

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO  
MESTRADO PROFISSIONAL EM MEDICINA

CAMILA ROCHA NEGRI

**O sofrimento mental de pessoas privadas de liberdade:  
dados de uma unidade prisional paulista.**

Ribeirão Preto  
2022

CAMILA ROCHA NEGRI

**O sofrimento mental de pessoas privadas de liberdade:  
dados de uma unidade prisional paulista.**

**Versão Corrigida**

**A versão original encontra-se disponível tanto na Biblioteca da Unidade que  
aloja o Programa, quanto na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP  
(BDTD)**

Dissertação apresentada à Faculdade de  
Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de  
São Paulo para a obtenção do título de Mestre  
em Ciências da Saúde.

Área de concentração: Medicina

Orientadora: Profa. Dra. Luciane Loures dos  
Santos

Ribeirão Preto

2022

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo na publicação  
Biblioteca  
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto

Negri, Camila Rocha

O sofrimento mental de pessoas privadas de liberdade: dados de uma unidade prisional paulista / Camila Negri Rocha; orientadora, Luciane Loures Santos.

113f.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Mestrado Profissional em Medicina. Faculdade de Medicina e Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2022.

Versão Corrigida.

1. Prisões. 2. Saúde Mental. 3. Depressão. 4. Ansiedade. 5. Vulnerabilidade em Saúde.

Nome: NEGRI, Camila Rocha

Título: O sofrimento mental de pessoas privadas de liberdade: dados de uma unidade prisional paulista.

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde

Aprovado em:

Banca examinadora:

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição \_\_\_\_\_

Julgamento \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição \_\_\_\_\_

Julgamento \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição \_\_\_\_\_

Julgamento \_\_\_\_\_

## DEDICATÓRIA

A Deus, que sempre esteve ao meu lado e está sempre presente, principalmente nos momentos de sofrimento e desesperança que, tantas vezes, se faziam expressos na face das pessoas privadas de liberdade.

À minha família, que sempre está presente, mesmo que ausente fisicamente, principalmente à minha mãe que é exemplo de luta, perseverança e que me ensinou a ter empatia e compaixão para o com o próximo.

Aos meus filhos, que são a razão da minha vida, da minha luta e da minha dedicação em buscar ser uma pessoa melhor a cada dia.

Aos meus amigos, por todo incentivo e apoio, não somente neste trabalho, mas por toda a caminhada da vida.

À minha querida orientadora, que tornou a realização deste trabalho possível.

## **AGRADECIMENTOS**

Este trabalho, que se iniciou na pós-graduação, que era um sonho conhecer e vivenciar a realidade desta população privada de liberdade, que é tão esquecida por muitos e que necessita de olhares para um futuro melhor.

Ao meu pai Paulo e à minha mãe Maridalma, aos meus filhos Ian e Joaquim, à toda a minha família que me incentivou, acolheu e vibrou a cada etapa concluída.

Às minhas amigas Amanda, Fernanda, Odias e Daniela, presentes de Deus em minha vida, por toda força, cumplicidade, conhecimento e sapiência.

Aos colegas da pós-graduação da FMRP-USP, por todo companheirismo, aprendizados e experiências compartilhadas.

À minha orientadora, Professora Dra. Luciane Loures dos Santos, que esteve presente desde o processo seletivo da residência na fila do Osce até o presente momento. Você é excepcional no que faz e um exemplo de empatia e humanização. A minha imensa gratidão por todo apoio, paciência, conhecimento, carinho e compreensão em todas as fases da minha vida.

Ao professor Amaury Lelis Dal Fabbro, João Manzzoncini de Azevedo Marques, Augustus Tadeu Relo de Mattos, que tanto contribuíram com seus conhecimentos e experiências e na minha qualificação.

Aos estudantes e residentes que acompanharam e participaram deste trabalho na PI. Ao diretor da penitenciária, doutor Reginaldo e à toda equipe da PI que nos receberam de portas abertas, nos auxiliaram e deixaram a unidade à nossa disposição.

À população privada de liberdade que realmente conhece, sente e vive todo o sofrimento, por aceitar participar do trabalho e compartilhar suas histórias e, mesmo diante de toda situação, expressar esperanças de um futuro melhor.

A Deus que está acima de todas as coisas, que é o caminho, a verdade e a vida.

Apoio financeiro

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001

À **FAEPA** (Fundação de Apoio ao Ensino Pesquisa e Assistência do HCFMRP-USP)

*Põe tuas delícias no Senhor, e os desejos do teu coração ele atenderá. Confia ao Senhor a tua sorte, espera nele, e ele agirá.*

**(Salmo 36, 4-5).**



## RESUMO

NEGRI, C. R. **O sofrimento mental de pessoas privadas de liberdade: dados de uma unidade prisional paulista.** 2022. Dissertação (Mestrado Profissional em Medicina) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2022.

A saúde prisional representa um problema de saúde pública mundial, sendo o Brasil o terceiro país com maior número de presos no mundo. As pessoas privadas de liberdade estão submetidas ao cumprimento da pena em condições estruturais precárias, insalubres, superlotadas, expostas a situações constantes de violência, associado a falta de privacidade, ruptura dos relacionamentos pessoais e vigilância permanente. Essas condições contribuem para o desenvolvimento e agravamento de transtornos mentais, sendo o episódio depressivo maior e o transtorno de ansiedade os mais encontrados neste cenário. Esse estudo teve como objetivo analisar a prevalência dos transtornos mentais em uma unidade prisional do interior paulista. Estudo quantitativo, descritivo, transversal, que entrevistou 209 presos sorteados aleatoriamente, em 2019. Realizou o rastreamento de transtornos mentais utilizando o instrumento *Mini-Screening Mental Disorders* e a confirmação diagnóstica por meio do *Mini International Neuropsychiatric Interview*. Para estimar as razões de prevalência foram utilizados o modelo de regressão Poisson com variância robusta e o teste de McNemar para comparações entre frequências. A maioria dos entrevistados era negra, com baixa escolaridade, possuía uma religião e tinha um companheiro. Mais de 60% dos participantes referiram sentimento de ansiedade, um terço com tristeza, sendo a prevalência de Episódio Depressivo Maior de 5,74%, Transtorno de Ansiedade Generalizada 5,26% e 3,8% de transtorno psicótico. Ter um companheiro e religião foram protetivos para o não desenvolvimento de transtorno de ansiedade. O estudo evidenciou um elevado número de pessoas com sofrimento mental no cárcere, agravado pela dificuldade de acesso aos serviços de saúde para diagnóstico, tratamento e seguimento. É preciso avançar nas ações de saúde nas unidades prisionais, para que as pessoas privadas de liberdade, tenham a garantia do seu direito, como acesso a um atendimento integral, longitudinal, resolutivo e equânime.

Palavras-chave: Prisões. Saúde mental. Depressão. Ansiedade. Vulnerabilidade em saúde.

## ABSTRACT

NEGRI, C. R. **The mental suffering of people deprived of liberty: data from prison unit in São Paulo.** 2022. Dissertação (Mestrado Profissional em Medicina) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2022.

Prison health represents a global public health problem, with Brazil being the third country with the highest number of prisoners in the world. Persons deprived of their liberty are subjected to serving their sentence in precarious, unhealthy, overcrowded structural conditions, exposed to constant situations of violence, associated with lack of privacy, rupture of personal relationships and permanent surveillance. These conditions contribute to the development and worsening of mental disorders, with major depressive episode and anxiety disorder being the most common in this scenario. This study aimed to analyze the prevalence of mental disorders in a prison unit in the interior of São Paulo. Quantitative, descriptive, cross-sectional study that interviewed 209 randomly selected prisoners in 2019. Screening for mental disorders was performed using the Mini-Screening Mental Disorders instrument and diagnostic confirmation through the Mini International Neuropsychiatric Interview. To estimate the prevalence ratios, the Poisson regression model with robust variance and the McNemar test were used for comparisons between frequencies. Most respondents were black, with low education, had a religion and had a partner. More than 60% of the participants reported feelings of anxiety, a third with sadness, with a prevalence of Major Depressive Episode of 5.74%, Generalized Anxiety Disorder 5.26% and 3.8% of psychotic disorder. Having a partner and religion were protective for not developing an anxiety disorder. The study showed a high number of people with mental suffering in prison, aggravated by the difficulty of accessing health services for diagnosis, treatment and follow-up. It is necessary to advance in health actions in prison units, so that people deprived of their liberty have the guarantee of their right, such as access to comprehensive, longitudinal, resolute and equitable care.

Keywords: Prisons. Mental health. Depression. Anxiety. Health Vulnerability.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Apresentação da população estudada no projeto realizado na Penitenciária I de Serra Azul, Ribeirão Preto, 2022.....	39
Figura 2 – Fluxograma do atendimento da PPL atendida e os dados de sofrimento mental e rastreamento dos transtornos mentais, Ribeirão Preto, 2022.....	44

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Perfil da PPL atendida na penitenciária, Ribeirão Preto, 2022.....	40
Tabela 2 - Hábitos de vida da PPL atendida na penitenciária, Ribeirão Preto, 2022.....	41
Tabela 3 - Rastreamento e diagnóstico de transtorno mental da PPL atendida, Ribeirão Preto, 2022.....	45
Tabela 4 - Associação do diagnóstico de Episódio Depressivo Maior com variáveis do perfil da PPL e seus hábitos na PI de Serra Azul, Ribeirão Preto, 2022 .....	47
Tabela 5 - Associação do diagnóstico de Transtorno de Ansiedade Generalizada com variáveis do perfil da PPL atendida e seus hábitos na penitenciária, Ribeirão Preto, 2022.....	49
Tabela 6 - Associação das variáveis do perfil das PPL com aqueles que apresentaram pontuação maior que 4 pontos no rastreamento com o uso do MINI SMD. Ribeirão Preto, 2022.....	50
Tabela 7 - Associação das variáveis do perfil das PPL com aqueles que receberam algum atendimento de saúde na UP. Ribeirão Preto, 2022.....	52
Tabela 8 - Relação entre EDM prévio e atual e TAG prévio e atual da PPL atendida na penitenciária. Ribeirão Preto, 2022.....	53

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Critérios diagnósticos para Depressão.....	23
Quadro 2 - Critérios diagnósticos para Ansiedade Generalizada.....	24

## LISTA DE SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APS	Atenção Primária à Saúde
APSS	<i>Adolescent Psychotic-Like Symptom Screener</i>
AUDIT	<i>Alcohol Use Disorder Identification Test</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DEPEN	Departamento Penitenciário Nacional
DSM-IV-TR	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
EDM	Episódio Depressivo Maior
EUA	Estados Unidos da América
FMRP/USP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo
GAD-2	<i>Generalized Anxiety Disorder-2</i>
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
MINI	<i>Mini International Neuropsychiatric Interview</i>
MINI-SMD	<i>Mini-Screening Mental Disorders</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PHQ-2	<i>Patient Health Questionnaire</i>
PI	Penitenciária 1 de Serra Azul
PNAISP	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional
PPL	População privada de liberdade
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SRQ	<i>Self-Reporting Questionnaire</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TAG	Transtorno de Ansiedade Generalizada
TM	Transtornos Mentais

TMC	Transtornos Mentais Comuns
VIGITEL	Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico
UP	Unidades Prisionais

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	18
<b>2. JUSTIFICATIVA</b> .....	28
<b>3. OBJETIVOS</b> .....	29
3.1. OBJETIVO GERAL .....	30
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	30
<b>4. MATERIAL E MÉTODOS</b> .....	31
4.1. TIPO DE ESTUDO .....	32
4.2. CENÁRIO DE PESQUISA.....	32
4.3. POPULAÇÃO DE ESTUDO .....	32
4.4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO .....	33
4.5. INSTRUMENTOS DE COLETA .....	33
4.5.1. Questionário do perfil .....	33
4.5.2. Questionário do rastreamento .....	34
4.6. COLETA DOS DADOS .....	35
4.7. ANÁLISE DOS DADOS.....	36
4.8. ASPECTOS ÉTICOS .....	36
<b>5. RESULTADOS</b> .....	38
5.1. PERFIL DA PPL DA PI DE SERRA AZUL.....	40
5.2. RASTREAMENTO E DIAGNÓSTICO DOS TRANSTORNOS MENTAIS.....	43
5.3. ASSOCIAÇÃO DAS VARIÁVEIS DE PROTEÇÃO E AGRAVANTE AO DESENVOLVIMENTO DOS TRANSTORNOS MENTAIS.....	47
<b>6. DISCUSSÃO</b> .....	53
<b>7. CONCLUSÕES</b> .....	60
<b>APÊNDICES</b> .....	69
<b>APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b> .....	70
<b>APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO SOBRE AS CONDIÇÕES DE SAÚDE DA PI DE SERRA AZUL/SP</b> .....	73
<b>ANEXOS</b> .....	78
<b>ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP</b> .....	82
<b>ANEXO B - QUESTIONÁRIO SOBRE AS CONDIÇÕES DE SAÚDE DA PI DE SERRA AZUL/SP</b> .....	83
<b>ANEXO C – MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW</b> .....	84



## **1. INTRODUÇÃO**

Atualmente, o Brasil ocupa o terceiro lugar no mundo em número de pessoas privadas de liberdade, seguido dos Estados Unidos e da China (WALMSLEY, 2015). Os números ultrapassam 750 mil se se incluir aqueles que se encontram em regime aberto e os que estão em penitenciárias públicas. Os dados do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) mostram um aumento da população prisional, de acordo com o Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN), de 7% ao ano, desde o ano de 2000 (BRASIL, 2021).

Art 2º. Entende-se por pessoas privadas de liberdade no sistema prisional aquelas com idade superior a dezoito anos e que estejam sob custódia do Estado em caráter provisório ou sentenciados para cumprimento de pena privativa de liberdade, ou medida de segurança, conforme previsto pelo Decreto-Lei nº 3689, de 3 de outubro de 1941 (Código Penal) e na Lei nº 7210, de 11 de julho de 1984 (Lei de Execução Penal) (BRASIL, 1984).

O número de presos provisórios no país diminuiu ao longo dos anos. Em janeiro de 2017, eram 247,8 mil encarcerados, agora são 236,1 mil. Porém as unidades prisionais permanecem superlotadas com 70% acima de sua capacidade. Atualmente, existem 726,7 mil presos para uma capacidade instalada que deveria abrigar 368 mil pessoas, um déficit estrutural de 358,7mil vagas. Os estados que apresentam maior superlotação são Amazonas (483,9%), Ceará (309,2%) e Pernambuco (300,6%), com taxas de ocupação superior à média nacional, que é de 197,4%. O estado de São Paulo possui um terço da População Privada de Liberdade (PPL) do Brasil. Cerca de nove pessoas são presas diariamente neste estado, com uma taxa de ocupação de 183% distribuídos em 179 unidades prisionais (BRASIL, 2017; SÃO PAULO, 2022).

Importante ressaltar que, além da superlotação, as Unidades Prisionais (UP) apresentam arquitetura precária e malconservada, condições estruturais arcaicas e danificadas, com celas úmidas, pouco ventiladas e mal iluminadas, oferecendo péssimas condições de higiene, com falta de saneamento básico adequado e de acesso à água potável.

As pessoas privadas de liberdade apresentam mais doenças físicas e mentais que a população em geral, o que pode ser atribuído à associação de fatores socioeconômicos, ambientais e aos hábitos, como o tabagismo, o consumo de álcool e de drogas (FAZEL, 2011). Deste modo, outras condições relacionadas ao sedentarismo e à falta de acesso a uma alimentação de melhor qualidade criam condições que propiciam o desenvolvimento de infecções transmissíveis, doenças de

pele, doenças respiratórias, doenças crônicas e transtornos mentais (SOARES, BUENO, 2016; VERA-REMARTINEZ, 2014; CONSTANTINO, ASSIS, PINTO, 2016).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que 60% dos óbitos anuais sejam causados por doenças crônicas. Segundo Vera-Remartinez e colaboradores (2014), um em cada dois presos na Espanha possuíam algum tipo de patologia, sendo a dislipidemia (34%), hipertensão arterial (17,8%), diabetes (5,3%) e asma (4,6%) as mais frequentes. Já no Brasil, Minayo e Ribeiro (2016) apontam que existem outras doenças físicas também prevalentes, como: problemas osteomusculares (como dores nos ossos, inflamação e luxação das articulações) e respiratórios (como sinusite, rinite, tuberculose), doenças de pele (como psoríase, úlceras) e doenças cardíacas (hipertensão arterial) (MINAYO, RIBEIRO, 2016).

Ainda que estejam submetidos a condições insalubres e que padeçam de piores condições clínicas, a prestação da assistência à saúde é precária, dada a dificuldade de fixação dos profissionais de saúde atuantes nas UP, seja por medo, estigma, baixos salários, insalubridade e falta de concursos públicos. Esta não fixação produz aumento da rotatividade dos trabalhadores, dificultando a longitudinalidade e a integralidade do cuidado da PPL.

As UP que não oferecem atendimento à PPL ou que possuem casos de maior complexidade precisam encaminhar seus pacientes para serem atendidos em outros serviços de saúde, sendo necessário transporte especial e escolta, além de se conciliar a agenda dos serviços de saúde, agentes penitenciários e polícia militar. Outros obstáculos podem ser descritos tais como o próprio custo do atendimento e transporte, além da insegurança dos agentes penitenciários, dos profissionais de saúde, da população e dos próprios presos. Nesse sentido, muitas vezes, somente os casos mais graves são priorizados para atendimento fora da UP (MINAYO, RIBEIRO, 2016).

O custo de mobilização deste conjunto de profissionais para estes atendimentos e as necessidades de articulação intersetorial são muito mais onerosos e complexos quando comparados à assistência oferecida na própria UP. Esta premissa está prevista na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), que tem como objetivo a garantia do acesso a atenção integral à saúde da PPL na Rede de Atenção à Saúde (RAS) do Sistema Único de Saúde (SUS). Define, ainda, que a Atenção Primária à

Saúde (APS) deverá ser ofertada por equipes de saúde no sistema prisional, de acordo com o número de sentenciados existentes ou de unidades básicas de saúde existentes na RAS do município (BRASIL, 2014)

As ações de saúde devem promover o acesso a RAS por meio da APS, instituindo ações de promoção de saúde, prevenção de doenças, além de diagnóstico e tratamento adequado à população adscrita, com vias a garantir a universalidade do cuidado e resolutividade de 85% dos problemas que chegam aos profissionais da saúde. Entretanto, no Brasil, menos de 40% das UP possuem módulos de saúde, apresentando um abismo entre a política vigente e a realidade da assistência no sistema prisional (SOARES, BUENO, 2016).

As Regras Mínimas para o Tratamento de Presos, criadas em 1955 pela Organização das Nações Unidas (ONU), foram revisadas em 2015 e denominadas como “Regras de Mandela”, com o intuito de ampliar o respeito, a dignidade, o acesso à saúde e o direito de defesa, e diminuir as punições como limitar alimentação e o isolamento. O objetivo maior é unificar o tratamento desta população e as regras devem ser seguidas imparcialmente sem qualquer tipo de discriminação. Destaca-se que é reiterado que toda pessoa privada de liberdade tem direito a ter um registro no sistema prisional, bem como ser separada de acordo com a idade e o gênero, além do tipo de crime cometido. Ademais, é previsto que haja alojamento adequado que propicie a realização da higiene pessoal, alimentação e vestimenta. Deve-se manter as orientações sobre disciplina e restrições com severidade, com garantia de direito à prática de exercício físico e acesso aos serviços de saúde (REGRAS DE MANDELA, 2016; TUNG *et al.*, 2019).

Assim, este complexo cenário, caracterizado pela carência de assistência à saúde e estrutura física precária, e que possui um ambiente hostil, autoritário, tenso, com privação de liberdade, isolamento afetivo, vigilância permanente e distanciamento social, pode propiciar sentimentos de desesperança, medo e ansiedade, favorecendo o aparecimento de sofrimento mental (COUTINHO *et al.*, 2014; RIBEIRO, CORREA, OLIVEIRA, 2020; ARAÚJO *et al.*, 2009)

Outrossim, destacam-se fatores de proteção à saúde da PPL, como por exemplo, ter acesso à escola, ao trabalho, à alimentação e ambiente adequados, professar sua religião, receber visitas de familiares, realizar atividade física, mesmo sendo oferecidos internamente na UP (CONSTANTINO, ASSIS e PINTO, 2016).

