco de mortalidade na comunidade (Binswanger et al., 2007). Porém, é após a sua libertação que estes indivíduos tendem a ter um acesso mais dificultado e limitado aos serviços de saúde (Frank et al., 2014), tendo ainda em conta que os ex-reclusos apresentam maiores problemas de saúde física e mental, assim como distúrbios de dependência mais elevados que o resto da população (Marlow et al., 2010).

A discriminação devido ao registo criminal apresenta-se como a principal causa de uma saúde mais debilitada dos ex-reclusos (Frank et al., 2014), pois constitui-se como uma barreira adicional no acesso aos serviços de saúde (Schnittker & John, 2007). Assim, o registo criminal é identificado como um estatuto de estigmatização social na medida em que pode resultar em tratamentos injustos por parte dos profissionais de saúde, assim como em outras dimensões da vida de um individuo (Schnittker & John, 2007). Frank e colaboradores (2014) afirmam que dadas estas condições é bastante provável que os ex-reclusos antecipem e percecionem discriminação nos serviços de saúde. Ainda assim, a compreensão de como os ex-reclusos têm acesso aos serviços de saúde e a empregam como parte da sua reintegração social apresenta limitações, pelo que se torna importante perceber de que modo os ex-reclusos percecionam o atendimento e prestação dos serviços de saúde (Marlow et al., 2010).

Para além do registo criminal que pode influenciar negativamente o acesso aos serviços de saúde dos ex-reclusos, existem outras barreiras que também se devem ter em conta. Marlow e colaboradores (2010) realizaram uma investigação qualitativa com indivíduos do sexo masculino, portadores de doenças crónicas e que estiveram presos pelo menos duas vezes. Este estudo revelou que para além do registo criminal os ex-reclusos podem ter de enfrentar barreiras financeiras, administrativas e o comportamento descuidado dos profissionais de saúde (Marlow et al., 2010). As barreiras financeiras identificadas referem-se ao facto de os ex-reclusos poderem não ter seguro de saúde e enfrentarem dificuldades financeiras. Já as barreiras administrativas dizem respeito aos obstáculos impostos por burocracias e processos para receber os cuidados de saúde necessários, o tratamento ineficaz por parte dos profissionais de saúde, assim como o excesso de tempo de espera para receber o serviço. Por último, o comportamento descuidado dos profissionais de saúde. A disposição dos participantes da investigação foi limitada devido às interações com os profissionais de saúde que apresentavam falta de empatia e estigmatizavam os pacientes devido aos seus distúrbios e dependências (Marlow et al., 2010). No entanto, neste estudo, também se identificaram dois aspetos facilitadores do acesso aos serviços de saúde: o comportamento profissional dos profissionais de saúde e o fácil acesso a estes devido à localização conveniente dos serviços, o baixo custo dos serviços prestados e acesso a fontes de pagamento. Portanto, não existindo as barreiras sociais e estruturais, o acesso aos serviços de saúde dos ex-reclusos foi facilitado (Marlow et al., 2010).

Posto isto, torna-se pertinente para o presente estudo analisar os impactos que o estigma tem na saúde dos indivíduos estigmatizados, nomeadamente nos ex-reclusos. De acordo com Hatzenbuehler e colaboradores (2013) o estigma afeta vários processos como a disponibilidade de recursos, as relações sociais, as respostas sociais e comportamentais e o stress, que por sua vez podem ter impactos negativos na saúde. Também Link e Phelan (2006) sugerem que os processos de estigma têm um impacto negativo nas oportunidades de vida dos indivíduos estigmatizados, nomeadamente nas oportunidades de emprego, habitação e acesso a serviços de saúde, mas há pouco reconhecimento disto. Para estes autores, este reconhecimento reduzido deve-se ao facto de que as tentativas de medir o impacto do estigma se restringem apenas a uma circunstância e a um resultado (Link & Phelan, 2006). Assim, considerando várias circunstâncias e resultados em conjunto, Link e Phelan (2006) acreditam que os impactos nas oportunidades de vida dos estigmatizados seriam enormes. Os autores argumentam que há uma forte ligação entre o estatuto económico, a doença e a morte.

Portanto, indivíduos com mais recursos, rendimentos, poder, prestígio e conexões sociais tendem a ser mais capazes de evitar riscos e de adotar estratégias de intervenção. Sendo que o estigma coloca os indivíduos estigmatizados numa posição bastante mais desfavorável, estes ficam mais expostos a riscos o que influencia negativamente a sua saúde (Link & Phelan, 2006).

Deste modo, um dos impactos da estigmatização corresponde ao stress que advém da negação e da falta de oportunidades que os estigmatizados enfrentam na vida, e que por si só afeta a saúde física e mental destes (Gibbs & Fuery, 1994 citado em Link & Phelan, 2006). Para Link e Phelan (2006), este stress está também associado ao receio da ameaça de sofrerem de estigma. Os estigmatizados podem sofrer de depressão e ansiedade (Quinn & Chaudoir, 2009), que por sua vez, podem associar-se simultaneamente a outras doenças. Como consequência pode verificar-se um agravamento de sintomas médicos, uma diminuição de comportamentos saudáveis e mesmo um maior risco de mortalidade (Katon & Ciechanowski, 2002).

Com base num estudo acerca da relação entre as perceções e experiências de racismo e a saúde física e mental, Jackson e colaboradores (1996) revelam que os indivíduos estigmatizados têm um maior risco de problemas de saúde mental e física que advêm dessas mesmas perceções e experiências de estigma. A discriminação, sendo uma componente do estigma, afeta diretamente a saúde dos estigmatizados e também de modo indireto, através de mecanismos de ameaça à identidade (Link & Phelan, 2001). Para Chen e Matthews (2003), estas ameaças à identidade levam a emoções negativas e respostas de ameaça fisiológica, como o stress, que por sua vez podem desencadear uma variedade de problemas de saúde, como um aumento da pressão arterial e outras doenças cardiovasculares. Deste modo, o estado de stress, se for constante, poderá refletir impactos negativos na saúde a longo prazo (McEwen, 2000).

O estigma percebido subjetivo e as experiências objetivas de discriminação encontram-se lado a lado no que respeita ao nível de importância e nas consequências negativas na saúde física e mental, como a depressão. (Finch et al., 2000; Jackson et al., 1996). Também o estatuto social está relacionado com a saúde assim como as experiências de discriminação estão relacionadas com dificuldades psicológicas e problemas de saúde física como hipertensão e dor crónica (Adler et al., 2000; Ostrove et al., 2000). No entanto, Major e O'Brien (2005) argumentam que estes estudos apresentam limitações, uma vez que não fazem a distinção entre a exposição objetiva a acontecimentos negativos e a perceção subjetiva de discriminação. Para os autores, o facto de estes estudos serem correlacionais faz com que seja possível que seja a emoção negativa a predizer a perceção de discriminação, em vez do contrário. Por último,

não se analisam outros fatores externos que podem interferir nos resultados das correlações (Major & O'Brien, 2005). Major e O'Brien (2005) concluem assim que são necessários mais estudos para avaliar quais os impactos negativos da discriminação percebida na saúde física e mental.

2.3 Estigma/Discriminação na habitação

A saúde e trabalho não são os únicos domínios importantes na vida dos ex-reclusos. Também a habitação tem a sua importância para uma reintegração com sucesso dos ex-reclusos na sociedade (Fontaine & Biess, 2012). No entanto, as questões de habitação podem apresentar-se também como uma dificuldade para os ex-reclusos, por diversos motivos que passaremos a detalhar.

Encontrar uma habitação é um desafio por diversas razões (Visher, La Vigne & Travis, 2004). Os ex-reclusos enfrentam barreiras estruturais e individuais à habitação (Metraux, Roman & Cho, 2007; Scally & Newman, 2003). Uma das barreiras corresponde à localização geográfica das prisões que tendem a ter uma localização rural, pelo que quando os reclusos são libertados têm de voltar a áreas urbanas bastante distantes. Este problema geográfico dificulta o retorno dos prisioneiros ao mercado imobiliário assim como o fornecimento de apoio à habitação por parte dos profissionais de assistência social (Metraux et al., 2007). Outra barreira que os ex-reclusos enfrentam prende-se com o facto de que muitas vezes não serem elaborados planos prévios nem existirem programas de apoio para a habitação para os reclusos preparem a sua reintegração (Metraux et al., 2007). Scally e Newman (2003) referem que os ex-reclusos enfrentam também barreiras políticas de reintegração, nomeadamente a falta de financiamento de habitação a preços acessíveis assim como a falta de financiamento direto na habitação, o que seria perfeitamente justificável tendo em conta a sua situação.

Além disso, ainda segundo os mesmos autores, os ex-reclusos apresentam maiores percentagens de consumos de droga e problemas de saúde mental e física do que a população em geral. No caso dos consumidores de drogas, se não receberem tratamento adequado enquanto encarcerados, quando regressam à sociedade estes problemas podem representar barreiras de acesso à habitação. Deste modo, esta população pode correr o risco de reincidir caso não tenha acesso aos domínios da vida como o trabalho, saúde e habitação (Scally & Newman, 2003).

No caso dos ex-reclusos com problemas de saúde mental, a falta de assistência e acesso a uma habitação acessível que forneça assistência médica também se representa como uma barreira. Os ex-reclusos portadores de doenças infectocontagiosas podem enfrentar dificuldades na medida em que necessitam de assistência especial para ter acesso a habitações perto de centros de saúde com tratamento adequado e continuo. No caso específico de ex-reclusos portadores de SIDA num estádio já avançado, estes autores defendem que são estritamente necessárias instalações de habitação de apoio intensivas com um tratamento disponível no local (Scally & Newman, 2003).

São ainda identificadas barreiras indiretas no acesso à habitação, designadamente: a falta de documentos de identificação; poupanças e rendimentos e assistência pública (Scally & Newman, 2003). De acordo com estes autores, os documentos de identificação como o cartão de cidadão, cartão de segurança social ou carta de condução são necessários para garantir uma habitação assim como um emprego e assistência pública. A falta de poupanças e rendimentos remete para as instabilidades financeiras que os ex-reclusos enfrentam e que têm como consequência uma limitada probabilidade destes encontrarem uma habitação adequada (Metraux et al., 2007). Esta instabilidade financeira deve-se ao facto da maioria dos reclusos saírem da prisão sem nenhum tipo de poupança, sem direito a nenhum tipo de fundo de desemprego, assim como poucas perspetivas de emprego, pois os empregadores estão cada vez mais relutantes em empregar indivíduos com registo criminal, como já foi referido anteriormente (Petersilia, 2000). Mesmo a grande maioria dos ex-reclusos que trabalham, tem trabalhos pouco qualificados e salários baixos (Western, 2002), o que dificulta o processo de adquirir uma habitação. Assim sendo, os ex-reclusos, aquando da sua libertação podem não ter dinheiro suficiente para alugar ou comprar um apartamento (Visher et al., 2004). Antes de irem para a prisão, alguns reclusos poderiam ter uma habitação alugada, porém há a possibilidade de os pagamentos da renda não terem sido efetuados durante a reclusão pelo que é pouco provável a possibilidade de retornarem a essas habitações (Roman & Travis, 2004).

A assistência pública é uma das formas de prestar apoio através de um rendimento social inicial que permita aos ex-reclusos garantir uma habitação (Scally & Newman, 2003). Porém, os ex-reclusos que cumpriram penas relativas a substâncias perigosas podem ser excluídos de receberem este tipo de apoio caso não cumpram um programa tratamento adequado (Hirsch, 2002).

Após a libertação, os ex-reclusos podem também enfrentar dificuldades devido ao registo criminal que influencia o acesso à habitação (Weiss, 2017) bem como com o preconceito e a discriminação devido a possuírem um registo criminal (Herbert, Morenoff & Harding, 2015). Bansal (2016) afirma que as autoridades de habitação, discretamente, dão autorização às empresas privadas de habitação para negar o acesso à mesma daqueles que apresentem um registo criminal.

