UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS – UNISANTOS

PROGRAMA DE SAÚDE COLETIVA

Maíra Mendes dos Santos Marques

FATORES ASSOCIADOS A TRANSTORNOS MENTAIS GRAVES NO CONTEXTO PRISIONAL

SANTOS

2018

Maíra Mendes dos Santos Marques

FATORES ASSOCIADOS A TRANSTORNOS MENTAIS GRAVES NO CONTEXTO PRISIONAL

Tese para fins de defesa no doutorado em saúde coletiva. Universidade Católica de Santos. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Sérgio Baxter Andreoli

SANTOS

2018

Marques, Maíra Mendes dos Santos.

Fatores associados a transtornos mentais graves no contexto prisional - São Paulo, 2018.

Tese (Doutorado) – Universidade Católica de Santos. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Título em Inglês: Associated factors with serious mental illness in a prisional context.

1. Drogas 2. Presos 3. Reincidência 4. Crime 5. Problemas de saúde

MAÍRA MENDES DOS SANTOS MARQUES

FATORES ASSOCIADOS A TRANSTORNOS MENTAIS GRAVES NO CONTEXTO PRISIONAL

Tese de Doutorado ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos para obtenção do título de doutorado em saúde coletiva.

Banca Examinadora:

.....
SÉRGIO B. ANDREOLI

.....
INES MARIA QUINTANA

.....
FERNANDA GONÇALVES MOREIRA

.....
CLAUDIA R.S. BARROS

.....
SILVIA REGINA VIODRES INOUE

Conceito:

São Paulo, de de 2018.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais que me proporcionaram a base educacional necessária para eu desfrutar das possibilidades de crescimento acadêmico e profissional.

Ao meu querido e amado marido pelo apoio e compreensão nas ausências decorrentes do árduo trabalho envolvido no doutorado.

À amada família Salvestrini, pela disponibilidade em me dar todo o suporte nas minhas idas e vindas em terras paulistanas.

Ao meu querido casal de amigos, Mariano Stamato e Fernanda Linardi, por todo amor, compreensão e generosidade ao me receberem em sua casa durante a elaboração da tese.

Aos meus colegas Mário Cesar R. de Andrade e Aline Caccozi que me incentivaram a fazer o doutorado e a superar os desafios dessa jornada.

Às minhas amigas Nathália Flores e Ghina Machado pelos conselhos e pela escuta em momentos de aflição que esse período do doutorado traz.

À minha amiga Camille La Brooy, cuja acolhida durante o período do doutorado sanduíche foi de extrema importância para superar as dificuldades de estar longe de casa.

Dedicatória

Ao meu amado marido por sempre acreditar na minha capacidade e me dar apoio para alçar voos mais altos e distantes.

A todos aqueles que direta ou indiretamente me incentivaram a permanecer na desafiadora jornada acadêmica.

Este trabalho contou com
o financiamento da CAPES,
processos Nº 1419083 e
Nº 88881.131763/2016-01

Se você quer construir um navio,
não reúna pessoas para recolherem a madeira e
não distribua tarefas e trabalho, mas as ensine
a desejarem a imensidão infinita do mar.

Antoine de Saint-Exupery

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO 8

1.1 Panorama nacional e internacional de transtornos mentais graves com ou sem comorbidade com transtornos por uso de drogas em populações prisionais.....9

1.2 Fatores associados a transtornos mentais graves 11

1.2.1Problemas de saúde física.....11

1.2.2 Comportamento criminal 12

1.2.3Sexo.....15

1.2.4 Vulnerabilidade e transtornos mentais graves 17

1.3 Reabilitação clínica e social: da Lei à realidade.....211

1.4 Por que estudar transtornos mentais graves no contexto prisional?.....33

1.5 Hipótese 35

2.OBJETIVOS 35

2.1 Objetivo Geral 35

2.2 Objetivos Específicos.....36

3.MÉTODO.....36

3.1 Desenho do estudo 36

3.2 Amostra.....37

3.3. Amostragem.....37

3.4. Instrumentos 38

3.5 Aspectos éticos e legais.....39

4.ANÁLISE ESTATÍSTICA 40

4.1 Definição das variáveis de interesse 40

4.1 Variáveis independentes.....40

4.2 Dependentes.....41

4.3 Estratégias de análise.....41

5. RESULTADOS 43

5.1. Dados demográficos 43

5.2 Prevalências de transtornos mentais graves e comorbidades com transtornos por uso de drogas 46

5.3 Fatores clínicos e criminais associados a transtornos mentais graves. 48

5.3.1Homens 48

5.3.2 Mulheres 51

5.4 Fatores clínicos e criminais associados a transtornos depressivos graves 55

5.4.1 Homens 55

5.4.2 Mulheres 58

6. DISCUSSÃO 61

6.1 Prevalências de Transtornos Mentais Graves 63

6.2 Associação entre transtornos mentais graves e fatores criminais e clínico 67

6.3 Associação de transtornos depressivos graves com fatores criminais e clínicos 70

6.4 Impacto da comorbidade de transtornos por uso de drogas com transtornos depressivos graves e outros transtornos mentais graves para o perfil clínico e criminal de presos 72

6.5 Possibilidades terapêuticas para pessoas com transtornos mentais graves envolvidas com o sistema de justiça. 78

7. IMPLICAÇÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS 82

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 84

ANEXO A – PUBLICAÇÃO DE CAPÍTULO DO LIVRO PSIQUIATRIA FORENSE... 95

ANEXO B – ARTIGO SUBMETIDO NA REVISTA BRASILEIRA DE EPIDEMIOLOGIA 100

ANEXO C – ARTIGO SUBMETIDO NA REVISTA CIÊNCIA E SAÚDE COLETIVA 106

ANEXO D – ARTIGO A SER SUBMETIDO NA REVISTA BULLETIN 112

RESUMO

Introdução: estudos demonstram a alta prevalência de morbidade psiquiátrica entre presos comparada à população geral em todo o mundo. O alto contingente de presos com transtornos mentais graves chamam a atenção pela gravidade dos quadros clínicos dentro de um contexto adoecedor que pode ser o sistema prisional. Presos com transtornos mentais graves são mais vulneráveis a problemas de saúde física. Dentre os transtornos mentais graves, os transtornos depressivos graves são os mais prevalentes e estão associados ainda ao comportamento suicida. Alguns estudos mostram que os transtornos mentais graves são fatores de risco para o comportamento violento e reincidência criminal, classificada pela maior chance de reencarceramento. Já outros estudos mostram que a relação com o comportal criminal é mediado pela comorbidade com transtornos por uso de drogas.
Objetivo: Estudar a associação entre fatores criminais, clínicos, transtornos mentais graves e a comorbidade com transtornos por uso de drogas em uma população prisional do Estado de São Paulo. Os objetivos específicos são: Descrever o perfil sociodemográfico da população estudada; estimar as prevalências dos transtornos mentais graves calculados para a vida; analisar os fatores clínicos e criminais relacionados aos transtornos mentais graves levando em consideração as particularidades de sexo; analisar os fatores clínicos e criminais relacionados de presos com transtornos mentais graves em comparação aos presos com comorbidades com transtornos por uso de drogas, e analisar os fatores clínicos e criminais dos transtornos depressivos graves levando em consideração as particularidades de sexo. **Método:** estudo transversal com amostra probabilística, estratificada por distrito administrativo e sorteio em múltiplos estágios de presidiários em unidades penitenciárias e unidade detenção provisórias do Estado. 1809 presos foram avaliados para a presença de diagnóstico psiquiátrico por meio do “Composite International Diagnostic Interview – 2.1”. As prevalências e IC95% foram calculadas para vida e ajustadas pela análise de amostras complexas. Para análise da associação de fatores clínicos e criminais com transtornos mentais graves, foram feitos dois modelos de regressão logística multinomial, um para transtornos mentais graves (TMG) em geral e outro para transtornos depressivos graves (TDG), com planos de análise específicos por sexo. A variável dependente teve quatro categorias em todos os planos: 1) ter TMG / TDG; 2) ter Comorbidade com transtornos por uso de drogas; 3) ter qualquer outro transtorno mental; 4) não ter transtorno mental. **Resultados:** problemas de saúde de natureza clínica foram associados a transtornos mentais graves, transtornos depressivos graves e a comorbidade de TMG e transtorno por uso de drogas (TUD) em ambos os sexos. Nas mulheres houve associação dos problemas de saúde de natureza clínica também com a comorbidade de TDG e TUD. Histórico de reencarceramento e falta disciplinar foram associadas às duas comorbidades TMG-TUD e TDG-TUD em ambos os sexos. Já estar preso em penitenciária teve associação direta com TDG entre os homens e inversa em mulheres. Por fim, ter cometido crime relacionado a drogas aumentou as chances de se ter a comorbidade TDG-TUD em homens. Entre as mulheres esta comorbidade esteve associada a ter cometido crime violento. **Conclusão:** ter transtorno mental grave sem comorbidade psiquiátrica não esteve associado à reincidência em nenhum dos sexos. Quando houve comorbidade com transtornos por uso de drogas, entretanto, essa associação foi significativa, sendo a comorbidade também associada a problemas de saúde física. Isso mostra a necessidade de formulação de políticas de saúde para a população com comorbidade a fim de atender as necessidades específicas.

ABSTRACT

Introduction: Studies have shown high prevalence of psychiatric morbidity among prisoners compared to the general population worldwide. The burden of incarcerated adults with mental disorders draw attention to the severity of the clinical conditions of these people living in a prison system that may aggravate their mental problems. Incarcerated adults with severe mental disorders are more vulnerable to physical health problems. Among these mental disorders, severe depressive disorders are more common and are associated with suicidal behavior. Some studies have shown that serious mental disorders are risk factors for violent behavior and criminal recidivism, classified by the greated chance of reencarceration. Other studies have shown that the association with criminal behavior is mediated by comorbidities with drug use disorders. **Aim:** to analyze the criminal and clinical factors associated with severe mental disorders, with and without drug-related disorders (DRD) comorbidity in a prison population of São Paulo. The specific aims are: To describe the demographic profile of the population; to estimate prevalence of lifetime severe mental disorders; to analyze the clinical and criminal factors related to severe mental disorders by taking into consideration the sex particularities; to analyze the associated factors of incarcerated adults with severe mental disorders in comparison to those with comorbidity with drug use disorders, and to analyze the associated factors of severe depressive disorders by taking into account the particularities of each sex. **Method**: a descriptive, cross-sectional survey was conducted between May 2006 and January 2007, the details of which have been described in detail elsewhere. 1809 incarcerated adults (≥18 years) were recruited via random, proportional, multistage sampling from 105 prison units in the State of São Paulo. They were evaluated for the presence of a psychiatric diagnosis by the "Composite International Diagnostic Interview - 2.1" (ICD-10). The prevalences and 95% CI were calculated for life and adjusted by the analysis of complex samples. For the analysis of the correlated factors with severe mental disorders, two models of multinomial logistic regression were used, one for severe mental disorders (SMD) in general and another for severe depressive disorders (SDD), with specific analyses plan for male and female population. The dependent variable was cathegorized into: 1) SMD only / SVD only; 2) Comorbidity with drug use disorders; 3) Any other mental illness; 4) no mental illness.**Results**: Health problems were associated with severe mental disorders, severe depressives and the two analysed comorbidities among women and severe mental disorders and SDD-TUD in men. Recidivism and disciplinary penalty were associated with both TUD comorbidity in both men and women. Being imprisoned in prison was directly associated with SDD among men and inversely associated in women. Having committed a drug-related crime increased the chances of having SDD-TUD in men, whereas having committed violent crime was associated in women with this comorbidity. **Conclusion:** severe mental disorder only was not associated with recidivism, whereas the comorbidity with drug-related disorder was directly associated with it and with worsen physical health condition. These results show the need of health policies making toward the people with comorbidity in order to meet their specific needs.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Características sociodemográficas e criminais da população carcerária do estado de são Paulo Ano 2007 (N 1809) 44

TABELA 2 – Prevalência de Transtornos mentais graves, transtornos por uso de drogas e a comorbidade ao longo da vida – Ano 2007 (N 1809) 47

TABELA 3 – Associação de transtornos mentais graves com fatores clínicos e criminais na população prisional masculina comparada com presos sem transtorno mental – Ano 2007 (N1.192) 49

TABELA 4 – Associação de transtornos mentais graves com fatores clínicos e criminais na população prisional feminina comparada com presos sem transtorno mental – Ano 2007 (N 617) 52

TABELA 5 – Associação de transtornos depressivos graves com fatores clínicos e criminais na população prisional masculina comparada com presos sem transtorno mental - Ano 2007 (N 1809) 56

TABELA 6 – Associação de transtornos depressivos graves com fatores clínicos e criminais na população prisional feminina comparada com presas sem transtorno mental – Ano 2007 (N 617) 59

LISTA DE ABREVIATURAS

AIC: Akaike Information Criterion

BIC: Bayesiano Information Criterion

CID: Classificação Internacional de Doenças

CIDI: Composite International Diagnostic Interview

CDP: Centro de Detenção Provisória

CNJ - Conselho Nacional de Justiça

CNPQ: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

CRF: Centro de Ressocialização Feminino

DEPEN – Departamento Penitenciário Nacional

DRD – Drug-related Disorder

DSM: Manual Estatístico e Diagnóstico da Associação Psiquiátrica Americana.

DST: Doença sexualmente transmissível

FEBEM: Fundação Estadual de Bem-Estar do Menor

LEP – Lei de Execução Penal

OR: Odds Ratio (razão de chances)

PAILI - Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator

PAI-PJ - Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário

PNAISP - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional

PNSSP – Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário

SAP - Secretaria de Administração Penitenciária

SDD – Severe Depressive Disorder

SMD – Severe Mental Disorder

SUS – Sistema Único de Saúde

TDG – Transtornos depressivos graves

TMG – Transtornos mentais graves

TUD – Transtornos por uso de drogas

1.INTRODUÇÃO

A população prisional mundial tem crescido por volta de um milhão a cada década. Aproximadamente 10.35 milhões de pessoas estão presas em instituições prisionais, segundo o maior levantamento da população prisional mundial (Walmsley 2016).

O Brasil possui a quarta maior população prisional do mundo, atrás apenas dos Estados Unidos, China e Rússia (Brief 2017). No período de 1995 a 2010, o número de presos no nosso país subiu 136%, percentual abaixo apenas do registrado na Indonésia (145%). Se permanecer nesse ritmo de crescimento, o Brasil chegará a 1 milhão de presos até 2022. Contrariamente a esses números, a infraestrutura do Sistema prisional não tem acompanhado esse crescimento e apresenta uma capacidade de vagas que atende aproximadamente a metade da população atual (607.731 presos para 376.669 vagas) (DEPEN 2014). Dados recentes do Departamento Penitenciário Nacional – DEPEN, apontam que para o Estado de São Paulo acompanhar a demanda prisional, que é a maior do país, seria necessária a criação de uma penitenciária com 500 vagas a cada 30 dias (PNSSP 2014).

Paralelo ao crescimento da população prisional, estudos demonstram a alta prevalência de morbidade psiquiátrica entre presos comparada à população geral em todo o mundo (Prins 2014).

1.1 Panorama nacional e internacional de transtornos mentais graves com ou sem comorbidade com transtornos por uso de drogas em populações prisionais.

As prevalências de transtornos mentais nas populações prisionais costumam variar significativamente entre os estudos, mas sempre apontando para a alta morbidade. Uma revisão sistemática realizada com 22 estudos identificou uma faixa de variação de prevalências de transtorno mental de 55% a 80% na população prisional (Brink 2005).

No estado de São Paulo, onde abriga o maior número de presos do país, identificaram-se 63% de presos com algum transtorno mental ao longo da vida (56% homens; 69% mulheres) e 30% (22% homens; 39% mulheres) no último ano (Andreoli, dos Santos et al. 2014). Tais prevalências são expressivamente maiores que as encontradas na população geral. Em estudo realizado com a população geral de seis países Europeus, a saber, Bélgica, França, Alemanha, Itália, Holanda e Espanha, foram encontrados 21% dos homens e 28,1% das mulheres com algum transtorno mental (Alonso et al 2004). No Brasil, eum levantamento epidemiológico realizado no Estado de São Paulo, identificaram-se 29,6% dos participantes, homens e mulheres, com algum transtorno mental (Andrade 2012).

Considerando apenas os transtornos mentais graves, algumas pesquisas recentes em presídios americanos estimam que a taxa é de aproximadamente 14% e até 31% para mulheres (Parsons and Sandwick 2012). A semelhança do estudo realizado na população prisional de Nova York no período de 2002-2006, em que aproximadamente 17% dos entrevistados apresentaram transtornos mentais graves (14,5% homens e 31% mulheres) no último mês da pesquisa e 31% dos que rejeitaram

participar da pesquisa claramente apresentaram algum transtorno mental grave (Steadman, Osher et al. 2009).

Estima-se que de 10 a 20% de pessoas presas em centros de detenção provisória e 25% de pessoas presas em penitenciárias tenham algum transtorno mental grave, chegando a proporção de 3 a 6 vezes da população geral (Prins 2014, Hirschtritt and Binder 2017). Essa proporção dobra quando se considera apenas a população feminina (Steadman, Osher et al. 2009) e ainda é três vezes maior do que a identificada em hospitais (Torrey, Kennard et al. 2010).

O alto contingente de presos com transtornos mentais graves, classificação que abrange os transtornos psicóticos, transtorno afetivo bipolar e transtornos depressivos graves, (Torrey, Zdanowicz et al. 2014) chamam a atenção pela gravidade dos quadros clínicos dentro de um contexto adoecedor que pode ser o sistema prisional (Matejkowski and Ostermann 2015). Os transtornos mentais graves mais prevalentes tendem a ser os depressivos (Binswanger, Merrill et al. 2010, Andreoli, dos Santos et al. 2014). Em penitenciárias americanas, foram identificadas prevalências de 7,4% em homens e 35,5% em mulheres (Binswanger, Merrill et al. 2010). Em estudo realizado na Bahia/ Brasil, foram identificados 14% de presos com depressão grave e 4% com transtornos psicóticos (Pondé, Freire et al. 2011).

Vale considerar que as prevalências de transtornos mentais graves em presídios comuns não refletem a magnitude da população prisional que é afetada por esses transtornos, apesar de já serem taxas altas. Isso ocorre porque o tratamento judicial costuma se diferenciado àqueles que cometeram crime devido a alterações comportamentais do transtorno mental. Após comprovação por perícia psiquiátrica, a Lei prevê que o agressor seja encaminhado a uma unidade hospitalar e não a uma unidade prisional comum. Isso ocorre por um pressuposto de que os transtornos

mentais graves carregam em si o caráter de periculosidade, caracterizado pelo risco de reincidir criminalmente (Yarochewsky and da Silva Coelho 2013, Torrey, Zdanowicz et al. 2014).

A prevalência de comorbidade psiquiátrica também é elevada na população prisional, podendo variar entre 50 a 90%, sendo as comorbidades mais frequentes aquelas associadas com transtornos por uso de drogas. Estudo realizado nos Estados Unidos identificou que 72% dos presos com transtorno mental grave apresentavam algum transtorno por uso de drogas. Quando considerado apenas os transtornos depressivos graves, a prevalência atingiu 74,2% (Abram, Teplin et al. 2003). Outro estudo desenvolvido também nos Estados Unidos, que avaliou a comorbidade entre transtorno mental grave e drogas, identificou prevalências igualmente significativas (68% homens e 32% mulheres) (Wilson, Draine et al. 2011).

As altas prevalências de transtornos mentais graves e sua comorbidade com transtornos por uso de drogas na população prisional têm mobilizado os setores públicos da justiça e saúde, para a discussão sobre esse assunto, uma vez que apresentam impacto tanto para priores desfechos em saúde quanto para o comportamento criminal (Baillargeon, Penn et al. 2010).

1.2 Fatores associados a transtornos mentais graves

1.2.1Problemas de saúde física

A população prisional apresenta vulnerabilidades a problemas de saúde global e dificuldade de acesso ao sistema de saúde, durante e após o encarceramento (Kinner, 2014). Se a população carcerária em geral tende a se caracterizar como população com expressiva necessidade de cuidados em saúde (Denton, Foster et al. 2017), aqueles com transtorno mental grave são ainda mais vulneráveis (Binswanger,

Stern et al. 2007). Dentre os fatores está a baixa procura pelos serviços de saúde, o que leva a um ciclo vicioso de cronicidade da doença. Presos com transtornos mentais graves não costumam buscar serviços de saúde devido à falta de entendimento sobre sua condição médica, ao estigma relacionado ao transtorno mental ou, ainda, ao receio de receber medida de segurança, tratamento penal aos indivíduos com transtornos mentais graves (Baillargeon, Penn et al. 2010, Cassau and Goodwin).

Dentre os problemas de saúde mais comuns estão as doenças infectocontagiosas como tuberculose, hepatite e HIV/AIDS (Binswanger, Stern et al. 2007, Wilson, Draine et al. 2014). Estudo americano com ex-presos mostrou que transtornos mentais graves em comorbidade com transtornos por uso de drogas foram associados a maior número de reentrada em hospitais, recaída em sintomas psiquiátricos e HIV (Wilson, Draine et al. 2014).

Problemas de saúde físico também foram relacionados ao reencarceramento em ex-presos (Kinner and Wang 2014, Thomas, Spittal et al. 2015). Os problemas de saúde estão associados ao envolvimento criminal certamente por fatores sociais de risco comuns tanto ao comportamento criminal quanto ao empobrecimento da saúde, o que pode ser melhor compreendido sob o contexto da vulnerabilidade, a ser discutido posteriormente (Ayres, Paiva et al. 2010)..

As necessidades complexas em saúde de presos são problemas de saúde pública que se não manejados adequadamente podem impactar na segurança pública e assim no bem-estar geral da população (Kinner and Wang 2014).

1.2.2 Comportamento criminal

Os transtornos mentais graves têm sido considerados fatores de risco para o comportamento violento. A exemplo, foi identificado em um hospital forense de Nova

York, que a maioria dos internos diagnosticados com esses transtornos havia cometido crimes violentos (39%), tais como assalto (9%), roubo (24%) e homicídio (3%) (Way, Sawyer et al. 2008).

Essa relação também foi encontrada em estudo com 98.082 pacientes de hospitais psiquiátricos nos Estados Unidos. Ter transtorno mental grave aumentou a chance em 3,8 vezes de ter cometido um crime violento. Além disso, foi encontrada diferença entre os sexos, de modo que as mulheres apresentaram maior risco que os homens (OR 3,9 x OR 2,5) de terem cometido crime violento (Fazel, Bains et al. 2006).

Alguns estudos recentes, por outro lado, mostram que os sintomas positivos, como delírios e alucinações, são responsáveis pelo comportamento violento apenas de 5 a 8% dos casos de presos com transtornos mentais graves (Peterson, Skeem et al. 2010).

Os transtornos mentais graves têm sido relacionados à maior propensão do indivíduo reincidir criminalmente. Três estudos realizados nos Estados Unidos identificaram essa relação. Um estudo de seguimento durante 4 anos com 9245 ex-presos apresentou uma média de tempo de reencarceramento de 385 dias para os indivíduos com transtornos mentais graves em comparação aos 743 dias para aqueles sem esse tipo de transtorno (Matejkowski, 2015). Achado similar foi encontrado em estudo de seguimento de 5 anos com 79.211 presos (Cloyes, Wong et al. 2010). Em outro estudo longitudinal no período de 2004 a 2011 com 200,889 ex-presos, encontrou-se por análises de sobrevida risco aumentado de reencarceramento em 4 vezes na presença de transtorno mental grave (Bales, Nadel et al. 2017). Po outro lado, em uma revisão com meta-análise de 27 estudos mostrou que indivíduos com transtornos psicóticos apresentaram risco ligeiramente aumentado de reincidir

criminalmente quando comparados com presos sem nenhum transtorno mental e similar àqueles com outro tipo de transtorno mental (Fazel, Grann et al. 2011).

Dentre as comorbidades com transtornos mentais graves, a associação com transtornos por uso de drogas (TMG – TUD) tende a exercer forte influência na periculosidade dos presos, tornando-os mais propensos a cometerem crimes (Way, Sawyer et al. 2008). Estudo longitudinal sueco realizado com extensa base de dados, de admissões hospitalares e do sistema de justiça no período de 1973 a 2006 mostrou que pacientes com um transtorno mental grave apresentaram maior chance (OR 2.0) de possuírem histórico criminal do que pacientes sem esse transtorno. Quando considerada a comorbidade com transtorno por uso de drogas, esse risco foi aumentado para 4 vezes (Fazel, Grann et al. 2011).

Em uma revisão sistemática, identificou-se que pacientes com a comorbidade com transtorno por uso de drogas apresentavam de 8 a 10 vezes mais chances de terem comportamento criminal em comparação à população geral. Quando avaliados indivíduos apenas com transtornos mentais graves, as chances diminuíram para 2 (Fazel and Yu 2009). Da mesma forma, a comorbidade foi um preditor mais forte para o cometimento de crimes do que os transtornos mentais graves considerados isoladamente em um estudo longitudinal nos Estados Unidos com 36,385 pacientes dos serviços de saúde (Erickson, Rosenheck et al. 2008). A comorbidade (TMG – TUD) está relacionada a maiores níveis de reincidência que qualquer outro diagnóstico quando avaliado de forma isolada (Frank and McGuire 2010).

A diferenças nos achados científicos indicam ser a relação entre comportamento criminal e transtorno mental grave complexa, de modo que vários fatores parecem interferir nessa relação. Um deles é o tipo de sintomas predominantes. Se os sintomas positivos, tal como, por exemplo, ideias delirantes de

cunho persecutório, podem predispor ao comportamento violento. Por outro lado, os sintomas negativos, tais como embotamento afetivo e isolamento social, diminuem as chances dessa ocorrência (Teixeira, 2008). Além disso, a cronicidade do quadro psiquiátrico pode influenciar ou não na periculosidade do indivíduo. Indivíduos portadores de um transtorno mental grave, como esquizofrenia crônica de má evolução, por exemplo, tendem a não apresentar risco importante para comportamento violento (Teixeira, 2008).