Os Transtornos Mentais Comuns (TMC) são associados a piores prognósticos, maior incapacidade não-fatal e provocam impactos nos custos de saúde e produtividade econômica (GONÇALVES *et al.*, 2014). São frequentes na APS, acometendo indivíduos de todas as faixas etárias, caracterizados por sintomas de depressão e ansiedade. Segundo a OMS, a depressão tem sido considerada entre as cinco principais causas de morbidade no mundo (ARAÚJO, NAKANO, GOUVEIA, 2009).

Dados da OMS mostraram que cerca de 50% dos indivíduos portadores de TMC estão sem seguimento no serviço de saúde. Em países de média e baixa renda, o valor pode chegar a 85%. Estes dados reforçam o aumento da falta de diagnósticos de TM na APS e a precariedade do atendimento à saúde dos indivíduos que estão em seguimento, prejudicando, inclusive, a aderência dos usuários ao tratamento e seguimento de doenças não psiquiátricas (BINOTTO, 2012; MOSCOVICI, 2017).

Esta situação é agravada no cenário prisional, onde a literatura aponta que a prevalência de TMC pode ser de cinco a seis vezes maior que na comunidade (CONSTANTINO, ASSIS e PINTO, 2016). Na França, cerca de 40% da PPL possuía algum TMC. Nos Estados Unidos da América (EUA), em 2005, mais da metade dos presos recebeu o diagnóstico de algum tipo de TMC. Dados nacionais registram que a depressão, a ansiedade e o estresse acometiam quase 60% da PPL do Rio de Janeiro (CONSTANTINO, ASSIS e PINTO, 2016). Em uma revisão da literatura, o Episódio Depressivo Maior (EDM) apresentou uma prevalência que variou de 10% a 12% (FAZEL; BAILLARGEON, 2011).

### **Conceito e diagnóstico dos TMC**

Segundo o DSM IV, os TM são relacionados a um “sofrimento ou incapacidade significativos” que afetam as atividades das pessoas. (DSM IV) Os TMC são considerados o sofrimento mental mais prevalente na população mundial, atingindo cerca de 30 a 43% da população nacional (LUCCHESI, 2014), sendo representados pelo transtorno de ansiedade generalizada e episódio depressivo maior. Caracterizam-se pela apresentação de sintomas como alterações no humor, comportamentos diferentes dos habituais, inadaptação frente a situações estressoras, podendo sofrer influência do ambiente onde o indivíduo está exposto ao longo da vida,

além do componente genético como predisposição (c, 2009; SADOCK, B., SADOCK, V., 2013).

O desenvolvimento do TMC pode ser observado desde a infância, envolvendo fatores como o ambiente ao qual a pessoa é exposta, dificuldades de adaptação a situações estressoras, os fatores socioeconômicos como baixa renda, a escolaridade dos pais, a dificuldade de acesso à saúde, os fatores genéticos. O adolescente enfrenta vários estágios, conflitos sociais, familiares e emocionais, que propiciam o desenvolvimento do TMC como a depressão e a ansiedade. No Brasil, na população adulta, o TMC é mais prevalente em mulheres e está relacionado a fatores de estresse, trabalhos em condições precárias, desemprego, baixa escolaridade e má condições de moradia. Alguns instrumentos (Inventário de Depressão de Beck, *Patient Health Questionnaire-2*, *Generalized Anxiety Disorder-2*, *Self-Reporting Questionnaire-20* e o *Mini-Screening Mental Disorders*) são disponibilizados e auxiliam no rastreamento e no diagnóstico dessas doenças, possibilitando um tratamento adequado (COUTINHO *et al.*, 2014; RIBEIRO *et. al.*, 2020; ARAÚJO, NAKANO, GOUVEIA, 2009).

Os TMC são o desenvolvimento de patologias divididas entre os transtornos mais prevalentes na população em geral, conhecidos como transtorno de ansiedade generalizada e episódio depressivo maior, que se caracterizam pela apresentação de sintomas como alterações no humor, comportamentos diferentes dos habituais, com a influência do ambiente em que o indivíduo está exposto ao longo da vida, podendo ter o componente genético como predisposição (RIBEIRO, CORREA, OLIVEIRA, 2020; ARAÚJO, NAKANO, GOUVEIA, 2009). O diagnóstico desses TMC é realizado por profissionais capacitados, através dos sinais e sintomas, e a aplicabilidade de questionários que permitem o rastreamento e o fechamento do diagnóstico dessas patologias.

### **Episódio Depressivo Maior**

O EDM é um distúrbio neuropsiquiátrico causado por alterações neurobiológicas, nas funções psiquiátricas e sociais. De maneira geral, é possível caracterizá-la como estado de angústia, rebaixamento do humor e perda de interesse, prazer e força de vontade diante das atividades diárias. Importante ressaltar que a

depressão é a principal causa de incapacitação em todo o mundo. De acordo com a OMS, em 2030, ela será o mal mais prevalente do planeta. Dados atuais mostram que a doença afeta 121 milhões de pessoas ao redor do mundo, número quase quatro vezes maior que o de portadores de Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da imunodeficiência adquirida (HIV/AIDS) (AYUSO; ORTEGA, 2009).

Entre os fatores de risco estão a baixa escolaridade e/ou baixa renda, condições precárias de habitação, isolamento social, exposição à violência doméstica, instabilidade econômica, desemprego, baixo acesso ao lazer, doenças crônicas, histórico familiar, histórico de abuso sexual/físico e outras doenças neuropsiquiátricas. Cerca de 60% a 70% dos pacientes com depressão apresentam pensamentos suicidas na fase aguda da doença. Aproximadamente, de 10% a 15% cometem tentativa de suicídio e de 2% a 3% acabam executando-o. A depressão é a causa de mais de 50% dos suicídios em adultos e 75% nas crianças e adolescentes (AYUSO; ORTEGA, 2009). O suicídio também está presente no sistema prisional, sendo mais frequente na PPL, principalmente em homens, casados, e no período imediatamente após o seu encarceramento (ARAÚJO *et al.*, 2009; RIBEIRO, CORREA, OLIVEIRA, 2020; DUTHE *et al.*, 2013).

O *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, em sua quarta edição, revisada em 2019 (DSM-IV-TR), define os critérios diagnósticos para a depressão, conforme o quadro abaixo.

#### Quadro 1 - Critérios de diagnósticos para Depressão

- Estado deprimido: sentir-se deprimido a maior parte do tempo;
- Anedonia: interesse diminuído ou perda de prazer para realizar as atividades de rotina;
- Sensação de inutilidade ou culpa excessiva;
- Dificuldade de concentração: habilidade frequentemente diminuída para pensar e concentrar-se;
- Fadiga ou perda de energia;
- Distúrbios do sono: insônia ou hipersonia praticamente diárias;
- Problemas psicomotores: agitação ou retardo psicomotor;
- Perda ou ganho significativo de peso, na ausência de regime alimentar;

Ideias recorrentes de morte ou suicídio.

Fonte: DSMIV (2019).

Para o diagnóstico de depressão, nenhum dos sintomas no quadro acima pode ser explicado por estado de luto ou ser efeito de uso de substância ou outra doença.

### **Transtorno de Ansiedade Generalizada**

Quanto à ansiedade, podemos caracterizá-la pelo sentimento comum de vazio ou de medo, de preocupação desagradável apresentando tensão muscular, irritabilidade, fadiga fácil, falta de concentração, palpitações, suor excessivo e insônia, como resposta a algo desconhecido ou estranho. O transtorno de ansiedade generalizada (TAG) ocorre quando esse sentimento passa a ser um sintoma excessivo que traz prejuízos individuais, familiares e sociais, na ausência do uso de substâncias (MOSCOVICI, 2017; FERNANDES *et al.*, 2018).

Conforme a OMS, a prevalência mundial do TAG é de 3,6%. Nos EUA, o transtorno mental atinge 5,6% da população, enquanto no Brasil 9,3% da população geral (VERA-REMARTINEZ *et al.*, 2014). Dentre os fatores de risco estão competitividade no mercado de trabalho, exposição a salários baixos, ambientes insalubres, ruídos e calor excessivo, acúmulo de funções, jornadas de trabalho que excedem a carga horária preconizada, dívidas e desemprego (VERA-REMARTINEZ *et al.*, 2014; COSTA *et al.*, 2020; AYUSO-MATEOS *et al.*, 2010).

O DSM-IV-TR definiu os critérios diagnósticos para ansiedade generalizada em sua revisão, em 2019, disponíveis abaixo.

#### Quadro 2 - Critérios de diagnósticos para Ansiedade Generalizada

- Agitação, nervosismo ou tensão interior;
- Fadiga fácil;
- Dificuldade de concentração ou mente vazia;
- Irritabilidade;
- Tensão muscular;
- Perturbações no sono
- Dificuldade em adormecer ou manter o sono, ou sono agitado e insatisfatório.

Fonte: DSM IV (2019).



A ansiedade e a preocupação estão associadas com três ou mais dos sintomas descritos acima, e com pelo menos alguns sintomas presentes em mais de metade dos dias, durante seis meses.

### **Instrumentos de Rastreamento e Diagnóstico de TM**

Existem instrumentos disponíveis na literatura para rastreamento e diagnóstico de TMC no âmbito da APS validados e traduzidos para a língua portuguesa. Tais instrumentos devem auxiliar os profissionais de saúde na suspeição de um diagnóstico, auxiliando na confirmação, tratamento e manejo dos casos na APS.

O Inventário de Depressão de Beck, criado em 1961, é composto por 21 itens que compõem uma escala autorreferida dos sintomas de depressão que classificam os indivíduos em quatro níveis de depressão: mínimo, leve, moderado e grave (CONSTANTINO, ASSIS E PINTO, 2016). Além do uso pelos profissionais de saúde mental, tem sido muito utilizado pelos profissionais da APS.

Outro instrumento de rastreamento para depressão utilizado nos serviços de saúde é o *Patient Health Questionnaire-2* (PHQ-2), versão resumida do *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9), que foi construído de forma a avaliar os nove critérios para diagnóstico de depressão constados no DSM-IV. Estes instrumentos possuem características psicométricas, agilidade na coleta de dados, alta especificidade e sensibilidade. O PHQ-2, investiga a presença de sintomas de anedonia e tristeza nas últimas duas semanas (LIMA OSÓRIO, 2009).

O *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20) é um instrumento de rastreamento que investiga sintomas clínicos de transtorno mental, sugerindo a presença de distúrbios, mas sem discriminar um diagnóstico específico, composto por 20 itens (COUTINHO *et al.*, 2014).

O *Generalized Anxiety Disorder-2* (GAD-2) é um instrumento utilizado para rastrear TAG composto por apenas dois itens, que avaliam sintomas de ansiedade nas últimas duas semanas, derivado do *Generalized Anxiety Disorder 7* (KROENKE, SPITZER, WILLIAMS, 2003).

E, com o intuito de investigar o rastreamento de transtornos mentais específicos, foi realizado um estudo que compilou instrumentos já validados e utilizados para rastreamento de TM denominado *Mini-Screening Mental Disorders* (Mini – SMD), que foi traduzido e validado no Brasil para rastreamento de EDM, TAG,

Uso de Álcool e Transtorno Psicótico (BOLSONI *et al.* 2021). Para a confirmação diagnóstica, os serviços de APS e saúde mental têm utilizado o *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI), um instrumento traduzido e validado para a língua portuguesa, de fácil aplicação, com duração de 30 minutos (AMORIM, 2000).

Mesmo com a utilização de instrumentos para rastreamento e confirmação diagnóstica disponíveis na APS, estudos trazem que nem todos os profissionais das equipes dos serviços de saúde são capacitados e qualificados para prestar este atendimento. Em média, apenas 50% são tratados adequadamente, seguindo os padrões internacionais de qualidade (BINOTTO, 2012).

Assim, políticas nacionais e internacionais recomendam a presença de um médico, de preferência psiquiatra ou que tenha habilidades para o manejo desses transtornos nas UP, uma vez que as pessoas privadas de liberdade possuem os mesmos direitos legais que os indivíduos da população geral em relação ao cuidado integral à sua saúde (REGRAS DE MANDELA, 2016; BRASIL, 2014; FERNANDES, *et al.*, 2014.)

Entretanto, nem todas as UP possuem profissionais médicos em suas equipes, tampouco aptos para manejar de forma adequada as patologias já mencionadas. E sequer psiquiatras. Dados nacionais mostram que existem na rede de assistência 279 psiquiatras no país e 21 no estado de São Paulo (BRASIL, 2021).

Na ausência de profissionais de saúde capacitados ou em situações de risco à vida das PPL, os pacientes deverão ser encaminhados para atendimento e, se necessário, hospitalizados (FERNANDES, *et al.*, 2018) em outros serviços da RAS, principalmente em ambiente prisional, pois dados nacionais mostram que a PPL está quatro vezes mais propensa a cometer suicídio que a população geral, e este valor pode aumentar para 20 vezes quando se trata das mulheres aprisionadas (DUTHE *et al.*, 2013).

Outros obstáculos podem ser encontrados e se destacam como fatores agravantes para o desenvolvimento de transtornos mentais, ou o agravamento de quem já possui a patologia. Pode-se citar a falta de acesso a consultas e medicações, a dificuldade de oferecer abordagem interprofissional, associada a um ambiente tenso, hostil, rígido, carente de espaço e horário para realização de atividade física e de lazer (ARAUJO *et al.*, 2009; AYUSO *et al.*, 2010; MINAYO, RIBEIRO, 2016).

Assim, este trabalho pretende contribuir para o diagnóstico de doenças invisibilizadas e estigmatizantes de pessoas privadas de liberdade, buscando dar visibilidade para esta população marginalizada que padece de transtornos mentais não diagnosticados e não tratados, e que tem seu direito à saúde negligenciado pelo Estado.

## 2. JUSTIFICATIVA

Os transtornos mentais levam ao aumento da utilização dos serviços de saúde, a piora das doenças crônicas e a perspectiva do retorno à sociedade no caso da PPL (MOSCOVICI, 2017). É de suma importância identificar o sofrimento mental e realizar o rastreamento, diagnóstico e tratamento correto dos Transtornos Mentais no sistema prisional. Destaca-se que, dentre estes transtornos, os mais prevalentes são EDM e TAG, estes considerados doenças incapacitantes, com elevado risco de suicídio na PPL, impacto direto com a reabilitação social, piora da qualidade de vida e agudização das doenças crônicas (DUTHE *et al.*, 2022).

Todavia, é factível realizar o seguimento dos transtornos mentais por equipes de APS nas UP, desde que seus profissionais de saúde sejam capacitados e disponham de acesso à medicação de qualidade e uma RAS de referência para os casos de maior complexidade. Dessa forma, este estudo tem como objetivo estimar a prevalência de TMC, utilizando instrumentos validados de rastreamento e diagnóstico em uma unidade prisional do interior do estado de SP.

### **3. OBJETIVOS**

### 3.1. OBJETIVO GERAL

Estimar a prevalência dos principais transtornos mentais comuns em uma PPL.

### 3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Identificar o perfil sociodemográfico de saúde da PPL.
- b) Estimar a prevalência de Episódio Depressivo Maior e Transtorno de Ansiedade Generalizada em uma unidade prisional.
- c) Identificar fatores protetores ou agravantes para o desenvolvimento dos transtornos mentais dentro da UP.

## **4. MATERIAL E MÉTODOS**

#### 4.1. TIPO DE ESTUDO

Estudo descritivo e transversal, que pretende estimar a prevalência de transtornos mentais nos reclusos da Penitenciária I de Serra Azul (PI), por meio da aplicação de um instrumento de pesquisa e de consultas clínicas.

Este trabalho faz parte do Projeto Temático intitulado: “Condições de Saúde da População Privada de Liberdade nas Penitenciárias I e II de Serra Azul/SP”, que pretende avaliar as condições de saúde das PPL, por meio do atendimento clínico e nutricional dos participantes de duas unidades prisionais.

#### 4.2. CENÁRIO DE PESQUISA

Atualmente, na região de Ribeirão Preto existem 8.727 presos, distribuídos entre as unidades prisionais de Ribeirão Preto, Serra Azul e Jardinópolis. Totalizam nove unidades, sendo uma penitenciária feminina, uma para crimes sexuais, dois centros de detenção provisória, um centro de progressão e duas penitenciárias masculinas. A taxa de ocupação das unidades prisionais varia 188,2%, causando superlotação e um número insuficiente de profissionais para suprir as necessidades dessa população (BRASIL, 2021). O presente estudo foi desenvolvido na Penitenciária I de Serra Azul, que apresenta capacidade instalada para 853 presos, sendo que possuía 1943 homens encarcerados na ocasião do estudo, em 2019, sendo estes condenados por crimes gerais (SÃO PAULO, 2021).

O perfil dos profissionais de saúde e a infraestrutura oferecida nesta unidade compõem-se de uma enfermeira com carga horária de 30 horas por semana, um auxiliar de enfermagem de 40 horas semanais, um dentista de 20 horas semanais, um assistente social e três psicólogas. A UP não possui médico fixo, e conta com a presença de dois médicos voluntários que totalizam 8 horas semanais.

#### 4.3. POPULAÇÃO DE ESTUDO

Para realizar o cálculo amostral, considerou-se a população da Penitenciária I de Serra Azul no momento da realização do projeto de pesquisa, no ano de 2019, que era de 1943 pessoas, com um erro aceitável de 5% e um intervalo de confiança de 95%. Para realização do cálculo, utilizou-se o software Epi info 7.2.4.0, e foi usada



uma frequência esperada de 12% para o desfecho primário de EDM, baseado em uma revisão da literatura onde foi encontrada de 10% a 12% de EDM entre homens e mulheres privadas de liberdade (FAZEL; BAILLARGEON, 2011). A partir destes dados, calculou-se uma amostra mínima de 165 pessoas, considerando 10% de perda. Contudo, dada a alta rotatividade da população nas UP, a necessidade de assistência da UP e a capacidade de atendimento da equipe de pesquisa, foram convidados 200 participantes, um número suficiente para uma amostra significativa.

A seleção dos participantes foi realizada aleatoriamente, por meio de sorteio a partir de uma lista com o número de matrícula dos ocupantes de cada cela. Como a UP possui oito raios (são corredores onde ficam localizadas as celas), e cada raio tem oito celas, foram sorteadas cerca de três pessoas por cela, totalizando 200 participantes. Nos casos em que a pessoa não aceitou ou desistiu de participar da pesquisa, foi convidada a pessoa com o número da matrícula subsequente da lista do sorteio do projeto.

#### 4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídos todos que estavam presentes no dia da aplicação do questionário. Foram excluídos aqueles que estavam no isolamento, aquele que estavam temporariamente na UP, os que estavam com previsão de liberdade ou em trânsito (quando um preso está sendo transferido de uma unidade para outra).

#### 4.5. INSTRUMENTOS DE COLETA

##### 4.5.1. Questionário do perfil

Para avaliar o perfil sociodemográfico foi elaborado um questionário composto por vinte e cinco (25) variáveis a fim de identificar idade, sexo, raça, grau de escolaridade, estado civil, local de nascimento, religião, profissão prévia, se trabalha ou estuda na UP, tempo de encarceramento, prática de atividade física, presença ou não de vícios (tabagismo, uso de drogas, álcool) e histórico familiar (Ver Apêndice B). Esse instrumento foi criado e adaptado do questionário de “Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico” (VIGITEL), uma vez

que não foram encontrados questionários validados para aplicação na população privada de liberdade.

#### 4.5.2. Questionário do rastreamento

Para rastrear a presença de TMC, foi utilizado o *Mini-Screening Mental Disorders (Mini-SMD)*, versão 2.0, que é composto por quatro componentes que, de forma sintética, mantêm as propriedades psicométricas dos instrumentos completos, sendo eles:

O *Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2)*, versão curta do Questionário de Saúde do Paciente-9 (PHQ-9), que possui duas variáveis, uma sobre humor deprimido e outra sobre a perda de interesse, que avaliam a depressão no DSM-IV. As respostas estão relacionadas à frequência com que os sintomas aparecem variando em uma escala de 0 (ausente) até 3 (quase a todo dia).