Após se constatar as barreiras que os ex-reclusos enfrentam no acesso a uma habitação, torna-se pertinente perceber que de que outros apoios estes podem eventualmente usufruir como, por exemplo, o apoio dos familiares. Apesar de muitas vezes os ex-reclusos cumprirem longas penas de prisão, longe do local de habitação o que pode enfraquecer os laços entre o recluso e a sua família (Metraux et al., 2007), estas relações com a família revelam-se de extrema importância para a reintegração podendo representar uma fonte de apoio no acesso à habitação, recursos financeiros e estabilidade (Visher, Kachnowski, La Vigne & Travis, 2004). De facto, Roman e Travis (2004) revelam que a casa dos familiares, amigos ou parceiro íntimo é na maioria das vezes a primeira habitação do recluso após a prisão. Desta forma, para que a reintegração do ex-recluso seja menos dificultada é importante que exista o apoio dos familiares, assim como de instituições de serviços sociais (Metraux et al., 2007).

Porém, nem sempre os ex-reclusos encontram nas suas famílias e amigos o apoio que necessitam para a sua reintegração na sociedade devido a conflitos familiares prévios, ou à inexistência de uma família próxima. Os reclusos em regime de liberdade condicional podem também ser restringidos de viverem com familiares ou amigos com antecedentes criminais. Além disso, ainda que os ex-reclusos habitem inicialmente com os seus familiares e amigos, esta fase pode ser temporária até que o indivíduo retome a sua vida na comunidade (Roman & Travis, 2004).

Posto isto, a negação, a falta de recursos e acesso a habitações acessíveis e a falta de apoio de instituições e dos familiares pode conduzir a riscos na reintegração social dos ex-reclusos, nomeadamente: o aumento da insegurança pública tendo em conta que se perpetuam ciclos de criminalidade devido a não atenderem às necessidades básicas de abrigo depois de cumprida a sentença (Scally & Newman, 2003); o risco de se tornarem sem-abrigo (Metraux et al., 2007; Weiss, 2017) e, finalmente, a reincidência devido à insegurança habitacional (Weiss, 2017).

O risco de se tornar sem-abrigo é um problema frequente entre os ex-reclusos (Visher & Farrell, 2005), especialmente para os que são portadores de doenças mentais e para os consumidores de drogas (Roman & Travis, 2004). Desta forma, os ex-reclusos que não conseguem obter uma habitação acessível e que consequentemente se tornam sem-abrigo encontram-se num risco mais elevado de reincidir (Metraux & Culhane, 2002). Igualmente Herbert e colaboradores (2015) revelam uma subtil relação entre o encarceramento e o risco de sem-abrigo, na medida em que estar na condição de sem-abrigo aumenta a probabilidade de ser preso, e o facto de estar preso aumenta o risco do ex-recluso não conseguir encontrar uma habitação acessível. Para além disso, como Graffam, Shinkfield, Lavelle e McPherson (2004) sugerem, as dificuldades em encontrar uma habitação acessível podem afetar várias condições psicológicas, assim como de saúde.

PARTE II

Capítulo 3. O Estudo

Tendo em conta que o estigma afeta diretamente os indivíduos através de mecanismos de discriminação e ativação automática do estereótipo e indiretamente na medida em que ameaça a identidade pessoal e social do indivíduo estigmatizado (Major & O'Brien, 2005); tendo ainda em conta que o estigma tem sido associado a uma saúde mental débil, doença física, baixo estatuto social, pobreza e acesso reduzido à habitação, educação e emprego (Finch et al., 2000; Jackson et al., 1996; Ostrove et al., 2000; Quinn & Chaudoir, 2009;Link & Phelan 2001) e, finalmente, que a literatura tem vindo a indicar que os ex-reclusos são afetados pelas dificuldades em arranjar emprego, salários reduzidos quando empregados (Alvarez & Loureiro, 2012) e dificuldades de acesso à saúde (Frank et al., 2014), delinearam-se os seguintes objetivos:

(1) Compreender de que forma os ex-reclusos percecionam a discriminação social e a estigmatização;

(2) Analisar se existe uma relação entre a discriminação percebida e as questões de trabalho, habitacionais e de saúde (consequências físicas ou psicológicas da discriminação).

Apesar de estarmos perante um estudo exploratório espera-se que os ex-reclusos, com dificuldades económico-financeiras e de acesso à habitação e a serviços de saúde sintam uma maior discriminação e estigma por parte da sociedade.

3.1 Método

Para este estudo adotou-se uma metodologia quantitativa que privilegia a adoção de ferramentas de levantamento de dados quantitativos. Como técnica de investigação optou-se pela realização de questionários a ex-reclusos e ex-reclusas. Desta forma foi possível obter um maior número de dados o que permitiu recorrer a análises estatísticas, nomeadamente análises descritivas e inferenciais, como os testes não-paramétricos de Mann- Whitney e Kruskal Wallis e a análise da associação. A adoção do questionário prendeu-se com as vantagens que este apresenta, tal como a facilidade de quantificar e analisar as respostas obtidas, proporcionando ao investigador uma medida estatística do tema estudado (Giddens, 2004).

3.2 Participantes

Foi elaborado assim um estudo transversal com uma amostra de conveniência constituída por 104 participantes (sete mulheres e 97 homens) com idades compreendidas entre os 27 e os 75 anos (*M*= 42.13; *DP*= 11.33). Quanto ao local de nascimento, 100 participantes nasceram em Portugal e apenas 4 nasceram em outros países nomeadamente, Alemanha, Canadá, Moçambique e Roménia. Os níveis de escolaridade estão compreendidos entre o 1° ano do ensino primário e a Licenciatura. Relativamente ao contacto com o sistema de justiça, 70 participantes são primários e 34 são reincidentes, tendo cometido os crimes que se apresentam na Tabela 1. De notar que cada participante pode ter cometido mais que um crime da mesma categoria ou de uma categoria diferente.

Tabela 1

Frequência do tipo de crime cometido

Tipo de crime	Frequência
Crimes contra as pessoas	22
Crimes contra o património	37
Crimes contra a vida em sociedade	21
Legislação Avulsa	52
Total	132

Os critérios de inclusão utilizados para a recolha dos participantes passaram por: saber ler e escrever, estar em liberdade condicional há pelo menos 2 meses, serem falantes da língua portuguesa e não terem nenhum comprometimento cognitivo significativo.

3.3 Instrumento

De forma a avaliar se os participantes compreendiam adequadamente as questões colocadas, foi realizada uma reflexão falada que é uma técnica usada aquando da construção de raiz de um questionário (Trenor, Miller & Gipson, 2011). Esta reflexão falada foi realizada a um grupo de 6 participantes (4 homens e 2 mulheres). De acordo com as sugestões da reflexão

falada foram feitas as seguintes alterações no questionário: nas questões 24, 25 e 26 foi acrescentada a opção "Sempre"; questão 27 foi separada em duas questões, uma para o álcool e outra para as drogas; na questão 31 se a resposta fosse "nenhuma", os participantes deveriam passar para a questão 33.

Para a avaliação da perceção de discriminação nos ex-reclusos foi elaborado o Questionário de Estigmatização e Discriminação Sobre Ex-reclusos. Este questionário foi construído com base numa escala de 15 itens (*Alpha de Cronbach = 0.84*) que avalia a estigmatização percebida dos ex-reclusos (variável dependente). Assim, foram usados nove itens da escala *The Everyday Discrimination Scale* (Williams, Yu, Jackson & Anderson, 1997) e três itens (discriminação por parte da polícia) da escala *Major Experiences of Discrimination* (Williams et al., 2008). Foram também acrescentadas a estes itens, três questões relativas à perceção de estigmatização na Segurança Social, em entrevistas de emprego e em respostas a anúncios de emprego, de modo a darem resposta aos nossos objetivos. Assim, os primeiros 15 itens sobre estigmatização pretendem avaliar em que medida a reclusão afetou vários aspetos do dia-a-dia dos ex-reclusos, nomeadamente: um tratamento desfavorecido em instituições públicas, na procura de trabalho, pela polícia assim como pela família e pela sociedade em geral.

Estes 15 itens (estigma total) foram agrupados em estigmas parciais para avaliar dimensões mais específicas de estigma tendo em conta os dados da literatura. Designamos o agrupamento dos itens 1, 2, 3 e 4 como "Estigma nos serviços", o agrupamento dos itens 5 e 12 como "Estigma no trabalho", o agrupamento dos itens 6, 7, 8, 9, 10 e 11 como "Estigma relacional ofensivo", o agrupamento dos itens 13, 14 e 15 como "Estigma policial". Abreviadamente estes agrupamentos serão respetivamente designados de "Estigma Serviços", "Estigma Trabalho", "Estigma Relacional", "Estigma Policial" e "Estigma Total".

As categorias de resposta a estas questões são as seguintes: "Nunca; Quase Nunca; Às vezes; Quase Sempre; Sempre". Caso os inquiridos respondam qualquer uma à exceção de "Nunca", segue-se a pergunta: "Qual pensa ser a principal razão para isso?" sendo as opções de resposta: "1) A sua origem étnica ou nacionalidade; 2) Por ter estado numa prisão; 3) O seu nível educacional ou económico; 4) A forma como estava vestido (Williams et al., 1997).

O questionário é, ainda constituído por outras questões, nomeadamente 12 questões relativas à situação profissional e económica, 9 questões relativas ao consumo de droga e questões de saúde, 3 questões acerca do contacto com a justiça e 9 questões de dados pessoais, perfazendo assim um total de 48 questões.

Com este questionário espera-se avaliar até que ponto os ex-reclusos percecionam a discriminação e quais os motivos ou causas para esse mesma perceção.

3.4 Procedimento

A administração dos questionários foi realizada no período de tempo compreendido entre os meses de Agosto e Dezembro de 2016. Para o efeito, foi realizado um pedido de autorização à DGRSP (Direção-Geral de Reinserção Social), solicitando a administração dos questionários nas equipas de reinserção social do Ave e do Cávado. Tendo como base os critérios de inclusão, a DGRSP disponibilizou os participantes adequados. Assim, foram reunidos pelos técnicos, os indivíduos submetidos a acompanhamentos pela DGRSP em regime de liberdade condicional há pelo menos 2 meses.

O projeto foi ainda submetido e aprovado pela Comissão de Ética da Universidade do Minho.

Inicialmente, o objetivo era administrar os questionários em grupos de mais ou menos 6 pessoas de cada vez. No entanto, isto não foi possível pelo que os questionários foram administrados individualmente, aproveitando o dia em que os ex-reclusos tinham entrevistas de acompanhamento com o técnico de reinserção social.

Previamente à administração do questionário os participantes foram informados acerca dos objetivos e condições do estudo oralmente e por escrito através de um modelo de consentimento informado. Durante a administração do questionário, a investigadora esteve sempre presente para o caso de surgirem quaisquer dúvidas por parte dos participantes.

4. Resultados e discussão

Os resultados são de seguida apresentados e discutidos segundo as seguintes secções: estigma percebido, trabalho e estigma percebido, habitação e estigma percebido, dificuldades económico-financeiras e estigma percebido e, finalmente, saúde e estigma percebido. Em cada secção são apresentadas análises descritivas assim como análises inferenciais.

Na secção do estigma são apresentados o estigma total e parcial e a respetiva frequência para se avaliar em que score os participantes percecionam uma maior discriminação. Para a análise das razões de estigma apresentam-se as frequências para cada razão indicada pelos participantes para a estigmatização, nomeadamente, "A sua origem étnica ou nacionalidade", "Por ter estado numa prisão", "O seu nível educacional ou económico" e "A forma como estava vestido". Finalmente, apresentam-se os coeficientes de correlação de Spearman entre o score total e cada uma das razões anteriormente descritas.

Relativamente à secção do trabalho, apresentamos as frequências relativas à situação profissional atual dos participantes. Posteriormente, apresentamos os resultados de testes não paramétricos, nomeadamente os testes de Kruskall-Wallis com o estigma trabalho e o estigma total em função da situação profissional atual, trabalho anterior e mudanças de emprego dos participantes.

Relativamente à secção da habitação são igualmente apresentados os resultados de testes não paramétricos de Kruskall-Wallis e Mann-Whitney para as questões de com quem os participantes vivem e onde vivem, para todos os scores/estigma, respetivamente.