Estudos recentes têm apontado que o impacto do transtorno mental grave para o comportamento criminal está na presença de certos padrões cognitivos e comportamentais (Epperson, Wolff et al. 2014). A exemplo, Wolff e colaboradores (Wolff, Morgan et al. 2013) identificaram que presos com transtornos mentais graves apresentavam níveis mais altos de padrões criminógenos, tais como a inibição de afeto, agressividade, isolamento social, desesperança, do que aqueles que não tinham esse tipo de transtorno.

1.2.3Sexo

O aumento do número de estudos com população prisional feminina tem acompanhado o cenário de crescimento em todos os continentes dessa população no sistema prisional, de aproximadamente 50% de 2000 a 2016, frente ao crescimento de 18% da população prisional masculina (Walmsley 2016).

As diferenças no perfil clínico e criminal de homens e mulheres presos são consistentes na literatura e, da mesma forma, precisam ser consideradas no estudo dos fatores associados aos transtornos mentais graves. Mulheres que apresentam perfil criminal, ou seja, que possuem histórico de comportamento criminal e/ou

recidivo, apresentam histórico de vitimização por algum tipo de violência ao longo da vida, podendo chegar a 70% de mulheres presas a reportarem histórico de violência sexual (Lynch and Heath 2017). A vitimização tende a ocorrer de diversas formas: na infância, por parte dos pais ou responsáveis; na vida adulta, por parte dos maridos e no sistema prisional por parte das autoridades (Reed, Raj et al. 2009, Makki and dos Santos 2010)

O impacto da vitimização por violência sexual e o desenvolvimento de transtorno mental é bastante consistente na literatura (Van den Bergh, Gatherer et al. 2011, Klepper 2016) e pode ser representado pela maior morbidade psiquiátrica na população prisional feminina (Watzke, Ullrich et al. 2006, Steadman, Osher et al. 2009). Da mesma forma, quando se trata especificamente de transtornos mentais graves, conforme demonstrou uma recente meta-análise. As mulheres apresentaram maiores prevalências de transtornos psicóticos (3.9%) e depressão (14.1%) quando comparadas com os homens (3,6% transtornos psicóticos; 10,2% depressão) (Fazel and Seewald 2012).

O perfil clínico de mulheres presas costuma apresentar maior gravidade dos casos psiquiátricos que exigem tratamento de longo prazo (Mir, Kastner et al. 2015, Collier and Friedman 2016). Igualmente, o padrão de dependência por drogas, independente do tipo de crime que cometem, tende a ser maior entre mulheres presas (Santos, Quintana et al. 2014) assim como as prevalências de quadros psiquiátricos comórbidos com transtornos mentais graves (Collier and Friedman 2016).

Para os transtornos depressivos, existem algumas diferenças importantes entre os sexos, pouco estudadas na população prisional. Os homens com depressão costumam tornar-se mais irritados, agressivos, se envolverem em conflitos interpessoais e em atividades de risco, além de apresentarem altas prevalências de

comorbidade com transtorno por uso de álcool o que concorre também para problemas comportamentais (Addis, 2008). Homens são, ainda, 4 vezes mais predispostos a cometerem suicídio (Addis 2008). Já as mulheres costumam manifestar a depressão com alterações psicológicas e cognitivas. Elas costumam apresentar uma característica de ruminação dos problemas, ou seja, tendem a exacerbar os fatores estressores considerando-os como grandes obstáculos e assumem uma postura negativa sobre as situações e sobre o futuro (Essau, Lewinsohn et al. 2010). Tal padrão de pensamento e comportamento tende a afetar a saúde global das mulheres (Alves, Dutra et al. 2013).

Apesar de os fatores associados a transtornos mentais graves serem comumente discutidos de forma isolada, é de significativa importância avaliá-los no contexto da vulnerabilidade, de modo a considerar a imbrincada interação desses fatores (Buško and Kulenović 2001; Hyde, Mezulis et al. 2008).

1.2.4 Vulnerabilidade e transtornos mentais graves

A perspectiva conceitual da vulnerabilidade surgiu com a discussão dos fatores envolvidos à pandemia de HIV/ Aids na década de 80 e atualmente contribui para a compreensão de fenômenos não apenas da saúde pública como um todo, mas também de outras esferas como a justiça (Ayres, Paiva et al. 2010). Essa concepção propõe apreender as interferências entre as diversas dimensões envolvidas no processo saúde/doença sem negar as práticas de prevenção balizadas no conceito de risco.

Isso significa que a exposição a agravos de saúde é resultado tanto de aspectos individuais como de contextos ou situações coletivas que provocam maior

suscetibilidade aos agravos e morte e à possibilidade e aos recursos para o seu enfrentamento (Bertolozzi et al, 2009).

Na discussão sobre o processo saúde-doença, portanto, enquanto o risco indica probabilidades, a vulnerabilidade é um indicador da iniqüidade e da desigualdade social, antecedendo ao risco e determinando os diferentes riscos de se infectar, adoecer e morrer (Bertolozzi et al, 2009).

Assim, na perspectiva da vulnerabilidade, as seguintes dimensões interligadas: individuais, que englobam os aspectos psicológicos, comportamentais e intersubjetivos da experiência pessoal; sociais ou coletivos, que compreendem o repertório de fenômenos vinculados a aspectos contextuais como relações de gênero, de etnia, exclusão, etc; e as programáticas ou institucionais, que dizem respeito aos serviços de saúde e suas estratégias de enfrentamento aos contextos de vulnerabilidade. Nesse plano, são considerados o acesso e a forma de organização dos serviços de saúde, bem como os programas voltados à prevenção, assistência e controle. A instituição, nesse contexto, é concebida a partir da interlocução entre os setores públicos e sociedade, incluindo a saúde, educação, a comunidade, o município, entre outros. (Epperson, Wolff et al. 2014).

Essa perspectiva multidimensional é congruente com a complexa rede de vulnerabilidades a que a população prisional é marcada tanto dentro como fora do sistema prisional. No nível individual, a população prisional tende a apresentar, dentre outros, histórico de vitimização por violência (Van den Bergh, Gatherer et al. 2011) e padrão cognitivo criminógeno (Wolff, Morgan et al. 2013). A situação é ainda mais crítica para aqueles que sofrem com transtornos mentais graves e entram para o sistema prisional pois costumam ter habilidades reduzidas para se adaptarem ao ambiente prisional, o que torna o prognóstico clínico desfavorável. Os presos com

esses transtornos tendem a apresentar dificuldade em obedecer às normas institucionais e geram uma reação de coação e punição pelos funcionários, que acabam provocando uma revitimização do indivíduo a situações traumáticas (Bermúdez, Romero Mendoza et al. 2007).

O agravamento do quadro psicopatológico devido a essa revitimização e à falta de tratamento adequado gera um ciclo vicioso de piora na condição clínica, que pode levar, além do comportamento suicida, ao desajuste social, através de comportamentos de risco, como brigas no sistema prisional, envolvimento com drogas (Birmingham 2003) e ainda maior dificuldade de adaptação social que concorre para a reincidência criminal, após cumprimento da pena (Sirotich 2008).

Na dimensão social do conceito de vulnerabilidade destaca-se, por exemplo, a falta de apoio e o estigma social (Kinner and Wang 2014). Representação maior da falta de apoio social é a situação como morador de rua a que a maioria dos ex-presos, faixa de 60 a 90%, passam a enfrentar quando recebem liberdade judicial e isso é realidade em diferentes países (Hirschtritt and Binder 2017). A quebra de relacionamentos afetivos, o isolamento, a ruptura abrupta das atividades cotidianas e a ociosidade (Cassau and Goodwin 2012) no período de encarceramento concorre para o desenvolvimento ou agravamento de condições psiquiátricas. As mulheres apresentam maior dificuldade de adaptação que os homens (Hassan, Birmingham et al. 2011) e costumam apresentar maior risco às situações adversas (Klepper 2016).

O estigma social é outro fator marcante na população prisional com transtornos mentais graves e começa na própria equipe de profissionais do sistema prisional. A exemplo, estudos mostram que as autoridades policiais e penitenciárias costumam atribuir aos presos com transtornos mentais graves mais medidas disciplinares do que aos presos sem essa morbidade (Matejkowski and Ostermann 2015). Alguns teóricos

apontam para a ‘criminalização dos transtornos mentais graves’, demonstrando a maior predisposição ao (re)encarceramento devido ao estigma social sofrido por esses indivíduos (Epperson, Wolff et al. 2014).

Já no nível institucional, ou programático, sobressaem-se a falta de assistência social e médica e falta de oportunidade de inserção do mercado de trabalho (Klepper, 2016). Percebe-se a falta de articulação entre e efetividade das políticas públicas, sobretudo àquelas voltadas para os ex-presos, uma vez que este costumam carecer de suporte para as necessidades em saúde mental e física e de assistência social (Kinner and Wang, 2014). Para a população com transtornos mentais graves, isso é um significativo fator de risco para a reincidência, aumento do abuso de substâncias e trauma futuro (Klepper 2016).

Outro desafio é a falta de qualificação dos profissionais que lidam com essa população para identificar alguns quadros psiquiátricos, cujos sintomas, tais como o pessimismo, irritabilidade, desânimo e isolamento, tendem a ser confundidos como quadros normais de ajustamento (Baillargeon, Penn et al. 2010, Hewitt, Perry et al. 2011) previstos no processo de encarceramento. Estudo realizado com mulheres presas, por exemplo, mostrou que apenas 40% dos presos com depressão grave obtêm cuidados médicos na instituição prisional (Bermúdez, Romero Mendoza et al. 2007).

A maior vulnerabilidade psicológica, de saúde, social e econômica de presos, sobretudo, aqueles com transtornos mentais graves, é um desafio significativo no momento do retorno à sociedade, já que tendem a enfrentar perda de esperança, recaída no uso de drogas e ao reencarceramento (Way, Sawyer et al. 2008, Denton, Foster et al. 2017).

Diante da problemática mencionada acima, é importante, se não essencial, que se discutam sobre os fatores que concorrem para o adoecimento mental dessa população e consequentemente para as situações adversas a que ela está exposta. Para isso, essa discussão será iniciada com a avaliação dos avanços e limitações legais e políticas para o cuidado de presos com transtornos mentais graves.

1.3 Reabilitação clínica e social: da Lei à realidade.

Considerando o estudo sobre presos com transtornos mentais graves, faz-se necessário discutir as legislações no âmbito da justiça e da saúde a fim de se ter uma avaliação mais precisa da realidade e do quão distante estas se apresentam do esperado pela Lei.

A Constituição Federal de 1988 instituiu a saúde como direito de todos e dever do Estado. Pela Lei nº 8.080/1990, que regulamentou o Sistema Único de Saúde, o acesso aos serviços de saúde da população carcerária também foi considerado e regulamentado, assim como, e mais especificamente, pela Lei de Execução Penal - LEP nº 7.210/1984.

De acordo com a Resolução Nº 14, de 11 de novembro de 1994, promulgada pelo Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária, a assistência à saúde de todos os presos também foi assegurada:

CAPÍTULO VII

Art. 16. Para assistência à saúde do preso, os estabelecimentos prisionais serão dotados de

II – dependência para observação psiquiátrica e cuidados toxicômanos;

III – unidade de isolamento para doenças infecto-contagiosas.

Parágrafo Único - Caso o estabelecimento prisional não esteja suficientemente aparelhado para prover assistência médica necessária ao doente, poderá ele ser transferido para unidade hospitalar apropriada.

A mesma Resolução rege sobre a obrigatoriedade da avaliação psiquiátrica na entrada do preso ao sistema prisional para a verificar a adequação da unidade às necessidades do preso:

Art 18. O médico, obrigatoriamente, examinará o preso, quando do seu ingresso no estabelecimento e, posteriormente, se necessário, para:

I – determinar a existência de enfermidade física ou mental, para isso, as medidas necessárias;

Art. 20. O médico informará ao diretor do estabelecimento se a saúde física ou mental do preso foi ou poderá vir a ser afetada pelas condições do regime prisional.

Outros documentos normativos da assistência à saúde dos presos são o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), instituído pela Portaria Interministerial nº 1777 de 09/09/2003 e a Portaria Interministerial nº 268 de 17/09/2003 (Estratégicas 2005).

O PNSSP prevê a assistência integral e humanizada à saúde da população prisional em conformidade com as diretrizes do SUS, na tentativa de cumprir com os princípios da universalidade, equidade e integralidade e assegurar a eficácia das ações de promoção, prevenção e atenção integral à saúde. A previsão da assistência

à saúde dos presos pelo Plano representou, por um lado, um marco no avanço da atenção à saúde desta população, que pela primeira vez se torna:

> [...] objeto de uma política de saúde específica, que possibilita o acesso a ações e serviços de saúde que visam a reduzir os agravos e danos provocados pelas atuais condições de confinamento em que se encontram, além de representar sua inclusão no SUS (BRASIL, 2004, p. 10).

Por outro lado, o PNSSP dispõe de forma tímida e generalizada sobre a atenção em saúde mental prevendo apenas:

1) ações de prevenção dos agravos psicossociais nas unidades prisionais capazes de contribuir para a prevenção e redução dos agravos psicossociais decorrentes da situação de confinamento;

2) atenção às situações de grave prejuízo à saúde decorrente do uso de álcool e drogas, na perspectiva da redução de danos.

A atenção à saúde mental é tratada nesse plano de forma limitada uma vez que não são definidas ações específicas de prevenção, não se consideram as ações pela perspectiva da promoção da saúde, além de não haver deliberação sobre a integralidade dos serviços ao Sistema Único de Saúde.

A Portaria Interministerial nº 268 de 17/09/2003 versou sobre a organização dos serviços em saúde, prevendo o atendimento na rede pública municipal aos indivíduos abrigados em instituições penais com número inferior a 100 internos. Já em

instituições penais, com uma população maior, foi definido que a atenção básica à saúde deveria ser realizada por uma equipe multidisciplinar mínima, composta por médico, enfermeiro, odontólogo, auxiliar de enfermagem e de consultório dentário, psicólogo e assistente social (Estratégicas 2005).

Um dos desafios para a efetivação de políticas públicas de saúde dos presos é a superação das dificuldades impostas pela própria condição de encarceramento que dificulta o acesso às ações e aos serviços da saúde pública de forma integral e efetiva (Hirschtritt and Binder 2017). Um dos obstáculos para esse acesso é a superlotação das unidades. Aproximadamente 454 mil presos dividem uma vaga na unidade prisional com pelo menos mais uma pessoa, sendo que desses, 19.731dividem com mais três pessoas uma vaga (DEPEN 2014).

Buscando garantir o princípio do acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos presos, o Governo Federal, por meio do Ministério da Saúde, lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), instituída pela Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014. A PNAISP é resultado da avaliação dos dez anos de aplicação do PNSSP, cujo modelo foi considerado limitado por não contemplar em suas ações, entre outras coisas, a totalidade do itinerário carcerário – delegacias e distritos policiais, cadeias públicas, colônias agrícolas ou industriais e, tampouco, penitenciárias federais (Brasil 2014).

A PNAISP tem como objetivo ampliar as ações de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) para a população do sistema prisional, fazendo com que cada unidade básica de saúde prisional passe a ser reconhecida como ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde.

Verifica-se, contudo, que apenas cerca de um terço (37%) das unidades prisionais no Brasil tem módulo de saúde (atendimento médico, farmacêutico e odontológico). Considerando o tipo de estabelecimento prisional, 75 unidades destinadas ao cumprimento de pena em regime fechado não apresentam módulo de saúde frente a 144 que possuem. Dois estabelecimentos do total de 19 destinados ao cumprimento de medida de segurança de internação ou tratamento ambulatorial não apresentam módulo de saúde. Em relação ao atendimento psicológico, mais da metade dos presos (60,7%) privados de liberdade não possuem acesso a esse serviço (DEPEN 2014).

Em pesquisa realizada pelo Conselho Nacional de Justiça - CNJ em presídios de 3 estados brasileiros, constatou-se que a assistência psicológica era insuficiente, pela ótica dos presos, posto que, além do número reduzido de profissionais, os poucos que atuavam não conseguiam promover um tratamento contínuo. Verificou-se que aos psicólogos, restava atender demandas urgentes do juízo da execução, sem dar conta das demandas clínicas da população prisional (Brasil 2014).

O quantitativo de profissionais da saúde nas unidades prisionais, além de serem pouco capacitados para atuarem nas políticas públicas transversais ao sistema prisional para a oferta das assistências, não será capaz de acompanhar o quadro crescente de superlotação carcerária (Brasil 2014)

Além disso, mesmo com o reconhecido impacto dos transtornos por uso de drogas para a reincidência criminal, não foi identificado nenhum programa específico nos presídios estudados voltado para o tratamento específico para essa condição psiquiátrica, sendo que as poucas ações são realizadas por grupos de voluntários religiosos, que muitas vezes não possuem competência técnica para oferecer intervenções especializadas (Brasil 2015).

Mesmo com os avanços legais em termos de atenção à saúde da população prisional, a integralidade das ações e serviços de saúde é ainda um grande desafio. Apesar da política de saúde do sistema prisional estar oficialmente integrada no SUS e, portanto, ser embasada nos princípios de universalidade e integralidade, bem como objetivar a atenção integral à saúde, na realidade parecem existir dois sistemas de saúde paralelos, que não interagem entre si (PNSSP 2014).

A carência de serviços nos presídios se soma às dificuldades de encaminhamentos para os serviços em meio aberto. A assistência à saúde realizada externamente gera a necessidade de escolta policial ou de agentes prisionais, fragilizando o efetivo da polícia militar das ruas para a segurança da população ou de agentes prisionais para a segurança da unidade prisional, o que, muitas vezes, faz com que a saída do preso seja protelada. Outro desafio na perspectiva da integralidade é a falta de interação entre os diferentes regimes de pena (de custódia ao regime semi-aberto), que impede a atenção contínua à saúde dos presos (Damas 2012).

A integralidade, compreendida como coordenação e cooperação entre agentes e setores da assistência de saúde, é essencial para a implementação das ações continuadas de promoção, prevenção e recuperação e para a garantia de atenção nos três níveis de complexidade. Esse conceito também alude à compreensão e, consequentemente, à intervenção em indivíduos de uma forma holística (Hartz and Contandriopoulos 2004). Isso significa considerar não apenas a condição médica do indivíduo, mas através de uma abordagem humanista, entendê-lo com um ser sócio-cultural e merecedor de um tratamento respeitoso, digno e de qualidade. A assistência à saúde, a partir dessa ótica, permite transcender ações de prevenção e tratamento, agindo também na promoção de saúde (Amarante, Freitas et al. 2012).

Nesse contexto, promover saúde alude também a possibilitar a ressocialização dos presos quando egressos, oferecendo-lhes espaços de exercício pleno da dignidade humana. Contrário a esse ideal, a pesquisa do CNJ, mencionada acima, verificou que não havia, nos presídios estudados, estratégias específicas de avaliação das ações de saúde em relação à eficácia para a reabilitação e ressocialização dos presos após liberação (Brasil 2015).

De acordo com a Assembleia Geral das Nações Unidas, sobre os princípios básicos de tratamentos dos presos, de 1990, ficou determinado que: “Todos os presos devem ter acesso aos serviços de saúde disponíveis no país sem discriminação devido à sua condição legal.” (Unidas 1990). Em outras palavras, o fato de as pessoas estarem privadas de liberdade não significa que elas possuem direito reduzido à saúde. Pelo contrário, quando o Estado priva as pessoas de liberdade, assume a responsabilidade de cuidar da sua saúde, no que diz respeito tanto às condições em que as detém como do tratamento individual que vier a ser necessário (Moller, Gatherer et al. 2007).

Esse princípio segue o princípio constitucional da igualdade. Entretanto, dado a desproporcional magnitude de morbidade psiquiátrica da população prisional, a prestação de serviços em saúde para os presos deveria ser prioritária, de modo a ser respeitada à categoria de grupos vulneráveis e essa realidade se repete em outros países (Kinner and Wang 2014).

A incapacidade e ineficiência em absorver as demandas de ex-presos com transtornos mentais graves e tem levado a problemas dos âmbitos da saúde e assistência social, como piora de quadros clínicos (Denton, Foster et al. 2017), tentativa ou consumação de suicídio; falta de moradia (Lamb and Weinberger 2017) e reencarceramento (Slate, Buffington-Vollum et al. 2013, Lamb and Weinberger 2017).

Conforme o guia da Organização Mundial da Saúde, para que aconteça a promoção da saúde em unidades prisionais, é preciso que a política de saúde nos presídios deve estar integrada com a política nacional de saúde e a administração pública deve estar intimamente ligada com os serviços de saúde oferecidos nessas instituições (Brasil 2011). Entretanto, o que se presencia é um cenário de desatenção e fragmentação das ações. Ainda conforme o estudo realizado pelo CNJ, mencionado acima, verificou-se que a decisão pela implementação dos programas de saúde penitenciária compete a cada Estado e estão dependentes da vontade política de cada governo e do perfil de cada gestor (Brasil 2015).

Segundo Hartz e Contadriopoulos (Hartz and Contandriopoulos 2004), a integração por essência é incerta, uma vez que os atores e organizações envolvidos não têm os mesmos recursos, interesses ou competências para se envolverem da mesma forma a um modelo de atenção integrada. Ainda assim, o sistema prisional costuma ser uma área negligenciada em termos de interesse político e de atuação profissional, sendo carente de esmero e excelência dos serviços e ações em saúde.

A concepção estigmatizante que ao preso é atribuída costuma ser um obstáculo para a atenção integral e humanista em saúde. Outros empecilhos relacionados à integralidade são a falta de infra-estrutura, especialmente do sistema de informação, a falta de integração entre os profissionais do sistema prisional e limitações na qualificação desses funcionários.

Um exemplo emblemático da falta de integralidade e coesão com o Sistema Único de Saúde é a existência de ‘manicômio judiciário’, que ainda funciona pelo modelo higienista e desumano mesmo mais de uma década depois da reforma da assistência psiquiátrica. É o caso do ‘manicômio judiciário’ de Minas Gerais (Brasil. 2014).

Em conformidade com a legislação penal, aos indivíduos com transtorno mental grave é destinado um tratamento jurídico especial, uma vez que o Direito exime-os de culpabilização e responsabilidade pelo ato ilícito. Isso significa que em caso de cometimento de um crime decorrente da incapacidade de entendimento da ilicitude do ato e do autocontrole devido a um transtorno mental grave, a pessoa, ao invés de ser condenada a cumprimento de pena comum, é destinada a cumprir medida de segurança, que se configura como tratamento psiquiátrico em uma unidade hospitalar adequada de internação ou atendimento ambulatorial.

A medida de segurança é considerada pelo Direito como uma alternativa tanto para o tratamento adequado do preso quanto para a proteção da sociedade diante da periculosidade atrelada à condição psiquiátrica. As contradições surgem a partir do conceito de doença mental e suas implicações para a justiça. A lei, como uma construção cultural e histórica, adotou um conceito de doença mental estereotipada que está associado com a noção de perigo.

A periculosidade, no ordenamento jurídico, é entendida como um juízo de probabilidade, tendo por base a conduta antissocial e a anomalia psíquica do agente, de que este voltará a delinquir (Yarochewsky and da Silva Coelho 2013).

Ora, se considera-se a periculosidade uma característica inerente a condição psiquiátrica, e se determina a cessação de periculosidade como condicionante para o fim da medida de segurança, fica perceptível a intenção de perenizar a manutenção dos presos com essa condição psiquiátrica nesse tipo de tratamento jurídico (Greco 2011).

Se não se considera a medida de segurança como pena, e portanto como ação retributiva, há de destacar outra contradição que concorre para a clara penalização do preso com transtorno mental grave, a saber, os prazos para o cumprimento da medida

de segurança. Essa resposta penal possui prazo indeterminado, devendo permanecer até a cessação da periculosidade do agente, conforme o artigo 175 da Lei de Execução Penal (Kuehne 2013):

Na busca de atender as demandas sociais e políticas atuais, no sentido de superação de paradigmas que a sociedade não mais os reflete, o Senado Federal apresentou Projeto de Lei nº 236 – de 2012, que propõe a instituição de novo Código Penal que ainda permanece em tramitação.

Notam-se alguns avanços apresentados no projeto do novo Código Penal em relação à garantia dos direitos das pessoas com transtornos mentais, em especial a extinção das unidades hospitalares prisionais e a observância do limite máximo de 30 anos da medida de segurança. Entretanto, observa-se que a norma penal abre precedente para a aplicação de medida de segurança em período superior às penas comuns.

Além disso, a nova proposta do código penal não prevê a priorização da medida de segurança em regime aberto, colocando a critério do magistrado a determinação do tipo de tratamento (em unidade de internação ou tratamento ambulatorial). O que se tem presenciado até o momento é que o magistrado, arraigado à ideologia positivista do Direito Penal que atrela a periculosidade à loucura, tende a optar, quando identificado o transtorno mental grave, pela privação de liberdade (Santos, de Farias et al. 2015).

Apesar de iniciativas para mudanças dessas contradições, o sistema prisional apresenta uma série de desafios em termos legais e operacionais que o distanciam dos avanços das políticas de saúde mental. Nesse sentido, o posicionamento do legislativo ainda fere os avanços que a saúde mental tem obtido ao longo das últimas décadas, no contexto da Luta Antimanicomial (Amarante, 2012).

Trata-se de um movimento mundial, não linear, que atravessou vários países em diferentes momentos. No Brasil, o movimento surgiu na década de 80, acompanhando a Reforma Sanitária Brasileira da qual resultou a criação do Sistema Único de Saúde - (SUS). Buscava-se com esse movimento sobretudo uma forma diferente de compreender a doença mental e, com isso, as estratégias de cuidado.

Essa inversão epistemológica consistia na ocupação da experiência do sujeito considerado doente ao invés da 'doença'. Ao invés de focar na doença e sintomas, propunha-se para a psiquiatria e sociedade compreender o sujeito como um todo, pela sua subjetividade que englobava, entre outros, seus desejos, possibilidades e temores (Amarante, Freitas et al. 2012).

Assim, objetivando a quebra paradigmática do entendimento da doença mental, construída ao longo da história, de forma estigmatizada e à luz do modelo higienista e positiva do modelo biomédico, este movimento foi responsável pela transformação das diretrizes de formulação das políticas públicas em saúde mental.

Com isso, as políticas coordenadas em todos os setores, e em especial dentro do sistema de saúde, passaram a ter como meta uma sociedade favorecedora do desenvolvimento humano, proteção dos direitos humanos e da promoção da saúde, em prol do bem-estar e respeito à singularidade dos cidadãos.