O *Generalized Anxiety Disorder Scale-2 (GAD-2)*, versão curta do Transtorno de Ansiedade Generalizada Scale 7 (GAD-7), que avalia dois itens relacionados ao nervosismo e às preocupações. O GAD-2 é validado para os quatro transtornos de ansiedade (transtorno de ansiedade generalizada, transtorno do pânico, transtorno de ansiedade social e transtorno de estresse pós-traumático).

O *Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT)*, constituído por dez (10) itens, pontuados em uma escala tipo Likert, que varia de 0 a 4 pontos. A versão adaptada e validada no Brasil inclui o item 3 que possui propriedades psicométricas semelhantes à utilização do instrumento completo.

O *Adolescent Psychotic-Like Symptom Screener (APSS-3)*, composto por sete itens que avaliam transtornos psicóticos. Suas características psicométricas mostraram que apenas três itens desse instrumento possuem sensibilidade e especificidade adequadas, sendo estes a paranoia e as alucinações auditiva e visual. Caso a soma das perguntas resultasse em um valor maior ou igual a quatro, indicaria a possibilidade de algum transtorno mental.

#### 4.5.3. Questionário para confirmação diagnóstica

Para confirmar o diagnóstico, foi utilizado neste estudo o *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI), aplicado quando a pontuação total dos quatro elementos do teste do Mini-SMD. fosse maior ou igual a quatro. O instrumento é baseado em uma entrevista estruturada, com duração de, aproximadamente, 15 minutos, de fácil aplicabilidade, com alta confiabilidade e respostas dicotômicas (sim/não). O questionário foi traduzido, adaptado e validado em 2000, e os diagnósticos, confirmados ao final de cada item, são baseados no DSM-IV e na classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde (CID-10).

Estes instrumentos são de ampla utilização pelos profissionais da APS, dada sua fácil e rápida aplicabilidade no rastreamento e no diagnóstico precoce dos principais TMC, sendo que o treinamento é curto, auxilia e guia o profissional.

#### 4.6. COLETA DOS DADOS

A coleta dos dados se deu nos meses de junho e julho de 2019. Todas as pessoas sorteadas foram convidadas a comparecer ao Pavilhão Escolar da própria UP em dias pré-determinados pela equipe de segurança, para uma explicação sobre a pesquisa, os objetivos e os procedimentos a serem realizados. Foram distribuídas duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para os participantes lerem e assinarem, caso concordassem em participar da pesquisa. Aqueles que apresentaram dificuldades com a leitura e interpretação de texto receberam ajuda da equipe. Após os participantes concordarem e assinarem, uma cópia do TCLE foi arquivada no prontuário do paciente e outra ficou em posse da equipe de pesquisa. Todos os participantes foram atendidos pela equipe de pesquisa, composta por médicos de família e comunidade (MFC), residentes desta especialidade e alunos do curso de graduação em Medicina e Nutrição da FMRP/USP.

Toda a equipe de pesquisa foi previamente treinada pelos docentes. Os entrevistadores antes de adentrar a UP foram escaneados e todo o material de pesquisa foi listado e aprovado para entrada na UP. Os atendimentos foram realizados

em dupla e supervisionados pelos docentes e pelos profissionais de saúde e de segurança da UP.

As consultas foram realizadas no pavilhão escolar em salas de aula, que possibilitou que estas funcionassem como consultórios no momento da coleta. Para garantir a segurança dos pesquisadores e o sigilo das informações coletadas, os agentes de segurança penitenciário estiveram durante toda pesquisa disponíveis e atentos do lado de fora dos consultórios.

Os dados coletados foram digitados em uma máscara do EpiData<sup>R</sup>, em dupla digitação, com validação dos dados, limpeza e análise das inconsistências. Os dados foram, então, exportados para uma planilha do Excel<sup>R</sup>.

Após a aplicação do questionário, aqueles que apresentavam queixas clínicas ou tinham o diagnóstico firmado de algum transtorno mental, foram consultados e tratados. A equipe de pesquisa retornou à PI no prazo de 30 dias para reavaliação dos pacientes atendidos. Os casos que necessitaram de investigação clínica, como endoscopia digestiva alta, ecocardiograma ou radiografia foram encaminhados para outros pontos da RAS.

#### 4.7. ANÁLISE DOS DADOS

Inicialmente, os dados foram descritos através de frequências absolutas e percentuais (variáveis qualitativas). Para estimar as razões de prevalência (RP) quanto aos desfechos binários EDM, TAG, APSS, rastreio positivo, atendimento e reincidência, foi utilizado o modelo de regressão *Poisson* com variância robusta (ZOU, 2004). Para as comparações das proporções de duas amostras relacionadas I foi proposto o teste de McNemar. Todas as análises apresentadas até o momento foram realizadas com o auxílio do software R, versão 3.4.1. Para todas as comparações adotou-se um nível de significância de 5% (KROENKE, SPITZER, WILLIAMS, 2003; AMORIM, 2000).

#### 4.8. ASPECTOS ÉTICOS

Este trabalho fez parte do Projeto Temático submetido e aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Saúde Escola Dr. Joel Machado, da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, pelo CEP

da Secretaria de Administração Prisional do estado de São Paulo (CAEE: 86926618.6.3002.5563) e pelo CONEP sob o registro CAEE: 86926618.6.0000.5414. (Anexo A)

Para que esta pesquisa fosse possível, foi elaborado o TCLE (Apêndice A) que expôs as etapas da pesquisa e solicitou autorização para aplicação do questionário durante o atendimento e pesquisa e registro no prontuário. Todos os dados coletados e analisados possuem a garantia de sigilo, sem identificação e/ou exposição de qualquer participante. Foi garantido a PI o acesso ao andamento e resultados do trabalho, sem a identificação do participante.

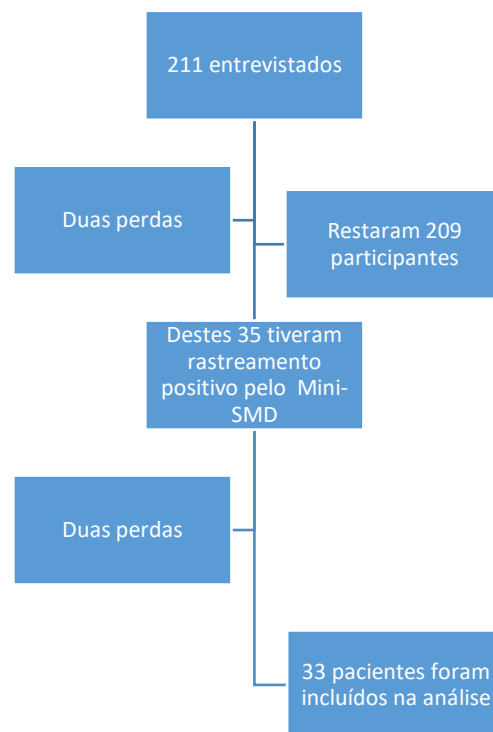
Vale ressaltar que todas as doenças prévias sem acompanhamento adequado e os casos diagnosticados foram tratados e acompanhados pela equipe durante o período da pesquisa.

## **5. RESULTADOS**

Os resultados foram divididos em três etapas: a primeira descreverá os resultados do perfil da PPL da PI; a segunda apresentará os resultados do rastreamento e diagnóstico dos TMC encontrados; e a última analisará se foram encontrados fatores que possam interferir na existência desses transtornos.

Dada a alta rotatividade das pessoas privadas de liberdade na PI, foram convidadas a participar da pesquisa 211 pessoas, sendo que dois não participaram do rastreamento de transtorno de saúde mental, pois um foi transferido e o outro foi liberado por cumprimento da pena, totalizando 209 participantes. Desses, 35 obtiveram mais que quatro pontos durante a aplicação do Mini-SMD, utilizado para o rastreamento de TMC. Desses, dois não quiseram participar do atendimento para confirmação diagnóstica.

Figura 1 - Apresentação da população estudada no projeto realizado na Penitenciária I de Serra Azul, Ribeirão Preto, 2022.



Fonte: Elaborada pela autora.

### 5.1. PERFIL DA PPL DA PI DE SERRA AZUL

A maioria dos indivíduos que participaram da pesquisa são adultos, com idade entre 30 e 39 anos, sendo 65,5% autodeclarados negros, 56% sem companheiro(a) e 97,1% procedentes do estado de São Paulo, sendo 38 da cidade de Ribeirão Preto.

Tabela 1- Perfil da PPL atendida na penitenciária Ribeirão Preto, 2020.

<b>Variáveis do Perfil</b>	<b>Total de casos</b>	<b>Percentual %</b>
<i>Faixa Etária</i>		
21-29 anos	44	21,05
30-39	105	50,24
40-49	49	23,44
50-59	7	3,35
60+	4	1,91
<i>COR</i>		
Branco	71	33,97
Preto	22	10,53
Pardo	115	55,02
Amarelo	1	0,48
<i>Estado Civil</i>		
Solteiro	110	52,63
Casado	26	12,44
União Estável	64	30,62
Separado/divorciado	8	3,83
Viúvo	1	0,48
<i>Procedência</i>		
Minas Gerais	4	1,91
Paraná	2	0,96
São Paulo	203	97,13
<i>Escolaridade</i>		
Ensino fundamental incompleto	118	56,46
Ensino fundamental completo	20	9,57
Ensino médio incompleto	30	14,35
Ensino médio completo	35	16,75
Ensino superior incompleto	5	2,39
Superior completo	1	0,48



<i>Frequenta a escola na UP</i>		
Sim	21	10,05
Não	188	89,95
<i>Faz Curso Técnico na UP</i>		
Sim	89	42,58
Não	120	57,42
<i>Trabalha na prisão</i>		
Sim	55	26,32
Não	154	73,68

Fonte: Elaborada pela autora.

Quanto ao grau de escolaridade, 118 indivíduos possuíam ensino fundamental incompleto e 30 indivíduos possuíam ensino médio incompleto, sendo que apenas 21 deles frequentavam a escola, 89 indivíduos cursavam o curso técnico, 55 trabalhavam na prisão e 11,9% afirmaram que não sabia ler.

Com relação ao histórico dos hábitos dos participantes, observou-se que 29,19% praticavam atividade física, e 49,76% afirmaram ser tabagistas, durante o encarceramento.

Tabela 2 - Hábitos de vida da PPL atendida na penitenciária. Ribeirão Preto, 2022.

	<b>Total de casos</b>	<b>Percentual %</b>
<i>Tem alguma religião?</i>		
Sim	179	85,65
Não	30	14,35
<i>Atividade Física na UP</i>		
Sim	61	29,19
Não	148	70,81
<i>Uso de Álcool prévio ao cárcere</i>		
Sim	131	62,68
Não	78	37,32
<i>Uso de Álcool atual</i>		
Sim	6	2,87
Não	203	97,13
<i>Tabagismo prévio ao cárcere</i>		

Sim	112	53,59
Não	97	46,41
<i>Tabagismo atual</i>		
Sim	104	49,76
Parou de fumar	35	16,75
Não	70	33,49
<i>Uso de drogas prévias</i>		
Sim	188	89,95
Não	21	10,05
<i>Uso de drogas atuais</i>		
Sim	15	7,18
Não	194	92,82
<i>Quais drogas?</i>		
Maconha	13	86,67
Cocaína	1	6,67
Outras	1	6,67
<i>Histórico de saúde</i>		
<i>Atendimento médico na UP</i>		
Sim	118	56,46
Não	91	43,54
<i>Algum médico já lhe disse que o senhor tem ou teve Depressão?</i>		
Sim	13	6,22
Não	196	93,78
<i>Algum médico já lhe disse que o senhor tem ou teve ansiedade generalizada?</i>		
Sim	23	11
Não	186	89

Fonte: Elaborada pela autora

A maioria dos participantes (85,6%) possuía alguma religião e, destes, 40% afirmaram ser praticantes. Além disso, cerca de 70% responderam ser sedentários. Com relação ao uso de drogas, houve uma mudança no perfil da PPL relacionado à quantidade utilizada de tabaco, drogas e álcool, ocorrendo um decréscimo, conforme descrito na Tabela 2. O uso do tabaco se manteve alto (49,76%), porém houve uma diminuição do consumo de álcool e drogas.

Quase 45% dos entrevistados negaram ter recebido algum atendimento pela equipe de saúde da UP estudada. Quando perguntado sobre o histórico prévio ou atual de TMC, 24 afirmaram ter diagnóstico prévio e/ou atual de depressão ou ansiedade, sendo que 12 pessoas afirmaram ter os dois diagnósticos prévios, 11, TAG, tão somente, e uma pessoa EDM.

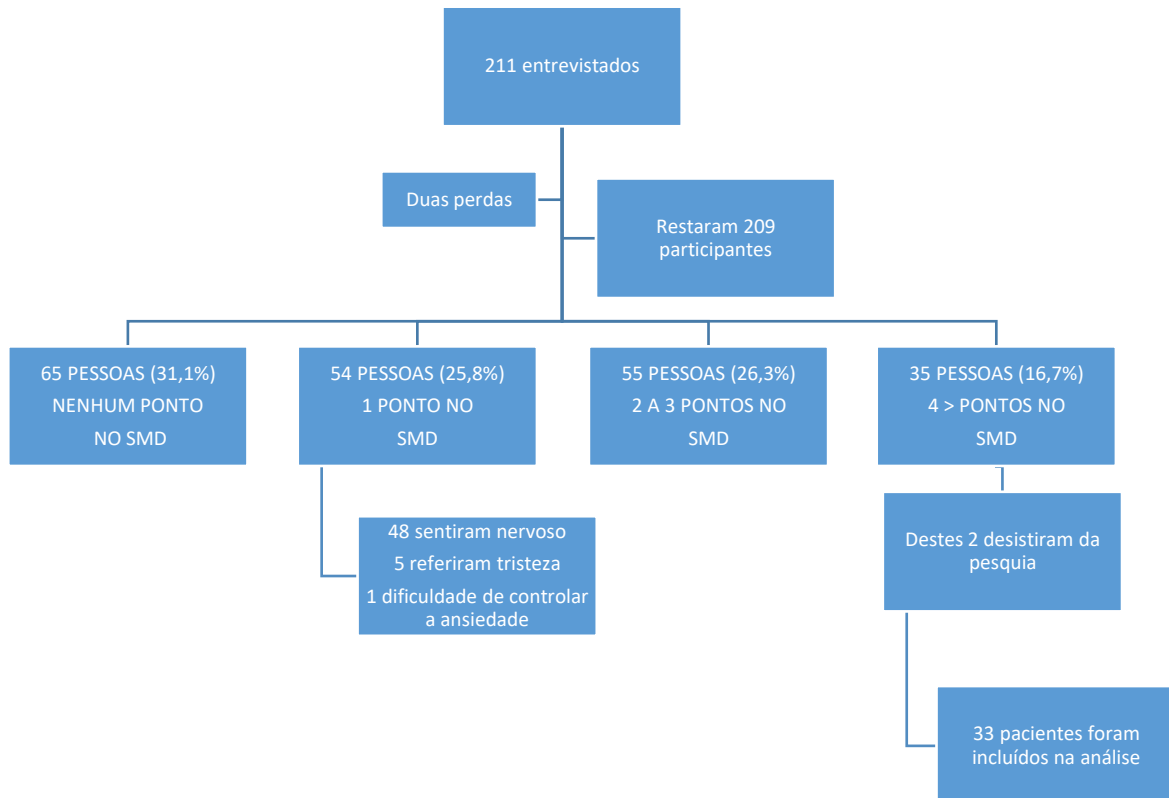
## 5.2. RASTREAMENTO E DIAGNÓSTICO DOS TRANSTORNOS MENTAIS

Entre os 209 questionários aplicados, 65 participantes negaram qualquer sintoma durante a aplicação do Mini-SMD (31,1%) enquanto quase 70% trouxeram alguma referência de sofrimento mental.

Daqueles que pontuaram, 54 (25,8%) obtiveram um ponto, sendo que a maioria foi relacionada a sentir-se nervoso ou ansioso (48 pessoas); cinco sentiram tristeza ou desesperança, e um participante expressou a dificuldade de controlar a ansiedade. Os 55 que apresentaram pontuação entre dois e três pontos representaram 26,3% dos participantes que atingiram um escore insuficiente pelo instrumento para investigação do diagnóstico, mas que mencionaram algum desconforto mental. E os que pontuaram mais de quatro pontos representaram 16,7% dos participantes.

Ao analisar as respostas daqueles que pontuaram menos que quatro pontos, 100 presos (47,8%) registraram o sentimento de se sentir nervoso, ansioso ou no seu limite, durante vários dias nas últimas duas semanas dentro do recorte temporal em que foi aplicado o questionário, e 47 (22,4%) sentiram-se triste, deprimidos ou sem esperança.

Figura 2 – Fluxograma do atendimento da PPL atendida e os dados de sofrimento mental e rastreamento dos transtornos mentais, Ribeirão Preto, 2022.



Fonte: Elaborado pela autora.

Dos que tiveram mais que quatro pontos no questionário Mini-SMD (35), dois desistiram de continuar a investigação para confirmação do diagnóstico. Assim, dos 209 pacientes, 35 (16,74%) tiveram rastreamento positivo para algum TMC, de acordo com o resultado do questionário Mini-SMD. Destes 35 indivíduos, 33 (15,8%) completaram a investigação com a aplicação do questionário MINI utilizado para confirmar o diagnóstico de transtornos mentais.

Tabela 3 - Rastreamento e diagnóstico de transtorno mental da PPL atendida, Ribeirão Preto, 2022.

Identificação		Rastreamento SMD			Rastreamentos positivos	Aplicação MINI Diagnóstico			Diagnósticos Confirmados
Número	Identificação	PHQ	GAD	APSS	Total	EDM	TAG	APSS	Total
1	200	3	1	0	1	x			1
2	199	0	2	2	2			x	1
3	197	0	6	0	1				0
4	194	1	3	3	2				0
5	179	3	3	2	3		x		1
6	178	6	0	0	1	x			1
7	173	2	1	2	2	x		x	2
8	170	3	4	3	3	x	x	x	3
9	145	2	3	0	2		x		1
10	140	2	6	0	2	x	x		2
11	139	0	3	3	2				0
12	135	4	5	2	3	x	x	x	3
13	132	0	5	0	1				0
14	128	2	2	0	2				0
15	125	1	3	3	2		x		1
16	123	3	4	0	2				0
17	97	1	1	3	1			x	1
18	93	1	1	2	1				0
19	85	0	3	1	1				0
20	75	1	1	2	1				0
21	69	2	5	3	3	x	x	x	3
22	50	1	3	0	1				0
23	44	1	3	1	1			x	1
24	43	0	4	0	1				0
25	42	3	6	0	2	x	x		2
26	36	2	3	0	2				0
27	35	4	4	0	2	x			1
28	31	3	6	0	2	x	x		2
29	23	3	4	2	3	x		x	2
30	20	1	3	0	1				0
31	15	6	6	0	2	x			1
32	13	1	3	0	1				0
33	06	4	6	0	2				0
Total	33 pacientes	18	27	13	58	12	9	8	29

Fonte: Elaborado pela autora.

Em 33 participantes que pontuaram mais que quatro pontos, tiveram o rastreamento positivo para 58 suspeitas de diagnósticos, sendo 27 para TAG (46,5%), 18 para EDM (31,1%) e 13 (22,4%) para transtornos psicóticos. Foi, então, aplicado o MINI, confirmando a presença de 29 diagnósticos, sendo 12 diagnósticos confirmados de EDM, nove de TAG e oito de transtornos psicóticos. A confirmação diagnóstica foi presente em 33%, 66% e 61,3% dos rastreamentos de TAG, EDM e TP, respectivamente.

Em dois casos, os pacientes apresentaram pontuação de três pontos na aplicação do GAD2, e durante o atendimento individual dos pacientes, o profissional confirmou o diagnóstico de TAG, com a aplicação do MINI, mesmo que estivesse abaixo dos quatro pontos necessários, segundo o critério do instrumento.

Assim, foram encontradas 18 pessoas portadoras de 31 diagnósticos, sendo 12 de EDM, 11 de TAG e 8 de transtorno psicótico.

Das 12 PPL com diagnósticos confirmados de EDM, três já haviam apresentado histórico prévio ou atual de depressão, sendo nove casos novos. E com relação ao TAG, dos 11 diagnósticos, quatro apresentaram antecedente de transtorno de ansiedade.