Na secção das dificuldades económico-financeiras são apresentadas as frequências relativas às dificuldades económico-financeiras, nomeadamente, as dificuldades em pagar contas e os pedidos de ajuda à habitação e a instituições como o Banco Alimentar e Cruz Vermelha, assim como os resultados dos testes de Kruskall-Wallis e Mann-Whitney, quando necessário com todos os estigmas/scores.

Relativamente à secção de saúde são apresentadas as frequências respetivas ao consumo de drogas, às visitas ao médico e aos motivos dessas mesmas visitas. Posteriormente, apresentam-se os resultados dos testes de Kruskall-Wallis e Mann-Whitney para o consumo de drogas e para as visitas ao médico.

4.1 Estigma Percebido: Total e Parciais

Como já foi dito, além do estigma total (incluindo os 15 itens) foram analisados itens parciais. O Alpha de Cronbach, que permite analisar a consistência interna de cada score, indicou os seguintes valores: Estigma Serviços α=.71; Estigma Trabalho α=.65; Estigma Relacional α=-66; Estigma Polícia α=.81 e Estigma Total α=.84.

Na figura 1 é apresentado o posto médio obtido para cada um dos estigmas podendo-se verificar que os participantes sentem uma maior estigmatização nas questões relativas ao trabalho.

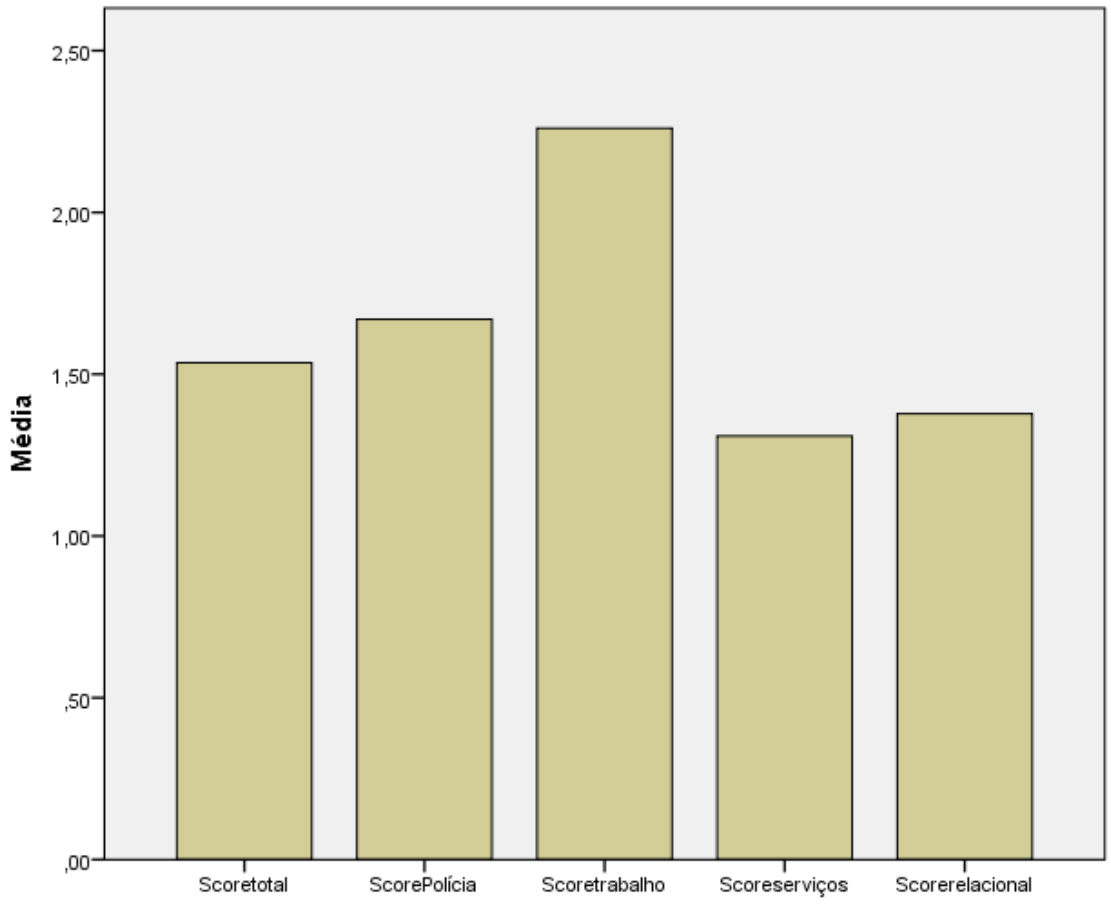


Figura 1 – Posto Médio para cada um dos Estigmas

Estes resultados podem ser compreendidos com base na proposta de Holzer e colaboradores (2004) de que uma reintegração social bem-sucedida dos ex-reclusos depende da probabilidade destes arranjarem emprego. No entanto, como já foi referido, os ex-reclusos aquando da sua libertação são lançados para a sociedade na expectativa de que naveguem

sozinhos no mercado de trabalho (Williams, 2005), sendo que enfrentam diversos obstáculos, nomeadamente a discriminação com base no registo criminal (Pager, 2003). Devido ao estigma associado aos ex-reclusos, estes sabem que os empregadores podem negar a contratação devido ao registo criminal (Flake, 2015). De acordo com Holzer, Raphael e Stoll (2003) a vontade dos empregadores contratarem ex-reclusos é muito limitada mesmo dependendo do tipo de trabalho e da empresa em específico, sendo que esta vontade limitada manifesta-se na requisição e verificação do registo criminal dos candidatos. Assim, é compreensível que seja nas questões relativas a trabalho que os participantes tenham uma maior perceção de estigma.

4.1.1 Razões para o Estigma

Para apresentar as razões pelas quais os participantes se sentem estigmatizados foram calculadas as frequências para cada uma das razões. Assim, apresentamos na Tabela 2 as frequências relativas à razão "Por ter estado numa prisão". Podemos verificar que 15 dos participantes invocaram esta razão em apenas um dos 15 itens e um participante invocou-a em 14 dos 15 itens.

Tabela 2

Frequência e percentagem de participantes que invocaram a razão "Por ter estado numa prisão".

	Frequência	Percentagem
Zero Vezes	29	27,9
Uma Vez	15	14,4
Duas Vezes	14	13,5
Três Vezes	4	3,8
Quatro Vezes	9	8,7
Cinco Vezes	8	7,7
Seis Vezes	5	4,8
Sete Vezes	6	5,8
Oito Vezes	7	6,7
Nove Vezes	2	1,9

Dez Vezes	1	1,0
Onze Vezes	1	1,0
Doze Vezes	2	1,9
Catorze Vezes	1	1,0
Total	104	100,0

Na Tabela 3 é apresentada a razão "A sua origem étnica ou nacionalidade". Podemos verificar que quatro dos participantes invocaram esta razão em apenas um dos 15 itens e um dos participantes invocou-a em 12 dos 15 itens.

Tabela 3

Frequência e percentagem de participantes que invocaram a razão "A sua origem étnica ou nacionalidade"

	Frequência	Percentagem
Zero Vezes	93	89,4
Uma Vez	4	3,8
Duas Vezes	2	1,9
Cinco Vezes	1	1,0
Sete Vezes	2	1,9
Nove Vezes	1	1,0
Doze Vezes	1	1,0
Total	104	100,0

Para a razão "O seu nível educacional ou económico" sete participantes invocaram esta razão em um dos 15 itens, e apenas um participante invocou esta razão em sete dos 15 itens. Por fim, para a razão "A forma como estava vestido" cinco dos participantes invocou esta razão em um dos 15 itens e apenas um participante invocou esta razão em sete dos 15 itens.

Podemos concluir que a razão que mais provoca perceção de estigmatização é ter estado em reclusão, significando assim que a prisão provoca um estigma percebido considerável.

De forma a analisar se existe uma conexão entre o Estigma Total e cada uma das razões de estigmatização que os participantes invocaram foram calculados os coeficientes de correlação de Spearman.

Estes revelaram correlações significativas entre o Estigma Total e "ter estado numa prisão", r_s=0.92, p=.000 e entre o Estigma Total e "A sua origem étnica ou nacionalidade", r_s=0.33, p=.001. Não há correlação significativa entre o Estigma Total e "O seu nível educacional ou económico", r_s= - 0.066, p=.59. Para a razão "A forma como estava vestido" não foi feita a correlação devido ao número muito reduzido de participantes que invocou esta razão.

Pode-se assim concluir que as razões "Por ter estado numa prisão" e "A sua origem étnica ou nacionalidade" são as únicas que interferem na estigmatização percebida total.

Estes resultados tornam-se mais compreensíveis à luz das investigações de Rasmusen (1996) que revelam que os ex-reclusos, para além de sofrerem punições públicas também sofrem de estigma social, nomeadamente de discriminação devido ao seu registo criminal, pelo que os outros sentem uma certa relutância em interagir com ex-reclusos económica e socialmente. Pode-se assim compreender que a razão "Por ter estado na prisão" tenha sido uma das mais invocadas pelos participantes com interferência na perceção de estigmatização.

A razão "A sua origem étnica ou nacionalidade" que interfere na estigmatização percebida total prende-se com o facto de o preconceito fazer parte do quotidiano dos membros de grupos minoritários (Operario & Fiske, 2001). Para além disso, algumas etnias estão conscientes do seu estatuto de estigmatizados logo na infância (Clark, 1995 citado em Operario & Fiske, 2001). Convém salientar que a principal etnia questionada durante a passagem dos questionários foi a cigana. Esta tem sido alvo de numerosos preconceitos e discriminação por parte da população Portuguesa e como relata o estudo de Mendes, Mangano e Candeias (2014) tem plena consciência dessa discriminação. Assim, compreende-se que a razão "A sua origem étnica ou nacionalidade" também tenha sido uma das mais invocadas com relevância na perceção de estigmatização.

4.2 Trabalho e Estigmas Percebidos

De forma a ter conhecimento da situação profissional atual dos participantes foi elaborada a seguinte tabela de frequências.

Tabela 4

Frequência e percentagem da situação profissional atual dos participantes

	Frequência	Percentagem
Empregado por conta de outrem	46	44,2
Desempregado	36	34,6
Trabalho por conta própria	15	14,4
Outra	7	6,7
Total	104	100,0

Podemos verificar na Tabela 4 que uma elevada percentagem de participantes encontra-se empregado por conta de outrem ou desempregados.

Dadas as dificuldades que os ex-reclusos enfrentam especialmente ao nível do trabalho, esperava-se que o número de participantes desempregados fosse mais elevado. No entanto, o número é reduzido tendo em conta a amostra. Uma possibilidade de justificação deste resultado prende-se com o facto de que os participantes estão em regime de liberdade condicional pelo que são acompanhados por técnicos de Reinserção Social de forma a terem um bom percurso na comunidade após a prisão, nomeadamente ao nível do trabalho. De forma a perceber melhor este resultado realizaram-se tabelas cruzadas para verificar o número de empregados por conta de outrem atualmente que já tiveram um emprego anterior. Assim, verificou-se que dos empregados por conta de outrem, 41 já exerceram uma atividade remunerada anteriormente. Existe assim a possibilidade que após a sua libertação, os participantes possam ter retomado empregos que já exerciam. De notar também que um número de participantes encontra-se a trabalhar por conta própria constituindo-se um fator facilitador na questão de emprego.

4.2.1 Perceção de estigmatização e situação profissional atual

De forma a verificar as diferenças inter-sujeito entre a variável independente ordinal situação profissional atual e a variável dependente intervalar Estigma Trabalho foram realizados testes não paramétricos de Kruskall-Wallis que não apresentaram diferenças estatisticamente significativas, X^2 (3) = 5.133, p = .162.

Seguidamente foram realizados testes não paramétricos de Kruskall-Wallis para verificar as diferenças inter-sujeito entre a variável independente ordinal situação profissional atual e a variável dependente intervalar Estigma Total. Também aqui não se verificaram diferenças significativas na perceção de estigma, X^2 (3) = 4.530, p = .210.