Pode se dizer, portanto, que o processo de reforma psiquiátrica é um longo e complexo processo, composto por vários fatores complementares e dinâmicos: o campo teórico-conceitual, o campo jurídico-político, o sociocultural e o campo técnico-assistencial (Spohr 2011).

Essas transformações levaram a criação da Lei da Reforma Psiquiátrica nº 10.216/2001, que surge principalmente para assegurar a proteção dos direitos constitucionais da pessoa humana aos indivíduos com transtorno mental, e

redirecionar o modelo assistencial em saúde mental, na superação do modelo asilar de tratamento psiquiátrico e de toda violência daí advinda e privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária (Amarante, Freitas et al. 2012).

A partir dessa Lei, as internações compulsórias em manicômios judiciários passam a não ter mais sentido, visto que ela define os serviços comunitários como melhor tratamento em saúde mental e a internação, como o último recurso. Ainda assim, a internação deve ocorrer em local apropriado ao tratamento, em instituições de saúde mental que respeitem prazos curtos, suficientes, somente em momentos de crises.

Atualmente ainda se vive com dois modelos de sistema de saúde. Enquanto o sistema público de saúde superou o modelo asilar, o sistema prisional ainda permanece com 29 hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico (DEPEN 2014), funcionando em situações alarmantes, e ainda um número grande de pessoas com transtorno mental grave cumprindo pena, de forma irregular, em unidades prisionais comuns (Brasil 2012, Andreoli, dos Santos et al. 2014).

A necessária interlocução entre crime e “loucura” / justiça e saúde mental, mostra o alto desafio em conceber e implementar políticas públicas voltadas para a população que coexiste nesses dois campos.

Diante do cenário, de impasses entre os parâmetros legais da saúde e justiça bem como entre esses e a realidade, resta avaliar o que a literatura traz de possibilidades terapêuticas para os presos que sofrem de transtornos mentais graves.

É possível afirmar que o Brasil vivencia um distanciamento quântico entre os dispositivos legais e o que é praticado em termos de assistência à saúde dos presos. Um dos motivos reside nas discrepâncias ideológicas e normativas entre os campos

da Justiça e da Saúde. Tal fato resulta em um cenário preocupante de adoecimento e desassistência em saúde nas unidades prisionais comuns, sobretudo àqueles que sofrem de transtornos mentais graves.

A imposição de pena em unidade prisional comum para presos com esses transtornos configura-se em dupla penalização dessa população, uma vez que a eles é privado o direito constitucional de tratamento psiquiátrico adequado de modo que tendem a sofrer uma série de violações dos direitos humanos, comuns à realidade do sistema prisional, como insalubridade, violência, superlotação, etc (Torrey, Zdanowicz et al. 2014).

Visando criar um espaço propício para a maior aproximação entre os poderes da Justiça e da Saúde em prol do melhor tratamento jurídico e sanitário para a população de presos com transtornos mentais graves, vislumbra-se a necessidade de estudar além dos fatores de risco para o adoecimento dessa população, os fatores criminais que podem ou não concorrer para a periculosidade, um dos pontos de controvérsia desses campos do saber.

1.4 Por que estudar transtornos mentais graves no contexto prisional?

Quando o cenário de desvantagem social e o alto contingente de doenças graves nas populações prisionais são considerados, a prisão se torna um desafio importante para a saúde pública, especialmente porque essa mesma população voltará para a comunidade (Van den Bergh, Gatherer et al. 2011).

O período de encarceramento pode ser uma grande oportunidade de implementação de serviços sociais e de saúde para uma população normalmente marginalizada pelas políticas públicas (Nowotny, Belknap et al. 2014). Um dos passos

cruciais para implementação de políticas públicas efetivas é a caracterização do público-alvo dos programas de governo. Para tanto, e conforme sugere a Portaria Interministerial Nº 1777, de 09 de setembro de 2003, é de extrema importância a realização de estudos que revelem o perfil epidemiológico da população prisional brasileira (Brasil 2003).

A despeito da sua importância, a compreensão do perfil clínico e criminal dos presos com transtornos mentais graves é pouco explorada, e no Brasil, país que abriga a quarta maior população prisional do mundo em números absolutos, ainda não possui nenhum estudo em larga escala sobre a temática. Na literatura internacional atual, os estudos costumam ser limitados em termos de população, ora avaliando apenas as mulheres (Collier and Friedman 2016), ora apenas os homens, ou em termos dos fatores associados, considerando os aspectos da saúde (Thomas, Spittal et al. 2015) ou apenas os criminais (Bales, Nadel et al. 2017). Outrossim, a primazia dos estudos internacionais sobre a temática leva à necessidade de se avaliar se os respectivos achados são generalizáveis para o contexto brasileiro.

O Brasil está vivendo um processo de transformação social, política e legislativa no contexto da saúde prisional. Estamos em transição, conforme descrito acima, de integração à reforma psiquiátrica, que já teve significativos avanços no contexto comunitário, no âmbito da justiça. Tal fato reforça a premência de estudar sobre os fatores envolvidos no adoecimento mental da população prisional com vistas a auxiliar na discussão da implementação de políticas públicas efetivas para as demandas dessas pessoas (Raggio 2017), considerando inclusive as especificidades de sexo que cientificamente se mostram relevantes (Lynch, DeHart et al. 2014).

1.5 Hipótese

Nesse rol de discussão, surgem os seguintes questionamentos sobre a população prisional brasileira:

- Os transtornos mentais graves aumentam as chances de reincidência criminal e estão relacionados ao cometimento de crimes de maior gravidade (crime violento)?
- Os presos com transtornos mentais graves apresentam mais problemas de saúde física que presos sem esses transtornos?
- Qual a associação entre transtornos depressivos graves e comportamento criminal?
- Quais as demandas clínicas de presos com transtornos depressivos graves?
- Quando associados com transtornos por uso de drogas, há influência na relação com o comportamento criminal, em especial para a reincidência e histórico criminal na adolescência, e com problemas de saúde?

À luz dessas indagações, surge a seguinte hipótese:

A expressiva quantidade de presos com transtornos mentais graves em unidades prisionais comuns está associada a problemas de saúde física e dificuldade de reabilitação social (avaliada pelo risco de reincidência), sobretudo quando há comorbidade com transtornos por uso de drogas.

2.OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar fatores associados aos transtornos mentais graves com ou sem comorbidade

com transtornos por uso de drogas em uma população prisional do Estado de São Paulo.

2.2 Objetivos Específicos

1) Descrever o perfil sócio-demográfico da população estudada;

2) Estimar as prevalências dos transtornos mentais graves calculados para a vida;

3) Analisar os fatores clínicos e criminais relacionados aos transtornos mentais graves levando em consideração as particularidades de sexo;

4) Analisar os fatores clínicos e criminais relacionados de presos com transtornos mentais graves em comparação aos presos com comorbidades com transtornos por uso de drogas;

5) Analisar os fatores clínicos e criminais associados aos transtornos depressivos graves levando em consideração as particularidades de sexo.

3.MÉTODO

3.1 Desenho do estudo

Este estudo consiste na análise de banco de dados de um levantamento epidemiológico, de corte transversal (Andreoli, 2014).

3.2 Amostra

Amostra representativa da população sob custódia da Secretaria de Estado da Administração Penitenciária do Estado de São Paulo, em unidades de regime fechado.

3.3. Amostragem

Dadas as características da população estudada, o tamanho da amostra foi calculado de modo independente para três estratos principais: 1) população feminina (5 penitenciárias e 4 centros de ressocialização); 2) população masculina em penitenciárias e 3) população masculina em centros de detenção provisória (CDP's). Foram considerados para o cálculo da amostra: a) tamanho da população em cada estrato; b) prevalência estimada de 2% e freqüência mínima aceitável de 1% para o transtorno mental menos prevalente (esquizofrenia); c) nível de confiança de 95%; d) perda estimada de 10%. Com base nesses parâmetros, o número de entrevistas previstas para cada estrato foi de: 1) 690 em unidades prisionais femininas; 2) 820 em penitenciárias; e 3) 810 em centros de detenção provisória.

Para a população feminina, todas as nove unidades prisionais femininas foram incluídas na amostragem. O número de entrevistas em cada unidade prisional foi calculado proporcionalmente ao tamanho da população da unidade, em relação ao tamanho total da população feminina. As entrevistadas foram selecionadas randomicamente, com base em listagem atualizada dos números de matrícula.

Para a população masculina, o número de entrevistas previstas foi distribuído proporcionalmente entre as cinco coordenadorias regionais, com base no número total de presos sob responsabilidade de cada coordenadoria em relação ao tamanho total da população prisional masculina em regime fechado. Foram sorteados dois centros

de detenção provisória e duas penitenciárias em cada uma das cinco coordenadorias, totalizando 20 unidades prisionais. O total de entrevistas previstas para cada coordenadoria foi distribuído proporcionalmente entre as unidades sorteadas (dois CDP's e duas penitenciárias). Em cada uma das unidades, os entrevistados foram selecionados randomicamente, com base em listagem atualizada dos números de matrícula.

Os critérios de inclusão no estudo foram estar sob custódia em Unidades de regime fechado e os de exclusão foram estar em Unidades de segurança máxima e em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. O levantamento foi conduzido no período de maio de 2006 a janeiro de 2007.

Ao final foram entrevistados 1192 homens e 617 mulheres (taxa de resposta de 77,9%), o que resultou em índices de perda amostral de 26,8% para a população masculina e 10,5% para a população feminina. As causas principais das perdas amostrais foram: 1) dificuldade de acesso aos presos sorteados; 2) recusas 3) transferência de Unidade prisional e 4) erros nos dados de identificação. Por falta de base de dados administrativa do sistema prisional, não foi possível analisar as possíveis diferenças entre os presos entrevistados e os que não foram entrevistados.

3.4. Instrumentos

Foi utilizada a versão brasileira do "*Composite International Diagnostic Interview"* (CIDI) versão 2.1 (Quintana, Gastal et al. 2007) (Quintana, Andreoli et al. 2004). O CIDI é um questionário totalmente estruturado, desenvolvido para ser aplicado por entrevistadores leigos treinados e que gera diagnósticos psiquiátricos a partir de um algoritmo computadorizado, com base em critérios da 10ª edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e da 4ª edição do Manual Estatístico e Diagnóstico

da Associação Psiquiátrica Americana (DSM-IV-TR). Para o presente estudo, as prevalências foram geradas a partir dos critérios da CID-10.

As seguintes seções do CIDI 2.1 foram utilizadas no estudo: 1) transtornos fóbicos e ansiosos, com exceção do diagnóstico de fobia específica; 2) transtornos depressivos (episódio depressivo e depressão recorrente); 3) mania; 4) transtornos psicóticos (esquizofrenia, transtorno psicótico agudo, delirante, esquizoafetivo); transtorno afetivo bipolar 5) transtornos por uso de drogas (abuso ou dependência de álcool, *cannabis*, estimulantes, cocaína, halucinógenos, solventes, sedativos e opióides); 6) transtorno obsessivo-compulsivo, e 7) transtorno de estresse pós-traumático. Os transtornos mentais graves, considerados nesse estudo, foram os transtornos psicóticos e transtornos depressivos graves. O instrumento continha também questões sobre dados sociodemográficos e clínicos que foram autorreferidos.

3.5 Aspectos éticos e legais

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (Processo 1051/05) (anexo 5) e conduzida em conformidade com as diretrizes e normas para a realização de pesquisas envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde (Resolução 196/96). Para garantir a liberdade de consentimento a todos os presidiários selecionados a participar do estudo, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo 6) e a Resolução CNS 196/96 foram apresentados aos diretores das unidades prisionais visando esclarecê-los quanto à não obrigatoriedade de participação na pesquisa e assegurar que não impusessem sanções a quem se recusasse a participar do estudo.

A colaboração entre a Secretaria da Administração Penitenciária e a Universidade Federal de São Paulo foi oficializada por meio da elaboração de um

Termo de Cooperação Técnica. Esse documento estabeleceu os direitos e responsabilidades de cada um dos partícipes e garantiu a confidencialidade das informações coletadas, bem como, estabeleceu parâmetros e garantias para a publicação dos resultados.

4.ANÁLISE ESTATÍSTICA

4.1 Definição das variáveis de interesse

4.1 Variáveis independentes

As variáveis independentes consideradas para esse estudo foram as seguintes: a) socidemográficas: estado civil – com companheiro / sem companheiro; idade – 18 a 24 anos / 25 a 29 anos/ 30 a 36 anos/ acima de 37 anos; religião – sim/não , e escolaridade analfabeto / de 1 a 11 anos de escolaridade/ 12 ou mais anos de escolaridade; b) clínico (história de qualquer tipo de doença - clínica, infecciosa ou outros tipos); c) condições de cumprimento de pena (tipo de unidade prisional – centro de detenção provisória / penitenciária, visitas íntimas – sim/não e visitas familiares – sim/não, falta disciplinar – sim/não e d) perfil criminal (tempo de pena - até 2 anos / mais de 2 anos, histórico infracional durante a adolescência1 - sim/não, reincidência criminal considerada como histórico de encarceramento prévio independente do tempo e do tipo (Bales, 2017) – sim/não e tipo de crime). A variável tipo de crime foi categorizada em crimes contra o patrimônio, crimes de drogas e crimes violentos. Estes incluem crimes que representam ameaça à integridade física ou à vida da vítima (por exemplo: roubo, estupro, homicídio, lesão corporal e sequestro).

1 Essa variável foi avaliada pela passagem, durante a adolescência, no sistema socioeducativo voltado para adolescentes infratores.

4.2 Dependentes

A variável dependente foi construída com a inclusão de todos os transtornos mentais graves avaliados, quais sejam, os transtornos psicóticos, transtorno afetivo bipolar e transtornos depressivos graves, pelo CIDI, v 2.1. O indivíduo foi classificado como positivo para transtorno mental grave, caso fosse diagnosticado com pelo menos um desses transtornos.

Para a variável dependente com especificamente apenas os transtornos depressivos, o indivíduo foi classificado como positivo caso fosse diagnosticado com pelo menos um desses transtornos depressivos: episódio depressivo moderado, episódio depressivo grave, depressão recorrente moderada ou depressão recorrente grave.

4.3 Estratégias de análise

A estatística descritiva, através das contagens e porcentagens, geradas por um plano de análise de amostra complexa (Levy and Lemeshow 2013), foi utilizada para apresentar as prevalências dos transtornos mentais graves na vida e no último ano (com base na data da pesquisa) e o perfil demográfico, clínico e criminal da população. Um plano de análise foi elaborado para os homens e outro para as mulheres, obedecendo as diferenças na amostragem de cada uma destas populações.

Para análise da associação de fatores clínicos e criminais com transtornos mentais graves, foram feitos dois modelos de regressão logística multinomial, um para transtornos mentais graves (TMG) em geral e outro para transtornos depressivos graves (TDG), com planos de análise específicos por sexo.

As modelagens de regressão foram feitas em duas etapas. Na primeira, foi realizada regressão logística bivariada entre variável dependente e cada variável

independente. As variáveis independentes que mostraram associação p<0.2 foram incluídas no modelo final (segunda etapa). A inclusão das variáveis foi feita por *Stepwise* para facilitar a identificação de variáveis de confusão e de mediação, bem como suas respectivas interações. A inclusão das variáveis independentes seguiu a ordem crescente do valor de “p”. (Marôco 2011).

No primeiro modelo, a variável dependente possuiu 5 categorias: 1) ter transtorno mental grave - TMG; 2) ter transtornos por uso de drogas- TUD; 3) ter comorbidade TMG-TUD; 4) ter qualquer outro transtorno mental; 5) não ter transtorno mental na vida (categoria de referência).

Para a população masculina, foram incluídas as seguintes variáveis independentes: tipo de crime, salário antes do aprisionamento, reincidência, histórico de delinquencia na adolescência, estado civil, problemas de saúde, tipo de unidade prisional, tempo de cumprimento da pena, falta disciplinar no presídio. Na análise da população feminina, as variáveis independentes incluídas foram as mesmas da masculina, com exceção do estado civil.

No segundo modelo, a variável dependente também foi categorizada em 5 categorias, sendo colocado em evidência os transtornos depressivos graves. O diagnóstico de transtornos mentais foi calculado para a vida. Dessa forma, a variável incluiu: 1) ter transtornos depressivos graves (TDG) 2) ter transtornos por uso de drogas (TUD) 3) ter comorbidade transtornos depressivos graves e transtornos por uso de drogas (TDG-TUD) 4) ter outros transtornos mentais e 5) não ter transtorno mental (categoria de referência).

As variáveis independentes incluídas seguiram o mesmo padrão do primeiro modelo de análise, tanto para a população masculina, quanto para a feminina.

As variáveis demográficas foram inseridas apenas para fins de ajuste das demais variáveis. A variável dependente em ambos modelos foram estratificadas por diferentes grupos de transtorno mental, calculados para a vida, de modo a subsidiar uma análise mais precisa, que permite certa homogeneização de cada população e comparação entre os grupos no tocante ao perfil clínico e criminal.

Vale destacar ainda que não se realizou análise específica para cada transtorno psicótico devido ao “N” insuficiente para isso. Entretanto, de forma não menos importante, decidiu-se traçar uma análise específica para os transtornos depressivos graves pela expressividade da prevalência e pela importância teórica da relação entre os fatores estudados.

5. RESULTADOS

5.1. Dados demográficos

O perfil demográfico da população estudada é ser natural do Estado de São Paulo, branca, até 11 anos de estudos e empregada antes de ser preso. Houve diferenças entre os sexos pelo teste Qui-quadrado: a maioria das mulheres é solteira, tem maior número de filhos e com menor remuneração anterior à prisão do que os homens. O perfil criminal da população é não ter histórico de passagem pela FEBEM, não ser reincidente, estar preso por um período de até 2 anos (Andreoli 2008)]. Houve diferença entre os sexos para o tipo de crime cometido. Mais mulheres cometeram crimes de drogas, enquanto que homens cometeram crimes contra o patrimônio.

TABELA 1 – Características sociodemográficas e criminais da população carcerária do estado de são Paulo – Ano 2007 (N 1809)

Características	**População Feminina**	**População Masculina**	
	N (%)	**N (%)**	**CHI (p)**
Local de nascimento			
São Paulo	423(68.7)	887(74.4)	0.000
Outros Estados	164(26.6)	298(25.0)	
Outros Países	29(4.7)	7(0.6)	
Raça			
Branca	338(55.1)	597(51.2)	0.227
Negra	95(15.5)	222(19.0)	
Mulata/parda	178(29.0)	342(29.3)	
Outros	2(0.3)	6(0.5)	
Escolaridade (anos)			
Não alfabetizado	22(3.6)	55(4.6)	0.037
1 – 11 anos de escolarização	473(76.7)	955(80.1)	
>=12 anos de escolarização	122(19.8)	182(15.3)	
Trabalhava antes de ser preso			
Não	240(38.9)	260(21.8)	0.000
Sim	377(61.1)	932(78.2)	
Estado civil			
Casado	257(41.9)	704(59.5)	0.000
Não casado	356(58.1)	480(40.5)	
Número de filhos			
Não tem	100(16.2)	411(34.5)	0.000
1-2	274(44.4)	514(43.1)	
3-4	174(28.2)	195(16.4)	

TABELA 1 – Características sociodemográficas e criminais da população carcerária do estado de são Paulo – Ano 2007 (N 1809)

Características	**População Feminina**	**População Masculina**	
	N (%)	**N (%)**	**CHI (p)**
5 ou mais	69(11.2)	72(6.0)	
Remuneração			
Sem remuneração	252(41.7)	276(23.3)	0.000
Até 2 salários mínimos	252(41.7)	563(47.6)	
Mais de 2 salários mínimos	101(16.7)	344(29.1)	
Trabalha na prisão			
Não	307(49.8)	797(67.0)	0.000
Sim	310(50.2)	392(33.0)	
Idade (anos)			
18-27	234(37.9)	581(48.7)	0.000
28-37	222(36.0)	381(32.0)	
38-47	111(18.0)	159(13.3)	
48-57	39(6.3)	56(4.7)	
>57	11(1.8)	15(1.3)	
Motivo da prisão			
Crimes de drogas	161(26.1)	117(9.8)	0.000
Crimes contra o patrimônio	107(17.3)	270(22.7)	
Crimes violentos	349(56.6)	804(67.5)	
Reincidente			
Não	469(76.0)	706(59.2)	0.000
Sim	148(24.0)	486(40.8)	
Tempo de pena cumprido			
1 ano	121(19.9)	483(41.6)	0.000

TABELA 1 – Características sociodemográficas e criminais da população carcerária do estado de são Paulo – Ano 2007 (N 1809)

Características	**População Feminina**	**População Masculina**	
	N (%)	**N (%)**	**CHI (p)**
2 anos	181(29.7)	218(18.8)	
3 anos	132(21.7)	117(10.1)	
4 ou mais anos	175(28.7)	343(29.5)	
Passagem pela FEBEM			
Não	558(90.4)	991(83.1)	0.000
Sim	59(9.6)	201(16.9)	
Falta disciplinar na prisão			
sim	124(20.1)	192(16.1)	0.033
não	492(79.9)	999(83.9)	

5.2 Prevalências de transtornos mentais graves e comorbidades com transtornos por uso de drogas

As mulheres apresentaram maiores taxas de transtorno mental grave na vida do que os homens. Os transtornos mais prevalentes em ambos os sexos foram os depressivos graves. Dentre esses transtornos, o episódio depressivo grave foi mais prevalente. Entre os homens, os demais transtornos mais prevalentes foram esquizofrenia e transtorno afetivo bipolar. Entre as mulheres, os mais prevalentes foram depressão recorrente grave e esquizofrenia (TABELA 2).

As taxas de comorbidade de transtornos mentais graves e transtornos por uso de drogas na vida também foram maiores entre as mulheres. As taxas de comorbidade de transtornos depressivos graves e transtornos por uso de drogas na vida, por sua vez, não apresentaram diferença significante entre os sexos.

TABELA 2 – Prevalência de Transtornos mentais graves, transtornos por uso de drogas e a comorbidade ao longo da vida – Ano 2007 (N = 1809) .

TRANSTORNO MENTAL	**População Feminina**		**População Masculina**	
	%	IC 95%	%	IC 95 %
Transtornos mentais graves	25,8%	24,0-27,7	12,3%	IC 10,3-14,8
Esquizofrenia	1,9	0,9-4,0	3,4	2,5 – 4,7
Transtorno afetivo bipolar	1,7	0,2-10,8	2,9	2,1 – 4,0
Transtorno delirante	0,1	0,0-1,0	0,7	0,8-1,8
Transtornos depressivos graves	21,4	17,9-25,4	12,3	10,3-14,8
Episodio depressivo grave	4,4	3,2-6,1	15,3	13,1-17,9

TABELA 2 – Prevalência de Transtornos mentais graves, transtornos por uso de drogas e a comorbidade ao longo da vida – Ano 2007 (N = 1809) .

Depressão recorrente grave	6,3	4,8-8,10	1,0	,5-1,8
Transtornos mentais graves e Transtornos por uso de drogas	16,1	14,8-17,5	6,7	5,1-8-8
Esquizofrenia / TUD	4,3	3,4-7,7	4,2	1,9-9,0
Transtorno delirante/ TUD	0,2	0,0-3,0	0,5	0,1-2,3
Transtorno psicótico agudo / TUD	0,8	0,1-6,5	1,5	0,4-5,7
Transtorno esquizoafetivo/ TUD	O,3	0,0-2,2	1,9	0,6-5,4
Transtorno afetivo bipolar/ TUD	4,9	0,8-24,1	5,6	3,5-8,9
Transt. depressivos graves e transtornos por uso de drogas	48,7	46,3 – 51,1	54,5	40,0 – 68,2
Episódio depressivo grave / TUD	29,5	18,8-43,0	8,9	6,2-12,4
Depressão recorrente grave / TUD	12,0	8,9-16,1	2,0	0,8-4,8

5.3 Fatores clínicos e criminais associados a transtornos mentais graves.

5.3.1Homens

Na análise bivariada foram associadas aos transtornos mentais graves, as seguintes variáveis individuais: problemas de saúde (*OR* 2,17), ter companheira (*OR* 2,44) e histórico de delinquência na adolescência (*OR* 2,98). À comorbidade, foram associados reincidência (*OR* 3,27), histórico de ato infracional na adolescência (*OR* 2,98), doença clinica-infecciosa (*OR* 3,12), outros problemas de saúde (*OR* 2,62), falta disciplinar no presídio (*OR* 2,20) e estar preso por um período de até 1 ano (*OR* 1,79)

No modelo final (TABELA 3), ter histórico criminal durante a adolescência (*OR* 3,10) e ter problemas de saúde (*OR* 2,65) aumentaram as chances de ter transtornos mentais graves. Já a comorbidade (TMG – TUD) apresentou associação com ser reincidente (*OR* 3,51), ter histórico criminal durante a adolescência (*OR* 2,69), ter doença clínica-infecciosa (*OR* 3,27), ter falta disciplinar no presídio (*OR* 2,72) e estar até um ano preso (*OR* 2,15). Entre os homens com transtornos por uso de drogas, a associação foi com reincidência (*OR* 1,54), ter histórico criminal durante a adolescência (*OR* 1,85), não ter remuneração (*OR* 1,79) e ter até um salário mínimo (*OR* 2,29). Ter problemas de saúde (*OR* 1,82) e ter de um a dois salários minimos (*OR* 1,63) estiveram associados a ter outros transtornos mentais.

TABELA 3 – Associação de transtornos mentais graves com fatores clínicos e criminais na população prisional masculina comparada com presos sem transtorno mental (N1.192).