Observa-se que um mesmo indivíduo apresentou mais de um diagnóstico confirmado, uma média de 1,7 diagnóstico por pessoa, variando de um a três, enquanto 15, apesar de terem o rastreamento positivo, não fecharam nenhum transtorno. Três participantes apresentaram a associação dos três diagnósticos, (EDM, TAG e transtornos psicóticos), outros três a presença do TAG e EDM, dois de EDM e transtornos psicóticos e dez participantes apresentaram apenas um diagnóstico, sendo quatro de EDM, três de TAG e três de transtorno psicótico. Não houve associação dos diagnósticos de TAG e transtornos psicóticos neste estudo. Em dois casos, apesar do SMD ter tido uma pontuação menor que quatro, o médico, durante o atendimento clínico, aplicou o MINI e confirmou o diagnóstico de TAG.

Os 18 participantes diagnosticados com algum transtorno mental representaram 8,61% da população total do estudo (209) e 54,5% daqueles indivíduos que possuíram pontuação que indicava o rastreamento do MINI-SMD. Foram confirmados, entre a população participante do estudo, 5,74% de EDM, 5,26% de TAG e 3,8% de transtornos psicóticos.

Dos 209 participantes, 131 (62,7%) referiram algum sentimento de ansiedade e 70 (33,5%) algum sentimento de tristeza. Dos que pontuaram entre um e três pontos, 100 mencionaram sentir sintomas de ansiedade, correspondendo a 47,8% de todos os participantes do estudo (209) e 47 de depressão (22,4%). Os que pontuaram mais de quatro pontos no rastreamento afirmaram ter algum sintoma de ansiedade e depressão, respectivamente 34 (16,7%) e 23 (11%) de todos os participantes.

### 5.3. ASSOCIAÇÃO DAS VARIÁVEIS DE PROTEÇÃO E AGRAVANTE AO DESENVOLVIMENTO DOS TRANSTORNOS MENTAIS

A análise das variáveis estudadas entre os participantes do estudo com os TMC analisados apresenta que determinados fatores podem influenciar ou não no desenvolvimento dessas doenças. Quanto ao EDM, a associação entre as variáveis relacionadas ao estado civil, o sedentarismo, auto avaliação da saúde, a realização de trabalho e/ou estudo na UP, não apresentou significância estatística com o desenvolvimento desta doença, bem como o tabagismo, possuir uma religião, o tempo de encarceramento e o uso de drogas (Tabela 4).

Tabela 4 - Associação do diagnóstico de Episódio Depressivo Maior (EDM) com variáveis do perfil da PPL atendida e seus hábitos, Ribeirão Preto, 2022.

Variáveis	EDM		Total	Razão de prevalência	Intervalo de confiança (95%)		Valor-p
	Sim	Não					
<i>Estado Civil</i>							
Com companheiro	3 (3,33%)	87 (96,67%)	90 (100%)	0,44	0,12	1,58	0,21
Sem companheiro	9 (7,56%)	110 (92,44%)	119 (100%)	ref.			
<i>Atividade física</i>							
Sim	3 (4,92%)	58 (95,08%)	61 (100%)	0,81	0,23	2,89	0,74
Não	9 (6,08%)	139 (93,92%)	148 (100%)	ref.			
<i>Trabalha na UP</i>							
Sim	2 (3,64%)	53 (96,36%)	55 (100%)	0,56	0,13	2,48	0,44
Não	10 (6,49%)	144 (93,51%)	154 (100%)	ref.			

<i>Avaliação da saúde</i>							
Muito boa ou boa	4 (2,92%)	133 (97,08%)	137 (100%)	0,29	0,04	2,37	0,25
Regular	7 (11,29%)	55 (88,71%)	62 (100%)	1,13	0,16	8,23	0,90
Ruim ou muito ruim	1 (10%)	9 (90%)	10 (100%)	ref.			
<i>Frequenta escola?</i>							
Sim	1 (4,76%)	20 (95,24%)	21 (100%)	0,81	0,11	5,99	0,84
Não	11 (5,85%)	177 (94,15%)	188 (100%)	ref.			
<i>Tempo de prisão</i>							
<5 anos	7 (6,6%)	99 (93,4%)	106 (100%)	1,35	0,44	4,11	0,60
≥5 anos	5 (4,9%)	97 (95,1%)	102 (100%)	ref.			
<i>Uso de drogas</i>							
Sim	11 (5,85%)	177 (94,15%)	188 (100%)	1,23	0,17	9,05	0,84
Não	1 (4,76%)	20 (95,24%)	21 (100%)	ref.			
<i>Possui religião?</i>							
Sim	11 (6,15%)	168 (93,85%)	179 (100%)	1,84	0,25	13,76	0,55
Não	1 (3,33%)	29 (96,67%)	30 (100%)	ref.			
<i>Tabagismo</i>							
Não	3 (4,29%)	67 (95,71%)	70 (100%)	0,74	0,19	2,87	0,67
Parou de fumar	3 (8,57%)	32 (91,43%)	35 (100%)	1,49	0,39	5,63	0,56
Sim	6 (5,77%)	98 (94,23%)	104 (100%)	ref.			

Fonte: Elaborado pela autora.

Com relação ao desenvolvimento de TAG, foram analisadas as associações com variáveis relacionadas ao perfil, hábitos e percepção da saúde na perspectiva dos entrevistados.



Tabela 5 - Associação do diagnóstico de Transtorno de Ansiedade Generalizada com variáveis do perfil da PPL atendida e seus hábitos, Ribeirão Preto, 2022.

Variáveis	TAG		Total	Razão de prevalência	Intervalo de confiança (95%)	Valor-p
	Sim	Não				
<i>Estado Civil</i>						
Com companheira(o)	1 (1,11%)	89 (98,89%)	90 (100%)	0,13	0,02 1,01	0,05
Sem companheira(o)	10 (8,4%)	109 (91,6%)	119 (100%)	ref.		
<i>Atividade física</i>						
Sim	3 (4,92%)	58 (95,08%)	61 (100%)	ref.		
Não	8 (5,41%)	140 (94,59%)	148 (100%)	0,91	0,25 3,32	0,89
<i>Trabalha na prisão?</i>						
Sim	4 (7,27%)	51 (92,73%)	55 (100%)	1,60	0,49 5,26	0,44
Não	7 (4,55%)	147 (95,45%)	154 (100%)	ref.		
<i>Frequenta escola?</i>						
Sim	1 (4,76%)	20 (95,24%)	21 (100%)	0,90	0,12 6,65	0,91
Não	10 (5,32%)	178 (94,68%)	188 (100%)	ref.		
<i>Tempo de prisão</i>						
<5 anos	5 (4,72%)	101 (95,28%)	106 (100%)	0,80	0,25 2,55	0,71
≥5 anos	6 (5,88%)	96 (94,12%)	102 (100%)	ref.		
<i>Uso de droga</i>						
Sim	10 (5,32%)	178 (94,68%)	188 (100%)	1,12	0,15 8,30	0,91
Não	1 (4,76%)	20 (95,24%)	21 (100%)	ref.		
<i>Possui religião?</i>						
Sim	7 (3,91%)	172 (96,09%)	179 (100%)	0,29	0,09 0,94	0,04
Não	4 (13,33%)	26 (86,67%)	30 (100%)	ref.		

<i>Tabagismo</i>							
Não	2 (2,86%)	68 (97,14%)	70 (100%)	0,59	0,12	2,98	0,53
Parou de fumar	4 (11,43%)	31 (88,57%)	35 (100%)	2,38	0,68	8,36	0,18
Sim	5 (4,81%)	99 (95,19%)	104 (100%)	ref.			

Fonte: Elaborado pela autora.

As variáveis relacionadas à prática de realizar exercício físico, trabalhar na prisão, estudar, ser ou não tabagista e usar drogas durante o encarceramento, não possuíram associação significativa para o desenvolvimento do transtorno de ansiedade. Quanto ao indivíduo ter ou não ter companheiro, observou-se que os indivíduos que têm companheiro apresentam 87% menor probabilidade de desenvolverem TAG, em relação aos que não possuem cônjuge (IC=0,02-1,01 e  $p<0,05$ ).

Assim como se ter uma religião mostrou ser um fator protetivo para o não desenvolvimento de TAG, pois aqueles que mencionaram ter uma religião apresentaram uma prevalência menor de desenvolver este transtorno. O TAG apresentou uma prevalência 71% maior entre aqueles que não registraram ter uma religião (IC=0,09-0,94 e  $p<0,04$ ). (Tabela 5).

Com o intuito de investigar se os pacientes que apresentavam uma pontuação relevante no rastreamento, mas que não eram compatíveis para a investigação diagnóstica confirmatória, comparou-se o perfil daqueles que pontuaram mais de quatro e menos de três pontos.

Tabela 6 - Associação das variáveis do perfil das PPL com aqueles que apresentaram pontuação maior que 4 pontos no rastreamento com o uso do MINI SMD. Ribeirão Preto, 2022.

Variáveis	Pontuação no Mini-SMD		Total	Razão de prevalência	Intervalo de confiança (95%)		Valor-p
	3 ou menos	4 ou mais					
<i>Estado Civil</i>							
Com companheiro(a)	80 (88,89%)	10 (11,11%)	90 (100%)	0,53	0,27	1,04	0,07
Sem companheiro(a)	94 (78,99%)	25 (21,01%)	119 (100%)	ref.			
<i>Realiza atividade física?</i>							
Não	120 (81,08%)	28 (18,92%)	148 (100%)	ref.			
Sim	54 (88,52%)	7 (11,48%)	61 (100%)	0,61	0,28	1,31	0,20

<i>Uso de droga prévio à UP</i>								
Não	20 (95,24%)	1 (4,76%)	21 (100%)	ref.				
Sim	154 (81,91%)	34 (18,09%)	188 (100%)	3,80	0,55	26,34	0,18	

<i>Possui alguma religião?</i>								
Não	25 (83,33%)	5 (16,67%)	30 (100%)	ref.				
Sim	149 (83,24%)	30 (16,76%)	179 (100%)	1,01	0,42	2,39	0,99	

Fonte: Elaborado pela autora.

Ainda que a maioria daqueles que informaram não possuir religião tiveram uma pontuação menor que três pontos, os valores não apresentaram associação significativa. Nesse sentido, daqueles que responderam praticar atividade física, a maioria (88,52%) apresentava uma pontuação menor que três durante a aplicação do instrumento de rastreamento.

Foi investigado se aqueles que possuíam algum diagnóstico de transtorno mental, ou tinham alcançado uma pontuação de quatro pontos, já haviam passado por atendimento de saúde na UP, porém, não foi encontrada associação significativa.

Tabela 7 - Associação das variáveis do perfil das PPL com aqueles que receberam algum atendimento de saúde na UP. Ribeirão Preto, 2022.

Variáveis	Atendimento de saúde da PI		Total	Razão de prevalência	Intervalo de confiança (95%)		Valor-p
	Não	Sim					
<i>Diagnóstico de EDM</i>							
Não	7 (50%)	7 (50%)	14 (100%)	ref.			
Sim	4 (44,44%)	5 (55,56%)	9 (100%)	1,11	0,51	2,44	0,79
<i>Diagnóstico de TAG</i>							
Não	5 (23,81%)	16 (76,19%)	21 (100%)	ref.			
Sim	7 (58,33%)	5 (41,67%)	12 (100%)	0,55	0,27	1,11	0,10
<i>Diagnóstico de APSS</i>							
Não	10 (76,92%)	3 (23,08%)	13 (100%)	ref.			
Sim	6 (50%)	6 (50%)	12 (100%)	2,17	0,69	6,79	0,18
<i>Pontuação no SMD</i>							
3 ou menos	73 (41,95%)	101 (58,05%)	174 (100%)	ref.			
4 ou mais	18 (51,43%)	17 (48,57%)	35 (100%)	0,84	0,58	1,20	0,34

Fonte: Elaborado pela autora.

Com relação aos antecedentes prévios e atuais de depressão e transtorno de ansiedade, foi encontrada associação significativa entre os pacientes que referiram ter ou ter tido ansiedade ( $p < 0,02$ ), e que foram diagnosticados neste estudo. A mesma relação não ocorreu entre aqueles que mencionaram a depressão prévia ou atual.

Tabela 8 - Relação entre EDM prévio e atual e TAG prévio e atual da PPL atendida na penitenciária. Ribeirão Preto, 2022.

Variáveis	EDM		Total	Valor-p*
	Sim	Não		
<i>Antecedente de depressão</i>				
Sim	3 (23,08%)	10 (76,92%)	13 (100%)	0,82
Não	9 (4,59%)	187 (95,41%)	196 (100%)	
<i>Antecedente de TAG</i>				
Sim	4 (17,39%)	19 (82,61%)	23 (100%)	0,02
Não	7 (3,76%)	179 (96,24%)	186 (100%)	

Fonte: Elaborado pela autora.

\*Teste de McNemar

Neste estudo não foram avaliadas a idade dos indivíduos e as comorbidades prévias como fatores de risco ou proteção para desenvolverem os transtornos mentais. Observou-se que houve associação significativa entre aqueles entrevistados que registraram ter antecedente prévio e atual de ansiedade generalizada ( $p < 0,02$ ). O mesmo não ocorreu com o EDM prévio e atual.

## **6. DISCUSSÃO**

O perfil da PPL estudada apresentou uma predominância de negros, solteiros, com idade de 30 a 39 anos, de baixa escolaridade e procedentes do estado de São Paulo. Os dados referentes à cor e à raça estão em consonância com outros estudos nacionais, onde a maioria das PPL referia ter cor autodeclarada parda e preta (70,6%) (CONSTANTINO, ASSIS e PINTO, 2016). Entretanto, a idade dos participantes se mostrou mais velha que os demais estudos, onde a maioria possuía PPL com idade de até 29 anos (CONSTANTINO, ASSIS e PINTO, 2016).

Quanto à escolaridade, mais da metade dos entrevistados não completaram o ensino fundamental e apenas 10% estudavam na ocasião da pesquisa, dados esses que estão em consonância com um levantamento realizado no Rio de Janeiro (MINAYO, RIBEIRO, 2016). A educação prisional está presente nas normativas nacionais como um direito das PPL, contudo, o acesso à educação escolar está diretamente relacionado ao bom comportamento dos presos, cumprimento de normas internas e “rituais de convivência”, sendo caracterizado como um benefício ou algo a ser conquistado (OLIVEIRA, 2013).

Com relação ao trabalho no ambiente prisional, os dados são condizentes com a literatura nacional. Ribeiro, Correa e Oliveira (2020), em um estudo realizado com adolescentes, verificaram que existem obstáculos para exercer alguma atividade laboral no cárcere. Fatores como idade, tempo de prisão e bom comportamento são critérios utilizados para a seleção dos apenados. Ademais, o número de vagas ofertadas para o trabalho é inferior ao número de pessoas interessadas em sua execução (CONSTANTINO, ASSIS e PINTO, 2016). O investimento na capacitação técnica das PPL e a organização de espaços e parcerias para o trabalho seriam importantes estratégias para a diminuição do ócio e fontes de remuneração e redução da pena.

A maioria dos participantes deste estudo mencionaram possuir uma religião. Dados similares foram encontrados no estudo de Constantino, onde 80% também referiram ter uma religião (CONSTANTINO, ASSIS e PINTO, 2016).

Em relação ao tabagismo, ao uso de álcool e de drogas, houve um decréscimo quanto à quantidade e à frequência do uso, o que difere de alguns estudos descritos na literatura (LORITO *et al.*, 2018). A diminuição do tabagismo no cárcere pode estar relacionada ao preço elevado e à dificuldade de acesso. Do mesmo modo, a diminuição referida sobre o uso de álcool e de drogas pode ter sido encontrada dada

à dificuldade de entrada de drogas ilícitas no ambiente prisional, principalmente após a mudança do processo de inspeção realizada nas prisões da região, que atualmente utilizam *scanners* corporais. Outro fator que pode justificar a diminuição está relacionado a tal ato constituir uma contravenção. Ainda que a coleta dos dados tenha sido realizada em um ambiente sem a presença do agente de segurança penitenciário e que os participantes tenham sido informados que os questionários ficariam sob a responsabilidade e sigilo dos pesquisadores, a PPL pode ter ficado com medo de uma repreensão e ter omitido estas informações.

Durante as entrevistas, apenas um terço dos entrevistados negou qualquer sentimento relacionado ao sofrimento mental quando questionados ativamente. O sentimento de ansiedade e desesperança é predominante entre os encarcerados. Tais dados estão em sintonia com Damas (2013), que apresenta na fala de um preso a naturalização do sofrimento mental entre os encarcerados, quando apontam que tensão, ansiedade e dores de cabeça são manifestações vinculadas ao encarceramento, sendo qualificadas como sintomas comuns e naturais (DAMAS, 2013). Dessa forma, Birmingham (2003) em estudo realizado nas prisões da Inglaterra e da Escócia, afirma que 90% da PPL apresentava algum transtorno mental, essas taxas são de duas a quatro vezes mais prevalentes que na população geral (COELHO, 2012).

No estado de São Paulo, em 2006, a prevalência dos transtornos mentais na PPL predominou entre as mulheres, podendo atingir de 19,1% a 59,4% de ansiedade (COSTA, 2020; HERNANDEZ-VÁSQUEZ, ROJAS-ROQUE, 2020; TUNG *et al.*, 2019) e a depressão de 21% a 41,3% (COSTA, 2020; SANTOS *et al.*, 2019).

O desenvolvimento de sofrimento mental nas UP, segundo a literatura nacional e internacional, é decorrente das condições estruturais precárias e insalubres do cárcere, como a superlotação, a falta de privacidade, ruptura dos relacionamentos pessoais, rotina, vigilância permanente, além da exposição a situações constantes de violência física e psicológica, causadoras de estresse. Este cenário contribui para o aparecimento e o agravamento de doenças infecciosas, principalmente do sistema respiratório, as dermatoses e os transtornos mentais (DAMAS, 2013 CONSTANTINO, ASSIS e PINTO, 2016; ARROYO, ORTEGA, 2009). Todavia, em um estudo realizado com a população carcerária do estado da Paraíba foram destacados altos índices de TAG e EDM. Contudo, os autores defendem que as possíveis etiologias

desencadeantes do transtorno de ansiedade são prévias a prisão, sendo o encarceramento um fator desencadeante (ARAÚJO, NAKANO, GOUVEIA, 2009). Nesse sentido, antecedentes de sintomas depressivos na infância e na adolescência, predis põem em até sete vezes o desenvolvimento de depressão na vida adulta, que pode ser desencadeada por condições de pobreza, eventos negativos durante o curso da vida e rompimento de laços familiares e afetivos (RIBEIRO, CORREA, OLIVEIRA, 2020).

Para identificar nos pacientes com sofrimento psíquico aqueles que têm maior probabilidade de apresentar um diagnóstico mental, foi utilizado, neste estudo, um instrumento de rastreamento. O instrumento utilizado é de fácil aplicação, rápido, autoexplicativo, e baseado no DSM IV, tendo sido traduzido e adaptado para a realidade brasileira. Com a aplicação do instrumento, 33 pacientes foram selecionados para a investigação confirmatória de 58 possíveis diagnósticos.

Contudo, em dois pacientes, o instrumento não foi capaz de selecionar os sujeitos para a confirmação diagnóstica, cabendo ao profissional identificar os sintomas durante o atendimento clínico. Assim, a utilização de instrumentos de rastreamento exige que seja realizado treinamento prévio dos pesquisadores para a aproximação do instrumento e a padronização das respostas.

Outra dificuldade com instrumento foi relacionada à investigação sobre o uso de álcool no cenário prisional. Ainda que a entrevista tenha sido realizada em ambiente reservado e que os sujeitos estivessem cientes que o instrumento utilizado seria arquivado com os pesquisadores, apenas seis participantes informaram sobre o uso de álcool quando perguntados abertamente sobre o consumo na UP, mas nenhum indivíduo pontuou durante a aplicação do item AUDIT-3 do Mini-SMD. Esta ausência de resposta pode estar relacionada à quantidade de doses ingeridas em uma ocasião, pois perguntava-se sobre o uso de seis ou mais doses de uma única vez, o que limita seu uso em ambientes prisionais. Existem relatos no universo das UP sobre a fabricação de bebidas alcoólicas utilizando frutas cítricas, arroz e açúcar, conhecida como “Maria Louca”, todavia, a produção é em pequena quantidade e dividida entre os apenados, além de ser uma contravenção penal.