Como já foi referido anteriormente, os ex-reclusos percecionam mais estigma nas questões relativas a trabalho. Como afirma Devah Pager (2003), os ex-reclusos têm dificuldades acrescidas em conseguirem um emprego, sendo as suas oportunidades económicas reduzidas. No entanto, não se observaram resultados significativos na perceção de estigmatização consoante a profissão atual. Este resultado pode justificar-se tendo em conta que da amostra total de 104 participantes apenas 36 se encontram desempregados atualmente.

4.2.2 Perceção de estigmatização e trabalho anterior

Da amostra total, 90 dos participantes afirmam já ter exercido uma atividade remunerada anteriormente e 14 dos participantes nunca exerceu uma atividade remunerada anteriormente.

Foram realizados testes não paramétricos de Mann-Whitney para verificar as diferenças inter-sujeito entre a variável independente ordinal situação profissional anterior e a variável dependente intervalar Estigma Trabalho. Estes testes mostraram que existem diferenças marginalmente significativas na perceção de estigma em função da situação profissional anterior, U = 426.00, p=.056. Isto quer dizer que os ex-reclusos que não tiveram um trabalho anterior tendem a relatar uma maior perceção de estigma do que os ex-reclusos que tiveram um trabalho anterior.

Os mesmos testes foram utilizados para verificar as diferenças inter-sujeito entre a variável independente ordinal situação profissional anterior e a variável dependente intervalar

Estigma Total. Os resultados mostraram diferenças significativas, $U = 415.00$, $p = .049$. Assim, os ex-reclusos que não tiveram um trabalho anterior têm uma maior perceção de estigma do que os ex-reclusos que tiveram um trabalho anterior.

Os resultados obtidos na perceção de estigmatização consoante o trabalho anterior dos ex-reclusos vão de encontro ao que os autores Visher e colaboradores (2011) argumentam de que é necessário ter-se em conta os fatores externos e individuais que podem influenciar a probabilidade de os ex-reclusos arranjarem emprego. São esses fatores: a idade, a idade, a escolaridade, a prévia preparação para o trabalho antes da libertação, as relações com a família e companheiros e as condições de saúde física e psicológicas (Visher et al., 2011). Neste caso, os participantes que percecionam mais estigma são os que não tiveram um emprego anterior, e como afirma Sabol (2007), a fraca experiência profissional assim como reduzidas competências apresentam-se como barreiras ao emprego de ex-reclusos. Assim os resultados obtidos revelam que os participantes que sentem mais estigma e consequentemente mais dificuldades em arranjar emprego são os que não tiveram um trabalho anterior, o que vai de encontro à literatura, que indica que a fraca experiência profissional associada ao registo criminal pode apresentar-se como um impedimento para o emprego.

4.2.3 Perceção de estigmatização e mudança de emprego

De forma a facilitar a análise de dados da mudança de emprego foram recodificados os números de mudança de emprego. Assim, atribuiu-se o valor "1" para os participantes que nunca mudaram de emprego e que mudaram uma vez, o valor "2" para os participantes que mudaram duas, três e quatro vezes, e por fim, o valor "3" para os participantes que mudaram cinco, seis, oito e dez vezes de emprego.

Tabela 5

Frequência e Percentagem de mudanças de emprego dos participantes

	Frequência	Percentagem
Nunca mudaram	47	45,2
Mudaram 2 a 4	48	46,2
Mudaram mais de 5	9	8,7

Total	104	100,0

Os testes de Kruskall-Wallis realizados para averiguar a existência de diferenças significativas na perceção do Estigma Trabalho em função do número de mudanças de emprego, não apresentaram resultados estatisticamente significativos, $X^2(2) = .785$, $p = .675$. Também não se encontraram diferenças significativas no Estigma Total em função do número de mudanças de emprego, $X^2(2) = 1.373$, $p = .503$.

Apesar de alguns ex-reclusos serem sucedidos na procura de um emprego, estes apresentam ainda assim, níveis de escolaridade reduzidos e as competências e experiência profissional estão abaixo da média da população geral (Stoll, s.d) o que dificulta a permanência estável do indivíduo no emprego (Holzer et al., 2006). Seria de esperar que esta dificuldade em permanecer num emprego estável refletisse uma maior perceção de estigma. No entanto, o número de vezes que os participantes mudaram de emprego não teve influência na perceção de estigma. Uma explicação possível para este resultado é a de que na atualidade, os trabalhadores têm mais dificuldades em terem empregos estáveis, o que os fazem mudar muitas vezes de emprego. Desta forma, os ex-reclusos podem ter a perceção de que o desemprego afeta a população em geral e não apenas as suas vidas, pelo que o número de vezes que mudam de emprego pode não influenciar a perceção de estigma. Uma outra possibilidade de explicação para que o número de mudanças de emprego não interfira na perceção de estigmatização é pelo facto de terem arranjado emprego mesmo não sendo estável, ou seja, o facto de terem sido aceites num emprego pode anular uma perceção de estigmatização.

4.3 Habitação e estigma percebido

Para compreender as questões de habitação e a situação habitacional dos participantes foram analisadas as questões relativas a com quem vive e onde vive. De maneira a simplificar a leitura das análises foram realizadas recodificações. Assim, atribui-se o valor "1" para os participantes que vivem sozinhos, o valor "2" para os participantes que vivem com familiares e o valor 3 para os participantes que vivem com os companheiros e sem filhos, e para os que vivem com companheiros e com filhos da união anterior, da união atual ou os dois.

Tabela 6

Frequência e percentagem: com quem os participantes vivem

	Frequência	Percentagem
Sozinhos	13	12,5
Com familiares	54	51,9
Companheiros/Filhos	37	35,6
Total	104	100,0

Foram realizados testes de Kruskall-Wallis em todos os Estigmas para avaliar se existe uma perceção de estigmatização significativa entre os participantes que vivem sozinhos, com familiares e com companheiros e filhos. Apenas os participantes que vivem sozinhos tendem a sentir, marginalmente, maior estigma do que os que vivem com familiares ou com companheiros e filhos, X^2 (2) = 5.713, p = .057, no Estigma Relacional. Testes de Mann-Whitney com Correção de Bonferroni não evidenciaram diferenças significativas entre os vários pares de estigmas.

Pode-se justificar que os participantes que vivem sozinhos tenham tendência a percecionar mais estigma na medida em que se encontram isolados no processo de reabilitação, bem como enfrentem maiores dificuldades económicas. De facto, Casey e Jarman (2011) afirmam que os fatores mais importantes na reabilitação de um ex-recluso são as relações com os familiares. O apoio dos familiares pode ser crucial enquanto o ex-recluso tem de enfrentar os diversos obstáculos após a prisão, como por exemplo, a obtenção de um emprego estável (Casey & Jarman, 2011). Sem este apoio familiar há a possibilidade de os ex-reclusos sentirem dificuldades acrescidas na sua reintegração e consequentemente uma maior perceção de estigmatização.

Seguidamente foram analisados os dados relativos ao local onde os participantes vivem. De forma a facilitar esta análise foram feitas recodificações da variável. Assim, para os participantes que vivem em casa própria ou alugada foi atribuído o valor "1", para os participantes que vivem em casa de familiares foi atribuído o valor "2" e para os participantes que vivem em instituições, rua, abrigo ou outra foi atribuído o valor "3".

Tabela 7

Frequência e percentagem relativas ao local onde os participantes vivem

	Frequência	Percentagem
Casa própria/alugada	70	67,3
Casa de Familiares	32	30,8
Instituições	2	1,9
Total	104	100,0

Tendo em conta o grande desfasamento numérico entre os dois primeiros grupos e o último não foram realizadas análises inferenciais. Contudo, confirma-se que a maior parte dos nossos participantes possuem apoio logístico e emocional familiar. De notar também que muitos ex-reclusos podem experienciar um isolamento social pela falta de uma habitação (Griffiths, Dandurand & Murdoch, 2007) e por isolamento familiar visto que vivem em instituições, rua ou abrigo.

4.4 Dificuldades económico-financeiras

Para a análise das dificuldades em pagar contas foram realizadas recodificações. Assim, aos participantes que responderam "Nunca" e "Quase nunca" foi atribuído o valor 1 e aos participantes que responderam "Às vezes ", "Quase sempre" e "Sempre" foi atribuído o valor 2.

Tabela 8

Frequência e percentagem das dificuldades que os participantes tiveram em pagar contas nos últimos 12 meses

	Frequência	Percentagem
Não	53	51,0
Sim	51	49,0
Total	104	100,0

O número relativamente elevado para o que se esperava de participantes que não sentiram dificuldades em pagar as contas no fim do mês pode justificar-se pela possibilidade de ajudas familiares, de serem beneficiadores de rendimentos de apoio ou por estarem empregados

atualmente. Para compreender melhor este resultado realizaram-se tabelas cruzadas entre as variáveis dificuldades em pagar contas no fim do mês nos últimos 12 meses e a situação profissional atual. Verificou-se assim que 28 dos participantes que não sentiram dificuldades estão empregados por conta de outrem e 8 estão empregados por conta própria, pelo que pode explicar que não sintam dificuldades financeiras.

Posteriormente foram realizados testes de Mann-Whitney para analisar se existia uma diferença na perceção de estigmatização entre os participantes que sentem dificuldades em pagar contas e os que não sentem, com todos os Estigmas.

Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas em todos os estigmas: Estigma Polícia, $U = 1070.50$, $p = .047$, Estigma Trabalho, $U = 826.00$, $p = .001$, Estigma Serviços, $U = 1072.00$, $p = .011$, Estigma Relacional, $U = 949.50$, $p = .006$ e Estigma Total, $U = 773.50$, $p = .000$. Os ex-reclusos que sentiram dificuldades em pagar contas têm uma maior perceção de estigma do que os que não sentiram estas dificuldades.

Para justificar este resultado podemos remeter para a definição de estigma de Link e Phelan (2001). Uma das componentes desta definição de estigma corresponde à perda de estatuto. Tal supõe que o facto de serem rotulados, separados e associados a características indesejáveis levam a que os indivíduos estigmatizados experienciem uma perda de estatuto e discriminação (Link & Phelan, 2001). Para estes autores a perda de estatuto é a principal consequência imediata da rotulagem e por isso os indivíduos e grupos sociais estigmatizados estão em desvantagem no que se trata por exemplo aos rendimentos (Link & Phelan, 2001). Assim, justifica-se que são os participantes que sentiram dificuldade em pagar contas no final do mês, ou seja, que têm dificuldades económico e financeiras tenham uma maior perceção de estigma.

Para a análise dos dados relativos ao facto dos ex-reclusos terem ou não recorrido a algum tipo de apoio à habitação nos últimos 12 meses foram igualmente feitas recodificações. Assim, para os ex-reclusos que responderam “Nunca” e “Quase nunca” foi atribuído o valor 1 e para os ex-reclusos que responderam “Às vezes ”, “Quase sempre” e “Sempre” foi atribuído o valor 2.

Tabela 9

Frequência e percentagem dos participantes que (não) recorreram a apoio à habitação nos últimos 12 meses

	Frequência	Percentagem
Não	85	81,7
Sim	19	18,3
Total	104	100,0

O elevado número de participantes que afirma nunca ter recorrido a apoios à habitação pode justificar-se pelo facto de 54 dos participantes viverem em casa de familiares ou por não terem conhecimento de instituições com programas de apoio habitacional. De facto, a literatura indica que as famílias e os parceiros íntimos são uma importante fonte de habitação, recursos financeiros e estabilidade (Visher et al., 2004). Foram realizadas tabelas cruzadas entre as variáveis pedido de apoio à habitação e com quem vive. Verificou-se assim que dos 54 participantes que vivem em casa de familiares apenas 10 destes pediram apoio à habitação.

Os testes de Mann-Whitney indicaram diferenças significativas na perceção de estigma em função de terem recorrido ou não a apoio à habitação no Estigma Serviços, $U = 593.00$, $p = .011$. Os ex-reclusos que já recorreram a apoio à habitação sentem mais estigma do que os que não recorreram. Há diferenças marginalmente significativas no Estigma Relacional, $U = 613.000$, $p = .083$. Os ex-reclusos que já recorreram a apoio à habitação tendem a sentir mais estigma do que os que não recorreram.