Categorias de Análise (categoria de referência: sem transtorno mental)		Bivariada		multivariada	
		OR	95% IC	OR	95% IC
Comorbidade (TMG – TUD)	Reincidência	**3,27**	**2,01-5,28**	**3,53**	**2,03-6,07**
	Histórico de delinquência juvenil	**2,98**	**1,66-5,35**	**2,69**	**1,46-4,94**
	Com companheiro	0,94	0,58-1,50	0,89	0,52-1,50
	Doença clínico-infecciosa	**3,12**	**1,78-5,45**	**3,27**	**1,79-5,97**
	Outros problemas de saúde	**2,62**	**1,27-5,37**	**3,41**	**1,60-7,28**
	Sem remuneração	1,59	0,81-3,11	0,98	0,45-2,11
	Até 1 salário mínimo	1,77	0,88-3,56	1,29	0,59-2,81
	De 1 a 2 salários mínimos	1,03	0,53-1,98	0,90	0,44-1,86
	Falta disciplinar no presídio	**2,20**	**1,28-3,78**	**2,73**	**1,44-5,14**
	Penitenciária	0,71	0,45-1,13	0,99	0,53-1,84
	Preso até um ano	**1,79**	**1,12-2,87**	**2,15**	**1,14-4,05**
	Crime de drogas	0,97	0,40-2,35	0,86	0,29-2,49
	Crime violento	0,66	0,38-1,12	1,08	0,57-2,01

TABELA 3 – Associação de transtornos mentais graves com fatores clínicos e criminais na população prisional masculina comparada com presos sem transtorno mental (N1.192).

Categorias de Análise (categoria de referência: sem transtorno mental)		Bivariada		multivariada	
		OR	95% IC	OR	95% IC
Transtornos Mentais Graves	Reincidência	1,25	0,74-2,10	0,99	0,56-1,75
	Histórico de delinquência juvenil	**2,98**	**1,66-5,35**	**3,11**	**1,62-5,94**
	Com companheiro	**2,44**	**1,36-4,39**	**2,62**	**1,39-4,94**
	Doença clínico-infecciosa	1,16	0,79-1,70	0,86	0,38-1,93
	Outros problemas de saúde	**2,17**	**1,07-4,41**	**2,65**	**1,26-5,55**
	Sem remuneração	0,85	0,42-1,70	0,68	0,31-1,49
	Até 1 salário mínimo	1,02	0,49-2,09	1,14	0,53-2,45
	De 1 a 2 salários mínimos	0,59	0,30-1,15	0,71	0,35-1,44
	Falta disciplinar no presídio	1,33	0,69-2,56	1,51	0,71-3,18
	Penitenciária	0,61	0,36-1,01	0,58	0,30-1,10
	Até um ano	1,40	0,84-2,34	0,98	0,51-1,88
	Crime de drogas	1,44	0,66-3,59	1,75	0,69-4,42
	Crime violento	0,73	0,40-1,34	0,82	0,43-1,57
Transtornos por uso de drogas	Reincidência*	1,88	1,42-2,49	**1,55**	**1,14-2,09**
	Histórico de delinquência juvenil *	2,01	1,39-2,92	1,85	1,24-2,76
	Com companheiro	0,92	0,70-1,22	1,00	0,74-1,35
	Doença clínico-infecciosa	1,16	0,79-1,71	1,18	0,79-1,76
	Outros problemas de saúde	1,53	0,97-2,41	1,60	0,98-2,59
	Sem remuneração *	2,01	1,33-3,04	1,79	1,14-2,81
	Até 1 salário mínimo *	2,28	1,49-3,52	2,29	1,44-3,63
	De 1 a 2 salários mínimos	1,41	0,95-2,07	1,50	0,98-2,28
	Falta disciplinar no presídio	1,13	0,77-1,64	0,98	0,64-1,48
	Penitenciária	0,92	0,48-0,93	1,06	0,74-1,51
	Até um ano	1,23	0,93-1,63	1,25	0,87-1,79
	Crime de drogas	1,24	0,73-2,09	1,22	0,69-2,15
	Crime violento	0,71	0,51-0,99	0,76	0,53-1,09
	Reincidência	1,05	0,74-1,49	0,98	0,67-1,42
	Histórico de delinquência juvenil	0,57	0,56-1,59	0,99	0,56-1,73
	Com companheiro	1,46	1,03-2,07	1,44	0,99-2,07
	Doença clínico-infecciosa	0,23	0,83-2,1	1,32	0,83-2,10

TABELA 3 – Associação de transtornos mentais graves com fatores clínicos e criminais na população prisional masculina comparada com presos sem transtorno mental (N1.192).

Categorias de Análise (categoria de referência: sem transtorno mental)		Bivariada		multivariada	
		OR	95% IC	OR	95% IC
Outros transtornos mentais	Outros problemas de saúde *	1,62	0,95-2,78	1,82	1,04-3,16
	Sem remuneração	1,21	0,73-1,99	1,25	0,72-2,15
	Até 1 salário mínimo	1,32	0,77-2,24	1,58	0,90-2,76
	De 1 a 2 salários mínimos*	1,41	0,95-2,07	1,64	1,02-2,61
	Falta disciplinar no presídio	0,86	0,53-1,41	0,94	0,55-1,58
	Penitenciária	0,67	0,48-0,93	0,68	0,45-1,03
	Até um ano	1,16	0,83-1,64	0,86	0,56-1,31
	Crime de drogas	1,78	0,93-3,38	1,57	0,80-3,09
	Crime violento	1,06	0,69-1,63	1,03	0,65-1,61

Doenças clínicas (gástricas, ortopédicas, cutâneas, respiratórias ou dores de cabeças) e infecciosas (HIV, tuberculose, hepatite a doenças venéreas)

O modelo de regressão logística incluiu as seguintes categorias de variáveis dependentes : ter transtorno mental grave, ter transtorno por uso de drogas, ter comorbidade (TMG – TUD), ter outros transtornos mentais, não ter transtorno mental (categoria de referência)

Categorias de referência para as variáveis não independentes: sem problema de saúde, não ser reincidente, crime contra o patrimônio, não ter histórico de ato infracional juvenil (sem passagem pela FEBEM), sem companheiro(a), ter tido renda anterior de pelo menos três salários mínimos

5.3.2 Mulheres

Na análise bivariada foram associadas aos transtornos mentais graves, as seguintes variáveis individuais: doença clínico-infecciosa (*OR* 3,37), outros problemas de saúde (*OR* 3,69) e estar presa em penitenciária (OR 2,69). À comorbidade foram

associados reincidência (*OR* 2,94), doença clínico-infecciosa (*OR* 3,88), outros problemas de saúde (*OR* 3,26), falta disciplinar (*OR* 2,67) e estar presa em penitenciária (*OR* 2,69).

No modelo múltiplo (TABELA 4) com a população feminina, ter doenças clínico-infecciosas e ter outros problemas de saúde foram associados, respectivamente a transtornos mentais graves (OR 3,43; OR 3,82), transtornos por uso de drogas (OR 2,38; OR 2,65) e com a comorbidade TMG-TUD (OR 4,03; OR 3,43).Ter cometido crime violento aumentou as chances de ter outros transtornos mentais (OR 2,68), em comparação ao crime contra o patrimônio. Estar presa em penitenciária foi associado apenas a ter transtornos mentais graves (OR 3,27), enquanto que reincidência (OR 2,61) foi associada apenas à comorbidade e crimes de drogas (OR 2,50) a outros transtornos mentais.

TABELA 4 – Associação de transtornos mentais graves com fatores clínicos e criminais na população prisional feminina comparada com presos sem transtorno mental – Ano 2007 (N 617)

Categorias de Análise (categoria de referência: sem transtorno mental)		Bivariada		multivariada	
		OR	95% IC	OR	95% IC
Comorbidade (TMG – TUD)	Reincidência	**2,94**	**1,64-5,24**	**2,60**	**1,30-5,19**
	Histórico de delinquência juvenil	2,63	0,96-7,14	1,01	0,31-3,25
	Com companheiro	1,00	0,59-1,68	0,98	0,54-1,80
	Doença clínico-infecciosa	**3,88**	**2,04-7,39**	**4,03**	**2,05-7,95**
	Outros problemas de saúde	**3,26**	**1,55-6,83**	**3,43**	**1,56-7,53**
	Sem remuneração	1,08	0,49-2,38	1,16	0,48-2,77
	Até 1 salário mínimo	0,70	0,31-1,61	0,92	0,37-2,28
	De 1 a 2 salários mínimos	0,62	0,24-1,60	0,98	0,35-2,73
	Falta disciplinar no presídio	**2,67**	**1,44-4,96**	1,84	0,88-3,85
	Penitenciária	**2,69**	**1,23-5,88**	1,64	0,69-3,85

TABELA 4 – Associação de transtornos mentais graves com fatores clínicos e criminais na população prisional feminina comparada com presos sem transtorno mental – Ano 2007 (N 617)

Categorias de Análise (categoria de referência: sem transtorno mental)		Bivariada		multivariada	
		OR	95% IC	OR	95% IC
	Preso até um ano	0,68	0,35-1,34	1,02	0,47-2,24
	Crime de drogas	1,01	0,55-1,83	1,88	0,79-4,45
	Crime violento	1,16	0,59-2,25	1,95	0,89-4,26
Transtornos Mentais Graves	Reincidência	1,25	0,60-2,59	1,26	0,55-2,88
	Histórico de delinquência juvenil	1,50	0,42-5,33	1,19	0,31-4,50
	Com companheiro	1,12	0,62-2,01	1,28	0,66-2,46
	Doença clínico-infecciosa	**3,37**	**2,04-7,39**	**3,43**	**1,62-7,26**
	Outros problemas de saúde	**3,69**	**1,67-8,13**	**3,82**	**1,67-8,73**
	Sem remuneração	0,75	0,31-1,81	0,90	0,36-2,27
	Até 1 salário mínimo	0,68	0,27-1,68	0,78	0,30-2,00
	De 1 a 2 salários mínimos	0,55	0,19-1,57	0,74	0,24-2,21
	Falta disciplinar no presídio	1,01	0,44-2,32	0,82	0,32-2,09
	Penitenciária	**2,69**	**1,01-6,76**	**3,27**	**1,15-9,28**
	Até um ano	1,11	0,55-2,21	1,30	0,59-2,87
	Crime de drogas	1,62	0,71-3,71	1,77	0,72-4,32
	Crime violento	0,93	0,43-2,05	1,10	0,47-2,56
Transtornos por uso de drogas	Reincidência	1,25	0,60-2,60	1,85	0,96-3,54
	Histórico de delinquência juvenil	**5,18**	**2,16-12,39**	**3,69**	**1,43-9,51**
	Com companheiro	1,21	0,75-1,92	**1,54**	**0,90-2,63**
	Doença clínico-infecciosa	**2,66**	**1,47-4,79**	**2,38**	**1,26-4,49**
	Outros problemas de saúde	**2,45**	**1,25-4,82**	**2,65**	**1,28-5,47**
	Sem remuneração	1,96	0,92-4,19	2,12	0,93-4,81
	Até 1 salário mínimo	0,76	0,33-1,73	0,89	0,37-2,14
	De 1 a 2 salários mínimos	0,67	0,26-1,71	0,91	0,33-2,49
	Falta disciplinar no presídio	**2,09**	**1,16-3,78**	1,31	0,66-2,61
	Penitenciária	**2,06**	**1,08-3,90**	1,42	0,68-2,95
	Até um ano	0,76	0,42-1,36	0,87	0,43-1,75
	Crime de drogas	0,93	0,44-1,94	1,34	0,59-3,05
	Crime violento	1,70	0,92-3,15	2,28	1,13-4,59
	Reincidência	1,15	0,65-2,02	1,24	0,65-2,36
	Histórico de delinquência juvenil	2,02	0,78-5,21	1,93	0,71-5,21
	Com companheiro	1,20	0,76-1,87	1,25	0,76-2,05

TABELA 4 – Associação de transtornos mentais graves com fatores clínicos e criminais na população prisional feminina comparada com presos sem transtorno mental – Ano 2007 (N 617)

Categorias de Análise (categoria de referência: sem transtorno mental)		Bivariada		multivariada	
		OR	95% IC	OR	95% IC
Outros transtornos mentais	Doença clínico-infecciosa	1,18	0,65-2,14	1,11	0,59-2,08
	Outros problemas de saúde	1,27	0,65-2,47	1,39	0,69-2,79
	Sem remuneração	0,80	0,39-1,60	0,91	0,44-1,88
	Até 1 salário mínimo	0,67	0,33-1,38	0,69	0,33-1,45
	De 1 a 2 salários mínimos	1,04	0,49-2,22	1,34	0,60-2,99
	Falta disciplinar no presídio	1,39	0,77-2,54	1,31	0,68-2,53
	Penitenciária	1,24	0,72-2,14	1,17	0,63-2,16
	Até um ano	0,97	0,56-1,66	1,05	0,57-1,93
	Crime de drogas	1,70	0,86-3,38	**2,50**	**1,17-5,32**
	Crime violento	1,78	0,96-3,29	**2,63**	**1,31-5,28**

Doenças clínicas (gástricas, ortopédicas, cutâneas, respiratórias ou dores de cabeças) e infecciosas (HIV, tuberculose, hepatite a doenças venéreas)

O modelo de regressão logística incluiu as seguintes categorias de variáveis dependentes : ter transtorno mental grave, ter transtorno por uso de drogas, ter comorbidade (TMG – TUD), ter outros transtornos mentais, não ter transtorno mental (categoria de referência)

Categorias de referência para as variáveis não independentes: sem problema de saúde, não ser reincidente, crime contra o patrimônio, não ter histórico de ato infracional juvenil (sem passagem pela FEBEM), sem companheiro(a), ter tido renda anterior de pelo menos três salários mínimos

5.4 Fatores clínicos e criminais associados a transtornos depressivos graves

5.4.1 Homens

Na análise bivariada foi associado aos transtornos depressivos graves apenas estado civil (OR 8,5). À comorbidade TDG/TUD foram associadas as seguintes variáveis individuais: reincidência (*OR* 2,30), histórico de delinquência na adolescência (*OR* 3,62), doença clínico-infecciosa (*OR* 1,85), falta disciplinar (*OR* 1,80) e ter sido remunerado em até 1 salário mínimo antes do encarceramento (*OR* 2,52).

Na análise múltipla (TABELA 5), ter histórico de ato infracional na adolescência esteve associado com transtornos depressivos graves (OR 2,88), transtornos por uso de drogas (OR 1,78) e com a comorbidade TDG – TUD (OR 3,26). Ter problemas de saúde aumentou as chances de ter transtornos por uso se drogas (OR 1,75) e outros transtornos mentais (OR 2,00). Ter cometido crime de drogas esteve associado com a comorbidade (OR 2,81) e com outros transtornos mentais (OR 1,99). Reincidência aumentou as chances de ter apenas transtornos por uso de drogas (OR 1,89) e de ter a comorbidade (*OR* 2,05), enquanto que ter companheira aumentou as chances de ter transtornos depressivos graves (OR 7,71) e ter histórico de falta disciplinar no presídio, de ter a comorbidade (OR 1,98). Não ter remuneração (OR 1,59) ou ter de 1 a 2 salários mínimos (OR 2,22) foram associados à transtornos por uso de drogas.

TABELA 5 – Associação de transtornos depressivos graves com fatores clínicos e criminais na população prisional masculina comparada com presos sem transtorno mental (N 1809)

Categorias de Análise (categoria de referência: sem transtorno mental)		Bivariada		multivariada	
		OR	95% IC	OR	95% IC
Comorbidade (TDG – TUD)	Reincidência	**2,30**	**1,41-3,74**	**2,05**	**1,20-3,52**
	Histórico de delinquência juvenil	**3,62**	**2,07-6,33**	**3,26**	**1,76-6,03**
	Com companheiro	1,24	0,76-2,05	1,21	0,70-2,10
	Doença clínico-infecciosa	**1,85**	**1,01-3,38**	**1,81**	**1,11-3,42**
	Outros problemas de saúde	1,51	0,66-3,45	1,75	0,75-4,10
	Sem remuneração	1,78	0,87-3,64	1,05	0,47-2,33
	Até 1 salário mínimo	**2,52**	**1,22-5,22**	2,00	0,91-4,41
	De 1 a 2 salários mínimos	1,08	0,53-2,19	0,93	0,43-1,99
	Falta disciplinar no presídio	**1,80**	**1,01-3,21**	**1,98**	**1,01-3,86**
	Penitenciária	0,68	0,42-1,10	0,70	0,37-131
	Preso até um ano	1,60	0,98-2,60	1,30	0,68-2,48
	Crime de drogas	**2,32**	**1,01-5,32**	**2,81**	**1,08-7,26**
	Crime violento	0,79	0,43-1,45	1,21	0,61-2,41
Transtornos Depressivos Graves	Reincidência	1,16	0,50-2,70	0,98	0,40-2,38
	Histórico de delinquência juvenil	2,42	0,92-6,35	**2,88**	**1,02-8,15**
	Com companheiro	**8,5**	**1,98-36,49**	**7,71**	**1,76-33,62**
	Doença clínico-infecciosa	0,77	0,22-2,69	0,71	0,19-2,54
	Outros problemas de saúde	1,89	0,60-5,89	2,18	0,67-7,08
	Sem remuneração	0,38	0,10-1,42	0,35	0,87-1,14
	Até 1 salário mínimo	0,72	0,21-2,39	0,82	0,23-2,85
	De 1 a 2 salários mínimos	0,62	0,23-1,62	0,71	0,26-1,93
	Falta disciplinar no presídio	1,06	0,35-3,20	1,76	0,50-6,41
	Penitenciária	0,34	0,15-0,80	**0,30**	**0,11-0,84**
	Até um ano	1,77	0,79-3,99	0,91	0,33-2,45
	Crime de drogas	1,13	0,28-456	1,26	0,30-5,32
	Crime violento	0,49	0,20-1,21	0,63	0,24-1,63
Transtornos por uso de drogas	Reincidência	**2,21**	**1,65-2,95**	**1,89**	**1,38-2,58**
	Histórico de delinquência juvenil	**2,04**	**1,38-3,02**	**1,78**	**1,17-2,58**
	Com companheiro	0,87	0,65-1,15	0,90	0,66-1,23
	Doença clínico-infecciosa	1,27	0,87-1,87	1,27	0,85-1,91
	Outros problemas de saúde	**1,72**	**1,08-2,73**	**1,75**	**1,07-2,87**

TABELA 5 – Associação de transtornos depressivos graves com fatores clínicos e criminais na população prisional masculina comparada com presos sem transtorno mental (N 1809)

Categorias de Análise (categoria de referência: sem transtorno mental)		Bivariada		multivariada	
		OR	95% IC	OR	95% IC
	Sem remuneração	**1,90**	**1,25-2,88**	**1,59**	**1,00-2,51**
	Até 1 salário mínimo	**2,29**	**1,47-3,57**	**2,22**	**1,37-3,59**
	De 1 a 2 salários mínimos	1,31	0,89-1,94	1,37	0,90-2,09
	Falta disciplinar no presídio	1,17	0,80-1,71	1,04	0,68-1,59
	Penitenciária	0,84	0,63-1,13	0,97	0,67-1,41
	Até um ano	1,28	0,96-1,72	1,26	0,87-1,83
	Crime de drogas	1,09	0,62-1,93	1,13	0,61-2,09
	Crime violento	0,65	0,47-0,92	0,74	0,51-1,07
Outros transtornos mentais	Reincidência	1,18	0,84-1,65	1,05	0,73-1,52
	Histórico de delinquência juvenil	1,45	0,91-2,30	1,42	0,86-2,35
	Com companheiro	**1,43**	**1,02-1,99**	1,38	0,97-1,96
	Doença clínico-infecciosa	1,11	0,71-1,74	1,13	0,71-1,79
	Outros problemas de saúde *	**1,83**	**1,10-3,04**	**2,00**	**1,18-3,37**
	Sem remuneração	1,24	0,77-2,00	1,14	0,67-1,92
	Até 1 salário mínimo	1,45	0,87-2,41	1,66	0,97-2,84
	De 1 a 2 salários mínimos*	1,26	0,82-1,92	1,39	0,88-2,18
	Falta disciplinar no presídio	0,99	0,63-1,55	1,04	0,64-1,70
	Penitenciária	0,65	0,47-0,89	0,65	0,43-0,97
	Até um ano	1,19	0,85-1,66	0,85	0,56-1,29
	Crime de drogas	**1,97**	**1,05-3,70**	**1,99**	**1,02-3,88**
	Crime violento	1,01	0,67-1,52	**1,02**	**0,65-1,58**

TABELA 5 – Associação de transtornos depressivos graves com fatores clínicos e criminais na população prisional masculina comparada com presos sem transtorno mental (N 1809)

Categorias de Análise (categoria de referência: sem transtorno mental)	Bivariada		multivariada	
	OR	95% IC	OR	95% IC

Doenças clínicas (gástricas, ortopédicas, cutâneas, respiratórias ou dores de cabeças) e infecciosas (HIV, tuberculose, hepatite a doenças venéreas)

O modelo de regressão logística incluiu as seguintes categorias de variáveis dependentes : ter transtorno mental grave, ter transtorno por uso de drogas, ter comorbidade (TDG – TUD), ter outros transtornos mentais, não ter transtorno mental (categoria de referência)

Categorias de referência para as variáveis não independentes: sem problema de saúde, não ser reincidente, crime contra o patrimonio, não ter histórico de ato infracional juvenil (sem passagem pela FEBEM), sem companheiro(a), ter tido renda anterior de pelo menos três salários mínimos

5.4.2 Mulheres

Na análise bivariada foram associadas aos transtornos depressivos graves, as seguintes variáveis individuais: doença clínica-infecciosa (*OR* 4,60), outros problemas de saúde (*OR* 3,60) e estar presa em penitenciária (*OR* 2,16). À comorbidade TDG-TUD foram associados reincidência (*OR* 3,55), doença clínica-infecciosa (*OR* 3,59), outros problemas de saúde (*OR* 4,02), falta disciplinar (*OR* 3,32) e estar presa em penitenciária (*OR* 3,42).

No modelo final (TABELA 6), ter doença clínico-infecciosa e outros problemas de saúde aumentaram as chances de ter, respectivamente, transtornos depressivos graves (OR 5,24;OR 4,03), transtornos por uso de drogas (OR 3,12; OR 2,37) e ter a

comorbidade TDG-TUD (OR 3.97; OR 4.02). Ser reincidente aumentou as chances de ter tanto transtornos por uso drogas (OR 2,00) quanto ter a comorbidade TDG-TUD (OR 3,15). Ter cometido crime violento esteve associado a transtornos por uso de drogas (OR 2,24), ter a comorbidade TDG-TUD (OR 2,71) ou ter outros transtornos mentais (OR 2,54). Estar presa em penitenciária (OR 6,33) foi associado apenas a transtornos depressivos graves, falta disciplinar no presídio (OR 2,38) apenas à comorbidade TDG-TUD e ter cometido crime de drogas (OR 2,20) apenas a outros transtornos mentais.

TABELA 6 – Associação de transtornos depressivos graves com fatores clínicos e criminais na população prisional feminina comparada com presas sem transtorno mental (N 617)

Categorias de Análise (categoria de referência: sem transtorno mental)		Bivariada		multivariada	
		OR	95% IC	OR	95% IC
Comorbidade (TDG – TUD)	Reincidência	**3,55**	**1,86-6,77**	**3,15**	**1,47-6,75**
	Histórico de delinquência juvenil	2,58	0,82-8,11	2,05	0,56-7,56
	Com companheiro	1,27	0,73-2,21	--	--
	Doença clínico-infecciosa	**3,59**	**1,76-7,32**	**3,97**	**1,85-8,51**
	Outros problemas de saúde	**4,02**	**1,85-8,73**	**4,02**	**1,76-9,16**
	Sem remuneração	1,38	0,52-3,64	1,29	0,45-3,64
	Até 1 salário mínimo	1,25	0,46-3,33	1,33	0,46-3,76
	De 1 a 2 salários mínimos	0,83	0,27-2,49	1,08	0,33-3,45
	Falta disciplinar no presídio	**3,32**	**1,68-6,56**	**2,38**	**1,06-5,33**
	Penitenciária	**3,42**	**1,43-8,17**	2,07	0,79-5,37
	Preso até um ano	0,96	0,50-1,83	1,53	0,72-3,24
	Crime de drogas	1,65	0,70-3,87	2,49	0,96-6,47
	Crime violento	1,74	0,80-3,74	**2,71**	**1,13-6,51**
	Reincidência	1,00	0,39-2,55	0,83	0,28-2,42

TABELA 6 – Associação de transtornos depressivos graves com fatores clínicos e criminais na população prisional feminina comparada com presas sem transtorno mental (N 617)

Categorias de Análise (categoria de referência: sem transtorno mental)		Bivariada		multivariada	
		OR	95% IC	OR	95% IC
Transtornos Depressivos Graves	Histórico de delinquência juvenil	3,04	0,73-12,72	3,00	0,66-13,3
	Com companheiro	0,84	0,42-1,68	--	--
	Doença clínico-infecciosa	**4,60**	**2,01-10,52**	**5,24**	**2,18-12,58**
	Outros problemas de saúde	**3,60**	**1,39-9,35**	**4,03**	**1,48-10,94**
	Sem remuneração	0,69	0,24-2,03	0,81	0,26-2,53
	Até 1 salário mínimo	0,81	0,28-2,37	0,92	0,30-2,84
	De 1 a 2 salários mínimos	0,47	0,13-1,67	0,61	0,16-2,31
	Falta disciplinar no presídio	0,82	0,28-2,37	0,66	0,19-2,23
	Penitenciária	**2,16**	**1,14-4,09**	**6,33**	**1,36-29,41**
	Até um ano	0,97	0,44-2,13	1,26	0,52-3,05
	Crime de drogas	2,36	0,87-6,38	2,47	0,84-7,26
	Crime violento	1,72	0,93-3,19	1,29	0,45-3,66
Transtornos por uso de drogas	Reincidência	**2,44**	**1,34-4,14**	**2,00**	**1,00-4,02**
	Histórico de delinquência juvenil	**6,66**	**2,25-19,71**	**4,38**	**1,38-13,95**
	Com companheiro	0,92	0,52-1,50	--	--
	Doença clínico-infecciosa	**3,09**	**1,66-5,74**	**3,12**	**1,60-6,077**
	Outros problemas de saúde	**2,20**	**1,06-4,54**	**2,37**	**1,10-5,10**
	Sem remuneração	1,37	0,64-2,92	1,54	0,67-3,53
	Até 1 salário mínimo	0,42	0,18-1,04	0,51	0,21-1,26
	De 1 a 2 salários mínimos	0,41	0,16-1,04	0,55	0,20-1,50
	Falta disciplinar no presídio	**2,15**	**1,14-4,06**	1,33	0,63-2,79
	Penitenciária	**2,16**	**1,14-4,09**	1,10	0,53-2,28
	Até um ano	0,44	0,23-0,84	0,54	0,26-1,12
	Crime de drogas	0,79	0,38-1,65	1,25	0,55-2,84
	Crime violento	1,45	0,78-2,67	**2,24**	**1,10-4,56**
Outros transtornos mentais	Reincidência	1,46	0,80-2,66	1,61	0,82-3,14
	Histórico de delinquência juvenil	2,58	0,82-8,11	2,18	0,66-7,16
	Com companheiro	1,20	0,76-1,91	--	--
	Doença clínico-infecciosa	1,25	0,68-2,40	1,28	0,66-2,48
	Outros problemas de saúde *	1,54	0,78-3,07	1,66	0,82-3,37
	Sem remuneração	0,71	0,34-1,48	0,81	0,38-1,73

TABELA 6 – Associação de transtornos depressivos graves com fatores clínicos e criminais na população prisional feminina comparada com presas sem transtorno mental (N 617)

Categorias de Análise (categoria de referência: sem transtorno mental)	Bivariada		multivariada	
	OR	95% IC	OR	95% IC
Até 1 salário mínimo	0,53	0,25-1,14	0,52	0,24-1,15
De 1 a 2 salários mínimos*	0,79	0,35-1,75	0,95	0,41-2,18
Falta disciplinar no presídio	1,59	0,84-3,00	1,41	0,70-2,84
Penitenciária	1,41	0,80-2,47	1,17	0,63-2,18
Até um ano	0,84	0,49-1,45	1,00	0,55-1,80
Crime de drogas	1,59	0,79-3,17	**2,20**	**1,04-4,63**
Crime violento	1,72	0,93-3,19	**2,54**	**1,28-5,03**

Doenças clínicas (gástricas, ortopédicas, cutâneas, respiratórias ou dores de cabeças) e infecciosas (HIV, tuberculose, hepatite a doenças venéreas)

O modelo de regressão logística incluiu as seguintes categorias de variáveis dependentes : ter transtorno mental grave, ter transtorno por uso de drogas, ter comorbidade (TDG – TUD), ter outros transtornos mentais, não ter transtorno mental (categoria de referência)

Categorias de referência para as variáveis não independentes: sem problema de saúde, não ser reincidente, crime contra o patrimônio, não ter histórico de ato infracional juvenil (sem passagem pela FEBEM), sem companheiro(a), ter tido renda anterior de pelo menos três salários mínimos

6. DISCUSSÃO

A população prisional do Estado de São Paulo apresentou prevalências altas de transtornos mentais graves e da comorbidade entre esses transtornos e os transtornos por uso de drogas, com destaque para a maior prevalência entre as mulheres.