Quanto ao rastreamento, o instrumento foi capaz de identificar 54,6% de indivíduos com um ou mais diagnósticos, porém em 15 participantes (45,4%), apesar de terem uma pontuação significativa não apresentaram a confirmação diagnóstica



pelo MINI. Esses achados podem sofrer influência do ambiente ansiogênico do cárcere, uma vez que a maioria pontuou na questão sobre sentimento de ansiedade, nervosismo e indicou estar no seu limite. Entretanto, para a confirmação do diagnóstico é necessário ter estes sintomas durante um período de, no mínimo, seis meses, além de outros sintomas associados. O fato de não apresentar um critério diagnóstico não descarta o sofrimento individual do participante e não impede a evolução para o desenvolvimento da doença, uma vez que os sentimentos estão diretamente relacionados aos ambientes em que a população privada de liberdade está exposta (ALVES, RODRIGUES, 2010; ESTEBAN-FEBRES, 2019). Dados encontrados na literatura mostram que os sintomas ansiosos estão mais presentes entre os novatos quando comparados àqueles que estão há mais tempo no sistema prisional (ARAÚJO, NAKANO, GOUVEIA, 2009). Os autores discutem a capacidade de resiliência e adaptação da PPL a este cenário. Alguns autores destacam que o processo de ajustamento ao aprisionamento pode ser dividido em três fases, sendo a primeira caracterizada pelo comportamento imaturo, ansiedade e comportamento instável. A segunda fase ocorre quando houve falha na adaptação ao ambiente, desenvolvendo comportamento agressivo e prevalência de ataques severos de ansiedade. E a terceira fase já está associada a um processo grave de deterioração, com sintomas psicóticos, reações anormais ao ambiente, desordens afetivas e ataques graves de ansiedade (ARROYO; ORTEGA, 2009). Apesar desses dados, não se encontrou associação entre o tempo de encarceramento e o desenvolvimento de TMC ou transtorno psicótico

Quanto aos achados dos TMC, foram confirmados entre a população participante do estudo 5,74% de prevalência de EDM, 5,26% de TAG e 3,8% de transtorno psicótico. Estes achados foram concordantes com a literatura. Segundo a OMS, a prevalência de TAG entre as PPL se aproxima de 3,6% (OMS). E quanto aos sintomas depressivos, estes atingem 7,5% das mulheres e 6,3% dos homens privados de liberdade (CONSTATINO *et al.*, 2016).

Os resultados encontrados neste estudo foram menores quando comparados com os dados de Lorito *et al.* (2018) onde a prevalência de algum transtorno mental entre idosos de uma UP foi de 38,4%, sendo 28,3% de EDM e 22,9% de transtorno de personalidade. Assim, em um estudo realizado com a população carcerária do

estado da Paraíba foram destacados altos índices de TAG e EDM (ARAÚJO, NAKANO, GOUVEIA, 2009).

As diferenças encontradas entre os estudos podem estar relacionadas à forma de investigação, uma vez que estudos que inquerem sobre a presença auto referida de sintomas de sofrimento mental são diferentes daqueles que investigam o diagnóstico clínico usando instrumentos diagnósticos (THE HEALTH OF AUSTRALIA'S PRISONERS, 2015).

Os dados apontaram que a religião se apresenta como um fator protetor para o não desenvolvimento de transtorno de ansiedade generalizada, dados coerentes com a literatura nacional (CONSTANTINO, ASSIS e PINTO, 2016; MORAES, DALGALRRONDO, 2006). A oferta de celebrações e cultos nas UP podem trazer benefícios individuais, promovendo bem-estar mental, tranquilidade, estimular uma rede social de convívio e apoio, além de favorecer a reabilitação. Nesse sentido, ter um companheiro também se mostrou como um fator protetor para o desenvolvimento de TAG. A presença da família é considerada frequentemente como uma forma de suporte no cárcere e principalmente após o encarceramento, reduzindo a reincidência penitenciária (THE HEALTH OF AUSTRALIA'S PRISONERS, 2015).

Damas *et al.* (2012) relatam que a atenção à saúde mental do preso é a condição necessária para a redução da criminalidade. A ressocialização da PPL depende das condições de saúde das UP. Os detentos são negligenciados em seus direitos, impactando e causando sofrimento a PPL, suas famílias e com repercussões na sociedade. As políticas de saúde ainda não foram implementadas em sua totalidade, uma vez que faltam profissionais de saúde e de diversas áreas, principalmente médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, assistente sociais e psicólogos, contradizendo as recomendações que as pessoas privadas de liberdade não devem sair em liberdade com o estado de saúde pior que quando entrou no cárcere (CONSTANTINO, ASSIS e PINTO, 2016).

São inúmeros os desafios para se prestar assistência à saúde nas UP, assim como realizar estudos no cárcere. Um dos desafios postos foi a necessidade de ter a coleta de dados realizada no pavilhão da escola, implicando na realização da pesquisa no período das férias escolares. Outro empecilho foi o elevado número de transferências entre UP o que exigiu o sorteio de novos participantes, além da

necessidade da coleta em questionários impressos, uma vez que o uso de computadores e *tablets* não são permitidos por questões de segurança.

Destaque que os dados encontrados são provenientes de uma amostra representativa da UP estudada, podendo ser representativa de outras penitenciárias por crimes gerais. Contudo, os dados não devem ser extrapolados para PPL por crimes sexuais, menores de 18 anos e mulheres privadas de liberdade.

Assim, sistemas carcerários nacionais e internacionais, de acordo com a literatura apresentada, possuem altos índices de prevalência dos transtornos mentais quando comparados aos da população geral. Alguns estudos relacionam essas doenças aos ambientes das UP, por serem insalubres, não terem uma boa ventilação, serem úmidos, escuros, estarem superlotados e em más condições de higiene. Nesse estudo, mostrou-se o perfil da PPL encarcerada por crimes gerais, de uma penitenciária do interior paulista uma prevalência elevada de sofrimento mental e a necessidade de investimentos em contratação e capacitação dos profissionais para prestarem serviços qualificados a PPL. Enfatizando as condições de saúde em que se encontravam, sem assistência médica devida, a maioria deles estavam sem diagnóstico, tratamento e seguimento das doenças em geral, principalmente dos TMC como a depressão e ansiedade.

## **7. CONCLUSÕES**

Os sistemas carcerários do Brasil e de outros países apresentam altos índices de sofrimento mental quando comparados com a população geral. O estudo encontrou uma maioria negra, de baixa escolaridade, com idade entre 30 e 39 anos, sedentária, tabagista e com uso abusivo de álcool e drogas anterior ao encarceramento.

Dos 209 participantes, a maioria mencionou sentir-se nervoso, ansioso ou no seu limite, e mais de um terço sentia-se triste, deprimido ou sem esperança. Dezoito participantes foram diagnosticados com algum transtorno mental, representando quase 10% da população estudada, sendo a prevalência de 5,74% de EDM, 5,26% de TAG e 3,8% de transtornos psicóticos. Não foram encontrados neste estudo nenhuma associação de risco ou proteção para o desenvolvimento de EDM, entretanto, ter um(a) companheira(o) e/ou possuir uma religião foram fatores protetores para o não desenvolvimento de TAG.

Trabalhos relacionam essas doenças aos ambientes dos UP por serem insalubres, úmidos, escuros, superlotados, associados a ruptura dos relacionamentos pessoais, a vigilância permanente e ociosidade. Ademais as condições de saúde em que se encontravam, sem assistência médica adequada, a maioria destes estava sem diagnóstico, tratamento e seguimento das doenças em geral, principalmente dos transtornos mentais comuns como a depressão e ansiedade.

As PPL são provenientes de populações marginalizadas com dificuldade de acesso a serviços de saúde, educação e a políticas públicas de seguridade social. Quando adentram no sistema prisional, em sua maioria, são usuários de drogas e provenientes da rua, acometidas de enfermidades que carecem de cuidado em saúde. O cárcere pode ser uma oportunidade para o tratamento destas patologias, para ações de promoção de saúde e prevenção de outras doenças, principalmente no que tange aos transtornos mentais. O tratamento dos TMC pode ter um importante papel na ressocialização das PPL, diminuição da reincidência e melhoria da qualidade de vida destas pessoas. Entretanto, tal realidade não é vislumbrada no presente ou futuro próximo, faz-se necessário pautar a saúde mental nas políticas públicas nacionais como prioridade e estabelecer projetos que visem essa população.

Ainda há a muito trabalho a ser desenvolvido para que as PPL tenham o que é por direito legal, principalmente, quanto ao atendimento integral à saúde, garantindo os atributos de universalidade, integralidade e equidade do cuidado.

## **REFERÊNCIAS**

ALVES, Ana Alexandre Marinho; RODRIGUES, Nuno Filipe Reis. Determinantes sociais e económicos da Saúde Mental. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. 2010. Disponível em: <<https://run.unl.pt/bitstream/10362/98901/1/RUN%20-%20RPSP%20-%202010%20-%20v28n2a02%20-%20p127-131.pdf>>. Acesso em 19 de maio 2022.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. 4<sup>th</sup>. Edition, Text Revision (DSM-IV-TR), Washington, DC 2000.

AMORIM, Patrícia. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. 2000; 22(3): 106-15.

ARAÚJO, Fábio Alves F. M de; NAKANO, Tatiana de C.; GOUVEIA, Maria Lígia de A. Prevalência de depressão e ansiedade em detentos. Avaliação Psicológica. **Periódicos Eletrônicos em Psicologia**. V.8. n.3. 2009. p.381-390.

ARROYO, Juan M.; ORTEGA, Ernesto. Los transtornos de personalidad em reclusos como fator de distorsion del clima social de la prision. **Revista Española de Sanidad Penitenciaria**. v.11 p. 11-15, 2009. Disponível em: <[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1575-06202009000100002](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1575-06202009000100002)>. Acesso em 15 de abr. 2022.

AYUSO-MATEOS, José L.; NUVEO, Roberto; VERDES, Emese; NAIDOO, Nirmala; CHATTERJI, Somnath. From depressive symptoms to depressive disorders: the relevance of thresholds. **National Library of Medicine**. Br J Psychiatry 2010; 196:365. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20435961/>>. Acesso em: 10 de mar. 2022.

BARANYI Gergo; SCHOLL, Carolin; FAZEL, Seena; PATEL, Vikram; PRIEBE, Stefan; MUNDT, Adrian P. Severe mental illness and substance use disorders in prisoners in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis of prevalence studies. **The Lancet Global Health**. 2019;7(4):e461-71. Disponível em: <[https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(18\)30539-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(18)30539-4/fulltext)>. Acesso em 10 de maio 2022.

BINOTTO, André Luiz. Interface saúde da família & saúde mental: uma estratégia para o cuidado. **Revista brasileira de medicina de família e comunidade**. Florianópolis, 2012, abr.-jun.; 7(23).

BIRMINGHAM, Luke. The mental health of prisoners. **Advances in Psychiatric Treatment**. 2003, vol. 9., 191-201. Disponível em: <<https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/9771F2985A51689CFD45D1581D044613/S135551460000390a.pdf/div-class-title-the-mental-health-of-prisoners-div.pdf>>. Acesso em 04 de maio 2022.

BOLSONI, Livia Maria; MOSCOVICI, Leonardo; MARQUES, João M. de A.; ZUARDI, Antonio Waldo. Specific mental disorder screening compilation may detect general mental disorders. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. 2018; 13(40):1-13.

BRASIL. **LEI N.º 7.120, de 11 de Julho de 1984**. Institui a Lei de Execução Penal. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l7210.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7210.htm)>. Acesso em: 18 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº. 1, de 2 de janeiro de 2014**. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2014. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001\\_02\\_01\\_2014.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001_02_01_2014.html) . Acesso em 30 out.2019.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. **Há 726.712 pessoas presas no Brasil**. Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias, o Infopen, traz dados consolidados. 08 de dez. 2017. Disponível em: <<https://www.justica.gov.br/news/ha-726-712-pessoas-presas-no-brasil>>. Acesso em: 26 de maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2017: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico/estimativas sobre frequência e distribuição sócio-demográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2017**. Brasília, DF, 2018.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. **Departamento Penitenciário Nacional**. 2021. Disponível em: [https://www.gov.br/depen/pt-br/aceso-a-informacao/institucional/departamento-penitenciario-nacional-1#:~:text=O%20Departamento%20Penitenc%C3%A1rio%20Nacional%20\(DEPEN,Pol%C3%ADtica%20Criminal%20e%20Penitenc%C3%A1ria%20%E2%80%93%20CNPCCP](https://www.gov.br/depen/pt-br/aceso-a-informacao/institucional/departamento-penitenciario-nacional-1#:~:text=O%20Departamento%20Penitenc%C3%A1rio%20Nacional%20(DEPEN,Pol%C3%ADtica%20Criminal%20e%20Penitenc%C3%A1ria%20%E2%80%93%20CNPCCP). Acesso em: 09 de maio 2022.

COELHO, Maria Thereza A. Dantas. A saúde mental de infratores presos numa unidade prisional da cidade do Salvador. In: COELHO, Maria Thereza A. Dantas; CARVALHO FILHO, Milton Júlio. (orgs). **Prisões numa abordagem interdisciplinar** [online]. Salvador: EDUFBA, 2012, pp. 131-144. Disponível em: <<https://books.scielo.org/id/7mkg8/pdf/coelhos-9788523217358-09.pdf>>. Acesso em: 10 de maio 2022.

CONSTANTINO, Patrícia; ASSIS, Simone Gonçalves; PINTO, Liana Wernerbasch. O impacto da prisão na saúde mental dos presos do estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 7, p. 2089-2100, July 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232016000702089&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232016000702089&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 30. out. 2019.

COSTA, Caroline Ribeiro *et al.* Prevalence and associated fator is with depression and anxiety in prisoners in South of Brazil. **Revista de Psiquiatria Clínica**. 2020; 47(4):89-94. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rpc/a/VQCN939FT4MLXhttpFwZM3CM/abstract/?lang=en>>. Acesso em 10 de abr. 2022.



COUTINHO, Letícia Maria; MATIJASEVIC, Alicia; SCAZUFCA, Márcia; MENEZES, Paulo Rossi. Prevalencia de transtornos mentales comunes y contexto social: análisis multinível del *São Paulo Ageing & Health Study* (SPAH). **Cadernos de Saúde Pública**. 30 (9), Set. 2014.

DAMAS, Fernando Balvedi. A saúde mental nas prisões de Santa Catarina, Brasil. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v.5, n.12, p.1 - 24, 2013. Disponível em: <<https://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/1758>>. Acesso em: 10 de abr. 2022.

DUTHÉ, Géraldine; HAZARD, Angélique; KENSEY, Annie; SHON, Jean-Louis Pan Suicide among male prisoners in France: A prospective population-based study. **Forensic Science International**. Volume 233, Issues 1–3, 10 December 2013, Pages 273-277. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0379073813004313>>. Acesso em: 20 de abr. 2022.

ESTEBAN-FEBRES, S. *et al.* Factors related to psychopathological symptoms of female inmates of a prison in Lima. **Revista Española de Sanidad Penitenciaria**. 2019;21:11-7. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31498855/>>. Acesso em: 23 de maio 2022.

FAZEL, Seena; BAILLARGOON, Jacques. The health of prisoners. **Lancet** 2011. v. 377, 2011. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21093904/>>. Acesso em: 10 de abr. 2022.

FERNANDES, Luiz Henrique *et al.* Necessidade de aprimoramento do atendimento à saúde no sistema carcerário. **Rev. Saúde Pública**. 2014;48(2):275-283. Disponível em: <[https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4642158/mod\\_resource/content/1/Necessidadedes%20de%20aprimoramento%20do%20atendimento%20a%20sa%C3%BAde%20no%20sistema%20carcer%C3%A1rio.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4642158/mod_resource/content/1/Necessidadedes%20de%20aprimoramento%20do%20atendimento%20a%20sa%C3%BAde%20no%20sistema%20carcer%C3%A1rio.pdf)>.

FERNANDES, Márcia Astrês *et al.* Prevalência dos transtornos de ansiedade como causa de afastamento de trabalhadores. **Revista Brasileira de Enfermagem**. vol.71 supl.5. Brasília 2018. Universidade Federal do Piauí. Terezina-PI, Brasil. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672018001102213&lng=en&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018001102213&lng=en&tlng=pt)>. Acesso em 30 de out. 2019.

GONÇALVES, Daniel Almeida *et al.* Estudo multicêntrico brasileiro sobre transtornos mentais comuns na atenção primária: prevalência e fatores sociodemográficos relacionados. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 30(3):623-632, mar, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/q37TMyXRjLhnjN4GMGDWwbQ/abstract/?lang=en>>. Acesso em: 15 de abr. 2022.

HERNÁNDEZ-VÁSQUEZ A; ROJAS-ROQUE, C. Diseases and access to treatment by the Peruvian prison population: an analysis according to gender. **Revista Española de Sanidad Penitenciaria**. 2020;22(1):9-15. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32406484/>>. Acesso em 14 de abr. 2022.

INFOPEN. Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias. **Portal de Dados. MJ.** Ministério da Justiça. Julho- Dezembro 2020.2021. Disponível em: <<https://dados.mj.gov.br/dataset/infopen-levantamento-nacional-de-informacoes-penitenciarias>>. Acesso em: 18 de jun. 2022.

KROENKE, Kurt; SPITZER, Robert. L.; WILLIAMS, Janet B. The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. *Med Care*. **National Library of Medicine**. v. 41, n. 11, p. 1284-1292, nov. 2003. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14583691/>>. Acesso em: 20 de abr. 2022.

LIMA OSÓRIO, F. et al. Study of the Discriminative Validity of the PHQ-9 and PHQ-2in a Sample of Brazilian Women in the Context of Primary Health Care. *Perspect Psychiatr Care*, [Internet], v. 45, n. 3, p. 216-227, jul. 2009.

LORITO, Claudio Di; VOLLM, Brigit; DENING, Tom. Psychiatric disorders among older prisoners: a systematic review and comparison study against older people in the Community. **Aging & Mental Health**, 2018. Vol 22, NO.1,1-10. Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13607863.2017.1286453?journalCode=camh20>>. Acesso em 04 de maio 2022.

LUCHESE, Roselma *et al.* Prevalência de transtorno mental comum na atenção primária. **Acta Paulista de Enfermagem**. 27(3), jul. 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ape/a/hPYgLCWcbcyrsWt5jhgxT5z/abstract/?lang=pt>>. Acesso em 20 de abr. 2022.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; RIBEIRO, Aldagisa Pereira. Condições de saúde dos presos do estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 21 (7):2031-2040, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/tRXJDPpwf6s6sf5xDBmS94f/abstract/?lang=pt>>. Acesso em 10 de abr. 2022.

MOSCOVICI, Leonardo. **Avaliação do efeito de estratégia de saúde da família com e sem apoio matricial na prevalência e gravidade de transtornos mentais no município de Ribeirão Preto**: um estudo transversal. Tese de Doutorado. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 2017.

MORAES, Paulo Augusto C.; DALGALRRONDO, Paulo. Mulheres encarceradas dm São Paulo: saúde mental e religiosidade. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. 55(1): 50-56, 2006. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/SXMkBDy7jYcDQg5Hn6rfy3d/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 10 de jun. 2022.

OLIVEIRA, Carolina Bessa Ferreira de. A educação escolar nas prisões: uma análise a partir das representações dos presos da penitenciária de Uberlândia (MG). **Revista Educação e Pesquisa**. 39(4). Dez. 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ep/a/xQpHYwtvPtbc76DjwLjSQ7y/?lang=pt>>. Acesso em: 14 de maio 2022.

PAGANO, Marcello; GAUVREAU, Kimberlee. **Princípios de Bioestatística**. São Paulo: Thomson, 2004.

R CORE TEAM. R: A language and environment for statistical computing. **R Foundation for Statistical Computing**. Vienna, Austria. Disponível em: URL <<https://www.R-project.org/>>. Acesso em 31 jan. 2021.

REGRAS DE MANDELA: Regras mínimas das Nações Unidas para o tratamento de presos. **Conselho Nacional de Justiça**. Série Tratados Internacionais de Direitos Humanos. Coordenação: Luís Geraldo Sant'Ana Lanfredi - Brasília: CNJ, 2016. Disponível em: <<https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2019/09/a9426e51735a4d0d8501f06a4ba8b4de.pdf>>. Acesso em 26 maio 2022.