Pode-se justificar este resultado tendo em conta o estudo de Weiss (2017) que sugere que o registo criminal constitui uma barreira de acesso a habitações acessíveis. O facto destes 19 participantes terem solicitado apoio à habitação revela que têm dificuldades em manter uma habitação por conta própria, o que pode justificar que estes participantes tenham uma maior perceção de estigma.

Para a análise dos dados relativos ao facto dos ex-reclusos terem ou não recorrido a algum tipo de apoio a instituições como o Banco Alimentar, Cruz Vermelha e Cáritas nos últimos 12 meses foram igualmente feitas recodificações. Portanto, para os ex-reclusos que responderam "Nunca" e "Quase nunca" foi atribuído o valor 1 e para os ex-reclusos que responderam "Às vezes ", "Quase sempre" e "Sempre" foi atribuído o valor 2.

Tabela 10

Frequência e percentagem de participantes que (não) recorreram a apoio a instituições nos últimos 12 meses

	Frequência	Percentagem
Não	86	82,7
Sim	18	17,3
Total	104	100,0

O número reduzido de participantes que recorreu a pedidos de ajuda a instituições pode ser igualmente explicado pelo eventual apoio dos familiares tendo em conta que 54 dos participantes vive com os familiares, como já foi referido. Como tal, estes participantes podem não sentir a necessidade de recorrer a outro tipo de apoios. Como afirmam Griffiths e colaboradores (2007) os familiares podem representar uma potencial fonte de apoio e assistência na reintegração social dos ex-reclusos.

Os testes de Mann-Whitney realizados indicaram diferenças marginalmente significativas na perceção de estigma em função de já terem recorrido ou não a instituições de apoio alimentar, no Estigma Serviços, $U = 613.500$, $p = .053$, e no Estigma total, $U = 536.500$, $p = .052$. Tanto no estigma Serviços como no Estigma Total, os ex-reclusos que já recorreram a apoio à alimentação tendem a sentir mais estigma do que os que não recorreram.

Os resultados obtidos poderão ser explicados pelo facto dos ex-reclusos que recorrem a ajuda na alimentação sentirem mais dificuldades no regresso à sociedade. Estas dificuldades podem fazer com que o ex-recluso se sinta estigmatizado por parte dos outros quando recorrem a esta ajuda, mesmo que na realidade não exista presença de estigma. Foram ainda realizadas tabelas cruzadas para perceber se os participantes que pediram apoio a instituições são os que se encontram desempregados atualmente. De facto, comprovou-se que dos 18 participantes que recorreram à ajuda das instituições, 13 encontram-se desempregados.

4.5 Saúde

Para as questões de saúde, foram analisadas as questões relativas ao consumo de drogas e as visitas ao médico, assim como os motivos dessas mesmas visitas.

Tabela 11

Frequência e percentagem de participantes (não) consumidores de droga atualmente

	Frequência	Percentagem
Sim	14	13,5
Não	90	86,5
Total	104	100,0

Verifica-se um reduzido número de participantes que não consomem droga atualmente. A literatura indica que existe um elevado número de reclusos que são dependentes de drogas e álcool (Karberg & James, 2005), sendo que o contacto com o sistema de justiça geralmente decorre do comportamento ilegal da procura de substâncias ilícitas e da participação em atividades ilegais que decorrem do uso de drogas (Chandler, Fletcher & Volkow, 2009). Como podemos ver na Tabela 11, o número de consumidores de droga atualmente é mais reduzido do que se esperava. Uma possível explicação para este resultado será o facto dos participantes recrutados estarem em regime de liberdade condicional pelo que são sujeitos a um controlo mais rigoroso, especialmente os que têm um histórico de uso de substâncias. Outra explicação possível para este resultado pode estar relacionada com uma eventual passagem dos participantes por programas de tratamento de drogas, dentro e/ou fora da prisão.

Com o objetivo de verificar se existe uma diferença de perceção de estigmatização entre os participantes que consomem e os que não consomem droga, realizaram-se testes não paramétricos Mann-Whitney, para todos os Estigmas. Os resultados revelaram diferenças significativas no Estigma Polícia, $U = 330.500$, $p = .002$, no Estigma Relacional, $U = 407.500$, $p = .025$ e diferenças marginalmente significativas no Score Total, $U = 410.500$, $p = .089$. Os participantes que consomem droga atualmente sentem mais estigma do que os que não

consomem em todos os Estigmas que foram encontradas diferenças significativas e marginalmente significativas.

Efetivamente a literatura da especialidade indica que os indivíduos que consomem tabaco, álcool e especialmente os que consomem drogas ilícitas experienciam estigma em vários domínios da vida (Kallen, 1989 citado em Ahern, Stuber & Galea, 2007). Para além disso, Link, Struening, Rahav, Phelan e Nuttbrock (1997) argumentam que mesmo quando o uso de drogas é reduzido ou mesmo terminado, o estigma percebido pelos consumidores de drogas persiste na vida dos estigmatizados. Dadas estas circunstâncias, justifica-se que os consumidores de droga tenham uma maior perceção de estigma do que os que não consomem.

Relativamente ao número de idas ao médico, 63 afirmam ter ido ao médico e 41 não foram ao médico nos últimos 6 meses. De forma a facilitar a análise dos dados foram realizadas recodificações na variável ida ao médico. Desta forma, aos participantes que foram uma, duas e três vezes ao médico atribui-se o valor "1", aos participantes que foram ao médico quatro, cinco, seis e sete vezes atribui-se o valor "2" e aos participantes que foram ao médico dez e trinta vezes atribui-se o valor "3".

Tabela 12

Frequência e percentagem do número de idas ao médico nos últimos seis meses

	Frequência	Percentagem
Zero[2]	41	39,4
Uma e duas vezes	51	49,0
Entre quatro e sete vezes	8	7,7
Dez e 30 vezes	4	3,8
Total	104	100,0

Os testes de Kruskall-Wallis permitiram concluir que existe uma perceção diferenciada de estigmatização no Estigma Serviços, X^2 (2) = 6.102, p = .047. No entanto, os Testes de

[2] Os participantes que não recorreram ao médico nos últimos seis meses não foram alvo de estudo por não ser relevante para a perceção de estigma.

Mann-Whitney com Correção de Bonferroni não mostraram diferenças significativas entre os pares.

O número de idas ao médico pode não ter impacto na perceção de estigmatização dos ex-reclusos na medida em que estas visitas podem ser devido a problemas de saúde que estes tinham antes da prisão ou até consultas de rotina. Apesar da prisão e do estigma associado a esta ter impactos negativos na saúde (Schnittker & John, 2007; Marlow et al., 2010; Link & Phelan, 2006; Quinn & Chaudoir, 2009), os ex-reclusos podem não ter a perceção de que os problemas de saúde que possuem podem estar relacionados com o facto de terem estado presos.

Relativamente aos motivos que levaram os participantes a visitar o médico nos últimos seis meses, 10 dos participantes foram ao médico devido a perturbações emocionais como irritação, desânimo, tristeza, ansiedade, dificuldade de raciocínio e pensamento e esquecimentos e 15 devido a perturbações físicas, nomeadamente tremores, dores de cabeça, dores no estômago, fraquezas, emagrecimento, convulsões e incómodos intestinais. Por fim, 22 dos participantes foram ao médico por motivos de doenças como Sida, Hepatite C, respiratórias, cardiovasculares, fígado e infeciosas.

A literatura indica que a população reclusa apresenta condições de saúde mais frágeis comparativamente à sociedade em geral (Binswanger et al., 2009). Assim, os reclusos apresentam maioritariamente problemas de saúde como hipertensão, asma, artrite, cancro cervical, hepatite (Binswanger et al., 2009) e SIDA (Maruschak & Beavers 2009). Para além disso é de notar que devido ao estigma, os ex-reclusos têm o risco mais elevado de desenvolver problemas de saúde física e mental (Jackson et al., 1996). No entanto, na nossa amostra, o número de reclusos que foram ao médico pelos motivos anteriormente descritos é relativamente reduzido. Estes resultados podem ser explicados na medida em que estas doenças são mais prevalentes nos reclusos, ou seja, enquanto os indivíduos estão encarcerados, pelo que após o seu retorno à sociedade, estes podem ter melhorado as suas condições de saúde.

Conclusões

A presente investigação teve como ponto de partida analisar em que medida os ex-reclusos percecionam o estigma e a discriminação económica, habitacional e de saúde pela sociedade. Pretendeu-se igualmente analisar que impactos o estigma poderia refletir na saúde física e psicológica desta população. Para tal, adotou-se uma metodologia quantitativa permitindo, assim, reunir um maior número de participantes. Para a recolha dos dados optou-se pela administração de questionários. A passagem dos questionários decorreu nas instalações da DGRSP nas equipas de reinserção social do Ave e Cávado, sendo que a administração dos mesmos foi realizada individualmente e quando os participantes tinham entrevista marcada com os seus técnicos de acompanhamento. De outra forma seria difícil obter a sua participação com uma deslocação adicional apenas para preencherem o questionário.

O estudo do estigma abrange uma variedade de disciplinas e apresenta um vasto leque de conceptualizações. Dentro do estudo das perceções de estigma em ex-reclusos verificam-se impactos negativos em diversos domínios da vida. Todavia, optou-se por restringir a análise das perceções de estigma e discriminação dos ex-reclusos e os seus possíveis impactos negativos nos domínios que a literatura tem considerado mais relevantes: trabalho, habitação e saúde.

O primeiro objetivo da nossa investigação consistia em compreender de que forma os ex-reclusos percecionam a discriminação social e a estigmatização. Sob este aspeto, foi possível verificar que os ex-reclusos têm uma maior perceção de estigma nas questões de trabalho. Apesar de um elevado número da amostra se encontrar empregado atualmente, mesmo assim são nestas questões que se verifica um estigma percebido mais significativo.

Relativamente aos motivos pelos quais os participantes têm uma maior perceção de estigma e discriminação social, o facto de ter estado numa prisão e a sua origem étnica ou nacionalidade, foram das razões mais invocadas pelos participantes. Desta forma, foi possível perceber que são estas as razões que mais interferem na perceção de estigmatização. Estes resultados remetem-nos para a Teoria da Rotulagem (Becker, 1963) e como "ter estado na prisão" e "a sua origem ou nacionalidade" se constituem como o um rótulo de desviante levando à estigmatização.

O segundo objetivo da nossa investigação pretendia analisar se existe uma relação entre a discriminação percebida e as questões de trabalho, habitacionais e de saúde, assim como as

possíveis consequências físicas ou psicológicas da discriminação. Relativamente ao trabalho, este verificou-se ser o domínio onde os participantes têm uma maior perceção de estigma. Este resultado vai de encontro à literatura na medida em que a fraca experiência profissional assim como as reduzidas competências dos ex-reclusos apresentam-se como barreiras ao acesso dos mesmos ao emprego (Sabol, 2007), tornando-se plausível que exista uma maior perceção de estigma.

No que diz respeito às questões habitacionais foi possível constatar que os participantes que vivem sozinhos têm tendência a percecionar mais estigma do que os que vivem com familiares ou com companheiros. De facto, um número relativamente elevado de participantes vive com os familiares, pelo que estes representam uma fonte de apoio habitacional para os participantes. Na realidade, a literatura indica isso mesmo, que os familiares se constituem muitas vezes como uma fonte de apoio habitacional e económico, proporcionando uma melhor estabilidade e assistência na reintegração social dos ex-reclusos (Visher et al., 2004; Griffiths et al., 2007).