Tanto a reincidência quanto a falta disciplinar foram associadas, em ambos os sexos, às duas comorbidades estudadas, a dos transtornos por uso de drogas com os transtornos depressivos graves e a com os transtornos mentais graves.

Entre as particularidades de cada sexo, na população feminina, os problemas de saúde de natureza clínica foram associados aos transtornos mentais graves, transtornos depressivos graves e a esses transtornos em comorbidade com os transtornos por uso de drogas. Entre os homens, os problemas de saúde foram associados aos transtornos mentais graves e à comorbidade entre transtornos mentais graves e transtornos por uso de drogas.

Estar preso em penitenciária, por sua vez, teve associação direta com transtornos depressivos graves entre os homens e inversa entre as mulheres.Por fim, ter cometido crime de drogas aumentou as chances de se ter a comorbidade entre transtornos depressivos graves e transtornos por uso de drogas na população masculina, enquanto que ter cometido crime violento esteve associado à essa comorbidade apenas entre as mulheres.

Este é o maior levantamento epidemiológico, com ênfase nos transtornos mentar graves, em larga escala no Estado de São Paulo, que possui a maior população prisional do Brasil, correspondente a aproximadamente 40% dos presos do país (DEPEN 2014). O levantamento foi realizado com instrumento diagnóstico validado e padronizado. Além da metodologia apropriada à complexidade da amostra, o estudo se destaca por considerar as especificidades de sexo e traçar um comparativo com a população que tem transtornos mentais graves e comorbidade com transtornos por uso de drogas. Apesar de as diferenças de sexo e a comorbidade com drogas serem dois aspectos que a literatura sugere serem determinantes para o

perfil criminal e clínico (Alves, Dutra et al. 2013), não foi encontrado levantamento epidemiológico que considerassem esses aspectos.

Mesmo frente à sua relevância, este estudo apresentou algumas limitações, quais sejam: 1) dificuldade de acesso a alguns indivíduos selecionados devido à ocorrência de rebeliões no sistema prisional poucos meses antes do início das entrevistas; 2) possibilidade de omissão de informações relativas ao consumo de drogas por medo de represálias, uma vez que a posse e consumo em Unidades Prisionais podem resultar em sanções disciplinares e em novos processos criminais (Raggio 2017); 3) a participação espontânea dos presos, que pode ter gerado certo viés de seleção, uma vez que os presos mal-adaptados e agressivos tendem a recusar a participação e 4) possível viés de informação no tocante aos sintomas de transtornos depressivos relatados por homens e mulheres porque os homens costumam ocultar suas emoções enquanto as mulheres supervalorizam as experiências emocionais (Sigmon, Pells et al. 2005).

6.1 Prevalências de Transtornos Mentais Graves

As prevalências de transtornos mentais graves encontradas no nosso estudo confirmam os dados da literatura no que se refere a taxas mais altas na população prisional em comparação com a população geral (Hirschtritt and Binder 2017). As taxas variam consideravelmente entre os estudos. Em estudo de coorte retrospectiva, que utilizou base de dados administrativos na Flórida, foram encontrados 17,7% das mulheres e 7,8% dos homens com algum transtorno mental grave (Constantine, Andel et al. 2010). O diagnóstico foi feito por avaliação clínica. Já o estudo realizado por Steadman e colaboradores (Steadman, Osher et al. 2009) com presos de Maryland e Nova York - EUA, as prevalências entre mulheres e homens, respectivamente, foram 38,3% e 17,5%. Este estudo utilizou base de dados com diagnóstico realizado através

do instrumento de rastreio de sintomas chamado SCID. O estudo realizado em 5 Estados dos EUA, por sua vez, utilizou o mesmo instrumento de avaliação diagnóstica que o nosso, o CIDI, e encontrou prevalência ainda maior entre as mulheres (43%) (Lynch, DeHart et al. 2014).

As diferenças entre os estudos nas taxas de TMG podem estar relacionadas à variação entre os instrumentos de diagnóstico, a diferenças na classificação do que seja transtorno mental grave e à legislação criminal. No caso do Brasil e de alguns outros países, os presos, com esses transtornos, diagnosticados durante o julgamento judicial são encaminhados para unidades prisionais hospitalares e por isso não são incluídos nesses estudos. Além da variação entre os estudos, tal fato pode indicar ainda que as taxas reais de transtornos mentais graves entre indivíduos do sistema prisional sejam ainda maiores.

Os transtornos mais prevalentes foram os depressivos graves. As prevalências encontradas nas populações masculina e feminina foram semelhantes às identificadas em penitenciárias americanas em estudo que utilizou entrevista estruturada para diagnosticar o transtorno ao longo da vida (17,4% em homens e 35,5% em mulheres) (Binswanger, Merrill et al. 2010) e semelhantes entre os homens nas penitenciárias australianas em estudo que avaliou como tempo de referência o último ano (14%) (Butler, Andrews et al. 2006).

As prevalências entre as mulheres são mais divergentes entre os estudos. O nosso encontrou prevalência maior do que a faixa de 13% a 24% reportada por Binswanger (Binswanger, Merrill et al. 2010) e maior do que o estudo longitudinal americano, que utilizou o CIDI como instrumento diagnóstico e identificou 28% de mulheres com depressão nos últimos 12 meses (Lynch, DeHart et al. 2014). Por outro lado, foi menor do que a de 62% encontrada em um estudo no México que utilizou

entrevista clínica para diagnosticar depressão maior (Bermúdez, Romero Mendoza et al. 2007). As divergências entre os estudos podem estar relacionadas à metodologia dos estudos, como escolha de instrumento diagnóstico e procedimentos de seleção dos participantes. Os estudos variam sobremaneira no tipo de avaliação diagnóstica, como por exemplo, inventário, entrevista clínica e questionário diagnóstico estruturado, além de variar no tempo referido do transtorno, podendo considerar o presente momento, último mês, seis meses ou vida (Raggio 2017).

Em relação às diferenças nas prevalências entre os sexos, não foi possível explicar o motivo da variação entre os estudos. Entretanto, vale apontar a maior prevalência entre as mulheres no nosso estudo e na literatura, o que se assemelha a maior morbidade em problemas de saúde mental entre as mulheres na população geral (Van den Bergh, Gatherer et al. 2011) (Alonso et al 2004).

A despeito da heterogeneidade nos achados, de modo geral, os estudos mostram que as mulheres apresentam prevalências maiores, sendo pelo menos o dobro, do que os homens (Sigmon, Pells et al. 2005, Binswanger, Merrill et al. 2010). A exceção foi uma metanálise de 81 estudos (33588 presos de 24 países) que não encontrou diferença significante entre os sexos para a prevalência calculada para os últimos 6 meses (mulheres 14.1% CI 10.2– 18.1; homens 10.2% CI 8.8–11.7) (Fazel and Danesh 2002).

Importante considerar a possibilidade de subestimação da prevalência de depressão em homens dada à dificuldade de avaliação pelas diferenças de manifestação do transtorno. Muitos estudos usam como base classificatória o Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM que não corresponde a forma como os homens expressam a depressão, prevalecendo agressividade, raiva e

sintomas psicossomáticos às experiências de tristeza, conforme discutido da introdução desse trabalho (Addis 2008).

Apesar de poucos estudos avaliarem a associação de TMG e transtornos por uso de drogas, é consenso entre os estudos realizados a alta prevalência dessa comorbidade, confirmada também por nosso estudo (51,2% mulheres e 45,4% homens). Semelhante aos nossos resultados, uma meta-análise com 18.423 presos identificou aproximadamente mais da metade da população com TMG-TUD (Fazel and Yu 2009).

Em Massachussets – EUA, 62% de presos homens e mulheres apresentaram essa comorbidade (Hartwell 2004). Já em um estudo realizado com mulheres presas em quatros regiões dos Estados Unidos (Idaho, Colorado, Carolina do Sul e Virginia), de uma a cada 5 mulheres possuía TMG-TUD (Nowotny, Belknap et al. 2014), resultado diferente do estudo com presas de Chicago – EUA, em que apenas 8% apresentaram essa comorbidade (Abram, Teplin et al. 2003). Em estudo realizado em 5 estados dos EUA, 38% das mulheres apresentaram a comorbidade (Lynch, DeHart et al. 2014). A prevalência de comorbidade entre as mulheres presas costuma ser de 32 a 38% (Johnson and Zlotnick 2008).

Uma meta-análise com 33.588 presos confirmou a diferença entre os estudos, apresentando um faixa de variação bastante extensa, de 13.6 a 95.0% (Fazel and Seewald). A variação nos resultados pode ser explicada, conforme mencionado acima, pelas diferenças nos transtornos considerados como transtorno mental grave e também como transtornos por uso de drogas (ora avaliando apenas abuso, ora dependência ou os dois), além dos instrumentos utilizados em cada estudo (Raggio 2017).

A comorbidade entre esses transtornos pode ser explicada pelo fato de grande parte dos indivíduos com TMG não buscarem tratamento psiquiátrico, muitas vezes pelo desconhecimento da doença ou pela dificuldade de lidar com os efeitos colaterais dos medicamentos, e com isso recorrerem às drogas como forma de automedicação (Klepper 2016, Lynch and Heath 2017). Outra hipótese é o alto grau de vulnerabilidade socioeconômica e psicológica de indivíduos com transtornos mentais grave, que os leva a práticas de risco para lidar com as adversidades, como envolvimento com pares delinquentes e consequentemente com as drogas (Denton, Foster et al. 2017). Uma terceira hipótese é que haja uma predisposição genética comum tanto para o desenvolvimento desses transtornos quanto para transtornos por uso de drogas (Fazel, Gulati et al. 2009). Uma predisposição genética comum para esses transtornos e para o comportamento criminal também poderia explicar a alta prevalência de comorbidade na população prisional (Wallace, Mullen et al. 2004).

6.2 Associação entre transtornos mentais graves e fatores criminais e clínico

O nosso estudo identificou que os transtornos mentais graves, de forma isolada, não estão relacionados à periculosidade, avaliada aqui pelo risco de reincidência. Este achado corrobora os resultados de estudos recentes que afirmam que a relação entre transtornos mentais graves e comportamento criminal não é uma relação linear e direta, de modo que o transtorno mental não é considerado um bom preditor de comportamento criminal (Andrews and Bonta 2010, Matejkowski and Ostermann 2015).

De acordo com Skeem e col. (Skeem, Winter et al. 2014), os transtornos mentais graves possuem um impacto mínimo para desenvolvimento de

comportamento criminal, sendo que essa relação existe apenas em cada 1 de 10 casos encontrados no sistema prisional.

Em estudo americano com pacientes do sistema comunitário de saúde que avaliou os fatores de risco para o encarceramento, sintomas psicóticos foram associados com a diminuição no número de reencarceramentos (Prins 2014).

Apesar de a população prisional, em todo o mundo, apresentar taxas mais altas desses transtornos do que na população geral, alguns estudos mostram que a associação entre transtornos mentais e comportamento criminal é melhor explicada pela mediação de uma série de fatores psicossociais, conhecidos como fatores criminógenas, que consistem em fatores de risco para o comportamento criminal que não incluem os sintomas psiquiátricos (Monahan and Skeem 2016).

De acordo com Andrews e Bonta (Andrews and Bonta 2010), os fatores criminógenos envolvem uma gama de aspectos relacionados à vida do indivíduo, como, por exemplo, antecedentes criminais, vitimização por violência, envolvimento pregresso com drogas, a falta de apego social, desemprego, pobreza, comportamentos e cognições anti-sociais, valores pessoais e qualidade das relações interpessoais. Estudos recentes, nesse sentido, mostram que esses fatores psicosociais são fortes preditores de comportamento criminal, independentemente da condição psiquiátrica do indivíduo (Matejkowski and Ostermann 2015) e estão relacionadas à reincidência (Skeem, Winter et al. 2014).

Dentre esses fatores, estudos têm apresentado histórico criminal prévio e pensamento criminógeno como os fatores de risco principais para o comportamento criminal. De acordo com Walters (Walters 2006), o comportamento criminal é reflexo de padrões cognitivos que abrangem um sistema de crenças, no qual o indivíduo cognitivamente justifica e racionaliza seu comportamento transgressor. Exemplos

dessas crenças são: “Sinto que estou na minha melhor performance quando estou no controle”, “eu acredito que eu sou melhor do que a maioria das pessoas e por isso mereço ter o que busco”.

Estudo realizado com presos do Texas – EUA identificou que presos com transtornos mentais graves apresentaram mais atitudes e pensamentos antissociais do que aqueles sem essa condição psiquiátrica (Morgan, Fisher et al. 2010). Estudo realizado em Nova Jersey encontrou resultado semelhante, apontando que presos com transtornos mentais graves apresentaram maior impacto para o perfil criminogênico (atitudes antissociais, agressividade e desesperança) quando comparados com outros transtornos mentais e com presos sem qualquer transtorno. Este estudo encontrou maior associação em presos com comorbidade entre transtornos mentais graves e problemas com álcool e outras drogas (Wolff, Morgan et al. 2013).

Uma vez que no nosso estudo, os transtornos mentais graves não estiveram associados à reincidência, parece que a relação desses transtornos com o histórico de delinquência juvenil, encontrada na população masculina, diz mais respeito às fatores criminógenos relatadas acima do que a um reflexo das alterações clínicas e comportamentais dos quadros psiquiátricos.

Diferente do impacto para o comportamento criminal, os transtornos mentais graves estão fortemente associados ao empobrecimento da saúde global dos presos. Esses indivíduos, em especial as mulheres, apresentam uma série de necessidades em termos de atenção à saúde, tais como, por exemplo problemas infecciosos, além de comorbidades psiquiátricas. As presas são cinco vezes mais propensas a ter um problema de saúde do que mulheres da população geral (Lopes, Melo et al. 2010).

Durante o encarceramento, vários desafios se apresentam no atendimento às necessidades de saúde dos presos, em especial daqueles com transtornos mentais graves. A falta de infra-estrutura para instalação de uma unidade básica de saúde é uma realidade, a insuficiência de recursos humanos, insalubridade dos presídios (falta de higiene, circulação de ar, uso de drogas) e a superlotação comprometem ainda mais o estado de saúde mental e comprometem a condição de saúde física, com o desenvolvimento de epidemias, tais como cólera, hepatite, tuberculose, HIV e outras DST's (Andreoli, dos Santos et al. 2014).

A falta de motivação para um tratamento, especialmente psiquiátrico e psicológico, pode ser um impasse. A obrigação na submissão ao tratamento tende a comprometer a eficácia, uma vez que esbarra em comportamentos sabotadores ao tratamento (Vandevelde, Soyez et al. 2011).

6.3 Associação de transtornos depressivos graves com fatores criminais e clínicos

No tocante ao perfil clínico de presos com transtornos depressivos graves, destaca-se o fato de não ter sido encontrado relação entre esses transtornos e problemas de saúde entre os homens, motivo esse que não nos ficou claro e tão pouco não encontramos estudos que discutam essa temática.

De modo geral, a depressão compromete a motivação para a vida e consequentemente para os cuidados de si e pode gerar problemas psicossomáticos (Addis 2008).

A população prisional feminina tende a apresentar maior vulnerabilidade psicológica que os homens, decorrente de um histórico de (re) vitimização (Cerneka 2009, Ormeño 2013) que reflete no empobrecimento da saúde global (Alves, Dutra et al. 2013). A vitimização tende a ocorrer de diversas formas: na infância, por parte dos

pais ou responsáveis; na vida adulta, por parte dos maridos e no sistema prisional por parte das autoridades (Reed, Raj et al. 2009, Makki and dos Santos 2010).

No nosso estudo, as mulheres com depressão apresentaram mais chances de terem problemas de saúde quando comparadas com as mulheres com apenas transtornos por uso de drogas e as com outros transtornos mentais. A expressiva vulnerabilidade das mulheres presas, em especial aquelas com depressão, tende a gerar consequências deletérias como revitimização, agravamento do quadro psicológico e consequentemente a maior dificuldade de reinserção social (Makki and dos Santos 2010).

Estar presa em penitenciária mostrou-se diretamente associado a ter transtornos depressivos em mulheres enquanto que entre os homens a associação foi inversa. Alguns estudos mostram que o primeiro ano de encarceramento, período em que normalmente os presos permanecem em centro de detenção provisória (Walker, Illingworth et al. 2014), é fator de risco para a depressão pela quebra abrupta de contato social e do exercício dos papéis sociais (Essau, Lewinsohn et al. 2010) ou pela abstinência de substâncias (Baier, Fritsch et al. 2016). Entretanto, quando considerada a diferença de sexo, estudos têm demonstrado que a depressão em mulheres apresenta menor quadro de melhora quando comparadas com homens (Hassan, Birmingham et al. 2011).

Um fator que pode concorrer para maior impacto emocional entre as mulheres ao longo do tempo de encarceramento seja a quebra dos vínculos familiares durante o cumprimento da pena. Estudos demonstram que o maior isolamento de presas, quando comparado com os homens, representado pela falta de visitas familiares e íntimas, é um fator diretamente relacionado à depressão (Pulido-Criollo, Rodríguez-Landa et al. 2009, Nargiso, Kuo et al. 2014). O encarceramento em penitenciária de

mulheres que são mães pode levar ao agravamento de quadros depressivos, com o surgimento de emoções como culpa, desespero, frustração, vergonha, etc (Hollin and Palmer 2010), além de traumas nos filhos e a perda permanente da guarda (Cerneka 2009).

Os transtornos depressivos graves estiveram associados ao histórico de delinquência na adolescência entre os homens. Estudo americano desenvolvido com adolescentes infratores também identificou essa relação (Allen, Briskman et al. 2013) e atribui como fator mediador ao envolvimento criminal os pensamentos negativos sobre o futuro, o que é comum em casos de depressão. Uma vez que o indivíduo não tem esperança de um futuro melhor e isso independe e se sente impotente diante dessa perspectiva negative, ele se torna mais disposto a se envolver em situações de risco (Hukill 2014).

6.4 Impacto da comorbidade de transtornos por uso de drogas com transtornos depressivos graves e outros transtornos mentais graves para o perfil clínico e criminal de presos

Nosso estudo mostrou associação da reincidência com as comorbidades TMG-TUD e TDG-TUD tanto na população feminina quanto na masculina.

Entre os homens, a associação entre reincidência e a comorbidade TMG-TUD foi alta (OR de 3.53) quando comparada com os homens com apenas transtornos por uso de drogas (OR 1,55) e sem associação significante entre os homens com apenas transtornos mentais graves. Nas mulheres, somente esta comorbidade teve associação significante com a reincidência (OR 2,60).

Em relação à comorbidade com transtornos depressivos graves, a associação com a reincidência foi também expressiva entre os homens (OR 2,05) e mulheres (OR

3,15) e menor nos grupos com apenas transtornos por uso de drogas (OR 1,89 homens; OR 2,00 mulheres).

Esses resultados mostram de forma consistente o impacto dos transtornos por uso de drogas em comorbidade para o comportamento criminal, o que corrobora resultados de estudos recentes (Swartz and Lurigio 2007, Baillargeon, Penn et al. 2010, Nowotny, Belknap et al. 2014, Wilson, Draine et al. 2014).

Em estudo desenvolvido com 20.112 presos da Filadélfia – EUA, 78% dos indivíduos com TMG-TUD haviam reincidido criminalmente, comparados com 50% dos indivíduos que apresentavam apenas transtornos mentais graves, durante um período de 4 anos. De acordo com esse estudo, indivíduos com a comorbidade foi associada ao maior número de reencarceramentos e em tempo mais rápido do que o grupo com apenas transtorno mental grave (Wilson, Draine et al. 2014). Em estudo com presas americanas com TMG-TUD, a comorbidade foi responsável por um risco 4 vezes maior de reincidência em comparação às presas que não tinham a comorbidade (Nowotny, Belknap et al. 2014).

Estudo conduzido por Hartwell (Hartwell 2004) indicou chance 3 vezes maior de presos com TMG-TUD reincidirem criminalmente, em comparação a presos, homens e mulheres, sem essa condição psiquiátrica. Estudo de coorte realizado com presos no Texas – EUA também confirmou que a comorbidade aumentava as chances de reincidência mesmo em comparação com presos com apenas TMG (>= 1 reencarceramento (RE), OR 1.6; >=2 RE, OR 1.3; >=3 RE, OR 1.3; >= 4 RE, OR 1.5). As chances de reincidência foram também maiores quando comparadas com presos que possuíam apenas transtornos por uso de drogas (>= 1 RE, OR 1.6; >= 2 RE, OR 1.7; >= 3 RE, OR 1.9; >=4 RE, OR 2.3) (Baillargeon, Penn et al. 2010).

A relação causal entre a comorbidade e a reincidência deve ser compreendida à luz da concepção de vulnerabilidade, apresentada acima. Esta relação é complexa, multifacetada e parece atuar de forma bidirecional, isto é tanto a reincidência é um fator de risco para a comorbidade, quanto o inverso é igualmente verdadeiro (Hukill 2014). A bidirecionalidade dessa relação pode levar à discussão também do potencial adoecedor do sistema prisional, que contrário ao seu ideário, tem demonstrado ser um ambiente de risco para o adoecimento mental (Andreoli, 2014).

A combinação desses transtornos parece ter relação com algumas necessidades criminógenas, em especial com alterações cognitivas (Lynch and Heath 2017). Em estudo realizado com 4204 presos de 13 unidades prisionais do nordeste dos Estados Unidos, identificou que a comorbidade estava diretamente relacionada com pensamentos criminógenos, como agressividade, falta de autocontrole, e desesperança (Wolff, Morgan et al. 2013).

Além disso, o envolvimento com drogas tende a exacerbar os sintomas dos transtornos mentais graves e dificultar a adesão ao tratamento psiquiátrico (Wilson, Draine et al. 2014). A falta de tratamento, por sua vez, leva ao maior envolvimento com drogas e consequentemente à cronificação do quadro clínico e convivência em áreas de delinquência (Denton, Foster et al. 2017). Esses fatores concorrem para o envolvimento criminal, que tende a comprometer o suporte social, que por sua vez, configura-se como fator de risco para o maior envolvimento com as drogas (Baillargeon, Penn et al. 2010, Wilson, Draine et al. 2014). O ciclo vicioso gerado pela interação entre essa comorbidade e a reincidência demonstra o grande desafio de intervenção para saúde e segurança públicas.

Alguns estudos demonstram ainda associação de TMG-TUD e TDG-TUD com cometimento de crimes violentos (Fazel, Grann et al. 2011, Hukill 2014). Essa relação

foi encontrada em estudo que comparou o risco de cometimento de crime violento por indivíduos com apenas esquizofrenia (OR 1,2) e indivíduos com a comorbidade (OR 4,4). A presença da comorbidade juntamente com a falta de adesão ao tratamento também se mostrou associada ao crime violento (homicídio) (OR 3,2) em indivíduos que haviam saído de internação hospitalar na Suécia dentro de 6 meses (Fazel, Buxrud et al. 2010).

No nosso estudo, essa relação foi significativa apenas com TDG-TUD em homens, não ficando totalmente claro o motivo da não relação com TMG-TUD entre os homens e com nenhuma comorbidade entre as mulheres. De qualquer forma, esta relação não é consistente na literatura. Em estudo randomizado em centros clínicos de 24 estados dos Estados Unidos, por exemplo, verificou-se que, apesar de a presença de um transtorno por uso de drogas ter aumentado as chances em 4 vezes o cometimento de crime violento em indivíduos com transtornos mentais graves, essa associação perdeu a significância quando os sintomas psicóticos e histórico de transtorno de conduta foram inseridos na análise (Swanson, Swartz et al. 2006).