RIBEIRO, Isabel Batista da Silva; CORREA, Marcia Mara; OLIVEIRA, Gabriela; CADE, Nágela Valadão. Transtorno mental comum e condição socioeconômica em adolescentes do Erica. **Revista de Saúde Pública**, 2020; 54.4.

SADOCK, Benjamin J.; SADOCK, Virginia A. **Manual de farmacologia psiquiátrica de Kaplan & Sadock**. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. **População Prisional do Estado de São Paulo**. São Paulo, 2022. Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/cidadao/areas-tecnicas-da-sessp/saude-daspopulacoes-privadas-de-liberdade/saude-do-sistema-penitenciario/populacao-prisional-doestado-de-sao-paulo-segundo-drs>>. Acesso em: 26 maio 2022.

SÃO PAULO. Secretaria de Administração Penitenciária. **179 penitenciárias**. Disponível em: <[www.sap.sp.gov.br/uni-prisionais/pen.html](http://www.sap.sp.gov.br/uni-prisionais/pen.html)>. Acesso em: 10 de jun. 2022.

SANTOS, Maíra Mendes dos; BARROS, Claudia R. dos Santos; ANDREOLI, Sérgio Baxter. Fatores associados à depressão em homens e mulheres presos. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. 2019;22:e190051. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbepid/a/bWsfrQZjdSHt3qSJs5PmHfR/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em 15 de mar. 2022.

SOARES FILHO, Marden Marques; BUENO, Paula Michele Martins Gomes. Demografia, vulnerabilidades e direito à saúde da população prisional brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 7, p. 1999, 2010, 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232016000701999&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232016000701999&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 29 out. 2019.

THE HEALTH OF AUSTRALIA'S PRISONERS. 2015. **Australian Institute of Health and Welfare**, 2015. Disponível em: <<https://www.aihw.gov.au/getmedia/9c42d6f3-2631-4452-b0df-9067fd71e33a/aihw-phe-207.pdf.aspx?inline=true>>. Acesso em 04 de abr. 2022.

TUNG, Tao-Hsin; HSIAO, Yi-Ying; SHEN, Sheng-Ang; HUANG, Chien. The prevalence of mental disorders in Taiwanese prisons: a nationwide population-based study. **National Library of Medicine**. Soc Psychiatry Epidemiol. 2019;54(3):379-86.

Disponível em: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30310945/>>. Acesso em: 10 de mar. 2022.

VERA-REMARTINEZ, Enrique J. *et al.* Prevalência de patologias crônicas y fatores de resgo en población penitenciaria española. **Revista española de sanidad penitenciaria**. Barcelona, v. 16, n. 2, p. 3847, oct. 2014. Disponível em: < [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1575-06202014000200003](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-06202014000200003)>. Acesso em: 28 out. 2019.

WALMSLEY, R. **World prison population list (eleventh edition)**. Institute for Criminal Policy Research, London, 2015. Disponível em: <[http://www.prisonstudies.org/sites/default/files/resources/downloads/world\\_prison\\_population\\_list\\_11th\\_edition\\_0.pdf](http://www.prisonstudies.org/sites/default/files/resources/downloads/world_prison_population_list_11th_edition_0.pdf)>. Acesso em: 20 de out. 2019.

ZOU, Guangyong. A Modified Poisson Regression Approach to Prospective Studies with Binary Data. **American journal of epidemiology**. 2004; 159(7):702-6. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15033648/>>. Acesso em 15 de maio 2022.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.



Universidade de São Paulo  
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto  
Departamento de Medicina Social



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Título do Projeto: “Condições de saúde da População Privada de Liberdade na Penitenciárias I e II de**

**Serra Azul/SP”**

**Pesquisadores Responsáveis:**

Luciane Loures dos Santos – luloures@fmrp.usp.br – 3602-2433

Renata Moreira Serra – renataserra@usp.br - 3602-2433

Você está sendo convidado a participar voluntariamente do estudo “Condições de saúde da População

Privada de Liberdade na Penitenciárias Masculinas I e II de Serra Azul/SP”. Esta pesquisa poderá contribuir para conhecer o perfil de doenças da população privada de liberdade, assim como ajudar a organizar a assistência à saúde nas unidades prisionais. O objetivo da pesquisa será avaliar sua condição de saúde, por meio de atendimento médico e de exames de sangue. Caso o senhor concorde em participar, serão oferecidos dois atendimentos médicos, onde o senhor responderá um questionário e será examinado por profissionais da saúde que irão medir sua pressão, sua altura, sua cintura, a largura do braço, seu peso e avaliar a composição corporal utilizando eletrodos que serão colados nos seus pés e braços. Essas medidas do corpo podem causar um pequeno desconforto de ficar descalço para subir na balança, ficar imóvel para as medidas de peso e altura, ter a barriga e o braço medidos com uma fita métrica, assim como ter algumas partes do corpo apertadas com um aparelho como o que mede a pressão sanguínea. Caso você se sinta desconfortável, interromperemos a avaliação e retornaremos assim que você quiser. Além disso, será tirada uma pequena quantidade de sangue (cerca da metade de um copinho de café -30 ml) do seu braço, para investigar se o senhor tem diabetes, colesterol alto. Esta coleta de sangue poderá causar dor por causa da picada da agulha, mas será feita com uma equipe de enfermagem treinada, com material descartável dentro da própria penitenciária. O sangue colhido será utilizado apenas para investigar estas doenças e será descartado pelo laboratório após a análise. Os atendimentos médicos acontecerão em dois dias diferentes, com tempo médio de 30 minutos cada um. No primeiro dia serão realizados o atendimento médico. Neste dia, você poderá se beneficiar ao ser consultado por um médico que avaliará seus problemas de saúde e solicitará alguns exames. No segundo dia será realizada outra consulta médica para conferir os resultados dos exames de sangue e

reavaliar seus problemas de saúde. Caso você tenha algum exame alterado, você será tratado pela equipe de pesquisa, se for uma doença mais grave, você será encaminhado para atendimento em outros serviços de saúde, como ambulatórios e hospitais vinculados a Rede de Atenção à Saúde da região. Pedimos permissão para procurar informações sobre sua saúde em seu prontuário médico e anotar os resultados encontrados durante o atendimento realizado. Você não receberá benefícios financeiros pela participação nesta pesquisa, mas receberá orientações que poderão te ajudar a prevenir doenças e receber tratamentos para as doenças que forem diagnosticadas em você, melhorando sua saúde. Além disso, com este levantamento, poderemos ajudar a conhecer e organizar o fluxo de atendimento das pessoas presas.

### **VERSÃO03\_TCLE\_11/2018**

Você poderá desistir de participar deste estudo a qualquer momento, sem que isto prejudique ou coloque em risco seu atendimento no Serviço de Saúde da Penitenciária ou outros serviços de saúde da rede.

Somente você e os pesquisadores terão acesso às informações da sua participação, será garantido o sigilo dos seus dados de identificação e os dados serão analisados de forma geral, sem a identificação de cada indivíduo. Estas informações serão utilizadas exclusivamente para este estudo e os dados coletados na pesquisa serão arquivados no Departamento de Medicina Social do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (HC-FMRP-USP). Os resultados finais da pesquisa poderão ser divulgados em revistas científicas ou em congressos e os dados pessoais dos participantes do estudo não serão revelados, garantindo o sigilo.

Você não terá nenhum gasto financeiro, nem qualquer tipo de ressarcimento. Durante todo o estudo, os pesquisadores se comprometem a esclarecer dúvidas sobre todas as etapas, além de oferecer aconselhamento antes e depois dos exames de sangue, especialmente para as doenças sexualmente transmissíveis. Você também tem o direito à indenização conforme as leis vigentes no país, caso ocorra algum dano decorrente da participação na pesquisa.

Os pesquisadores responsáveis pela pesquisa poderão ser encontrados pelos telefones (16)3602-2433 ou no endereço Avenida Bandeirantes, 3900 - Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – 2º andar do Hospital das Clínicas da FMRP. Em caso de dúvidas ou esclarecimentos, você poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da FMRP-USP, pelo telefone (16) 3602-0009, que funciona de segunda à sexta-feira das 8:00 às 17:00 horas. Essa pesquisa foi aprovada por este Comitê de Ética em Pesquisa que tem a finalidade de proteger eticamente o participante.

Eu, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, li e concordo em participar da pesquisa.

Serra Azul, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Assinatura ou impressão digital direita do participante

Assinatura do Orientador responsável                      Assinatura do  
pesquisador da pesquisa   Prof. Dr. Luciane Loures dos Santos  
Renata Moreira Serra VERSÃO03\_TCLE\_11/2018



## APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO SOBRE AS CONDIÇÕES DE SAÚDE DA PI DE SERRA AZUL/SP.

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Pesquisador \_\_\_\_\_

<b>ESTAÇÃO 1: IDENTIFICAÇÃO GERAL</b>		
<b>1. Identificação Numérica do Participante (Ordem numérica da pesquisa):</b>		
<b>2. Nome do participante (Nome completo):</b>		
<b>3. Raio:</b>	<b>4. Matrícula (da UP):</b>	
<b>5. Idade atual:</b>	<b>6. Data de Nascimento</b> ___/___/_____	
<b>7. Local de nascimento (cidade/ estado):</b>		
<b>8. Procedência (cidade/estado) antes de ser preso:</b>		
<b>9. Estado Civil atual</b>		
1. ( ) solteiro	2. ( ) Casado legalmente	3. ( ) União Estável
4. ( ) Separado/Divorciado	5. ( ) Viúvo	6. ( ) Não quis informar
<b>10. Qual a sua cor/raça? (autodeclarada)</b>		
1. ( ) branco	2. ( ) preto	3. ( ) pardo
4. ( ) amarelo	5. ( ) indígena	6. ( ) não sabe
7. ( ) quis informar	7. ( ) não	
<b>Escolaridade</b>		
<b>11. Você sabe ler?</b> ( ) Sim ( ) Não		
<b>12. Você frequenta a escola atualmente na penitenciária?</b> ( ) Sim ( ) Não		
<b>13. Qual série?</b> _____ ( ) Não se aplica		
<b>14. Grau de Instrução: Até que série você estudou?</b>		
1. ( ) Nunca estudou		
2. ( ) Ensino Fundamental Incompleto (1º ao 9º ano ou 1º grau). Até que série você estudou? _____		
3. ( ) Ensino Fundamental completo.		
4. ( ) Ensino Médio Incompleto (1- 3º ano/científico ou 2º grau). Até que série você estudou? _____		
5. ( ) Ensino médio completo		
6. ( ) Superior incompleto		
7. ( ) Superior completo		
8. ( ) Pós-graduação (especialização, mestrado, doutorado)		
9. ( ) Não quis responder		
10. ( ) Não sabe		
<b>15. Já realizou algum curso técnico de formação?</b> ( ) SIM ( ) NAO		
<b>16. Se SIM, foi na prisão?</b> ( ) SIM ( ) NÃO ( ) Não se aplica		
<b>17. O senhor trabalha na prisão?</b> ( ) Sim ( ) Não		
<b>18. O que o senhor faz?</b> _____ ( ) Não		
<b>19. Tinha ocupação prévia à prisão?</b> ( ) Sim ( ) Não		

20. O que o senhor fazia? \_\_\_\_\_ ( ) Não se aplica
21. Tinha Carteira assinada? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Pesquisador \_\_\_\_\_

ESTAÇÃO 2: DADOS ANTROPOMÉTRICOS	
22.PESO (kg): _____	23.ALTURA (m/cm): ____, _____
24.CIRCUNFERENCIA ABDOMINAL (cm): _____	
25.PRESSÃO ARTERIAL* (mmHg) _____	
26.Membro Superior Direito: _____	
27.Membro Superior Esquerdo: _____	
28.Peso de entrada no Sistema Prisional: _____	
29.Data do peso da entrada no Sistema Prisional _____	

\* Paciente sentado, pernas descruzadas, verificar posicionamento do manguito, braço no nível do coração (apoiado sobre a mesa). Caso seja necessário medir no mesmo braço, esperar dois minutos entre cada medida.

CHECOU A MATRÍCULA? \_\_\_\_\_

REGISTROU NO PRONTUÁRIO OS DADOS DE PESO, ALTURA, CIRCUNFERENCIA ABDOMINAL E A PRESSÃO ARTERIAL? \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Pesquisador \_\_\_\_\_

Agora vamos perguntar sobre sua saúde

ESTAÇÃO 3: ANAMNESE - DADOS SOBRE À SAÚDE
<p>30. Em geral, como o senhor avalia a sua saúde?</p> <p>1.( ) Muito boa. 2.( ) Boa 3.( ) Regular 4.( ) Ruim 5.( ) Muito ruim</p>
<p>31. O senhor já foi atendido pela equipe de saúde desta penitenciária?</p> <p>( ) 1. Sim ( ) 2. Não</p>
<p>32. Algum MÉDICO já lhe disse que o Senhor tem PRESSÃO ALTA?</p>

1. Sim  2. Não 3.  Não lembra

**33. O Senhor toma ou já tomou remédio para PRESSÃO ALTA?**

1. Sim  2. Não 3.  Não lembra

**34. O Senhor já teve glicemia (açúcar no sangue) elevada durante um exame de rotina ou quando estava com problema de saúde?**

1. Sim  2. Não

**35. Algum MÉDICO já lhe disse que o Senhor tem DIABETES?**

1. Sim  2. Não 3.  Não lembra

**36. O Senhor toma ou já tomou remédio para DIABETES?**

1. Sim  2. Não 3.  Não lembra

**37. Se SIM, faz uso de insulina?**  1. Sim  2. Não

**38. Algum MÉDICO já lhe disse que o Senhor tem Colesterol alto?**

1. Sim  2. Não 3.  Não lembra

**39. O Senhor toma ou já tomou remédio para colesterol alto?**

1. Sim  2. Não 3.  Não lembra

**40. Algum MÉDICO já lhe disse que o Senhor teve infarto do coração?**

1. Sim  2. Não 3.  Não lembra

**41. Algum MÉDICO já lhe disse que o Senhor teve derrame ou AVC?**

1. Sim  2. Não 3.  Não lembra

**42. Algum MÉDICO já lhe disse que o Senhor tem ou teve Depressão?**

1. Sim  2. Não 3.  Não lembra

**43. Algum MÉDICO já lhe disse que o Senhor tem ou teve transtorno de ansiedade?**

1. Sim  2. Não 3.  Não lembra

**ESTAÇÃO 3: ANAMNESE  
DADOS SOBRE HISTÓRIA FAMILIAR**

**44. Você tem alguém na família que foi diagnosticado com DIABETES (do tipo 1 ou tipo 2)**

- ( ) 1. Sim, avós, tia, tio, primos de primeiro grau (mas não os pais, irmãos ou filhos) ( ) 2. Sim, pais, irmãos ou filhos  
 ( ) 3. Não  
 ( ) 4. Não soube informar

**45. Você tem alguém na família que foi diagnosticado com PRESSÃO ALTA?**

- ( ) 1. Sim, avós, tia, tio, primos de primeiro grau (mas não os pais, irmãos ou filhos) ( ) 2. Sim, pais, irmãos ou filhos  
 ( ) 3. Não  
 ( ) 4. Não soube informar

**46. Você tem alguém na família que foi diagnosticado com COLESTEROL ALTO?**

- ( ) 1. Sim, avós, tia, tio, primos de primeiro grau (mas não os pais, irmãos ou filhos) ( ) 2. Sim, pais, irmãos ou filhos  
 ( ) 3. Não  
 ( ) 4. Não soube informar

**ESTAÇÃO 3: ANAMNESE  
 DADOS SOBRE HÁBITOS DE VIDA**

**47. Com que frequência o senhor come verduras, legumes e frutas?**

1. ( ) Todo os dias  
 2. ( ) Não como todos os dias

**48. Pratica atividade física diariamente durante pelo menos, 30 minutos, no trabalho e/ou durante o tempo livre (incluindo as atividades da vida diária)?**

1. ( ) Sim  
 2. ( ) Não

**RELIGIÃO**

**49. O senhor tem alguma Religião:** \_\_\_\_\_ ( ) Não. Sem religião declarada **50. É praticante:** ( ) sim ( ) não

**51. A situação de confinamento alterou sua crença**

1. ( ) Não      2. ( ) Sim, aumentou      3. ( ) Sim, diminui  
 4. ( ) Mudei de religião. Para qual? \_\_\_\_\_ Por quê? \_\_\_\_\_

Agora vou perguntar sobre consumo de drogas, pois elas podem interferir nos problemas de saúde. Essas informações são confidenciais e não ficarão no seu prontuário!

**ESTAÇÃO 3: ANAMNESE  
DADOS SOBRE HÁBITOS DE VIDA**

**TABAGISMO**

**52. O senhor fuma cigarro na prisão?** ( ) 1. Sim ( ) 2. Não

Se sim:

**53. Que tipo de cigarro o senhor fuma?**

1. ( ) Cigarro de palha    2. ( ) Cigarro de filtro industrializados  
3. ( ) Palha e industrializado    4. Outros: \_\_\_\_\_    5. ( ) Não se aplica

**54. Quantos cigarros o senhor fuma por dia?** (uma média) \_\_\_\_\_

**55. O senhor fumava antes de entrar na prisão?** ( ) 1. Sim ( ) 2. Não

**56. Quantos cigarros ao dia o senhor fumava?** \_\_\_\_\_

**57. Desde que idade começou a fumar diariamente?** \_\_\_\_\_ anos

**ESTAÇÃO 3: ANAMNESE  
DADOS SOBRE HÁBITOS DE VIDA**

**58. O senhor já usou algum tipo de droga antes da prisão?**

1. ( )

Sim

2. ( )

Não

**59. Se**

**sim,**

**quais:**

( ) 1. Maconha. ( ) 2. Cocaína ( ) 3. Crack ( ) 4. Anfetaminas ou êxtase

( ) Outras: \_\_\_\_\_

**60. O senhor usou algum tipo de droga nos últimos 30 dias?**

1. ( ) Sim    2. ( ) Não

( ) Não lembra

**61. Se Sim, quais?**

( ) 1. Maconha. ( ) 2. Cocaína ( ) 3. Crack ( ) 4. Anfetaminas ou êxtase

( ) Outras: \_\_\_\_\_

**62. O senhor consumia bebidas alcoólicas antes da prisão?**

( ) 1. Sim ( ) 2. Não

**63. O senhor usou algum tipo de bebida alcoólica nos últimos 30 dias?**

( ) 1. Sim ( ) 2. Não

**Agora vamos falar um pouco sobre sua história na prisão para ver se está relacionado às doenças**

**ESTAÇÃO 3: ANAMNESE  
DADOS SOBRE O PERCURSO NO SISTEMA PRISIONAL**

**64. Você é primário ou reincidente?**

( ) Primário      ( ) Reincidente

**65. Quantas vezes você foi preso (em toda a vida)? \_\_\_\_\_**

**66. Já esteve recluso na Fundação Casa (reformatório/Febem)?**

( ) 1. Sim      ( ) 2. Não      ( ) 3. Não sabe

**67. Você já foi transferido de UP durante a pena que está cumprindo agora?** ( ) 1. Sim      ( )

2. Não      **68. Quantas vezes?** \_\_\_\_\_ ( ) Não se Aplica

**68. Já esteve em outras Unidades Prisionais? Quais? (no máximo 3 últimas).**

Especificar UP ou CDP.

Unidade: \_\_\_\_\_ Cidade/Estado: \_\_\_\_\_ Tempo (anos/meses): \_\_\_\_\_

Unidade: \_\_\_\_\_ Cidade/Estado: \_\_\_\_\_ Tempo

(anos/meses): \_\_\_\_\_ Unidade: \_\_\_\_\_ Cidade/Estado:

\_\_\_\_\_ Tempo (anos/meses): \_\_\_\_\_

**Com relação à pena atual:**

**69. Pena a cumprir:** \_\_\_\_\_ (anos) \_\_\_\_\_ (meses)

**70. Tempo de prisão já cumprido:** \_\_\_\_\_ (anos) \_\_\_\_\_ (meses)

**QUESTIONÁRIO SOBRE AS CONDIÇÕES DE SAÚDE DA PI DE SERRA  
AZUL/SP.**

**DATA:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Pesquisador** \_\_\_\_\_

<b>ESTAÇÃO 5: BIOIMPEDÂNCIA</b>	
<b>TECLA MASS</b>	Massa magra (MM): Kg
	Massa Gorda (MG): Kg
	Massa Celular Corporal (MCC): Kg
	Massa extracelular (ME): Kg
<b>TECLA PHASE</b>	Ângulo de Fase:
	Capacitância: pF
	Resistência: ohms
	Reatância: ohms
<b>TECLA WATER</b>	Água Corporal Total: litros
	Água Corporal Total: % da MM
<b>TECLA BMI</b>	IMC:


ATENÇÃO: CASO APRESENTE VALOR MAIOR OU IGUAL A 4 APLICAR O MINI ESPECÍFICO.







## ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.

SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA DO ESTADO	
---	--

### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Condições de saúde da População Privada de Liberdade nas Penitenciárias I e II de Serra Azul/SP

**Pesquisador:** Luciane Loures dos Santos

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**DAAE:** 86926618.6.3002.5563

**Instituição Proponente:** SAO PAULO SECRETARIA DA ADMINISTRACAO PENITENCIARIA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.277.832

##### Apresentação do Projeto:

'Condições de saúde da População Privada de Liberdade nas Penitenciárias I e II de Serra Azul/SP'. O título é adequado ao projeto.

'A identificação do perfil da população privada de liberdade por crimes sexuais e não sexuais no sistema penitenciário é importante para o estabelecimento do diagnóstico de saúde desta população que muitas vezes, é portadora de doenças subdiagnosticadas ou que apresentaram dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Neste sentido, o rastreamento e o diagnóstico de doenças nas PPL no sistema penitenciário é uma estratégia que auxilia na formação de uma rede de cuidados, prevenção e promoção de saúde à pessoa privada de liberdade.' A pertinência está clara.


O método e os procedimentos estão claros. a equipe de pesquisa se responsabilizará pelo convite e a orientação da pesquisa, sendo responsável também pela organização do espaço, com o apoio dos pesquisadores, alunos e profissionais voluntários que participam do grupo de pesquisa, seguindo os critérios de segurança estabelecidos pelos agentes de segurança penitenciários (ASP).

Neste sentido o método está adequado aos objetivos propostos.

O cronograma defini uma data provável para maio de 2019 para iniciarmos o projeto e a organização das atividades de pesquisa.

Endereço: Rua Libero Baduró, 600 - 5º andar  
Bairro: Centro CEP: 01.008-000  
UF: SP Município: SAO PAULO  
Telefone: (11)3775-8108 Fax: (11)3775-8108 E-mail: comtedevicia@sp.gov.br

Página 01 de 04

SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA DO ESTADO	
---	--

Continuação do Parecer: 3.277.832

Justificativa de Ausência	TCLEPPLCONEP.pdf	06/11/2018 13:55:26	Luciane Loures dos Santos	Aceito
---------------------------	------------------	------------------------	---------------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 23 de Abril de 2019

Assinado por:  
Sidnei Celso Corocine  
(Coordenador(a))

## ANEXO B - QUESTIONÁRIO SOBRE AS CONDIÇÕES DE SAÚDE DA PI DE SERRA AZUL/SP.

DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Pesquisador \_\_\_\_\_

<b>ESTAÇÃO 4: RASTREAMENTO DE SAÚDE MENTAL</b>					
<b>Mini – Screening Mental Disorders Mini-S.M.D. Version 2.0</b>					
<b>Instruções:</b> Os pontos do MINI-SMD devem ser computados de acordo com cada tabela abaixo e a pontuação de todos os itens deve ser somada. A soma de todos os itens da escala pode ser indicativa de transtorno mental em geral se o resultado for IGUAL OU MAIOR QUE 4.					
Ao longo das <u>últimas 2 (duas)</u> semanas, com que frequência você foi incomodado por algum dos seguintes problemas?					
		Nenhuma vez	Vários dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
<b><u>GAD-2</u></b>	1. Sentindo-se nervoso, ansioso ou no seu limite	0	1	2	3
	2. Não ser capaz de interromper ou de controlar as preocupações	0	1	2	3
<b><u>PHQ-2</u></b>	3. Pouco interesse ou prazer em fazer as coisas	0	1	2	3
	4. Sentindo-se triste, deprimido ou sem esperança	0	1	2	3
<b><u>AUDIT – 3</u></b>					
CONSIDERANDO QUE UMA DOSE EQUIVALE A: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Um copo de pinga, vodca ou uísque (37ml) ou;</li> <li>• Uma taça pequena de vinho (140ml) ou;</li> <li>• Uma latinha de cerveja (350ml) ou;</li> <li>• Um cálice de Martini ou vermute (50ml)</li> </ul>					
Qual a frequência que você consome 6 ou mais doses de bebida alcoólica em uma ocasião?					
Nunca ou menos que mensalmente	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase diariamente		
0	1	2	3		
<b><u>APSS - 3</u></b>					
		SIM	NÃO		
1. Alguma vez você já ouviu vozes ou sons que ninguém mais pode ouvir?		0	1		
2. Alguma vez você já viu coisas que outras pessoas não podiam ver?		0	1		
3. Alguma vez você pensou que pessoas poderiam estar seguindo ou espionando você?		0	1		
Nenhuma resposta SIM		Uma resposta SIM		Duas respostas SIM	
0	1	2	Três respostas SIM		
		2	3		

## ANEXO C – MINI INTERNATIONAL NEURPSYCHUATRIC INTERVIEW

**M.I.N.I.****Mini International Neuropsychiatric  
Interview****Brazilian version 5.0.0**

DSM IV

**Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora,  
J.P. Lépine**HôpitalSalpêtrière – Paris - França

**D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M.  
Sheehan** University of South Florida – Tampa – E.U.A.

*Tradução para o português (Brasil): P. Amorim*

© 1992, 1994, 1998, 2000, Sheehan DV & Lecrubier Y.

Todos os direitos são reservados. Este documento não pode ser reproduzido, todo ou em parte, ou cedido de qualquer forma, incluindo fotocópias, nem armazenado em sistema informático, sem a autorização escrita prévia dos autores. Os pesquisadores e os clínicos que trabalham em instituições públicas (como universidades, hospitais, organismos governamentais) podem fotocopiar o M.I.N.I. para utilização no contexto estrito de suas atividades clínicas e de investigação.

**MINI 5.0.0 / Versão Brasileira / DSM-IV / Atual**

<i>Nome do(a) entrevistado(a):</i> _____	<i>Número do protocolo:</i> _____
_____	<i>Hora de início da entrevista:</i> _____
<i>Data de nascimento:</i> _____	<i>Hora do fim da entrevista:</i> _____
<i>Nome do(a) entrevistador(a):</i> _____	_____
<i>Data da entrevista:</i> _____	<i>Duração total da entrevista:</i> _____

MÓDULOS	PERÍODO	CRITÉRIOS EXPLORADO	PREENCHIDOS	DSM-IV	CID-10
---------	---------	------------------------	-------------	--------	--------

A	EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR (EDM)	Atual (2 semanas)	<input type="checkbox"/>	296.20-296.26	Único	F32.x	
		Recorrente				296.30-296.36	Recorrente F33.x
	EDM COM CARACTERÍSTICAS MELANCÓLICAS (opcional)	Atual (2 semanas)	<input type="checkbox"/>			296.20-296.26	Único F32.x
						296.30-296.36	Recorrente F33.x
B	TRANSTORNO DISTÍMICO	Atual (Últimos 2 anos)	<input type="checkbox"/>	300.4		F34.1	
C	RISCO DE SUICÍDIO	Atual (Último mês)	<input type="checkbox"/>	nenhum	nenhum		
				Risco: <input type="checkbox"/> Baixo <input type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/> Alto			
D	EPISÓDIO MANÍACO	Atual	<input type="checkbox"/>	296.00-296.06	F30.x-		
	F31.9			Passado		<input type="checkbox"/>	
	EPISÓDIO HIPOMANÍACO	Atual	<input type="checkbox"/>			296.80-296.89	F31.8-
	F31.9/F34.0			Passado		<input type="checkbox"/>	
E	TRANSTORNO DE PÂNICO	Atual (Último mês)	<input type="checkbox"/>	300.01/300.21		F40.01-	
	F41.0			Vida inteira		<input type="checkbox"/>	
F	AGORAFOBIA	Atual	<input type="checkbox"/>	300.22	F40.00		
G	FOBIA SOCIAL	Atual (Último mês)	<input type="checkbox"/>	300.23	F40.1		
H	TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO (TOC)	Atual (Último mês)	<input type="checkbox"/>	300.3		F42.8	
I	TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO	Atual (Último mês)	<input type="checkbox"/>	309.81		F43.1	
J	DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL	(Últimos 12 meses)	<input type="checkbox"/>	303.9		F10.2x	
	ABUSO DE ÁLCOOL	(Últimos 12 meses)	<input type="checkbox"/>			305.00	F10.1
K	DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIA (Não álcool)	(Últimos 12 meses)	<input type="checkbox"/>			304.00-.90/305.20-.90	F11.0-F19.1
	ABUSO DE SUBSTÂNCIA (Não álcool)	(Últimos 12 meses)	<input type="checkbox"/>			304.00-.90/305.20-.90	F11.0-F19.1
L	SÍNDROME PSICÓTICA	Atual	<input type="checkbox"/>				
	TRANSTORNO DO HUMOR COM			Vida inteira		<input type="checkbox"/>	
	CARACTERÍSTICAS PSICÓTICAS	Atual	<input type="checkbox"/>			296.24/296.04	
	F32.3/F33.3//F31.2						
	Vida inteira	<input type="checkbox"/>		296.24/296.04	F32.3/F33.3//F31.2		
M	ANOREXIA NERVOSA	Atual (Últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.1		F50.0	

N	BULIMIA NERVOSA ANOREXIA NERVOSA, TIPO COMPULSÃO	Atual (Últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.51	F50.2	
	PERIÓDICA PURGATIVO	Atual	<input type="checkbox"/>		307.1	F50.0
O	TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA	Atual (Últimos 6 meses)	<input type="checkbox"/>	300.02		F41.1
P	TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL (opcional)	Vida inteira	<input type="checkbox"/>	301.7		F60.2

## INSTRUÇÕES GERAIS

O M.I.N.I. (DSM IV) é uma entrevista diagnóstica padronizada, de aplicação rápida (em torno de 15 minutos), que explora os principais Transtornos Psiquiátricos do Eixo I do DSM IV (American Psychiatric Association, 1994). O M.I.N.I. pode ser utilizado por clínicos, após uma formação breve. Os entrevistadores não clínicos necessitam de uma formação mais intensiva.

### • Entrevista:

Com o objetivo de reduzir o mais possível a duração da entrevista deve-se preparar o(a) entrevistado(a) para este enquadramento clínico pouco habitual, informando que lhe serão feitas perguntas precisas sobre os seus problemas psicológicos e que se espera dele(a) respostas “sim” ou “não”.

### • Apresentação:

O MINI está dividido em **módulos** identificados por letras, cada um correspondendo a uma categoria diagnóstica.

- No início de cada um dos módulos diagnósticos (exceto o módulo “L” que explora os sintomas psicóticos), uma ou várias questões/filtros que correspondem aos critérios principais do Transtorno são apresentadas num quadro com fundo acinzentado.
- No final de cada módulo, um ou vários **quadros diagnósticos** permite(m) ao clínico indicar se os critérios de diagnóstico foram ou não preenchidos.

### • Convenções:

*As frases escritas em “letras minúsculas”* devem ser lidas “palavra por palavra” para o(a) entrevistado(a) de modo a padronizar a exploração de cada um dos critérios diagnósticos.

*As frases escritas em “MAIÚSCULAS”* não devem ser lidas para o(a) entrevistado(a). São instruções às quais o clínico deve-se referenciar de modo a integrar os algoritmos diagnósticos ao longo de toda a entrevista.

*As frases escritas em “negrito”* indicam o período de tempo a explorar. O clínico deve lê-las tantas vezes quanto necessário, ao longo da exploração dos sintomas e só levar em conta aqueles presentes ao longo desse período.

*As frases escritas entre (parêntesis)são* exemplos clínicos que descrevem o sintoma avaliado. Podem ser lidos de modo a clarificar a questão.

Quando os termos são separados por uma barra (/) o clínico deve considerar apenas o termo que corresponde ao sintoma apresentado pelo(a) entrevistado(a) e que foi explorado anteriormente.

*As respostas com uma seta sobreposta (→)* indicam que um dos critérios necessários ao estabelecimento do diagnóstico explorado não é preenchido. O clínico deve ir diretamente para o fim do módulo, cotar “NÃO” no(s) quadro(s) diagnóstico(s) correspondente(s) e passar ao módulo seguinte.

### Instruções de cotação :

Todas as perguntas feitas devem ser cotadas. A cotação faz-se à direita de cada uma das questões, envolvendo com um círculo a resposta correspondente do(a) entrevistado(a), seja “SIM” ou “NÃO”.

O clínico deve se assegurar que cada um dos termos formulados na questão foi, de fato, considerado pelo(a) entrevistado(a) na sua resposta (em particular, os critérios de duração, de frequência e as

alternativas “e / ou”). Não levar em conta os sintomas imputáveis a uma doença física, ou ao uso de medicamentos, droga ou álcool.

Se tem questões ou sugestões, se deseja ser treinado(a) na utilização do M.I.N.I. ou informado(a) das atualizações, pode contactar:

Yves LECRUBIER, M.D. / Thierry HERGUETA, M.S.  
Inserm U302  
Hôpital de laSalpêtrière  
47, boulevard de l'Hôpital  
F. 75651 PARIS  
FRANCE

Patrícia AMORIM, M.D., PhD  
Instituto HUMUS  
Rua 89 nº 225 Setor Sul  
74093-140 – Goiânia - Goiás  
BRASIL

Tel: + 55 241 41 74 tel: +33 (0) 1 42 16 16 59 fax: + 55 241 41 74 fax: +33 (0) 1 45 85 28 00 e-mail: [pat.amorim@terra.com.br](mailto:pat.amorim@terra.com.br) e-mail : [hergueta@ext.jussieu.fr](mailto:hergueta@ext.jussieu.fr)

David V Sheehan, M.D.,  
M.B.A.  
University of South Florida  
Institute for Research in Psychiatry  
3515 East Fletcher Avenue  
TAMPA, FL USA 33613-4788

ph: +1 813 974 4544  
fax: +1 813 974 4575 e-mail :  
[dsheehan@com1.med.usf.edu](mailto:dsheehan@com1.med.usf.edu)

## A. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR

→ SIGNIFICA IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR **NÃO** EM CADA UM E PASSAR A O MÓDULO

A1	Nas duas últimas semanas, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), durante a maior parte do dia, quase todos os dias?	NÃO	SIM	1
A2	Nas duas últimas semanas, quase todo tempo, teve o sentimento de não ter mais gosto por nada, de ter perdido o interesse e o prazer pelas coisas que lhe agradam habitualmente?	NÃO	SIM	2
		→		
		NÃO	SIM	
A1 <u>OU</u> A2 SÃO COTADAS SIM ?				

### A3 Durante as duas últimas semanas, quando se sentia deprimido(a) / sem interesse pela maioria das coisas:

- a O seu apetite mudou de forma significativa, ou o seu peso aumentou ou diminuiu sem que o tenha desejado ? (variação de  $\pm 5\%$  ao longo do mês, isto é,  $\pm 3,5$  Kg, para uma pessoa de 65 Kg) NÃO SIM 3  
COTAR **SIM**, SE RESPOSTAS **SIM** NUM CASO OU NO OUTRO
- b Teve problemas de sono quase todas as noites (dificuldade de pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)? NÃO SIM 4
- c Falou ou movimentou-se mais lentamente do que de costume ou pelo contrário, sentiu-se agitado(a) e incapaz de ficar sentado quieto(a), quase todos os dias? NÃO SIM 5
- d Sentiu-se a maior parte do tempo cansado(a), sem energia, quase todos os dias? NÃO SIM 6
- e Sentiu-se sem valor ou culpado(a), quase todos os dias? NÃO SIM 7
- f Teve dificuldade de concentrar-se ou de tomar decisões, quase todos os dias? NÃO SIM 8
- g Teve, por várias vezes, pensamentos ruins como, por exemplo, pensar que seria melhor estar morto(a) ou pensar em fazer mal a si mesmo(a) ? NÃO SIM 9

A4 HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM A3 ?  
(ou 4 se A1 OU A2 = "NÃO")

SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL:

NÃO	SIM *
<b>EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL</b>	



A5a Ao longo da sua vida, teve outros períodos de 2 semanas ou mais, em que se sentiu deprimido (a) ou sem interesse pela maioria das coisas e durante os quais teve os → problemas dos quais falamos [ SINTOMAS EXPLORADOS DE A3a à A3g ]? NÃO SIM 10

Entre esses períodos de depressão que apresentou ao longo de sua vida, alguma vez teve um intervalo de pelo menos 2 meses em que não apresentou nenhum problema de NÃO SIM 11 depressão ou de perda de interesse ?

**A5b É COTADA SIM ?**

NÃO	SIM
<b>EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR RECORRENTE</b>	

\* SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR, COTAR AS QUESTÕES CORRESPONDENTES (A6d, A6e) NA PÁGINA 5

## A?. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR COM CARACTERÍSTICAS MELANCÓLICAS (opcional)

→ SIGNIFICA :IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AOMÓDULO

SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL (A4=SIM), EXPLORAR O SEGUINTE:

A6	<b>A2 É COTADA SIM ?</b>	NÃO	SIM	1
a				2
b	Durante este último período de depressão, quando sentiu-se pior, perdeu a capacidade de reagir às coisas que antes lhe agradavam ou o (a) alegravam?	NÃO	SIM	1
	<b>SE NÃO:</b> Quando acontecia alguma coisa agradável, era incapaz de sentir-se melhor, mesmo temporariamente?			3
<b>A6a</b>	<b>OUA6b SÃO COTADAS SIM ?</b>	→ NÃO	SIM	

**Durante as duas últimas semanas, quando se sentia deprimido (a) e sem interesse pela maioria das coisas:**

A7 a	Os sentimentos depressivos que tinha eram diferentes daqueles que se pode sentir quando se perde uma pessoa querida?	NÃO	SIM	14
b	Quase todos os dias, sentia-se, em geral, pior pela manhã ?	NÃO	SIM	15
c	Acordava pelo menos duas horas mais cedo do que o habitual, e tinha dificuldade para voltar a dormir, quase todos os dias?	NÃO	SIM	16
d	<b>A3c É COTADA SIM (ALTERAÇÕES PSICOMOTORAS)?</b>	NÃO	SIM	17
e	<b>A3a É COTADA SIM (ALTERAÇÕES DO APETITE/ DO PESO)?</b>	NÃO	SIM	18
		f		
	Sentia-se excessivamente culpado(a) ou sentia uma culpa exagerada em relação à situação que vivia?	NÃO	SIM	19

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM A7 ?

NÃO SIM

**EPISÓDIO DEPRESSIVO  
MAIOR  
com Características  
Melancólicas  
ATUAL**

## B. TRANSTORNO DISTÍMICO

→ SIGNIFICA IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR A O MÓDULO

NÃO EXPLORAR ESTE MÓDULO SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL.

B1	Durante os últimos 2 anos, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), a maior parte do tempo ?	→ NÃO	SIM	2 0
----	--	----------	-----	--------

B2 Ao longo desse período, sentiu-se bem durante 2 meses ou mais ?

B3 **Desde que se sente deprimido(a) a maior parte do tempo:**

a O seu apetite mudou de forma significativa ?

b Tem problemas de sono ou dorme demais ?

c Sente-se cansado ou sem energia ?

d Perdeu a auto-confiança ?

e Tem dificuldade de concentrar-se ou de tomar decisões ?

f Sente-se sem esperança ?

**HÁ PELO MENOS 2  
RESPOSTAS "SIM"  
EM B3?**

B4 Esses problemas causam - lhe um sofrimento importante ou perturbam de maneira significativa seu trabalho, suas relações sociais, ou outras áreas importantes ?