No que concerne às dificuldades económico-financeiras constatou-se uma maior perceção de estigma nos participantes que tiveram dificuldades em pagar contas no fim do mês, nos participantes que recorreram a apoio à habitação e nos que recorreram a apoios de instituições. Provavelmente isto acontece visto que ocorre uma perda de estatuto que se constitui como um ponto de partida para a discriminação (Link & Phelan, 2001)

Relativamente às questões de saúde verificou-se que apenas os participantes que consomem drogas atualmente apresentam uma significativa perceção de estigma. De facto, a literatura indica que existe uma estigmatização dos consumidores de drogas em diversos domínios da vida, mesmo quando estes deixam de consumir (Link et al., 1997). Posto isto, verifica-se que os resultados mais significativos da investigação são relativos às questões de trabalho, dificuldades económico-financeiras, questões habitacionais e de consumo de drogas. Assim, estas deveriam ser questões a ter em consideração para uma adequada reinserção social dos reclusos e reclusas e de forma e evitar a reincidência.

Um dos objetivos da investigação prendia-se em perceber até que ponto a estigmatização e a discriminação social teriam impactos negativos na saúde física e psicológica dos ex-reclusos. Porém, este objetivo constitui-se como uma limitação ao nosso estudo,

nomeadamente devido à forma como o questionário foi construído. Este não permitiu que fossem feitas análises de forma a perceber que impactos o estigma e a discriminação poderiam ter na saúde física e psicológica. Pelo mesmo motivo, não foi igualmente possível analisar a perceção de estigmatização tendo em conta as perturbações físicas e psicológicas.

O facto de os participantes serem uma população vulnerável e de se encontrarem em regime de liberdade condicional, pode ter representado uma limitação da investigação. Os participantes podem ter sentido uma certa desconfiança mesmo depois de lhes ter sido explicado o objetivo do estudo e o anonimato, o que pode ter contribuído para não responderem com a maior veracidade. Por outro lado, o facto de se encontrarem em regime de liberdade condicional implica que tenham um acompanhamento mais próximo no processo de reintegração social, pelo que podem percecionar menor estigmatização e discriminação pela sociedade.

Para além disso, o próprio questionário pode representar-se novamente como uma limitação. Apesar de terem sido realizadas reflexões faladas, existe a possibilidade dos participantes não terem compreendido com clareza todas as questões que lhes foram apresentadas, tendo em conta que na sua maioria apresentam um nível de escolaridade mais reduzido que a população em geral.

Outro fator relevante prende-se com o facto de que os ex-reclusos para além de serem estigmatizados por este rótulo poderem também sofrer de estigma por outros motivos, como a etnia ou raça. Deste modo, o estigma que afeta os ex-reclusos por terem estado na prisão, pode estar oculto aos olhos destes devido à possibilidade de sofrerem de estigma por outros motivos aos quais já estão familiarizados.

Dadas as conclusões do estudo, seriam pertinentes investigações futuras com uma amostra mais elevada desta população de forma a melhor credibilizar os resultados, assim como a realização de investigações que abordem o múltiplo estigma. Sugere-se igualmente que sejam realizados estudos nesta área a nível nacional dada a reduzida literatura portuguesa.

Referências Bibliográficas

Ahern, J., Stuber, J., & Galea, S. (2007). Stigma, discrimination and the health of illicit drug users. *Drug and Alcohol Dependence*, *88*, 188–196.

Alvarez, R. D., & Loureiro, M. L. (2012). Stigma, Ex-convicts and Labour Markets. *German Economic Review*, *13*(4), 470-486.

Bansal, J. S. (2016). *Updated Report: Housing for adults with criminal records.* Hartford, CT: Office of Legislative Research .

Bargh, J. A., Chen, M., & Burrows, L. (1996). Automaticity of Social Behavior: Direct Effects of Trait Construct and Stereotype Activation on Action. *Journal of Personality and Social Psychology*, *71*(2), 230-244.

Becker, H. S. (1963). *Outsiders.* Rio de Janeiro: Zahar.

Berger, B. E., Ferrans, C. E., & Lashley, F. R. (2001). Measuring Stigma in People With HIV: Psychometric Assessment of the HIV Stigma Scale. *Research in Nursing & Health*, *24*, 518-529.

Bernburg, J. G. (2009). Labeling Theory. In M. D. Krokn, A. Lizotte, & G. P. Hall, *Hanbook on Crime and Deviance* (pp. 187-207). Springer Science + Business Media.

Binswanger, I. A., Stern, M. F., Deyo, R. A., Heagerty, P. J., Cheadle, A., Elmore, J. G., & Koepsell, T. D. (2007). Release from Prison — A High Risk of Death for Former Inmates. *N Engl J Med.*, *356*(2), 157–165.

Binswanger, I., Krueger, P., & Steiner, J. (2009). Prevalence of chronic medical conditions among jail and prison inmates in the USA compared with the general population. *Journal of Epidemiology and Community Health*, *63*, 912-19.

Biordi, D. L., & Nicholson, N. R. (2013). Social Isolation. In I. M. Lubkin, & P. D. Larsen, *Chronic Illness: Impact and Intervention* (pp. 85-115). Canada: Jones and Bartlett Publishers.

Blank, R. M., Dabady, M., & Citro, C. F. (2004). *Measuring Racial Discrimination.* Canada: National Research Council.

Brown, S. E., Esbensen, F.-A., & Geis, G. (2010). *Criminology: Explaining Crime and Its Context.* New Providence, New Jersey: LexisNexis.

Carter, M. J., & Fuller, C. (2015). Symbolic interactionism. *Sociopedia.isa*, 1-17.

Casey, J., & Jarman, B. (2011). *The Social Reintegration of Ex-Prisoners in Council of Europe Member States .* Brussels: The Quaker Council for European Affairs .

Catalano, R. A. (2000). Economic factors and stress. In G. Fink, *Encyclopedia of Stress* (pp. 9-15). San Diego: Academic Stress .

Chandler, R. K., Fletcher, B. W., & Volkow, N. D. (2009). Treating Drug Abuse and Addiction in the Criminal Justice System: Improving Public Health and Safety. *JAMA*, *301*(2), 183–190.

Chen, E., & Matthews, K. A. (2003). Development of the Cognitive Appraisal and Understanding of Social Events (CAUSE) Videos. *Health Psychology*, *22*(1), 106-110.

Corrigan, P. W., Larson, J. E., & Kuwabara, S. A. (2010). Social Psychology of the Stigma of Mental Illness. Public and Self-stigma Models. In J. E. Maddux, & J. P. Tangney, *Social Psychological Foundations of Clinical Psychology* (pp. 51-68). New York London: The Guilford Press.

Corrigan, P. W., Watson, A. C., Heyrman, M. L., Warpinski, A., Gracia, G., Slopen, N., & Hall, L. L. (2005). Structural Stigma in State Legislation. *Psychiatric Services*, *56* (5), 557-563.

Crandall, C., & Eshleman, A. (2003). A justification-suppression model of the expression and experience of prejudice. *Psychological Bulletin*, *129*(3), 414-46.

Crocker, J., & Major, B. (1989). Social Stigma and Self-Esteem: The Self-Protective Properties of Stigma. *Psychological Review*, *96*(4), 608-630.

Croker, J., Major, B., & Steele, C. (1998). Social Stigma. In S.Fiske, D. Gilbert, & G. Lindzey, *Handbook of Social psychology* (pp. 504-553). Boston: McGraw Hill.

Decker, S. H., Spohn, C., Ortiz, N., & Hedberg, E. (2014). *Criminal Stigma, Race, Gender and Employment: An Expanded Assessment of the Consequences of Imprisonment for Employment.* Washington, DC: U.S. Department of Justice.

Devine, P. G., Plant, E. A., & Harrinson, K. (1999). The Problem of "Us" Versus "Them" and AIDS Stigma . *American Behavioral Scientist* , *42*(7),1212-1228.

Dores, A. P., Pontes, N., & Loureiro, R. (2013). *Prison conditions in Portugal.* Rome: Antigone Edizioni.

Fazio, R. H., Effrein, E. A., & Falender, V. J. (1981). Self-Perceptions Following Social Interaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, *41*(2), 232-242.

Ferreira, J. M. (1995). *Sociologia.* Lisboa: McGraw-Hill.

Finch, B. K., Kolody, B., & Vega, W. A. (2000). Perceived Discrimination and Depression among Mexican-origin Adults in Californi. *Journal of Health and Social Behavior*, *41*, 295-313.

Flake, D. F. (2015). When Any Sentence is a Life Sentence: Employment Discrimination Against Ex-Offenders. *Washington University Law Review*, *93*, 45-102.

Fontaine, J., & Biess, J. (2012). *Housing as a Platform for Formely Incarcerated Persons .* Washington, DC: Urban Institute, What Works Collaborative.

Frank, J. W., Wang, E. A., Nunez-Smith, M., Lee, H., & Comfort, M. (2014). Discrimination based on criminal record and healthcare utilization among men recently released form prision: a descriptive study. *Health and Justice*, *2*, 1-8.

Gatherer, A., Atabay, T., & Hariga, F. (2014). Prisoners with special needs. In S. Enggist, L. Møller, G. Galea, & C. Udesen, *Prisons and Health* (pp. 151-158). Suisse: World Health Organization.

Gatherer, A., Enggist, S., & Møller, L. (2014). The essentials about prisons and health. In S. Enggist, L. Møller, G. Galea, & C. Udesen, *Prisons and Health* (pp. 1-4). Suisse: World Health Organization.

Giddens, A. (2004). *Sociologia.* Lisboa: Polity Press.

Goffman, E. (1988). *Estigma. Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada.* Rio de Janeiro: Editora Guanabara.

Graffam, J., Shinkfield, A., Lavelle, B., & McPherson, W. (2004). Variables Affecting Successful Reintegration as Perceived by Offenders and Professionals. *Journal of Offender Rehabilitation*, *40*(1-2), 147-171.

Griffiths, C. T., Dandurand, Y., & Murdoch, D. (2007). *The Social Reintegration of Offenders and Crime Prevention.* Canada: Public Safety Canada.

Hatzenbuehler, M. L., Phelan, J. C., & Link, B. G. (2013). Stigma as a Fundamental Cause of Population Health Inequalities. *Am J Public Health*, *103*(5), 813–821.

Herbert, C. W., Morenoff, J. D., & Harding, D. J. (2015). Homelessness and Housing Insecurity Among Former Prisoners. *The Russell Sage Foundation Journal of The Social Sciences* , *1*(2), 44-79.

Hirsch, A. E. (2002). Parents with Criminal Records and Public Benefits: "Welfare Helps Us Stay in Touch with Society". In A. E. Hirsch, S. M. Dietrich, R. Landau, P. D. Schneider, & I. Ackelsberg, *Every Door Closed Barriers Facing Parents With Criminal Records* (pp. 27-40). Washington, DC, Philadelphia, PA: Community Legal Services, Inc., Center for Law and Social Policy.

Holzer, H. J. (2007). *Collateral costs: The Effects of Incarceration on the Employment and Earnings of Young Workers.* Bonn, Germany: Institute for the Study Labor: IZA Discussion Paper 3118.

Holzer, H. J., Raphael, S., & Stoll, M. A. (2003). *Employer Demand for Ex-Offenders: Recent Evidence from Los Angeles.* New York: Paper Presented ate the Urban Institute Roundtable on Offender Re-Entry.

Holzer, H. J., Raphael, S., & Stoll, M. A. (2004). How willing are employers to hire ex-offenders? *Focus*, *23*(2), 40-43.

Holzer, H. J., Raphael, S., & Stoll, M. A. (2006). Perceived Criminality, Criminal Background Checks, and the Racial Hiring Practices of Employers. *Journal of Law and Economics*, *XLIX*, 451-480.

Jackson, J. S., Brown, T. N., Williams, D. R., Torres, M., Sellers, S., & Brown, K. (1996). Racism and the Physical and Mental Health Status of African Americans: A Thirteen Year National Panel Study. *Ethnicity and Disease*, *6*(1,2), 132-147.

Jones, E. E., Farina, A., Hastorf, A. H., Markus, H., Miller, D. T., & Scott, R. A. (1984). *Social Stigma: The psychology of marked relationships.* New York: Freeman.

Karberg, J. C., & James, D. J. (2005). *Substance Dependence, Abuse, and Treatment of Jail Inmates, 2002.* Washington, DC: U.S. Department of Justice, Bureau of Justice Statistics.

Katon, W., & Ciechanowski, P. (2002). Impact of major depression on chronic medical illness. *Journal of Psychosomatic Research*, *53*, 859 – 863.