À luz das controvérsias entre esses resultados, podem-se definir três hipóteses para compreender melhor a relação com o crime violento. A primeira hipótese é que o efeito do transtorno por uso de drogas no cometimento de crime violento é indireto, mediado ou potencializado por outros fatores, como traços de personalidade, histórico criminal, histórico de vitimização, etc.

A outra hipótese é que, considerando os transtornos psicóticos, a composição dos sintomas prevalentes pode influenciar no perfil violento do indivíduo. Estudos indicam, nesse sentido, que sintomas negativos da psicose e o comprometimento cognitivo de psicose crônica podem ser fatores que diminuem as chances de

comportamento violento, enquanto que delírio persecutório tende a aumentar (Swanson, Swartz et al. 2006).

A terceira hipótese refere-se à variação na classificação de crime violento entre os estudos, que dependendo da definição pode considerar ou não determinados crimes, como por exemplo, o roubo, modalidade que foi considerada no nosso estudo pelo fato de no Brasil o roubo costumar envolver ameaça a integridade física da vítima.

A comorbidade de transtorno mental grave e transtornos por uso de drogas tende a agravar as alterações comportamentais e, nesse sentido, dificultam a adaptação ao sistema prisional (Wood 2017). No nosso estudo, esse fato foi identificado pela associação entre ambas comorbidades (TMG – TUD e TDG-TUD) com falta disciplinar no presídio em ambos os sexos. Associação essa não significante quando avaliado o transtorno mental grave isoladamente. Esses resultados sugerem que a comorbidade foi determinante para a inadaptação ao sistema prisional, o que costuma levar a revitimização diante de medidas repressoras e punitivas, podendo agravar o quadro psiquiátrico e dificultar o processo de reabilitação social após o crumprimento da pena (Moyano and Sierra 2016). Outra hipótese reside na possibilidade, já apontada em outros estudos, de agentes carcerários agirem com mais agressividade e intolerância aos presos com transtornos mentais graves (Matejkowski and Ostermann 2015).

Nosso estudo encontrou ainda associação entre crime de drogas e TDG- TUD entre as mulheres. As estatísticas nacionais e internacionais mostram a crescente entrada das mulheres na criminalidade, através do tráfico de drogas, principalmente como forma de obter recursos financeiros para sustentar os filhos ou pela influência de parceiros (Cerneka 2009, Walmsley 2016). Adequando essa realidade na vida das mulheres com transtornos depressivos, é possível considerar que são pessoas mais

vulneráveis à persuasão e manipulação dos parceiros, bem como pessoas com menos recursos psicológicos de se adequarem a outros tipos de atividade laboral (Berto, D'Ilario et al. 2000).

Além dos riscos relacionados à vida criminosa, a comorbidade está estreitamente associada a prejuízos na saúde global do indivíduo (Hartwell 2004), dado que foi possível confirmar, no nosso estudo, entre homens e mulheres com TMG-TUD e mulheres com TDG-TUD.

A dificuldade de adesão ao tratamento e comportamentos de risco gerados pelo envolvimento com drogas, como uso de seringa e promiscuidade, ajudam a compreender a associação dessa comorbidade com doenças físicas, principalmente as clínico-infecciosas (Teplin, Elkington et al. 2005). Dentre essas doenças, as DSTs e AIDS tendem a ser prevalentes nessa população pois, dentre outros fatores, os transtornos por uso de drogas agravam a capacidade, já limitada em indivíduos com transtornos mentais graves, de tomada de decisão, desinibição comportamental, impulsividade e falta de habilidades em negociação de práticas de sexo seguro, o que concorre para práticas sexuais de risco (Teplin, Elkington et al. 2005). Tal fato é especialmente verdadeiro entre as mulheres que tendem a se submeter mais facilmente à persuasão dos homens para práticas sexuais (Makki and dos Santos 2010).

A falta de tratamento adequado a essas comorbidades tendem a gerar um ciclo vicioso de piora do quadro sintomatológico e comportamental - falta de interesse pelo cuidado pessoal - exposição a situações de risco - reincidência criminal (Van den Bergh, Gatherer et al. 2011).

É importante enfatizar que, a despeito das relações encontradas entre fatores clínicos e criminais em transtornos depressivos e demais transtornos mentais graves,

sabe-se que essa relação é complexa e não pode ser compreendida de forma linear (Buško and Kulenović 2001). Pelo contrário, ela depende de uma série de fatores relacionados à vulnerabilidade e exposição do indivíduo a fatores estressores ao longo do tempo (Hyde, Mezulis et al. 2008, Hollin and Palmer 2010).

Compreender o perfil de homens e mulheres com transtornos mentais graves, com ou sem comorbidade, no sistema prisional contribui para a identificação de demandas em termos de tratamento (penal e clínico) e reabilitação (clínica e social) a fim de se discutir estratégias terapêuticas e de reabilitação específicas às demandas de homens e mulheres apresentam demandas específicas de homens e mulheres.

6.5 Possibilidades terapêuticas para pessoas com transtornos mentais graves envolvidas com o sistema de justiça.

Apesar da tensão existente entre os campos do Judiciário e da saúde mental, a partir da tarefa de reinserção psicossocial, há um tímido debate dessas áreas e pontuais iniciativas acerca das possibilidades de tratamento clínico e penal.

Martin e colaboradores (Fazel, Grann et al. 2011) realizaram uma meta-análise de 25 estudos de diversão e intervenções institucionais e encontraram apenas um estudo com eficácia para a diminuição das taxas de reencarceramento. Ainda assim, não houve efeitos significativos dessas intervenções na utilização ou medicação do serviço de saúde mental. Nesse sentido, os autores observaram a ausência de dados de resultados de saúde mental em muitos dos estudos analisados (Fazel, Grann et al. 2011). Embora esses programas tenham mostrado resultados modestos na redução da reincidência, não é claro que esses melhores resultados foram alcançados através da melhoria dos sintomas psiquiátricos.

Considerando especificamente as intervenções clínicas em Instituições fechadas, estudos têm demonstrado que a terapia cognitivo-comportamental pode auxiliar na redução do comportamento recidivo através do trabalho das cognições e comportamentos criminógenos, como impulsividade, agressividade, falta de controle, etc. Além disso, ela pode atender demandas específicas dos presos com transtornos mentais graves, como histórico de traumas psicológicos e revitimização por violência (Wolff, Morgan et al. 2013). Nessa abordagem, o modelo de enfrentamento-recaída focalizar a relação entre os comportamentos de enfrentamento de um indivíduo, que são influenciados por cognições criminosas, valores, atitudes e fatores externos, tais como eventos precipitantes estressantes (Epperson, Wolff et al. 2014). A terapia interpessoal também é uma opção nesse contexto. Essa abordagem é breve focal e voltada para a minimização dos sintomas através da melhora no suporte social e na resolução de conflitos interpessoais (Johnson and Zlotnick 2008).

Em uma pesquisa realizada em Rhode Island, com mulheres com transtornos depressivos graves em comorbidade com transtornos por uso de drogas, utilizou-se terapia interpessoal em grupo, durante 8 semanas, totalizando 24 horas de sessão. A intervenção se mostrou eficaz na recuperação de 72% das mulheres em relação aos sintomas de depressão e aumentou o suporte social das participantes (Johnson and Zlotnick 2008). As intervenções em grupo também mostram-se custo-efetivas e proporcionam motivação, estabelecimento de vínculos, troca de experiências, vivências e comunicação, necessários ao processo terapêutico (Rosa and Nunes 2014).

Em casos dos transtornos mentais graves em comorbidade com transtornos por uso de drogas, as ações devem considerar estratégias clínicas complementares. Indica-se nesses casos o tratamento medicamentoso, para melhorar o estado de

humor e diminuir a ansiedade presente em casos de dependência química, juntamente com tratamento psicológico, para aumentar as habilidades sociais e lidar com situações estressoras (Epperson, Wolff et al. 2014). Intervenções isoladas para cada tipo de transtorno tende a não ser efetiva e pode dificultar a adesão ao tratamento oferecido (Johnson and Zlotnick 2012, Epperson, Wolff et al. 2014).

Frente ao impacto do encarceramento para certas mulheres e consequentemente para seus filhos, surgem algumas alternativas ao regime de privação de liberdade. A justiça restaurativa e penas alternativas são opções que possibilitam a manutenção dos laços familiares e do exercício materno, que é crucial tanto para as mulheres quanto para os filhos (Cerneka 2009, Sobral and de Freitas 2010). Dentro de um programa de ressocialização, deve-se considerar ainda a existência de apoio social e de tratamento psicológico para lidar com os traumas de vitimização (Kepler, 2016). Para casos mais graves de delito, em que a privação de liberdade se faz necessária, a manutenção dos vínculos familiares, sobretudo com os filhos, mediante visitas familiares, é essencial para a ressocialização e saúde mental (Van den Bergh, Gatherer et al. 2011, Nunes 2015).

Em se tratando especificamente de transtornos depressivos, o tratamento é um desafio, em especial para os homens, uma vez que eles não costumam buscar serviços de atenção à saúde. Isso ocorre porque comumente os homens escondem questões emocionais pelo estigma de fragilidade e feminilidade a isso associado (Bermúdez, Romero Mendoza et al. 2007). Uma estratégia possível para aumentar o acesso de homens a tratamento seria o treinamento de funcionários do sistema para melhor identificação de sinais clínicos de transtornos depressivos, uma vez que eles interagem com mais frequência com os presos, podendo auxiliar sobremaneira no

trabalho da equipe de saúde (Frank and McGuire 2010, Matejkowski and Ostermann 2015).

Considerando que homens com depressão costumam se envolver em conflitos interpessoais e receberem, como consequência, medidas disciplinares, o treinamento de profissionais do sistema, principalmente os de segurança, é essencial ainda para que eles adquiram habilidades comportamentais para melhor lidar com presos com esse perfil (Byrne and Howells 2002). É importante considerar, nesse sentido, a necessidade de a atenção à saúde abranger o uso de processos educativos de modo a envolver toda equipe profissional no processo de prevenção e promoção da saúde (Matejkowski and Ostermann 2015).

A continuidade dos papéis sociais em instituições totais é de extrema importância para a saúde mental pois resguarda de certa forma a identidade pessoal. A privação ocupacional, em específico, tende a prejudicar sobremaneira a saúde, o bem-estar e a adaptação do indivíduo ao retorno em sociedade (Brasil 2015).

Além da função de satisfazer as necessidades básicas, como o sustento financeiro, o trabalho atua também no senso de realização e utilidade social. Por isso, programas durante e após o cumprimento da pena de modo a preparar os indivíduos e proporcionar-lhes a reinserção no mercado de trabalho são estratégicos para a reabilitação clínica e social (Costa, Aparecida Penso et al. 2009, Johnson and Zlotnick 2012).

Considerando as diferentes dimensões de vulnerabilidade presentes em casos de transtornos mentais graves e comorbidade com transtorno por uso de drogas, os programas de intervenção devem abranger estratégias específicas de combate a esses fatores, como por exemplo, falta de moradia, baixa escolaridade, pobreza, falta de supor social e de acesso ao sistema de saúde, pensamentos criminógenos, sob o

risco de não se obterem resultados positivos (Epperson, Wolff et al. 2014, Lamb and Weinberger 2017).

Independente do tipo de intervenção e demanda atendida, alguns aspectos devem ser levados em consideração: abordagem profissional não estigmatizadora e flexível, de modo a oferecer oportunidades de engajamento; integração entre as instituições prisionais para garantir a continuidade do tratamento; a articulação com a rede comunitária de saúde para acompanhamento do preso após liberdade; a garantia da segurança do preso e dos demais envolvidos, bem como a adequação do tratamento de acordo com o período previsto da pena (Vandevelde, Soyez et al. 2011, Forrester, Exworthy et al. 2013).

7. IMPLICAÇÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando abordamos sobre o adoecimento mental da população prisional, a lacuna entre a agenda da justiça e a da saúde pública fica evidente. Enquanto a primeira busca segurança, a outra foca em reabilitação (Montross 2016).

A alta prevalência de transtornos mentais graves em presídios comuns chama a atenção para a dupla penalização dos presos, diante da responsabilização do ato mesmo eles sendo considerados inimputáveis à luz da Legislação. Presos que entram em crise devido a sua condição psiquiátrica tendem a demorar dias ou semanas para serem atendidos por um profissional de saúde, quando não acontece da ausência de atendimento. O resultado costuma ser punição sob a alteração comportamental ou tentativas de suicídio (Montross 2016).

Somado a isso, percebe-se a inobservância da Lei da Reforma Psiquiátrica, posto que grande parcela de presos com transtornos mentais graves está cumprindo pena em instituições prisionais comuns, sem o devido atendimento aos direitos

humanos, conforme sugerem os achados no presente estudo. A assistência em saúde de pessoas que estão respondendo por um crime é de interesse multidisciplinar e por isso requer maior aproximação da Justiça e da saúde públicas para discussão sobre as melhores práticas e cumprimento da legislação de modo a atender melhor essa população.

Foi constatado ainda, nesse estudo, que os transtornos mentais graves, quando apresentados de forma isolada, não aumentam o risco de reincidência, apesar de estarem diretamente relacionados ao maior empobrecimento da saúde global, representado pela associação com problemas de saúde física.

Por outro lado, as comorbidades de transtornos por uso de drogas com transtornos mentais graves e de transtornos por uso de drogas com transtornos depressivos graves estão diretamente associadas à reincidência criminal tanto na população feminina quanto masculina. Vale salientar que a comorbidade afeta ainda mais a saúde global dos presos, aumentando as chances de terem problemas de saúde como doenças clínico-infecciosas.

Apesar de esse estudo não ter objetivado avaliar a qualidade da prestação dos serviços em saúde e em ex-presos, os achados científicos internacionais mostram a ineficiência da rede assistencial na comunidade e por isso sugere-se o desenvolvimento de estudos de seguimento com essa população para auxiliar no combate à reincidência e piora na condição de saúde (Lamb and Weinberger 2017).

Em suma, presos com transtornos mentais graves e em comorbidade com transtornos por uso de drogas apresentam, portanto, necessidades clínicas e criminais específicas que devem ser consideradas na concepção de políticas públicas, bem como na criação e/ou aplicação das normativas legais.

Quando essas necessidades são consideradas no contexto da vulnerabilidade pragmática, percebe-se a necessidade de incluir todas as esferas das políticas públicas, como a assistência social, justiça, saúde, segurança pública e educação. Isso porque tendem a permear a condição de vulnerabilidade da população prisional.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abram, K. M., L. A. Teplin and G. M. McClelland (2003). "Comorbidity of severe psychiatric disorders and substance use disorders among women in jail." American Journal of Psychiatry **160**(5): 1007-1010.

Addis, M. E. (2008). "Gender and depression in men." Clinical Psychology: Science and Practice **15**(3): 153-168.

Allen, J. L., J. Briskman, S. Humayun, M. R. Dadds and S. Scott (2013). "Heartless and cunning? Intelligence in adolescents with antisocial behavior and psychopathic traits." Psychiatry Research **210**(3): 1147-1153.

Alves, J., A. Dutra and Â. Maia (2013). "História de adversidade, saúde e psicopatologia em reclusos: comparação entre homens e mulheres." Ciência & Saúde Coletiva 18(3).

Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., Haro, J. M. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. Acta psychiatrica scandinavica, **109**(s420), 21-27.

Amarante, P., F. Freitas, E. Nabuco and M. N. R. Pande (2012). "Da diversidade da loucura à identidade da cultura: o movimento social cultural no campo da reforma psiquiátrica/From madness diversity to cultural identity: social and cultural movement inside psychiatric reform field." Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health **4**(8): 125-132.

Andrade, L. H., Wang, Y. P., Andreoni, S., Silveira, C. M., Alexandrino-Silva, C., Siu, E. R., Viana, M. C. (2012). Mental disorders in megacities: findings from the Sao Paulo megacity mental health survey, Brazil. PloS one, 7(2), e31879.

Andreoli, S. B., M. M. dos Santos, M. I. Quintana, W. S. Ribeiro, S. L. Blay, J. G. V. Taborda and J. de Jesus Mari (2014). "Prevalence of mental disorders among prisoners in the state of Sao Paulo, Brazil." PLoS One **9**(2): e88836.

Andreoli, S. c. R., WS; Quintana, MIS (2008). Estudo da prevalência de transtornos mentais na população prisional de São Paulo. São Paulo, CNPQ.

Andrews, D. A. and J. Bonta (2010). The psychology of criminal conduct, Routledge.

Ayres, J. R., V. Paiva and I. França Jr (2010). "From natural history of disease to vulnerability." Parker R, Sommer M. Routledge handbook of global public health. London/New York: Routledge: 98-107.

Baier, A., R. Fritsch, Y. Ignatyev, S. Priebe and A. P. Mundt (2016). "The course of major depression during imprisonment–A one year cohort study." Journal of affective disorders **189**: 207-213.

Baillargeon, J., J. V. Penn, K. Knight, A. J. Harzke, G. Baillargeon and E. A. Becker (2010). "Risk of reincarceration among prisoners with co-occurring severe mental illness and substance use disorders." Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research **37**(4): 367-374.

Bales, W. D., M. Nadel, C. Reed and T. G. Blomberg (2017). "Recidivism and Inmate Mental Illness." International Journal of Criminology and Sociology **6**: 40-51.

Bermúdez, E. C., M. P. Romero Mendoza, E. M. Rodríguez Ruiz, A. L. Durand-Smith and G. J. Saldívar Hernández (2007). "FEMALE DEPRESSION AND SUBSTANCE DEPENDENCE IN THE MEXICO CITY PENITENTIARY SYSTEM." Salud Mental **30**(6).

Berto, P., D. D'Ilario, P. Ruffo, R. D. Virgilio and F. Rizzo (2000). "Depression: cost-of-illness studies in the international literature, a review." The journal of mental health policy and economics **3**(1): 3-10.

Bertolozzi, M.R.Nichiata, L.Y.I.Takahashi, R.F.Ciosaki, S.I.Hino, P.Val, L.F.Gunillo, M.C.L.T.Pereira, E,G. 2009. "Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva"Revista da Escola de Enfermagem. 43(Esp 2):1326-30.

Binswanger, I. A., J. O. Merrill, P. M. Krueger, M. C. White, R. E. Booth and J. G. Elmore (2010). "Gender differences in chronic medical, psychiatric, and substance-dependence disorders among jail inmates." American journal of public health **100**(3): 476-482.

Binswanger, I. A., M. F. Stern, R. A. Deyo, P. J. Heagerty, A. Cheadle, J. G. Elmore and T. D. Koepsell (2007). "Release from prison—a high risk of death for former inmates." N Engl J Med **2007**(356): 157-165.

Birmingham, L. (2003). "The mental health of prisoners." Advances in psychiatric treatment **9**(3): 191-199.

Brasil (2003). Portaria Interministerial Nº 1777/GM de 9 de Setembro de 2003. Brasilia, DF.

Brasil (2011). Parecer sobre medidas de segurança e hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico sob a perspectiva da lei Nº 10.216/2001. Brasília, DF, Ministério Público Federal.

Brasil (2012). Sistema Prisional. M. d. Justiça. Brasilia, DF.

Brasil (2014). Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014. Brasília, DF.

Brasil (2015). Reincidência Criminal no Brasil. I. d. P. E. Aplicada. Rio de Janeiro.

Brief, W. W. P. (2017). Highest to lowest - Prison population total, Institute for Criminal Policy Research.

Brink, J. (2005). "Epidemiology of mental illness in a correctional system." Current Opinion in Psychiatry **18**(5): 536-541.

Buško, V. and A. Kulenović (2001). "Depressive reactions as an outcome of stress processes: The study on imprisonment." Društvena istraživanja **10**(1-2): 231-252.

Butler, T., G. Andrews, S. Allnutt, C. Sakashita, N. E. Smith and J. Basson (2006). "Mental disorders in Australian prisoners: a comparison with a community sample." Australian and New Zealand Journal of Psychiatry **40**(3): 272-276.

Byrne, M. K. and K. Howells (2002). "The psychological needs of women prisoners: Implications for rehabilitation and management." Psychiatry, psychology and law **9**(1): 34-43.

Cassau, J. S. and D. E. Goodwin (2012). "The phenomenology and course of depressive syndromes in pre-trial detention." International journal of law and psychiatry **35**(3): 231-235.

Cerneka, H. A. (2009). "Homens que Menstruam: Consideracoes a Acerca do Sistema Prisional as Especificidades da Mulher." Veredas do Direito **6**: 61.

Cerneka, H. A. (2009). "Homens que menstruam: considerações acerca do sistema prisional às especificidades da mulher." Veredas do Direito: Direito Ambiental e Desenvolvimento Sustentável **6**(11).

Cloyes, K. G., B. Wong, S. Latimer and J. Abarca (2010). "Time to prison return for offenders with serious mental illness released from prison: A survival analysis." Criminal Justice and Behavior **37**(2): 175-187.

Collier, S. and S. H. Friedman (2016). "Mental illness among women referred for psychiatric services in a New Zealand women's prison." Behavioral sciences & the law **34**(4): 539-550.

Constantine, R., R. Andel, J. Petrila, M. Becker, J. Robst, G. Teague, T. Boaz and A. Howe (2010). "Characteristics and experiences of adults with a serious mental illness who were involved in the criminal justice system." Psychiatric Services **61**(5): 451-457.

Costa, L., M. Aparecida Penso, V. Neves Legnani and M. F. Olivier Sudbrack (2009). "As competências da psicologia jurídica na avaliação psicossocial de famílias em conflito." Psicologia & Sociedade **21**(2).

Damas, F. B. (2012). "Assistência e condições de saúde nas prisões de Santa Catarina, Brasil." Revista de Saúde Pública de Santa Catarina **5**(3): 6-22.

Denton, M., M. Foster and R. Bland (2017). "How the prison-to-community transition risk environment influences the experience of men with co-occurring mental health and substance use disorder." Australian & New Zealand Journal of Criminology **50**(1): 39-55.

DEPEN (2014). Levantamento de Informações Penitenciárias. M. d. Justiça.

Epperson, M. W., N. Wolff, R. D. Morgan, W. H. Fisher, B. C. Frueh and J. Huening (2014). "Envisioning the next generation of behavioral health and criminal justice interventions." International journal of law and psychiatry **37**(5): 427-438.

Erickson, S. K., R. A. Rosenheck, R. L. Trestman, J. D. Ford and R. A. Desai (2008). "Risk of incarceration between cohorts of veterans with and without mental illness discharged from inpatient units." Psychiatric Services **59**(2): 178-183.

Essau, C. A., P. M. Lewinsohn, J. R. Seeley and S. Sasagawa (2010). "Gender differences in the developmental course of depression." Journal of affective disorders **127**(1): 185-190.

Estratégicas (2005). Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. M. d. Saúde. Brasília, DF.

Fazel, S., P. Bains and H. Doll (2006). "Substance abuse and dependence in prisoners: a systematic review." Addiction **101**(2): 181-191.

Fazel, S., P. Buxrud, V. Ruchkin and M. Grann (2010). "Homicide in discharged patients with schizophrenia and other psychoses: A national case-control study." Schizophrenia research **123**(2): 263-269.

Fazel, S. and J. Danesh (2002). "Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys." The lancet **359**(9306): 545-550.

Fazel, S., M. Grann, B. Kling and K. Hawton (2011). "Prison suicide in 12 countries: an ecological study of 861 suicides during 2003–2007." Social psychiatry and psychiatric epidemiology **46**(3): 191-195.

Fazel, S., G. Gulati, L. Linsell, J. R. Geddes and M. Grann (2009). "Schizophrenia and violence: systematic review and meta-analysis." PLoS medicine **6**(8): e1000120.

Fazel, S. and K. Seewald (2012). "Severe mental illness in 33 588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis." The British Journal of Psychiatry **200**(5): 364-373.

Fazel, S. and K. Seewald (2012). "Severe mental illness in 33 588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis BJP May 2012 200: 364-373; doi: 10.1192/bjp. bp. 111.096370."

Fazel, S. and R. Yu (2009). "Psychotic disorders and repeat offending: systematic review and meta-analysis." Schizophrenia bulletin **37**(4): 800-810.

Forrester, A., T. Exworthy, O. Olumoroti, M. Sessay, J. Parrott, S.-J. Spencer and S. Whyte (2013). "Variations in prison mental health services in England and Wales." International journal of law and psychiatry **36**(3): 326-332.

Frank, R. G. and T. G. McGuire (2010). Mental health treatment and criminal justice outcomes. Controlling crime: Strategies and tradeoffs, University of Chicago Press**:** 167-207.

Greco, R. (2011). Código penal comentado, Editora Impetus (Editora Impetus LTDA).

Hartwell, S. W. (2004). "Comparison of offenders with mental illness only and offenders with dual diagnoses." Psychiatric Services.

Hartwell, S. W. (2004). "Comparison of offenders with mental illness only and offenders with dual diagnoses." Psychiatric Services **55**(2): 145-150.

Hartz, Z. M. and A.-P. Contandriopoulos (2004). "Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um sistema sem muros." Cad Saúde Pública: 331-336.

Hassan, L., L. Birmingham, M. A. Harty, M. Jarrett, P. Jones, C. King, J. Lathlean, C. Lowthian, A. Mills and J. Senior (2011). "Prospective cohort study of mental health during imprisonment." The British Journal of Psychiatry **198**(1): 37-42.

Hewitt, C. E., A. E. Perry, B. Adams and S. M. Gilbody (2011). "Screening and case finding for depression in offender populations: A systematic review of diagnostic properties." Journal of affective disorders **128**(1): 72-82.

Hirschtritt, M. E. and R. L. Binder (2017). "Interrupting the Mental Illness–Incarceration-Recidivism Cycle." Jama **317**(7): 695-696.

Hollin, C. R. and E. J. Palmer (2010). "Criminogenic need and women offenders: A critique of the literature." Legal and Criminological Psychology **11**(2): 179-195.

Hukill, H. J. (2014). "Examining Depression and Recidivism in a Sample of Serious Adolescent Offenders: The Mediating Mechanism of Future Perception."

Hyde, J. S., A. H. Mezulis and L. Y. Abramson (2008). "The ABCs of depression: integrating affective, biological, and cognitive models to explain the emergence of the gender difference in depression." Psychological review **115**(2): 291.