Kleinman, A., Wang, W.-Z., Li, S.-C., Cheng, X.-M., Dai, X.-Y., Li, K.-T., & Kleinman, J. (1995). The Social Course of Epilepsy: Chronic Illness as Social Experience in Interior China. *Soc.Sci.Med.*, *40*(10), 1319-1330.

Knutsson, J. (1977). *Labeling Theory. A critical examination.* Stockholm, Sweden: Scientific Reference Group.

Lageson, S., & Uggen, C. (2013). How Work Affects Crime-And Crime Affects Work-Over The Life Course. In C. L. Gibson, & M. D. Krohn, *Handbook of Life-Course Criminology: Emerging Trends and Directions for Future Research* (pp. 201-212). New York: Springer Science + Business Media.

Latalova, K., Kamaradova, D., & Prasko, J. (2014). Perspectives on perceived stigma and self-stigma in adult male patients with depression. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, *10*, 1399–1405.

Le Bel, T. P. (2008). Perceptions of and Responses to Stigma. *Sociology Compass*, *2*(2), 409-432.

Lima, R. d. (2001). Sociologia do desvio e interacionismo. *Tempo Social.Rev.USP, S.Paulo*, *13*(1), 185-201.

Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annu.Rev.Sociol.*, *27*, 363-85.

Link, B. G., & Phelan, J. C. (2006). Stigma and its public health implications. *Lancet*, *367*, 528-529.

Link, G. B., Struening, E. L., Rahav, M., Phelan, C. J., & Nuttbrock, L. (1997). On Stigma and Its Consequences: Evidence from a Longitudinal Study of Men with Dual Diagnoses of Mental Illness and Substance Abuse. *Journal of Health and Social Behavior*, *38*(2), 177-190.

Lynch, J. P., & Sabol, W. J. (2001). *Prisioner Reentry in Perspective: Crime Policy Report*, vol.3.. Washington DC: Urban Institute Justice Policy Center.

Machado, H. (2008). *Manual de Sociologia do Crime.* Porto: Afrontamento.

Major, B., & O'Brien, L. T. (2005). The Social Psychology of Stigma. *Annu.Rev.Psychol.*, *56*, 393-421.

Marlow, E., White, M. C., & Chesla, C. A. (2010). Barriers and Facilitators: Parolees' Perceptions of Community Health Care. *Journal of Corretional Health Care*, *16*(1), 17-26.

Maruschak, L. M., & Beavers, R. (2009). *HIV in Prisons, 2007-08.* Whashington, DC: U.S. Department of Justice, Bureau of Justice Statistics.

Massoglia, M. (2008). Incarceration as Exposure:The Prison, Infectious Disease, and Other Stress-Related Illnesses. *Journal of Health and Social Behavior*, *49*, 56–71.

McEwen, B. S. (2000). The neurobiology of stress: from serendipity to clinical relevance . *Brain Research*, *886*, 172–189.

Mendes, M., Magano, O., & Candeias, P. (2014). *Estudo Nacional sobre as Comunidades Ciganas.* Lisboa: Alto Comissariado para as Migrações.

Metraux, S., & Culhane, D. P. (2002). *Homeless Shelter Use and Reincarceration Following Prison Release:Assessing the Risk.* New Haven: Melville Charitable Trust.

Metraux, S., Roman, C. G., & Cho, R. S. (2007). *Incarceration and Homelessness.* Washington, DC: National Symposium on Homelessness Research, US Department of Housing and Urban Development.

Moore, K., Stuewig, J., & Tangney, J. (2013). Jail Inmates' Perceived and Antecipated Stigma: Implications for Post-Release Functioning. *Self Identity*, *12*(5), 527-547.

Newman, W. J., & Scott, C. L. (2012). Brown v. Plata: Prision Overcrowding in California. *J Am Acad Psychiatry Law*, *40*, 547-52.

Operario, D., & Fiske, S. T. (2001). Ethnic Identity Moderates Perceptions of Prejudice: Judgments of Personal Versus Group Discrimination and Subtle Versus Blatant Bias. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *27*(5), 550-561.

Ostrove, J., Adler, N., Kuppermann, M., & Washington, A. (2000). Objective and subjective assessments of socioeconomic status and their relationship to self-rated health in an ethnically diverse sample of pregnant women. *Health Psychology* , *19*(6), 613-8.

Pachankis, J. E. (2007). The Psychological Implications of Concealing a Stigma: A Cognitive–Affective–Behavioral Model. *Psychological Bulletin*, *133*(2), 328-345.

Pager, D. (2003). The Mark of a Criminal Record. *American Journal of Sociology*, *108*(5), 935-975.

Pager, D., & Shepherd, H. (2008). The Sociology of Discrimination: Racial Discrimination in Employment, Housing, Credit, and Consumer Markets . *Annual Reviw of Sociology*, *34,* 181-209.

Parker, R., & Aggleton, P. (2003). HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. *Social Science & Medicine*, *57*(1), 13-24.

Petersilia, J. (2000). *When Prisoners Return to the Comunity: Political, Economic, and Social Consequences. Sentencing and Corrections Issues for 21st Century.* Washington, DC: US Departement of Justice. National Institute of Justice.

Quinn, D. M., & Chaudoir, S. R. (2009). Living With a Conceable Stigmatized Identity: The Impact of Antecipated Stigma, Centrality, Salience and Cultural Stigma on Psychological Distress and Health. *Journal on Psychological Distress and Health*, *97*(4), 634-651.

Rasmusen, E. (1996). Stigma and Self-Fulfilling Expectations of Criminality. *Journal of Law and Economics* , *39*, 519-544.

Roman, C. G., & Travis, J. (2004). *Talking Stock: Housing, Homelessness, and Prisioner Reentry.* Washington, DC: Urban Institute, Justice Policy Center.

Sabol, W. J. (2007). Local labor market conditions and post-prison employment: Evidence from Ohio. In S. Bushway, M. A. Stoll, & D. A. Weiman, *Barriers to Reentry? The Labor Market for Released Prisoners in Post-Industrial America* (pp. 1-45). New York: Russell Sage Foundation.

Scally, C., & Newman, K. (2003). *Housing Barriers to Prisioner Reentry in New Jersey.* New Jersey: New Jersey Institute for Social Justice Reentry Roundtable.

Schnittker, J., & John, A. (2007). Enduring Stigma: The Long-Term Effects of Incarceration on Health. *Journal of Health and Social Behavior*, *48*(2), 115-130.

Schnittker, J., Massoglia, M., & Uggen, C. (2011). Incarceration and the Health of the African American Community. *Du Bois Review*, *8*(1), 1-9.

Schulte, M., & Cochling, E. (2013). *Increasing Employment Opportunities for Ex-Offenders. Policy Recommendations for the State of Georgia.* Georgia: Georgia Center for Opportunity.

Solomon, A. L., Johnson, K. D., Travis, J., & McBride, E. C. (2004). *From Prison to Work: The EMployment Dimensions of Prisoner Reentry.* Washington, DC: Urban Institute, Justice Policy Center.

Stoll, M. A. (s.d.). Ex-Offenders, Criminal Background Checks, and Racial Consequences in the Labor Market. *University of Chicago Legal Forum*, *2009*, 381-419.

Trenor, J. M., Miller, M. K., & Gipson, K. G. (2011). Utilization of a Think-Aloud Protocol to Cognitively Validate a Survey Instrument Identifying Social Capital Resources of Engineering Undergraduates. *The 2011 American Society for Engineering Education Annual Conference and Exhibition.* Vancouver, CA: American Society for Engineering Education.

Visher, C. A., Debus-Sherryl, S. A., & Yhaner, J. (2011). Employment After Prision: A Longitudinal Study of Former Prisioners. *Justice Quarterly*, *28* (5), 698-718.

Visher, C., & Farrell, J. (2005). *Chicago Communities And Prisoner Reentry.* Washington, DC: Urban Institute.

Visher, C., Kachnowski, V., La Vigne, N., & Travis, J. (2004). *Baltimore Prisoners' Experiences Returning Home.* Washington, DC: Urban Institue, Justice Policy Center.

Visher, C., LaVigne, N., & Travis, J. (2004). *Returning Home: Understanding the Challenges of Prisioner Reentry. Maryland Pilot Study: Findings from Baltimore.* Washington, DC: Urban Institute, Justice Policy Center.

Wacquant, L. (2001). Deadly symbiosis: When ghetto and prison meet and mesh. *Punishment & Society*, *3*(1), 95-133.

Weiss, E. (2017). Housing Access for People with Criminal Records. In *Advocates' Guide 2007 A Primer on Federal Affordable Housing & Community Development Programs* (pp. 21-26). Washington, DC: National Low Income Housing Coalition.

Western, B. (2002). The Impact of Incarceration on Wage Mobility on Inequality. *American Sociological Review* , *67*, 526-546.

Williams, A. (2005). Ex-Offenders and Employment Barriers: Analysing Current Incentives for Employers to Hire Ex-Offenders. *Journal of Scholarship and Opinion*, 68-76.

Williams, D. R., Gonzalez, H. M., Williams, S., Mohammed, S. A., Moomal, H., & Stein, D. J. (2008). Perceived Discrimination, Race and Health in South Africa: findings from the South Africa stress and health study. *Social Science and Medicine* , *67*, 441-452.

Williams, D. R., Yu, Y., Jackson, J. S., & Anderson, N. B. (1997). Racial Differences in Physical and Mental Health: Socioeconomic Status, Stress, and Discrimination. *Journal of Health Psychology*, *2*(3), 335-351.

Yang, L. H., Kleinman, A., Link, B. G., Phelan, J. C., Sing, L., & Good, B. (2007). Culture and Stigma: Adding moral experience to stigma theory. *Social Science & Medicine* , *64*, 1524-1535.

Anexos

Anexo 1

QUESTIONÁRIO - EX RECLUSOS

As perguntas que se seguem pretendem compreender vários aspetos da sua vida que podem estar ligados ao facto de ter estado durante algum tempo numa prisão. Por isso, não há respostas certas nem erradas e esperamos apenas que nos responda com a maior sinceridade. As suas respostas são totalmente anónimas e confidenciais.

NO SEU DIA A DIA, COM QUE FREQUÊNCIA AS SEGUINTES SITUAÇÕES ACONTECEM CONSIGO?

Nas 15 questões que se seguem, faça apenas uma cruz na coluna do lado esquerdo. Na coluna do lado direito marque as cruzes que julge necessário.