Johnson, J. E. and C. Zlotnick (2008). "A pilot study of group interpersonal psychotherapy for depression in substance-abusing female prisoners." Journal of Substance Abuse Treatment **34**(4): 371-377.

Johnson, J. E. and C. Zlotnick (2012). "Pilot study of treatment for major depression among women prisoners with substance use disorder." Journal of psychiatric research **46**(9): 1174-1183.

Kinner, S. A. and E. A. Wang (2014). "The case for improving the health of ex-prisoners." American journal of public health **104**(8): 1352-1355.

Klepper, J. (2016). "Examining the Relationship between Physical and Sexual Abuse and Mental Illnesses Among Female Inmates: Revising the Mental Health Care Process in Prisons."

Kuehne, M. (2013). "Lei de execução penal anotada."

Lamb, H. R. and L. E. Weinberger (2017). "Understanding and Treating Offenders with Serious Mental Illness in Public Sector Mental Health." Behavioral Sciences & the Law.

Levy, P. S. and S. Lemeshow (2013). Sampling of populations: methods and applications, John Wiley & Sons.

Lopes, R. M. F., D. C. Melo and I. I. Argimon (2010). "Mulheres encarceradas e fatores associados a drogas e crimes." Ciências e Cognição/Science and Cognition **15**(2).

Lynch, S. and N. Heath (2017). "Predictors of incarcerated women's postrelease PTSD, depression, and substance-use problems." Journal of Offender Rehabilitation **56**(3): 157-172.

Lynch, S. M., D. D. DeHart, J. E. Belknap, B. L. Green, P. Dass-Brailsford, K. A. Johnson and E. Whalley (2014). "A multisite study of the prevalence of serious mental illness, PTSD, and substance use disorders of women in jail." Psychiatric Services **65**(5): 670-674.

Makki, S. H. and M. L. dos Santos (2010). "Gênero e criminalidade: Um olhar sobre a mulher encarcerada no Brasil." Dinponivel em< http://www. ambitojuridico. com. br/site/index. php.

Marôco, J. (2011). Análise Estatística com o SPSS Statistics. Pero Pinheiro, ReportNumber.

Matejkowski, J. and M. Ostermann (2015). "Serious mental illness, criminal risk, parole supervision, and recidivism: Testing of conditional effects." Law and human behavior **39**(1): 75.

Mir, J., S. Kastner, S. Priebe, N. Konrad, A. Ströhle and A. P. Mundt (2015). "Treating substance abuse is not enough: comorbidities in consecutively admitted female prisoners." Addictive behaviors **46**: 25-30.

Moller, L., A. Gatherer, R. Jürgens, H. Stöver and H. Nikogosian (2007). Health in prisons: a WHO guide to the essentials in prison health, WHO Regional Office Europe.

Monahan, J. and J. L. Skeem (2016). "Risk assessment in criminal sentencing." Annual review of clinical psychology **12**: 489-513.

Montross, C. (2016). "Hard time or hospital treatment? Mental illness and the criminal justice system." New England Journal of Medicine **375**(15): 1407-1409.

Morgan, R. D., W. H. Fisher, N. Duan, J. T. Mandracchia and D. Murray (2010). "Prevalence of criminal thinking among state prison inmates with serious mental illness." Law and human behavior **34**(4): 324-336.

Moyano, N. and J. C. Sierra (2016). "Sexual victimisation, sexual cognitions, desire and excitation/inhibition in community Spanish male and female sexual aggressors." Journal of Sexual Aggression **22**(1): 36-51.

Nargiso, J. E., C. C. Kuo, C. Zlotnick and J. E. Johnson (2014). "Social support network characteristics of incarcerated women with co-occurring major depressive and substance use disorders." Journal of psychoactive drugs **46**(2): 93-105.

Nowotny, K. M., J. Belknap, S. Lynch and D. DeHart (2014). "Risk profile and treatment needs of women in jail with co-occurring serious mental illness and substance use disorders." Women & health **54**(8): 781-795.

Nunes, A. R. D. (2015). Adaptação à prisão, psicopatologia e ideação suicida em mulheres reclusas.

Ormeño, G. I. R. (2013). "Histórico familiar de mulheres encarceradas: fatores de risco e proteção para os filhos."

Parsons, J. and T. Sandwick (2012). "Closing the gap: Using criminal justice and public health data to improve the identification of mental illness." New York: Vera Institute of Justice.

Peterson, J., J. L. Skeem, E. Hart, S. Vidal and F. Keith (2010). "Analyzing offense patterns as a function of mental illness to test the criminalization hypothesis." Psychiatric Services **61**(12): 1217-1222.

PNSSP (2014). Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário M. d. Saúde. Brasília, DF.

Pondé, M. P., A. C. Freire and M. S. Mendonça (2011). "The prevalence of mental disorders in prisoners in the city of Salvador, Bahia, Brazil." Journal of forensic sciences **56**(3): 679-682.

Prins, S. J. (2014). "Prevalence of mental illnesses in US state prisons: a systematic review." Psychiatric Services **65**(7): 862-872.

Pulido-Criollo, F., J. F. Rodríguez-Landa and M. P. Colorado-Martínez (2009). "Factores sociodemográficos asociados con los síntomas depresivos en una muestra de mujeres recluidas en dos prisiones de México."

Quintana, M., S. Andreoli, M. Jorge, F. Gastal and C. Miranda (2004). "The reliability of the Brazilian version of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI 2.1)." Brazilian journal of medical and biological research **37**(11): 1739-1745.

Quintana, M. I., F. L. Gastal, M. R. Jorge, C. T. Miranda and S. B. Andreoli (2007). "Validity and limitations of the Brazilian version of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI 2.1)." Revista brasileira de psiquiatria **29**(1): 18-22.

Raggio, A. L. (2017). Behavioral Health Predictors of Criminal Recidivism, Western Carolina University.

Reed, E., A. Raj, G. Falbo, F. Caminha, M. R. Decker, D. C. Kaliel, S. A. Missmer, B. E. Molnar and J. G. Silverman (2009). "The prevalence of violence and relation to depression and illicit drug use among incarcerated women in Recife, Brazil." International journal of law and psychiatry **32**(5): 323-328.

Rosa, S. M. and F. C. Nunes (2014). "Instituições Prisionais: atenção psicossocial, saúde mental e reinserção social." Fragmentos de Cultura **24**(1): 125-138.

Santos, A. L. G., F. R. de Farias and D. de Souza Pinto (2015). "Por uma sociedade sem hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico." História, Ciências, Saúde-Manguinhos **22**(4): 1215-1230.

Santos, M. M., M. I. Quintana, F. G. Moreira, J. G. V. Taborda, J. de Jesus Mari and S. B. Andreoli (2014). "Drug-related disorders and the criminal and clinical background of the prison population of São Paulo State, Brazil." PloS one **9**(11): e113066.

Sigmon, S. T., J. J. Pells, N. E. Boulard, S. Whitcomb-Smith, T. M. Edenfield, B. A. Hermann, S. M. LaMattina, J. G. Schartel and E. Kubik (2005). "Gender differences in self-reports of depression: The response bias hypothesis revisited." Sex Roles **53**(5): 401-411.

Sirotich, F. (2008). "Correlates of crime and violence among persons with mental disorder: an evidence-based review." Brief Treatment and Crisis Intervention **8**(2): 171.

Skeem, J. L., E. Winter, P. J. Kennealy, J. E. Louden and J. R. Tatar II (2014). "Offenders with mental illness have criminogenic needs, too: Toward recidivism reduction." Law and human behavior **38**(3): 212.

Slate, R. N., J. K. Buffington-Vollum and W. W. Johnson (2013). The criminalization of mental illness: Crisis and opportunity for the justice system, Carolina Academic Press.

Sobral, A. and C. M. de Freitas (2010). "Modelo de organização de indicadores para operacionalização dos determinantes socioambientais da saúde." Saúde e Sociedade **19**(1): 35-47.

Spohr, B. (2011). "Lógica psiquiátrica e reforma em saúde mental." Mental **9**(17): 559-570.

Steadman, H. J., F. C. Osher, P. C. Robbins, B. Case and S. Samuels (2009). "Prevalence of serious mental illness among jail inmates." Psychiatric services **60**(6): 761-765.

Swanson, J. W., M. S. Swartz, R. A. Van Dorn, E. B. Elbogen, H. R. Wagner, R. A. Rosenheck, T. S. Stroup, J. P. McEvoy and J. A. Lieberman (2006). "A national study of violent behavior in persons with schizophrenia." Archives of general psychiatry **63**(5): 490-499.

Swartz, J. A. and A. J. Lurigio (2007). "Serious mental illness and arrest: The generalized mediating effect of substance use." Crime & Delinquency **53**(4): 581-604.

Teplin, L. A., K. S. Elkington, G. M. McClelland, K. M. Abram, A. A. Mericle and J. J. Washburn (2005). "Major mental disorders, substance use disorders, comorbidity, and HIV-AIDS risk behaviors in juvenile detainees." Psychiatric Services **56**(7): 823-828.

Thomas, E. G., M. J. Spittal, F. S. Taxman and S. A. Kinner (2015). "Health-related factors predict return to custody in a large cohort of ex-prisoners: new approaches to predicting re-incarceration." Health & justice **3**(1): 10.

Torrey, E. F., A. D. Kennard, D. Eslinger, R. Lamb and J. Pavle (2010). "More mentally ill persons are in jails and prisons than hospitals: A survey of the states." Arlington, VA: Treatment Advocacy Center.

Torrey, E. F., M. T. Zdanowicz, A. D. Kennard, H. R. Lamb, D. F. Eslinger, M. C. Biasotti and D. A. Fuller (2014). "The treatment of persons with mental illness in prisons and jails: A state survey." Treatment Advocacy Center.

Unidas, N. (1990). Princípios Básicos para o Tratamento dos Reclusos. Resolução n.° 45/111, de 14.12.1990.

Van den Bergh, B. J., A. Gatherer, A. Fraser and L. Moller (2011). "Imprisonment and women's health: concerns about gender sensitivity, human rights and public health." Bulletin of the World Health Organization **89**(9): 689-694.

Vandevelde, S., V. Soyez, T. Vander Beken, S. De Smet, A. Boers and E. Broekaert (2011). "Mentally ill offenders in prison: The Belgian case." International Journal of Law and Psychiatry **34**(1): 71-78.

Walker, J., C. Illingworth, A. Canning, E. Garner, J. Woolley, P. Taylor and T. Amos (2014). "Changes in mental state associated with prison environments: a systematic review." Acta Psychiatrica Scandinavica **129**(6): 427-436.

Wallace, C., P. E. Mullen and P. Burgess (2004). "Criminal offending in schizophrenia over a 25-year period marked by deinstitutionalization and increasing prevalence of comorbid substance use disorders." American Journal of Psychiatry **161**(4): 716-727.

Walmsley, R. (2016). World Prison Population List. United Kingdom, World Prison Brief. **11**.

Walters, G. D. (2006). "Appraising, researching and conceptualizing criminal thinking: A personal view." Criminal Behaviour and Mental Health **16**(2): 87-99.

Watzke, S., S. Ullrich and A. Marneros (2006). "Gender-and violence-related prevalence of mental disorders in prisoners." European archives of psychiatry and clinical neuroscience **256**(7): 414-421.

Way, B. B., D. A. Sawyer, S. N. Lilly, C. Moffitt and B. J. Stapholz (2008). "Characteristics of inmates who received a diagnosis of serious mental illness upon entry to New York State prison." Psychiatric Services **59**(11): 1335-1337.

Wilson, A. B., J. Draine, S. Barrenger, T. Hadley and A. Evans (2014). "Examining the impact of mental illness and substance use on time till re-incarceration in a county jail." Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research **41**(3): 293-301.

Wilson, A. B., J. Draine, T. Hadley, S. Metraux and A. Evans (2011). "Examining the impact of mental illness and substance use on recidivism in a county jail." International Journal of Law and Psychiatry **34**(4): 264-268.

Wolff, N., R. D. Morgan and J. Shi (2013). "Comparative Analysis of Attitudes and Emotions Among Inmates Does Mental Illness Matter?" Criminal Justice and Behavior **40**(10): 1092-1108.

Wolff, N., R. D. Morgan and J. Shi (2013). "Comparative analysis of attitudes and emotions among inmates: Does mental illness matter?" Criminal Justice and Behavior **40**(10): 1092-1108.

Wood, S. R. (2017). "Co-occurring serious mental illnesses and substance use disorders as predictors of assaultive infraction charges among adult male jail inmates." The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology: 1-22.

Yarochewsky, L. I. and T. da Silva Coelho (2013). "Periculosidade criminal: conceito, tratamento e consequências." Percurso Acadêmico **3**(5): 22-34.

ANEXO A – PUBLICAÇÃO DE CAPÍTULO DO LIVRO PSIQUIATRIA FORENSE

SANTOS, MAÍRA MENDES DOS; ANDREOLI, S. B. ; ABDALA-FILHO, E. ; TABORDA, J. G. V. . Transtorno Mental e Prisão. In: Elias Abdalla-Filho; Miguel Chalub e Lisieuw E. de Borba Telles. (Org.). Psiquiatria Forense de Taborda. 3ed.Porto alegre: Artmed, 2015, v. , p. 585-597

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abdalla-Filho, E., P. A. Souza, J. F. Tramontina and J. G. Taborda (2010). "Mental disorders in prisons." Current opinion in psychiatry 23(5): 463-466.

Andersen, H. S., D. Sestoft, T. Lillebæk, G. Gabrielsen, R. Hemmingsen and P. Kramp (2000). "A longitudinal study of prisoners on remand: psychiatric prevalence, incidence and psychopathology in solitary vs. non-solitary confinement." Acta Psychiatrica Scandinavica 102(1): 19-25.

Andreoli, S. B., M. M. Santos, M. I. Quintana, W. S. Ribeiro, S. L. Blay, J. G. Taborda and J. de Jesus Mari (2014). "Prevalence of mental disorders among prisoners in the state of Sao Paulo, Brazil." PLoS One 9(2): e88836.

Assadi, S. M., M. Noroozian, M. Pakravannejad, O. Yahyazadeh, S. Aghayan, S. V. Shariat and S. Fazel (2006). "Psychiatric morbidity among sentenced prisoners: prevalence study in Iran." Br J Psychiatry 188: 159-164

Bahr, S. J., L. Harris, J. K. Fisher and A. H. Armstrong (2010). "Successful Reentry What Differentiates Successful and Unsuccessful Parolees?" International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology 54(5): 667-692.

Baillargeon, J., I. A. Binswanger, J. V. Penn, B. A. Williams and O. J. Murray (2009). "Psychiatric disorders and repeat incarcerations: the revolving prison door."

Birmingham, L. (2003). "The mental health of prisoners." Advances in psychiatric treatment 9(3): 191-199.

Brink, J. (2005). "Epidemiology of mental illness in a correctional system." Curr Opin Psychiatry 18(5): 536-541.

Coid, J., M. Yang, S. Ullrich, A. Roberts, P. Moran, P. Bebbington, T. Brugha, R. Jenkins, M. Farrell and G. Lewis (2009). "Psychopathy among prisoners in England and Wales." International Journal of Law and Psychiatry 32(3): 134-141.

Diamond, P. M., E. W. Wang, C. E. Holzer, 3rd, C. Thomas and C. des Anges (2001). "The prevalence of mental illness in prison." Adm Policy Ment Health 29(1): 21-40.

Drapalski, A. L., K. Youman, J. Stuewig and J. Tangney (2009). "Gender differences in jail inmates' symptoms of mental illness, treatment history and treatment seeking." Criminal Behaviour and Mental Health 19(3): 193-206.

Erickson, S. K., R. A. Rosenheck, R. L. Trestman, J. D. Ford and R. A. Desai (2008). "Risk of incarceration between cohorts of veterans with and without mental illness discharged from inpatient units."

Falissard, B., J.-Y. Loze, I. Gasquet, A. Duburc, C. De Beaurepaire, F. Fagnani and F.Rouillon (2006). "Prevalence of mental disorders in French prisons for men." BMC psychiatry 6(1): 33.

Fazel, S., P. Bains and H. Doll (2006). "Substance abuse and dependence in prisoners: a systematic review." Addiction 101(2): 181-191.

Fazel, S. and J. Danesh (2002). "Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys." Lancet 359(9306): 545-550.

Fazel, S., M. Grann, B. Kling and K. Hawton (2011). "Prison suicide in 12 countries: an ecological study of 861 suicides during 2003–2007." Social psychiatry and psychiatric epidemiology 46(3): 191-195.

Fazel, S. and K. Seewald (2012). "Severe mental illness in 33 588 prisoners worldwide:systematic review and meta-regression analysis BJP May 2012 200: 364-373; doi:10.1192/bjp. bp. 111.096370."

Forrester, A., T. Exworthy, O. Olumoroti, M. Sessay, J. Parrott, S.-J. Spencer and S. Whyte (2013). "Variations in prison mental health services in England and Wales." International journal of law and psychiatry 36(3): 326-332.

Frank, R. G. and T. G. McGuire (2010). Mental health treatment and criminal justice outcomes. Controlling crime: Strategies and tradeoffs, University of Chicago Press: 167-207.

Gerais, T. d. J. d. M. (2014). Programa de atenção integral ao paciente judiciário portador de sofrimento mental. Minas Gerais.

Ginn, S. (2013). "Promoting health in prison." BMJ 346.

Gombata, M. (2014) "Em 15 anos, Brasil prendeu 7 vezes mais que a média." Carta Capital.

Greenberg, G. A. and R. A. Rosenheck (2014). "Psychiatric correlates of past incarceration in the national co-morbidity study replication." Criminal Behaviour and Mental Health 24(1): 18-35.

Haywood, T. W. (1995). "State psychiatric hospital patients with past arrests for violent crimes." Psychiatric services 46(8): 790-795.

Justiça, M. d. (2008). "DEPEN." Retrieved 05.01.2015, 2014, from http://portal.mj.gov.br/data/Pages/MJC4D50EDBPTBRNN.htm.

Lafortune, D. (2010). "Prevalence and screening of mental disorders in short-term correctional facilities." International Journal of Law and Psychiatry 33(2): 94-100.

Mallik-Kane, K. (2008). "Health and prisoner reentry: How physical, mental, and substance abuse conditions shape the process of reintegration."

MKG. (2007). "The economic case for and against prison " Retrieved 01.01.2015,from www.matrixknowledge.com/Documents/economic-case-for-and-against- prison.pdf.

Naidoo, S. and D. Mkize (2012). "Prevalence of mental disorders in a prison population in Durban, South Africa." African journal of psychiatry 15(1): 30-35.

OSM. (2013). Retrieved 10.02.2015, 2015, from http://www.osm.org.br/osm/.

Ponde, M. P., A. C. Freire and M. S. Mendonca (2011). "The prevalence of mental disorders in prisoners in the city of Salvador, Bahia, Brazil." J Forensic Sci 56(3): 679-682.

Ramsay, C. E., S. M. Goulding, B. Broussard, S. L. Cristofaro, G. R. Abedi and M. T.

Compton (2011). "Prevalence and Psychosocial Correlates of Prior Incarcerations in an Urban, Predominantly African-American Sample of Hospitalized Patients With First-Episode Psychosis." Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online 39(1): 57-64.

Renzaglia, G., J. Vess, B. Hodel and L. McCrary (2004). "Mentally disordered offenders: From forensic state hospital to conditional release in California." International journal of law and psychiatry 27(1): 31-44.

Rothbard, A. B., H. Wald, C. Zubritsky, N. Jaquette and S. Chhatre (2009). "Effectiveness of a jail-based treatment program for individuals with co-occurring disorders." Behavioral sciences & the law 27(4): 643-654.

Santos, M. M., M. I. Quintana, F. G. Moreira, J. G. V. Taborda, J. de Jesus Mari and S. B.

Andreoli (2014). "Drug-related disorders and the criminal and clinical background of the prison population of São Paulo State, Brazil." PloS one 9(11): e113066.

Shaw, J., I. M. Hunt, S. Flynn, J. Meehan, J. Robinson, H. Bickley, R. Parsons, K. McCann, J. Burns and T. Amos (2006). "Rates of mental disorder in people convicted of homicide National clinical survey." The British Journal of Psychiatry 188(2): 143-147.

Sousa P. A. and Abdalla-Filho E. (2012). "Contribuições da psiquiatria forense à legislação penal. Debates em Psiquiatria Mai/Jun 2012: 24-27.

Teixeira, E. H. and P. Dalgalarrondo (2008). "Bases psicopatológicas do crime violento– estudo caso-controle retrospectivo de pacientes delirantes criminosos e não-criminosos." J Bras Psiquiatr 57(3): 171-177.

Vandevelde, S., V. Soyez, T. Vander Beken, S. De Smet, A. Boers and E. Broekaert (2011). "Mentally ill offenders in prison: The Belgian case." International journal of law and psychiatry 34(1): 71-78.

Vicens, E., V. Tort, R. M. Duenas, A. Muro, F. Perez-Arnau, J. M. Arroyo, E. Acin, A. De Vicente, R. Guerrero, J. Lluch, R. Planella and P. Sarda (2011). "The prevalence of mental disorders in Spanish prisons." Crim Behav Ment Health 21(5): 321-332.

Way, B. B., D. A. Sawyer, S. N. Lilly, C. Moffitt and B. J. Stapholz (2008). "Characteristics of inmates who received a diagnosis of serious mental illness upon entry to New York State prison." Psychiatric services (Washington, DC) 59(11): 1335-1337.

Zoccali, R., M. Muscatello, A. Bruno, R. Cambria, L. Cavallaro, G. D'Amico, S. Isgrò, V. Romeo and M. Meduri (2008). "Mental disorders and request for psychiatric intervention in an Italian local jail." International journal of law and psychiatry 31(5): 447-450

ANEXO B – ARTIGO SUBMETIDO NA REVISTA BRASILEIRA DE EPIDEMIOLOGIA

Processo: RBEPID – 2017 – 0428 Data: 15/09/2017

FATORES ASSOCIADOS À DEPRESSÃO EM HOMENS E MULHERES PRESOS

Msc. Maíra Mendes dos Santos[1]; Dra. Claudia Renata dos Santos Barros[2]; Dr.Sérgio Baxter Andreoli[3]

[1] Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Católica de Santos

[2] Pesquisadora do do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Católica de Santos

[3] Orientador e Coordenador do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Católica de Santos

Correspondência: Avenida Conselheiro Nébias, 300, Vila Mathias, Santos-SP CEP: 11.015-002.

Telefone: (13) 3205-5555. email: maimendes@yahoo.com.br

RESUMO

Introdução: As prevalências de transtorno depressivo no sistema prisional são altas, mas com escassez no conhecimento sobre as diferenças entre homens e mulheres em relação aos fatores de risco associados. Objetivo: analisar os fatores clínicos e criminais associados à depressão entre homens e mulheres no Estado de São Paulo. **Método**: Estudo transversal com amostra probabilística estratificada e em múltiplos estágios. Aplicou-se o CIDI para diagnóstico psiquiátrico e o questionário sobre histórico criminal e médico em 1192 homens e 617 mulheres. As prevalências de transtorno mental foram calculadas (IC - 95%) para vida e ajustadas para o desenho da amostra por meio da análise de amostras complexas. As associações foram analisadas por modelos separados por sexo de regressão logística multinomial. A variável dependente foi categorizada em 1) ter depressão moderada ou grave, 2) ter qualquer outro transtorno mental e 3) não ter transtorno mental(ref). **Resultado**: A prevalência de depressão entre mulheres e homens foi respectivamente 33,3% ; IC 30,3 – 36,5 e 12,9%; IC 11,1-15,0. Entre os homens, a depressão foi associada à falta disciplinar, histórico infracional durante a adolescência e reincidência. Entre as mulheres, associada à problemas de saúde física, crime de drogas, crime violento,

estar presa em penitenciária e reincidência. **Conclusão:** As diferenças em relação ao perfil criminal de homens e mulheres demandas programas efetivos especializados para cada demanda, considerando a necessidade de estratégias de coping para os homens presos e maior reabilitação em saúde para as mulheres com depressão.

Palavras- Chave = presos; depressão; saúde física; sexo, fatores criminais

ABSTRACT

Introduction: The prevalence of depression is high in prison system and it is still not clear the differences between men and women in regard with the associated risk factors. **Aim**: to study the differences of clinical and criminal factors among men and women with depression in the State of São Paulo. **Method**: a cross-sectional study on stratified and multi-stage probabilistic sample. It was applied CIDI for psychiatric diagnostic classification and a questionnaire on criminal and medical history under 1192 men and 617 women. Lifetime Prevalence of mental disorder was calculated (CI - 95%) and adjusted for complex samples analysis sample. The association analysis was performed by multinomial logistic regression stratified by sex. A dependent variable was categorized into 1) Moderate or severe depression, 2) Any other mental disorder and 3) No mental disorder (ref). **Results**: The prevalence of depression among women and men were respectively 33.3%; CI 30.3 - 36.5 and 12.9%; CI 11.1-15.0. Among men, depression was associated with disciplinary penalty, historical transgression during adolescence and re-incarceration. Among women, physical health problems, drug crime, violent crime, being imprisoned in prisons and re-incarceration ware associated with depression. **Conclusion**: Differences in the criminal and clinical profile of men and women demand effective specialized programs for each demand, considering the need for coping strategies for incarcerated men and health-related rehabilitation for women with depression.

Key – Words = prisoners, depression, physical health, sex, criminal factors

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fazel S, Seewald K. Severe mental illness in 33 588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis. The British Journal of Psychiatry. 2012;200(5):364-73.

2. Andreoli SB, dos Santos MM, Quintana MI, Ribeiro WS, Blay SL, Taborda JGV, et al. Prevalence of mental disorders among prisoners in the state of Sao Paulo, Brazil. PLoS One. 2014;9(2):e88836.

3. Kinner SA, Forsyth S, Williams G. Systematic review of record linkage studies of mortality in ex-prisoners: why (good) methods matter. Addiction. 2013;108(1):38-49.

4. Baier A, Fritsch R, Ignatyev Y, Priebe S, Mundt AP. The course of major depression during imprisonment–A one year cohort study. Journal of affective disorders. 2016;189:207-13.

5. Sirotich F. Correlates of crime and violence among persons with mental disorder: an evidence-based review. Brief Treatment and Crisis Intervention. 2008;8(2):171.