1. Nos serviços de saúde, é tratado com menos simpatia do que as outras pessoas por médicos e enfermeiros?

☐ Nunca	Qual pensa ser a principal razão para isso? 1 (não), 2 (talvez) e 3 (de certeza)			
☐ Quase nunca	A sua origem étnica ou nacionalidade	1	2	3
☐ Às vezes	Por ter estado numa prisão	1	2	3
☐ Quase sempre	O seu nível educacional ou económico	1	2	3
☐ Sempre	A forma como estava vestido	1	2	3

2. Quando vai à Segurança Social, é tratado com menos respeito ou simpatia do que as outras pessoas?

☐ Nunca	Qual pensa ser a principal razão para isso? 1 (não), 2 (talvez) e 3 (de certeza)			
☐ Quase nunca	A sua origem étnica ou nacionalidade	1	2	3
☐ Às vezes	Por ter estado numa prisão	1	2	3
☐ Quase sempre	O seu nível educacional ou económico	1	2	3
☐ Sempre	A forma como estava vestido	1	2	3

3. Quando vai ao banco, correios ou outras instituições públicas, é tratado com menos respeito do que as outras pessoas?

☐ Nunca	Qual pensa ser a principal razão para isso? 1 (não), 2 (talvez) e 3 (de certeza)			
☐ Quase nunca	A sua origem étnica ou nacionalidade	1	2	3
☐ Às vezes	Por ter estado numa prisão	1	2	3
☐ Quase sempre	O seu nível educacional ou económico	1	2	3
☐ Sempre	A forma como estava vestido	1	2	3

4. Em lojas ou restaurantes, recebe piores serviços do que as outras pessoas?

☐ Nunca	Qual pensa ser a principal razão para isso? 1 (não), 2 (talvez) e 3 (de certeza)			
☐ Quase nunca	A sua origem étnica ou nacionalidade	1	2	3
☐ Às vezes	Por ter estado numa prisão	1	2	3
☐ Quase sempre	O seu nível educacional ou económico	1	2	3
☐ Sempre	A forma como estava vestido	1	2	3

5. Quando procura arranjar emprego diria que tem maiores dificuldades do que as outras pessoas?

☐ Nunca	Qual pensa ser a principal razão para isso? 1 (não), 2 (talvez) e 3 (de certeza)			
☐ Quase nunca	A sua origem étnica ou nacionalidade	1	2	3
☐ Às vezes	Por ter estado numa prisão	1	2	3
☐ Quase sempre	O seu nível educacional ou económico	1	2	3
☐ Sempre	A forma como estava vestido	1	2	3

6. Em geral, as pessoas falam consigo como se fosse menos inteligente do que a maioria?

☐ Nunca	Qual pensa ser a principal razão para isso? 1 (não), 2 (talvez) e 3 (de certeza)			
☐ Quase nunca	A sua origem étnica ou nacionalidade	1	2	3
☐ Às vezes	Por ter estado numa prisão	1	2	3
☐ Quase sempre	O seu nível educacional ou económico	1	2	3
☐ Sempre	A forma como estava vestido	1	2	3

7. Em geral, as pessoas agem como se tivessem medo de si?

☐ Nunca	Qual pensa ser a principal razão para isso? 1 (não), 2 (talvez) e 3 (de certeza)			
☐ Quase nunca	A sua origem étnica ou nacionalidade	1	2	3
☐ Às vezes	Por ter estado numa prisão	1	2	3
☐ Quase sempre	O seu nível educacional ou económico	1	2	3
☐ Sempre	A forma como estava vestido	1	2	3

8. A sua família trata-o como se achasse que não é de confiança?

☐ Nunca	Qual pensa ser a principal razão para isso? 1 (não), 2 (talvez) e 3 (de certeza)			
☐ Quase nunca	A sua origem étnica ou nacionalidade	1	2	3
☐ Às vezes	Por ter estado numa prisão	1	2	3
☐ Quase sempre	O seu nível educacional ou económico	1	2	3
☐ Sempre	A forma como estava vestido	1	2	3

9. As pessoas agem como se fossem melhores que você?

☐ Nunca	Qual pensa ser a principal razão para isso? 1 (não), 2 (talvez) e 3 (de certeza)			
☐ Quase nunca	A sua origem étnica ou nacionalidade	1	2	3
☐ Às vezes	Por ter estado numa prisão	1	2	3
☐ Quase sempre	O seu nível educacional ou económico	1	2	3
☐ Sempre	A forma como estava vestido	1	2	3

10. É chamado por nomes impróprios ou com insultos?

☐ Nunca	Qual pensa ser a principal razão para isso? 1 (não), 2 (talvez) e 3 (de certeza)			
☐ Quase nunca	A sua origem étnica ou nacionalidade	1	2	3
☐ Às vezes	Por ter estado numa prisão	1	2	3
☐ Quase sempre	O seu nível educacional ou económico	1	2	3
☐ Sempre	A forma como estava vestido	1	2	3

11. É ameaçado ou assediado?

☐ Nunca	Qual pensa ser a principal razão para isso? 1 (não), 2 (talvez) e 3 (de certeza)			
☐ Quase nunca	A sua origem étnica ou nacionalidade	1	2	3
☐ Às vezes	Por ter estado numa prisão	1	2	3
☐ Quase sempre	O seu nível educacional ou económico	1	2	3
☐ Sempre	A forma como estava vestido	1	2	3

12. Quando responde a um anúncio ou vai a uma entrevista de emprego, sente que é tratado com menos respeito do que as outras pessoas?

☐ Nunca	Qual pensa ser a principal razão para isso? 1 (não), 2 (talvez) e 3 (de certeza)			
☐ Quase nunca	A sua origem étnica ou nacionalidade	1	2	3
☐ Às vezes	Por ter estado numa prisão	1	2	3
☐ Quase sempre	O seu nível educacional ou económico	1	2	3
☐ Sempre	A forma como estava vestido	1	2	3

13. Alguma vez foi, injustamente, parado, revistado ou questionado pela polícia?

☐ Nunca	Qual pensa ser a principal razão para isso? 1 (não), 2 (talvez) e 3 (de certeza)			
☐ Quase nunca	A sua origem étnica ou nacionalidade	1	2	3
☐ Às vezes	Por ter estado numa prisão	1	2	3
☐ Quase sempre	O seu nível educacional ou económico	1	2	3
☐ Sempre	A forma como estava vestido	1	2	3

14. Alguma vez foi, injustamente, ameaçado fisicamente ou sofreu abuso praticado pela polícia?

☐ Nunca	Qual pensa ser a principal razão para isso? 1 (não), 2 (talvez) e 3 (de certeza)			
☐ Quase nunca	A sua origem étnica ou nacionalidade	1	2	3
☐ Às vezes	Por ter estado numa prisão	1	2	3
☐ Quase sempre	O seu nível educacional ou económico	1	2	3
☐ Sempre	A forma como estava vestido	1	2	3

15. Alguma vez foi, injustamente, considerado suspeito ou sofreu acusação de ato ilegal pelas autoridades?

☐ Nunca	Qual pensa ser a principal razão para isso? 1 (não), 2 (talvez) e 3 (de certeza)			
☐ Quase nunca	A sua origem étnica ou nacionalidade	1	2	3
☐ Às vezes	Por ter estado numa prisão	1	2	3
☐ Quase sempre	O seu nível educacional ou económico	1	2	3
☐ Sempre	A forma como estava vestido	1	2	3

SITUAÇÃO PROFISSIONAL E ECONÓMICA

16. ☐ Empregado por conta de outrem ☐ Desempregado

    ☐ Trabalho por conta própria

17. *Qual é a sua profissão atual?*[3]_____

18. Já exerceu uma atividade profissional remunerada anteriormente?

    ☐ Sim ☐ Não

19. *Se sim, qual foi a última?*_____

20. Quantas vezes mudou de emprego até agora?_____

*21. Qual era a sua profissão antes de ir para a prisão?*_____

22. Durante os últimos 12 meses participou em alguma ação de formação?

    ☐ Sim ☐ Não

23. Na seguinte escala "1" corresponde ao "nível mais baixo na sociedade" e "10" ao "nível mais elevado na sociedade". Poderia dizer-nos em que posição se colocaria?

Mais baixo									Mais alto
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

24. De entre os seguintes bens, quais os que tem?

☐ Televisão ☐ Internet em casa

☐ Microondas ☐ Carro

☐ Leitor de DVD ☐ Casa própria

☐ Leitor de CD ☐ Casa alugada

☐ Computador ☐ Frigorífico

[3] As questões em itálico não foram alvo de análises.

☐ Máquina de lavar roupa ☐ Máquina de lavar loiça

25. Nos últimos doze meses, diria que teve dificuldades em pagar as suas contas no fim do mês?

☐ A maioria das vezes

☐ De vez em quando

☐ Quase nunca

☐ Nunca

26. Nos últimos 12 meses, recorreu a alguma instituição ou organização de apoio à habitação?

☐ A maioria das vezes

☐ De vez em quando

☐ Quase nunca

☐ Nunca

27. Nos últimos doze meses, recorreu ao Banco Alimentar, Cruz Vermelha, Cáritas...?

☐ A maioria das vezes

☐ De vez em quando

☐ Quase nunca

☐ Nunca

CONSUMO DE DROGAS E QUESTÕES DE SAÚDE

28. Tinha o hábito de consumir alguma droga antes de ir para a prisão?

☐ Nunca

☐ 1 a 2 vezes por semana

☐ 1 vez por dia

☐ 2 a 3 vezes por dia

☐ Mais que 3 vezes por dia

29. Tinha o hábito de consumir álcool antes de ir para a prisão?

☐ Nunca

☐ 1 a 2 vezes por semana

☐ 1 vez por dia

☐ 2 a 3 vezes por dia

☐ Mais que 3 vezes por dia

30. Consumia drogas enquanto esteve na prisão?

☐ Nunca

☐ 1 a 2 vezes por semana

☐ 1 vez por dia

☐ 2 a 3 vezes por dia

☐ Mais que 3 vezes por dia

31. Consumia álcool enquanto esteve na prisão?

☐ Nunca

☐ 1 a 2 vezes por semana

☐ 1 vez por dia

☐ 2 a 3 vezes por dia

☐ Mais que 3 vezes por dia

32. Atualmente consome alguma droga ou álcool? ☐ Sim .....☐ Não (se respondeu "não" passe para a pergunta nº 28)

33. Quais as drogas que consumiu mais frequentemente nos últimos 6 meses?

☐ Heroína ☐ Crack

☐ Bebida alcoólica ☐ Haxixe

☐ Cocaína ☐ Anfetaminas

☐ Cannabis ☐ Outra.

Qual?_____

34. Quantas vezes já recorreu ao médico por problemas de saúde nos últimos 6 meses?_____

35. Quais as doenças que o levaram a recorrer ao médico? (se for o caso, marque mais de uma opção)

☐ Perturbações emocionais (irritação, desânimo, tristeza, ansiedade, dificuldade de raciocínio e pensamento, esquecimentos)

☐ Perturbações físicas (tremores, dores de cabeça, dores no estômago, fraquezas, emagrecimento, convulsões, incómodos intestinais)

☐ Sida ou HIV

☐ Hepatite C

☐ Doenças respiratórias

☐ Doenças cardiovasculares

☐ Doenças do fígado

☐ Doenças infeciosas/ contagiosas

☐ Outras doenças _____

36. *Como se sente em relação à sua saúde? 1 (discordo plenamente) e 5 (concordo plenamente)*

Eu pareço ficar doente com mais frequência do que as outras pessoas	1 2 3 4 5
Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa	1 2 3 4 5
Acredito que minha saúde está a piorar	1 2 3 4 5
A minha saúde está boa	1 2 3 4 5
A minha saúde seria melhor se eu não usasse nenhuma droga	1 2 3 4 5
A minha saúde seria melhor se eu me comesse melhor	1 2 3 4 5

CONTATO COM O SISTEMA DE JUSTIÇA

37. Quantas vezes esteve preso? _____

38. *Qual foi a coação ou pena mais alta que lhe foi atribuída?*_____

39. Qual o motivo dessa(s) coação(ões) ou pena(s)?_____

DADOS PESSOAIS

40. Sexo: ☐ masculino ☐ feminino

41. Idade:_____

42. Onde nasceu? ☐ Portugal ☐ outro país

Qual?_____

43. Qual o último ano de escolaridade que frequentou?_____ *Concluí-o?* ☐ sim ☐ não

44. *Que idade tinha quando interrompeu ou terminou os seus estudos a tempo inteiro?*_____

45. Qual a situação que melhor descreve com quem vive:

☐Vive sozinho

☐ Vive com familiares (pais, tios, parentes)

☐ Vive com amigos

☐ Vive com um(a) companheiro(a) e sem filho(s)

☐ Vive co um(a) companheiro(a) e com filhos da união atual

☐ Vive com um(a) companheiro(a) e com filhos de uma união anterior

☐Vive com um(a) companheiro(a) e com os filhos desta união e de união anterior

☐Outra

Qual?_____

46. Qual a situação que melhor descreve onde vive?

☐ Casa (própria ou alugada)

☐ Casa de familiares

☐ Instituição

☐ Rua ou abrigo

☐Outra

*Qual?*_____

47. No geral, sente que é alvo de discriminação?

Discordo Plenamente				Concordo Plenamente
1	2	3	4	5

48. Qual(is) razão(ões) atribui para essa sensação?

Qual pensa ser a principal razão para isso? 1 (não) 2(talvez) e 3 (de certeza).			
A sua origem étnica ou nacionalidade	1	2	3
Por ter estado numa prisão	1	2	3
O seu nível educacional ou económico	1	2	3
A forma como estava vestido	1	2	3