6. Lynch S, Heath N. Predictors of incarcerated women's postrelease PTSD, depression, and substance-use problems. Journal of Offender Rehabilitation. 2017;56(3):157-72.

7. Yi Y, Turney K, Wildeman C. Mental Health Among Jail and Prison Inmates. American journal of men's health. 2017:1557988316681339.

8. Cassau JS, Goodwin DE. The phenomenology and course of depressive syndromes in pre-trial detention. International journal of law and psychiatry. 2012;35(3):231-5.

9. Colmenares Bermúdez E, Romero Mendoza MP, Rodríguez Ruiz EM, Durand-Smith AL, Saldívar Hernández GJ. Female depression and substance dependence in the mexico city penitentiary system. Salud Mental. 2007;30(6).

10. Essau CA, Lewinsohn PM, Seeley JR, Sasagawa S. Gender differences in the developmental course of depression. Journal of affective disorders. 2010;127(1):185-90.

11. Nowotny KM, Belknap J, Lynch S, DeHart D. Risk profile and treatment needs of women in jail with co-occurring serious mental illness and substance use disorders. Women & health. 2014;54(8):781-95.

12. Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias [Internet]. 2014 [cited 01.07.2017]. Available from: http://dados.mj.gov.br/dataset/infopen-levantamento-nacional-de-informacoes-penitenciarias.

13. Quintana MI, Gastal FL, Jorge MR, Miranda CT, Andreoli SB. Validity and limitations of the Brazilian version of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI 2.1). Revista brasileira de psiquiatria. 2007;29(1):18-22.

14. Santos MM, Quintana MI, Moreira FG, Taborda JGV, de Jesus Mari J, Andreoli SB. Drug-related disorders and the criminal and clinical background of the prison population of São Paulo State, Brazil. PloS one. 2014;9(11):e113066.

15. Levy PS, Lemeshow S. Sampling of populations: methods and applications: John Wiley & Sons; 2013.

16. Marôco J. Análise estatística com o SPSS Statistics: ReportNumber, Lda; 2011.

17. Van den Bergh BJ, Gatherer A, Fraser A, Moller L. Imprisonment and women's health: concerns about gender sensitivity, human rights and public health. Bulletin of the World Health Organization. 2011;89(9):689-94.

18. Baillargeon J, Penn JV, Knight K, Harzke AJ, Baillargeon G, Becker EA. Risk of reincarceration among prisoners with co-occurring severe mental illness and substance use disorders. Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research. 2010;37(4):367-74.

19. Binswanger IA, Merrill JO, Krueger PM, White MC, Booth RE, Elmore JG. Gender differences in chronic medical, psychiatric, and substance-dependence disorders among jail inmates. American journal of public health. 2010;100(3):476-82.

20. Lynch SM, DeHart DD, Belknap JE, Green BL, Dass-Brailsford P, Johnson KA, et al. A multisite study of the prevalence of serious mental illness, PTSD, and substance use disorders of women in jail. Psychiatric Services. 2014;65(5):670-4.

21. Hewitt CE, Perry AE, Adams B, Gilbody SM. Screening and case finding for depression in offender populations: A systematic review of diagnostic properties. Journal of affective disorders. 2011;128(1):72-82.

22. Winkler D, Pjrek E, Heiden A, Wiesegger G, Klein N, Konstantinidis A, et al. Gender differences in the psychopathology of depressed inpatients. European archives of psychiatry and clinical neuroscience. 2004;254(4):209-14.

23. Fazel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. The lancet. 2002;359(9306):545-50.

24. Addis ME. Gender and depression in men. Clinical Psychology: Science and Practice. 2008;15(3):153-68.

25. Alves J, Dutra A, Maia Â. História de adversidade, saúde e psicopatologia em reclusos: comparação entre homens e mulheres. Ciência & Saúde Coletiva. 2013;18(3).

26. Ormeño GIR. Histórico familiar de mulheres encarceradas: fatores de risco e proteção para os filhos. 2013.

27. Cerneka HA. Homens que Menstruam: Consideracoes a Acerca do Sistema Prisional as Especificidades da Mulher. Veredas do Direito. 2009;6:61.

28. Makki SH, dos Santos ML. Gênero e criminalidade: Um olhar sobre a mulher encarcerada no Brasil. Dinponivel em< http://www ambitojuridico com br/site/index php. 2010.

29. Reed E, Raj A, Falbo G, Caminha F, Decker MR, Kaliel DC, et al. The prevalence of violence and relation to depression and illicit drug use among incarcerated women in Recife, Brazil. International journal of law and psychiatry. 2009;32(5):323-8.

30. Hollin CR, Palmer EJ. Criminogenic need and women offenders: A critique of the literature. Legal and Criminological Psychology. 2010;11(2):179-95.

31. Berto P, D'Ilario D, Ruffo P, Virgilio RD, Rizzo F. Depression: cost-of-illness studies in the international literature, a review. The journal of mental health policy and economics. 2000;3(1):3-10.

32. Pulido-Criollo F, Rodríguez-Landa JF, Colorado-Martínez MP. Factores sociodemográficos asociados con los síntomas depresivos en una muestra de mujeres recluidas en dos prisiones de México. 2009.

33. Pinese CS, Furegato AR, Santos JL. Demographic and clinical predictors of depressive symptoms among incarcerated women. Annals of general psychiatry. 2010;9(1):34.

34. Busko V, Kulenović A. Depressive reactions as an outcome of stress processes: The study on imprisonment. Društvena istraživanja. 2001;10(1-2):231-52.

35. Hyde JS, Mezulis AH, Abramson LY. The ABCs of depression: integrating affective, biological, and cognitive models to explain the emergence of the gender difference in depression. Psychological review. 2008;115(2):291.

36. Machado VG. Análise sobre a crise do sistema penitenciário e os reflexos do fracasso da pena de prisão. Derecho y Cambio Social, julio. 2013:1-25.

37. E. Johnson J, Chatav Schonbrun Y, E. Nargiso J, C. Kuo C, T. Shefner R, A. Williams C, et al. “I know if I drink I won’t feel anything”: Substance use relapse among depressed women leaving prison. International journal of prisoner health. 2013;9(4):169-86.

38. Byrne MK, Howells K. The psychological needs of women prisoners: Implications for rehabilitation and management. Psychiatry, psychology and law. 2002;9(1):34-43.

ANEXO C – ARTIGO SUBMETIDO NA REVISTA CIÊNCIA E SAÚDE COLETIVA
Processo CSC – 2017 – 2246 Data 19/09/2017

FATORES ASSOCIADOS COM TRANSTORNO MENTAL GRAVE EM COMORBIDADE COM TRANSTORNO POR USO DE DROGAS EM HOMENS E MULHERES PRESOS DE SÃO PAULO

Maíra Mendes dos Santos[1]; Sérgio Baxter Andreoli[2]

[1] Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Católica de Santos

[2] Orientador e Coordenador do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Católica de Santos

Correspondência:Avenida Conselheiro Nébias, 300, Vila Mathias, Santos-SP CEP: 11.015-002.

Telefone: (13) 3205-5555. email: maimendes@yahoo.com.br

RESUMO

Objetivo: Avaliar prevalências de transtornos mentais graves e transtorno por uso de drogas e fatores associados à comorbidade em presos de São Paulo. **Método:** estudo transversal om amostra probabilística estratificada e em múltiplos estágios. Aplicou-se o CIDI para diagnóstico psiquiátrico e o questionário sobre histórico criminal e médico em 1192 homens e 617 mulheres. As prevalências foram calculadas (IC - 95%) para vida e análise de regressão logística multinomial com variável categorizada em: 1) ter transtorno mental grave apenas; 2) ter transtorno por uso de drogas apenas; 3) ter a comorbidade; 4) ter outro transtorno mental; 4) não ter transtorno mental. Modificamos a categoria de referência para as categorias 5, 4, 2 e 1. **Resultados**: As prevalências de transtornos mentais graves e da comorbidade foram maiores entre as mulhres. Entre os homens, a reincidência e problemas de saúde estiveram associados com a comorbidade quando comparados a todos os grupos de referência.

Entre as mulheres, a associação com reincidência só não foi significante em comparação a ter transtorno por uso de drogas e problemas de saúde tiveram associação na comparação com ‘transtorno mental grave’ e ‘não ter transtorno mental’. **Conclusão**: A comorbidade está relacionada à maior vulnerabilidade de saúde e de reabilitação social.

PALAVRAS – CHAVE: transtorno mental grave; drogas; comorbidade; presos

ABSTRACT

Aim: To evaluate the prevalence of severe mental disorders, drug use disorders, and the factors associated with this comorbidity among inmates in São Paulo. **Method**: a cross-sectional study on stratified and multi-stage probabilistic sample. It was applied CIDI for psychiatric diagnostic classification and a questionnaire on criminal and medical history under 1192 men and 617 women. Lifetime Prevalence of mental disorder was calculated (CI - 95%) and a multinomial logistic regression analysis was performed with a varible categorized into: 1) severe mental illness only; 2) drug use disorder only; 3) comorbidity; 4) any other mental illness; 5) no mental illness. We modified the reference category for responses 5, 4, 2 and 1. **Results:** prevalence of both severe mental illness and comorbidity were higher among women. In male population, recidivism and physical health problems were associated with comorbidity when compared to all reference groups. Among women, the association with recidivism was only not significant in comparison with the drug use disorder group. Physical health problems were associated with the comorbidity in comparison with people with severe mental illness and with those with no mental illness. **Conclusion**: Comorbidity is related to greater vulnerability on health and social rehabilitation.

KEY-WORDS: severe mental illness, drugs, comorbidity, inmates

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias [Internet]. 2014 [cited 01.07.2017]. Available from: http://dados.mj.gov.br/dataset/infopen-levantamento-nacional-de-informacoes-penitenciarias.

2. Andreoli SB, dos Santos MM, Quintana MI, Ribeiro WS, Blay SL, Taborda JGV, et al. Prevalence of mental disorders among prisoners in the state of Sao Paulo, Brazil. PLoS One. 2014;9(2):e88836.

3. Fazel S, Gulati G, Linsell L, Geddes JR, Grann M. Schizophrenia and violence: systematic review and meta-analysis. PLoS medicine. 2009;6(8):e1000120.

4. Prins SJ. Prevalence of mental illnesses in US state prisons: a systematic review. Psychiatric Services. 2014;65(7):862-72.

5. Kouyoumdjian FG, McIsaac KE, Liauw J, Green S, Karachiwalla F, Siu W, et al. A systematic review of randomized controlled trials of interventions to improve the health of persons during imprisonment and in the year after release. American journal of public health. 2015;105(4):e13-e33.

6. Fazel S, Yu R. Psychotic disorders and repeat offending: systematic review and meta-analysis. Schizophrenia bulletin. 2009;37(4):800-10.

7. Baillargeon J, Penn JV, Knight K, Harzke AJ, Baillargeon G, Becker EA. Risk of reincarceration among prisoners with co-occurring severe mental illness and substance use disorders. Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research. 2010;37(4):367-74.

8. Swanson JW, Swartz MS, Van Dorn RA, Elbogen EB, Wagner HR, Rosenheck RA, et al. A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. Archives of general psychiatry. 2006;63(5):490-9.

9. Wilson AB, Draine J, Barrenger S, Hadley T, Evans A. Examining the impact of mental illness and substance use on time till re-incarceration in a county jail. Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research. 2014;41(3):293-301.

10. Bales WD, Nadel M, Reed C, Blomberg TG. Recidivism and Inmate Mental Illness. International Journal of Criminology and Sociology. 2017;6:40-51.

11. Quintana MI, Gastal FL, Jorge MR, Miranda CT, Andreoli SB. Validity and limitations of the Brazilian version of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI 2.1). Revista brasileira de psiquiatria. 2007;29(1):18-22.

12. Levy PS, Lemeshow S. Sampling of populations: methods and applications: John Wiley & Sons; 2013.

13. Marôco J. Análise estatística com o SPSS Statistics: ReportNumber, Lda; 2011.

14. Constantine R, Andel R, Petrila J, Becker M, Robst J, Teague G, et al. Characteristics and experiences of adults with a serious mental illness who were involved in the criminal justice system. Psychiatric Services. 2010;61(5):451-7.

15. Steadman HJ, Osher FC, Robbins PC, Case B, Samuels S. Prevalence of serious mental illness among jail inmates. Psychiatric services. 2009;60(6):761-5.

16. Lynch SM, DeHart DD, Belknap JE, Green BL, Dass-Brailsford P, Johnson KA, et al. A multisite study of the prevalence of serious mental illness, PTSD, and substance use disorders of women in jail. Psychiatric Services. 2014;65(5):670-4.

17. Proctor SL. Substance use disorder prevalence among female state prison inmates. The American journal of drug and alcohol abuse. 2012;38(4):278-85.

18. Santos MM, Quintana MI, Moreira FG, Taborda JGV, de Jesus Mari J, Andreoli SB. Drug-related disorders and the criminal and clinical background of the prison population of São Paulo State, Brazil. PloS one. 2014;9(11):e113066.

19. Hartwell SW. Comparison of offenders with mental illness only and offenders with dual diagnoses. Psychiatric Services. 2004;55(2):145-50.

20. Nowotny KM, Belknap J, Lynch S, DeHart D. Risk profile and treatment needs of women in jail with co-occurring serious mental illness and substance use disorders. Women & health. 2014;54(8):781-95.

21. Abram KM, Teplin LA, McClelland GM. Comorbidity of severe psychiatric disorders and substance use disorders among women in jail. American Journal of Psychiatry. 2003;160(5):1007-10.

22. Fazel S, Seewald K. Severe mental illness in 33 588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis. The British Journal of Psychiatry. 2012;200(5):364-73.

23. Collier S, Friedman SH. Mental illness among women referred for psychiatric services in a New Zealand women's prison. Behavioral sciences & the law. 2016;34(4):539-50.

24. Wilson AB, Draine J, Hadley T, Metraux S, Evans A. Examining the impact of mental illness and substance use on recidivism in a county jail. International Journal of Law and Psychiatry. 2011;34(4):264-8.

25. Wolff N, Morgan RD, Shi J. Comparative analysis of attitudes and emotions among inmates: Does mental illness matter? Criminal Justice and Behavior. 2013;40(10):1092-108.

26. Matejkowski J, Ostermann M. Serious mental illness, criminal risk, parole supervision, and recidivism: Testing of conditional effects. Law and human behavior. 2015;39(1):75.

27. Marzano L, Fazel S, Rivlin A, Hawton K. Psychiatric disorders in women prisoners who have engaged in near-lethal self-harm: case–control study. The British Journal of Psychiatry. 2010;197(3):219-26.

28. Way BB, Sawyer DA, Lilly SN, Moffitt C, Stapholz BJ. Characteristics of inmates who received a diagnosis of serious mental illness upon entry to New York State prison. Psychiatric Services. 2008;59(11):1335-7.

29. Teplin LA, Elkington KS, McClelland GM, Abram KM, Mericle AA, Washburn JJ. Major mental disorders, substance use disorders, comorbidity, and HIV-AIDS risk behaviors in juvenile detainees. Psychiatric Services. 2005;56(7):823-8.

30. Zlotnick C, Clarke JG, Friedmann PD, Roberts MB, Sacks S, Melnick G. Gender differences in comorbid disorders among offenders in prison substance abuse treatment programs. Behavioral sciences & the law. 2008;26(4):403-12.

31. Santos MM IS, Quintana MI, Blay SL, Mari JdJM, Andreoli SB. Prison is not the right place for people with mental disorders: the Brazilian case. International psychiatry. 2014;11(3).

32. Bastiampillai T, Sharfstein SS, Allison S. Increase in US suicide rates and the critical decline in psychiatric beds. Jama. 2016;316(24):2591-2.

33. Torrey EF, Zdanowicz MT, Kennard AD, Lamb HR, Eslinger DF, Biasotti MC, et al. The treatment of persons with mental illness in prisons and jails: A state survey. Treatment Advocacy Center. 2014.

34. Lafortune D. Prevalence and screening of mental disorders in short-term correctional facilities. International journal of law and psychiatry. 2010;33(2):94-100.

35. Wobrock T, Soyka M. Pharmacotherapy of schizophrenia with comorbid substance use disorder—reviewing the evidence and clinical recommendations. Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry. 2008;32(6):1375-85.

36. Kinner SA. Commentary on Merrall et al.(2010): Understanding mortality and health outcomes for ex-prisoners–first steps on a long road. Addiction. 2010;105(9):1555-6.

37. Dispõe sobre o procedimento relativo à execução de pena privativa de liberdade e de medida de segurança, e dá outras providências., (2010).

ANEXO D – ARTIGO A SER SUBMETIDO NA REVISTA BULLETIN
Produto do doutorado sanduíche Data prevista 01/03/2018

Health, Social and Criminal Justice Factors Associated with Dual Diagnosis among Incarcerated Adults: An International Comparison

Maíra M dos Santos [a], Rohan Borschmann[b], Jesse T Young[c], Sergio B Andreoli[a], Stuart A Kinner[b,c,d,e], Alexander D Love[c.]

[a] Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Católica de Santos – São Paulo / Brasil
[b] Centre for Adolescent Health, Murdoch Children's Research Institute – Melbourne, Australia
[c] Melbourne School of Population and Global Health, The University of Melbourne - Melbourne / Australia
[d] Griffith Criminology Institute, Griffith University — Brisbane, Australia
[e] Mater Research Institute-UQ, University of Queensland — Brisbane, Australia

Corresponding author at: Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Católica de Santos, Av Conselheiro Nébias, 300 Vila Matias, Santos - SP, 11015-002, Brasil. Tel.: +55 13 3205-5555
Email address: maimendes@yahoo.com.br

ABSTRACT

Aim: To estimate the prevalence of dual diagnosis and identify health, demographic, and criminal justice factors associated with dual diagnosis among incarcerated adults in Australia and Brazil.

Method: We compared data from cross-sectional surveys of adult prisoners (≥18 years) in Australia and Brazil. Participants were categorised as having: 1) no mental illness; 2) substance use disorder only; 3) mental illness only; or 4) dual diagnosis. This information was ascertained from the Composite International Diagnostic Interview (CIDI) in the Brazilian sample, and from diagnostic codes from emergency department, hospital, and in-prison medical records in the Australian sample. A multivariate multinomial logistic regression model was fitted to identify factors independently associated with dual diagnosis in each country.

Results: Approximately one quarter of participants in both Australia (22%) and Brazil (25%) had lifetime dual diagnosis. In both countries, dual diagnosis was associated with being female, having a history of prior adult incarceration, and having comorbid physical health problems.

Conclusion: Despite differences in social, health, and justice systems between high- and upper-middle-income countries, the factors associated with dual

diagnosis in incarcerated adults appear similar across settings. The generalisable principles can be inferred and should be considered in health and justice policy making.

KEYWORDS: Mental disorder; dual diagnosis; substance use; prisoners

REFERENCES

1. Australia. A guide for the managment of dual diagnosis for prisons. Helath Do; 2009. p. 28.

2. Fazel S, Seewald K. Severe mental illness in 33 588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis. The British Journal of Psychiatry. 2012;200(5):364-73.

3. Latt N, Jurd S, Tennant C, Lewis J, Macken L, Joseph A, et al. Alcohol and substance use by patients with psychosis presenting to an emergency department: changing patterns. Australasian psychiatry. 2011;19(4):354-9.

4. Jiménez-Castro L, Raventós-Vorst H, Escamilla M. Substance use disorder and schizophrenia: prevalence and sociodemographic characteristics in the Latin American population. Actas españolas de psiquiatría. 2011;39(2):123-30.

5. Carrà G, Crocamo C, Borrelli P, Popa I, Ornaghi A, Montomoli C, et al. Correlates of dependence and treatment for substance use among people with comorbid severe mental and substance use disorders: Findings from the “Psychiatric and Addictive Dual Disorder in Italy (PADDI)” Study. Comprehensive psychiatry. 2015;58:152-9.

6. Hapangama A, Kuruppuarachchi K, Pathmeswaran A. Substance use disorders among mentally ill patients in a General Hospital in Sri Lanka: prevalence and correlates. Ceylon Medical Journal. 2013;58(3).

7. Wilson AB, Draine J, Hadley T, Metraux S, Evans A. Examining the impact of mental illness and substance use on recidivism in a county jail. International Journal of Law and Psychiatry. 2011;34(4):264-8.

8. Baillargeon J, Penn JV, Knight K, Harzke AJ, Baillargeon G, Becker EA. Risk of reincarceration among prisoners with co-occurring severe mental illness and

substance use disorders. Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research. 2010;37(4):367-74.

9. Roberts BM, Maybery D. Dual diagnosis discourse in Victoria Australia: the responsiveness of mental health services. Journal of dual diagnosis. 2014;10(3):139-44.

10. Torrey WC, Tepper M, Greenwold J. Implementing integrated services for adults with co-occurring substance use disorders and psychiatric illnesses: A research review. Journal of Dual Diagnosis. 2011;7(3):150-61.

11. McCallum S, Mikocka-Walus A, Turnbull D, Andrews JM. Continuity of care in dual diagnosis treatment: definitions, applications, and implications. Journal of dual diagnosis. 2015;11(3-4):217-32.

12. Butler T, Indig D, Allnutt S, Mamoon H. Co-occurring mental illness and substance use disorder among Australian prisoners. Drug and alcohol review. 2011;30(2):188-94.

13. Hall W, Weier M. Assessing the public health impacts of legalizing recreational cannabis use in the USA. Clinical pharmacology & therapeutics. 2015;97(6):607-15.

14. Nowotny KM, Belknap J, Lynch S, DeHart D. Risk profile and treatment needs of women in jail with co-occurring serious mental illness and substance use disorders. Women & health. 2014;54(8):781-95.

15. Hawthorne WB, Folsom DP, Sommerfeld DH, Lanouette NM, Lewis M, Aarons GA, et al. Incarceration among adults who are in the public mental health system: Rates, risk factors, and short-term outcomes. Psychiatric Services. 2012;63(1):26-32.

16. Baillargeon J, Binswanger IA, Penn JV, Williams BA, Murray OJ. Psychiatric disorders and repeat incarcerations: the revolving prison door. American Journal of Psychiatry. 2009;166(1):103-9.

17. Fazel S, Bains P, Doll H. Substance abuse and dependence in prisoners: a systematic review. Addiction. 2006;101(2):181-91.

18. Lai X, Man H, Huang QR. Comorbidity of mental disorders and alcohol-and drug-use disorders: Analysis of New South Wales inpatient data. Drug and alcohol review. 2009;28(3):235-42.

19. Laranjeira R, Madruga C, Pinsky I, Caetano R, Mitsuhiro S. II levantamento nacional de álcool e drogas (LENAD)-2012. São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP. 2014.

20. Kalichman AO, Ayres JRdCM. Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. Cadernos de Saude Publica. 2016;32(8).

21. OECD. OECD Reviews of Health Care Quality: Australia 2015: OECD Publishing; 2015.

22. Andreoli SB, dos Santos MM, Quintana MI, Ribeiro WS, Blay SL, Taborda JGV, et al. Prevalence of mental disorders among prisoners in the state of Sao Paulo, Brazil. PLoS One. 2014;9(2):e88836.

23. Quintana MI, Gastal FL, Jorge MR, Miranda CT, Andreoli SB. Validity and limitations of the Brazilian version of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI 2.1). Revista brasileira de psiquiatria. 2007;29(1):18-22.

24. Kinner SA, Lennox N, Williams GM, Carroll M, Quinn B, Boyle FM, et al. Randomised controlled trial of a service brokerage intervention for ex-prisoners in Australia. Contemporary clinical trials. 2013;36(1):198-206.

25. Prisoners in Australia [Internet]. 2016 [cited 06/11/2017]. Available from: http://www.abs.gov.au/ausstats/abs@.nsf/Lookup/by%20Subject/4517.0~2016~Main%20Features~Queensland~20.

26. Peters RH, Wexler HK, Lurigio AJ. Co-occurring substance use and mental disorders in the criminal justice system: A new frontier of clinical practice and research. 2015.

27. Padwa H, Larkins S, Crevecoeur-MacPhail DA, Grella CE. Dual diagnosis capability in mental health and substance use disorder treatment programs. Journal of dual diagnosis. 2013;9(2):179-86.

28. Ponizovsky AM, Rosca P, Haklai Z, Goldberger N. Trends in dual diagnosis of severe mental illness and substance use disorders, 1996–2010, Israel. Drug and alcohol dependence. 2015;148:203-8.

29. Indig D. Comorbid substance use disorders and mental health disorders among New Zealand prisoners: New Zealand Department of Corrections; 2016.

30. Butler T, Andrews G, Allnutt S, Sakashita C, Smith NE, Basson J. Mental disorders in Australian prisoners: a comparison with a community sample. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 2006;40(3):272-6.

31. Moloney KP, van den Bergh BJ, Moller LF. Women in prison: The central issues of gender characteristics and trauma history. Public health. 2009;123(6):426-30.

32. Zlotnick C, Clarke JG, Friedmann PD, Roberts MB, Sacks S, Melnick G. Gender differences in comorbid disorders among offenders in prison substance abuse treatment programs. Behavioral sciences & the law. 2008;26(4):403-12.

33. Caravaca Sánchez F, Wolff N. Self-report rates of physical and sexual violence among Spanish inmates by mental illness and gender. The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology. 2016;27(3):443-58.

34. ALoHa W. The health of Australia’s prisoners 2015. In: CPHE, editor. Canberra2015.

35. DoHH S. Victoria's next 10-year mental health strategy. Melbourne: Victorian Government; 2015.

36. QCoS S. New ways home. In: A G, editor. Queensland2012.

37. Brasil. Plano Nacional de Saude no Sistema Penitenciario. Brasilia: Ministerio da Saude; 2005. p. 64.

38. Moyes HCA, Heath JJ, Dean LV. What can be done to improve outcomes for prisoners with a dual diagnosis? Advances in Dual Diagnosis. 2016;9(1):14-25.

39. Baier A, Fritsch R, Ignatyev Y, Priebe S, Mundt AP. The course of major depression during imprisonment–A one year cohort study. Journal of affective disorders. 2016;189:207-13.

40. Barrowclough C, Haddock G, Wykes T, Beardmore R, Conrod P, Craig T, et al. Integrated motivational interviewing and cognitive behavioural therapy for people with psychosis and comorbid substance misuse: randomised controlled trial. BMJ. 2010;341:c6325.