**B4 É COTADA SIM?**

→  
NÃO SIM 2  
1

NÃO SIM 2  
2

NÃO SIM 2  
3

NÃO SIM 2  
4

NÃO SIM 2  
5

NÃO SIM 2  
6

NÃO SIM 2  
7

→  
NÃO SIM

→  
NÃO SIM 2  
8

<p>NÃO                      SIM</p> <p><b>TRANSTORNO DISTÍMICO ATUAL</b></p>
--

C5 Tentou o suicídio ?

**Ao longo da sua vida:**

C6 Já fez alguma tentativa de suicídio

**HÁ PELO MENOS UM "SIM" DE C1 À C6 ?**

SE SIM, SOMAR O NÚMERO TOTAL DE PONTOS DAS QUESTÕES COTADAS. SIM DEC1-C6 E ESPECIFICAR O RISCO DE SUICÍDIO ATUAL COMO SE SEGUE:

**C. RISCO DE SUICÍDIO**

**D. EPISÓDIO (HIPO)MANÍACO**

**Durante o último mês:**

**Pont**

→ SIGNIFICA IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

C1 Pensou que seria melhor estar morto (a) ou desejou estar morto (a) ?

NÃO SIM 1

C2 Quis fazer mal a si mesmo (a) ?

NÃO SIM 2

C3 Pensou em suicídio ?

NÃO SIM 6

C4 Pensou numa maneira de se suicidar ?

NÃO SIM 10

D1	Alguma vez teve um período em que se sentia tão eufórico(a) ou cheio(a) de energia que desejava tanto fazer coisas que não fazia habitualmente ?	1
a	isso lhe causou problemas, ou em que as pessoas à sua volta pensaram que não estava no seu estado habitual ?	1
	(NÃO CONSIDERAR PERÍODOS QUE OCORREM APENAS SOB O EFEITO DE DROGAS OU ÁLCOOL)	
	SE O(A) ENTREVISTADO(A) NÃO COMPREENDE O SIGNIFICADO DE “EUFÓRICO” OU “CHEIO DE ENERGIA”, EXPLICAR DA SEGUINTE MANEIRA: Por eufórico ou cheio de energia, quer dizer estar excessivamente ativo(a), excitado(a), ter menos necessidade de dormir, pensamentos rápidos, estar cheio(a) de idéias ou extremamente motivado(a) criativo(a) ou extremamente impulsivo(a).	
	<b>SE D1a=SIM:</b>	
b	Sente-se, atualmente, eufórico (a) ou cheio (a) de energia?	2
D2	Alguma vez teve um período em que, por vários dias, estava tão irritável que insultava as pessoas, gritava ou chegava até a brigar com quem não era de sua família? Você mesmo ou alguém achou que você estava mais irritável ou hiperativo(a), comparado(a) a outras pessoas, mesmo em situações em que isso lhe parecia justificável ?	3
a	(NÃO CONSIDERAR OS PERÍODOS QUE OCORREM APENAS SOB O EFEITO DE DROGAS OU ÁLCOOL)	
	<b>SE D2a=SIM:</b>	
b	Sente-se, continuamente irritável atualmente?	4
	<b>D1a OU D2a SÃO COTADAS “SIM” ?</b>	

D3 SE **D1b** OU **D2b** = “**SIM**”: EXPLORAR O EPISÓDIO ATUAL

SE **D1b** ED**2b** = “**NÃO**” : EXPLORAR O EPISÓDIO MAIS GRAVE

**Quando se sentiu mais eufórico(a), cheio(a) de energia ou mais irritável :**

a Tinha a sensação que podia fazer coisas que os outros seriam incapazes de fazer ou que alguém especialmente importante? NÃO SIM 5

b Tinha menos necessidade de dormir do que costume (por ex., sentia-se repousado(a) com apenas poucas horas de sono) ? NÃO SIM 6

c Falava sem parar ou tão rapidamente que as pessoas não conseguiam compreendê-lo(a) ? NÃO SIM 7

d Os pensamentos corriam tão rapidamente na sua cabeça que não conseguia acompanhá- los ? NÃO SIM 8

e Distraía-se com tanta facilidade que a menor interrupção o fazia perder o fio daquilo que estava fazendo ou pensando ? NÃO SIM 9

f Estava tão ativo(a) e agitado(a) que as outras pessoas se preocupavam por sua causa ? NÃO SIM 10

D4 Esses problemas dos quais acabamos de falar já duraram pelo menos uma semana E lhe

causaram dificuldades em casa, no trabalho / na escola ou nas suas relações sociais

**OU** você foi hospitalizado(a) por causa desses problemas?

NÃO SIM 12

COTAR **SIM**, SE **SIM** NUM CASO OU NO OUTRO

HÁ PELO MENOS 3  
**RESPOSTAS "SIM" EM D3**  
→  
SE **D1a** = “**NÃO**”  
(EPISÓDIO PASSADO) OU  
**D1b** = “**NÃO**” → EPISÓDIO ATUAL)? NÃO SIM SIM

D4 É COTADA “NÃO” ?

NÃO

SIM

SE **SIM**, ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO**EPISÓDIO HIPOMANÍACO**

Atual	<input type="checkbox"/>
Passado	<input type="checkbox"/>

D4 É COTADA “SIM” ?

NÃO

SIM

SE **SIM**, ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO**EPISÓDIO MANÍACO**

Atual	<input type="checkbox"/>
Passado	<input type="checkbox"/>

**E. TRANSTORNO DE PÂNICO**

→ SIGNIFICA IR DIRETAMENTE PARA E5, ASSINALAR NÃO E PASSAR AOMÓDULO SEGUINTE

7 d Teve  
dificuldade para  
respirar ou  
sentiu-se  
abafado(a) ?

NÃO SIM

8 e Teve a  
impressão de  
sufocar ou de ter  
um nó na  
garganta ?

NÃO SIM

9 f Sentiu dor  
ou aperto ou  
desconforto no  
peito ?

NÃO SIM

10 g Teve  
náuseas,  
problemas de  
estômago ou

diarréia repentina  
?

E1 a Alguma vez teve episódios repetidos durante os quais se sentiu **subitamente** muito ansioso(a), muito desconfortável ou assustado(a), mesmo em situações em que a maioria das pessoas não se sentiria assim ?

NÃO → SIM

11 Não → SIM

b SE **SIM**: Estes episódios de ansiedade atingiam sua intensidade máxima em menos de 10 minutos?

se tonto(a), com 1

vertigens, ou ao 10 → NÃO SIM

ponto de

desmaiar ? 2

NÃO SIM

E2 Alguns desses episódios de ansiedade, mesmo há muito tempo, foram imprevisíveis ou → ocorreram sem que nada os provocasse/ sem motivo ? NÃO SIM 3

12 i Teve a  
impressão que as  
coisas à sua volta  
eram estranhas  
ou irrealis ou  
sentiu-se

E3 Após um ou vários desses episódios, já houve um período de pelo menos um mês durante o qual teve medo de ter outros episódios ou estava preocupado(a) com as suas possíveis consequências ? NÃO SIM 4

E4 Durante o episódio em que se sentiu pior :

a Teve palpitações ou o seu coração bateu muito rápido ?

NÃO SIM 5 b Transpirou ou ficou com as

mãos úmidas ? NÃO SIM 6 c Teve

tremores ou contrações musculares ? NÃO SIM

como que  
desligado (a) do  
todo ou de uma  
parte do seu  
corpo ?

NÃO SIM 13

j Teve medo de enlouquecer ou de perder o controle ? NÃO  
SIM 14 k Teve medo de morrer ? NÃO SIM 15 l Teve  
dormências ou formigamentos no corpo ? NÃO SIM 16 m  
Teve ondas de frio ou de calor ? NÃO SIM 17

E5 E3= SIM E HÁ PELO MENOS 4 RESPOSTAS "SIM" EM E4 ?  
NÃO SIM

### Transtorno de Pânico

*Vida inteira*

E6 SE E5 = "NÃO", HÁ PELO MENOS UMA RESPOSTA "SIM" EM  
E4 ?  
NÃO SIM

### Ataques Pobres em

SEE6 = "SIM", PASSAR AF1.

*Sintomas Vida inteira*

E7 Durante o último mês, teve pelo menos 2 desses episódios de  
ansiedade, seguidos de  
um medo constante de ter outro episódio ? NÃO SIM 18  
*Transtorno de Pânico  
Atual*

### F. AGORAFOBIA

F1 Sente-se particularmente ansioso(a) ou desconfortável em lugares ou em situações das  
quais é difícil ou embaraçoso escapar ou, ainda, em que é difícil ter ajuda como estar  
numa multidão, esperando numa fila, longe de casa ou sozinho (a) em casa, atravessando  
uma ponte, dentro de um ônibus, de um carro ou de um avião?

NÃO SIM 1  
9

SE F1="NÃO", COTAR "NÃO" EM F2.

F2 Tem tanto medo dessas situações que na prática, evita-as, sente um  
intenso mal-estar quando as enfrenta ou procura estar  
acompanhado(a) ao ter que enfrentá-las ? NÃO SIM 20

*Agorafobia  
Atual*

F2 (Agorafobia Atual) É COTADA "NÃO" NÃO SIM  
e

E7 (Transtorno de Pânico Atual) É COTADA "SIM" ?  
**TRANSTORNO DE**

**PÂNICO sem Agorafobia**

**ATUAL**

F2 (Agorafobia Atual) É  
COTADA "SIM" NÃO  
SIM

e

E7 (Transtorno de Pânico  
Atual) É COTADA "SIM" ?

**TRANSTORNO DE**

**PÂNICO  
com  
Agorafobia  
ATUAL**

F2 (Agorafobia Atual) É  
COTADA "SIM" NÃO  
SIM

e

E5 (Transtorno de Pânico Vida  
Inteira) É COTADA "NÃO" ?

**AGORAFOBIA**

**sem história  
de  
Transtorno  
de Pânico  
ATUAL**

**G. FOBIA SOCIAL (*Transtorno de Ansiedade Social*)**

→SIGNIFICATIVA DIRETAMENTE	Durante o último mês, teve medo ou sentiu-se incomodado(a) por estar no centro das atenções, teve medo de ser humilhado(a) em algumas situações sociais; por exemplo, quando devia falar diante de um grupo de pessoas, ou comer com outras pessoas ou em locais públicos, ou escrever quando alguém estava olhando ?	→ NÃO	SIM	1
AO(S) ) QUA DRO( S) DIAG NÓST ICO(S ) ,ASS INAL ARN ÃO				
G2	Acha que esse medo é excessivo ou injustificado ?	→ NÃO	SIM	2
G3	Tem tanto medo dessas situações sociais que, na prática, as evita ou sente um intenso mal-estar quando as enfrenta ?	→ NÃO	SIM	3
G4	Esse medo causa-lhe um sofrimento importante ou perturba de forma significativa seu trabalho ou suas relações sociais?	NÃO	SIM	4

G4 É COTADA “SIM” ?

NÃO	SIM
<b>FOBIA SOCIAL</b> <i>(Transtorno de Ansiedade Social)</i> <b>ATUAL</b>	

## H. TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO

→ SIGNIFICA IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO

H1 Durante o último mês, teve, com frequência, pensamentos/idéias ou impulsos ou imagens desagradáveis, inapropriados ou angustiantes que voltavam repetidamente à sua mente, mesmo não querendo? (por exemplo, a idéia de que estava sujo(a) **ou** que tinha micróbios **ou** medo de contaminar os outros **ou** de agredir alguém mesmo contra a sua vontade **ou** de agir impulsivamente **ou** medo ou superstição de ser responsável por coisas ruins **ou** ainda de ser invadido por idéias/ imagens sexuais ou religiosas repetitivas, dúvidas incontroláveis **ou** uma necessidade de colecionar **ou** ordenar as coisas? )

NÃO SIM  
→ passar a H4 1

NÃO LEVAR EM CONSIDERAÇÃO PREOCUPAÇÕES EXCESSIVAS COM PROBLEMAS REAIS DA VIDA COTIDIANA, NEM AS OBSESSÕES LIGADAS À PERTURBAÇÃO DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR, DESVIOS SEXUAIS, JOGO PATOLÓGICO, ABUSO DE DROGAS OU ÁLCOOL, PORQUE O(A) ENTREVISTADO(A) PODE TER PRAZER COM ESSAS EXPERIÊNCIAS E DESEJAR RESISTIR A ELAS APENAS POR SUAS CONSEQUÊNCIAS NEGATIVAS.

H2 Tentou, mas não conseguiu resistir a algumas dessas idéias, ignorá-las ou livrar-se delas ? NÃO SIM  
→ passar a H4 2

H3 Acha que essas idéias são produto de seus próprios pensamentos e que não lhe são impostas do exterior ? NÃO SIM 3  
obsessões

H4 Durante o último mês, teve, com frequência, a necessidade de fazer certas coisas sem parar, sem poder impedir-se de fazê-las, como lavar as mãos muitas vezes, contar ou verificar as coisas sem parar, arrumá-las, colecioná-las ou fazer rituais religiosos?

NÃO SIM 4  
compulsões

H3 OU H4 SÃO COTADAS “SIM” ?

→ NÃO SIM



NÃO	SIM
<b>TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO ATUAL</b>	

H5	Pensa que essas ideias invasivas e/ou comportamentos repetitivos são irracionais, absurdos(as) ou exagerados(as) ?	→ NÃO	SIM	5
H6	Essas ideias invasivas e/ou comportamentos repetitivos perturbam de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas, suas relações sociais ou tomam mais de uma hora por dia do seu tempo ?	NÃO	SIM	6

H6 É COTADA “SIM” ?

### I. TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO (opcional)

→SIGNIFICA :IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S),ASSINALARNÃO

I1	Alguma vez viveu ou presenciou ou teve que enfrentar um acontecimento extremamente traumático, no decorrer do qual morreram pessoas, ou você mesmo e/ou outros foram ameaçados de morte ou foram gravemente feridos ou atingidos na sua integridade física? EXEMPLOS DE CONTEXTOS TRAUMÁTICOS: ACIDENTE GRAVE, AGRESSÃO, ESTUPRO, ASSALTOAMÃOARMADA, SEQÜESTRO, RAPTO, INCÊNDIO, DESCOBERTA DE CADÁVER, MORTE SÚBITA NO MEIO EMQUEVIVE, GUERRA, CATÁSTROFE NATURAL...	→ NÃO	SIM	1
I2	Durante o último mês, pensou frequentemente nesse acontecimento de forma penosa ou sonhou com ele ou frequentemente teve a impressão de revivê-lo?	→ NÃO	SIM	2

### I3 Durante o último mês:

- a Tentou não pensar nesse acontecimento ou evitou tudo o que pudesse fazê-lo(a) lembrar-se dele? NÃO  
SIM 3

- b Teve dificuldades de lembrar-se exatamente do que se passou? NÃO SIM 4
- c Perdeu o interesse pelas coisas das quais gostava antes? NÃO SIM 5
- d Sentiu-se desligado(a) de tudo ou teve a impressão de se ter tornado um(a) estranho(a) em relação aos outros? NÃO SIM 6
- e Teve dificuldade de sentir as coisas, como se não fosse mais capaz de amar? NÃO SIM 7
- f Teve a impressão de que a sua vida não seria nunca mais a mesma, ou que morreria mais cedo do que as outras pessoas? NÃO SIM 8

→

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS “SIM” EM I3 ? NÃO SIM

## I4 Durante o último mês:

- a Teve dificuldade de dormir ? NÃO SIM 9
- b Estava particularmente irritável, teve explosões de raiva facilmente? NÃO SIM 10
- c Teve dificuldades de se concentrar ? NÃO SIM 11
- d Estava nervoso(a), constantemente alerta? NÃO SIM 12
- e Ficava sobressaltado(a) por quase nada? NÃO SIM 13

→

HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS “SIM” EM I4 ?

NÃO SIM

- I5 Durante o último mês, esses problemas perturbaram de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas ou suas relações sociais? NÃO SIM 14

NÃO	SIM
<b>TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO ATUAL</b>	

I5 É COTADA SIM?

## J. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE ÁLCOOL

→ SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO

- J1 Nos últimos 12 meses, em três ou mais ocasiões você bebeu pelo menos cinco latas de cerveja ou uma garrafa de vinho ou três doses de uma bebida alcoólica forte (pinga, caipirinha, conhaque, vodka, whisky...), num período de três horas ? NÃO SIM

**J2 Nos últimos 12 meses:**

- a Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de álcool para obter o mesmo efeito ? NÃO SIM  
2
- b Quando bebia menos, as suas mãos tremiam, transpirava ou sentia-se agitado (a) ?  
Alguma vez bebeu uma dose para evitar esses problemas ou evitar uma ressaca? NÃO SIM 3  
COTAR "SIM", SE RESPOSTA "SIM" NUM CASO OU NO OUTRO
- c Quando começava a beber, com frequência bebia mais do que pretendia ? NÃO SIM 4
- d Tentou, mas não conseguiu diminuir seu consumo de álcool ou parar de beber ? NÃO SIM 5
- e Nos dias em que bebia, passava muito tempo procurando bebida, bebendo ou se recuperando dos efeitos do álcool ? NÃO SIM 6
- f Reduziu suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os amigos ou a família por causa da bebida ? NÃO SIM 7
- g Continuou a beber mesmo sabendo que isso lhe causava problemas de saúde ou psicológicos? NÃO SIM 8 problemas

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM J2 ?

NÃO	SIM
<b>DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL ATUAL</b>	

**J3 Durante os últimos 12 meses:**

- a Ficou embriagado ou de "ressaca" várias vezes, quando tinha coisas para fazer no trabalho (/ na escola) ou em casa ? Isso lhe causou problemas? NÃO SIM 9  
COTAR "SIM" SOMENTE SE A EMBRIAGUEZ / RESSACA CAUSOU PROBLEMAS
- b Por várias vezes esteve sob o efeito do álcool em situações em que isso era fisicamente arriscado como dirigir, utilizar uma máquina ou um instrumento NÃO SIM 10 perigoso... ?
- c Por várias vezes teve problemas legais como uma interpelação ou uma condenação ou uma detenção porque tinha bebido? NÃO SIM 11
- d Continuou a beber mesmo sabendo que a bebida lhe causava problemas com seus familiares ou com outras pessoas ? NÃO SIM 12

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM J2 ?

NÃO	SIM
<b>ABUSO DE ÁLCOOL ATUAL</b>	

## K. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE SUBSTÂNCIAS (NÃO ALCOÓLICAS)

→ SIGNIFICA IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR **NÃO** EM CADA UM E PASSAR AOMÓDULO SEGUINTE

K 1	Agora, vou lhe mostrar / ler (MOSTRAR A LISTA DAS SUBSTÂNCIAS / LER A LISTA ABAIXO) uma lista de drogas e de medicamentos e gostaria que me dissesse se, durante os últimos 12 meses, usou várias vezes uma destas substâncias para se sentir melhor, para mudar o seu estado de humor ou para ficar “de cabeça feita / chapado(a)”?	→ NÃO    SIM
--------	--	-----------------

ENVOLVER COM UM CÍRCULO CADA SUBTÂNCIA CONSUMIDA

ESTIMULANTES : anfetaminas, “bolinha”, “rebite”, ritalina, pílulas anorexígenas ou tira-fome.

COCAÍNA: “coca”, pó, “neve”, “branquinha”, pasta de coca, merla, crack, pedra

OPIÁCEOS: heroína, morfina, pó de ópio (Tintura de ópio , Elixir Paregórico , Elixir de Dover , codeína (Belcodid , Belpar , Pambenyl , meperidina (Dolantina , Demerol , propoxifeno (Algafan , Doloxene A , fentanil (Inoval )

ALUCINOGÊNEOS: L.S.D., “ácido”, mescalina, PCP, êxtase (MDMA), cogumelos, “vegetal” (Ayhuaska, daime, hoasca), Artane .

SOLVENTES VOLÁTEIS: “cola”, éter, “lança perfume”, “cheirinho”, “loló”

CANABINÓIDES: cannabis, “erva”, maconha, “baseado”, hashish, THC, bangh, ganja, diamba, marijuana, marihuana

SEDATIVOS: Valium , Diazepam , Dienpax , Somalium , Frisium , Psicosedin , Lexotan , Lorax , Halcion , Frontal , Rohypnol , Urbanil , Sonebon , barbitúricos

DIVERSOS: Anabolisantes, esteróides, remédio para dormir ou para cortar o apetite sem prescrição médica.

Toma outras substâncias?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA (S) MAIS CONSUMIDA (S): \_\_\_\_\_

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA (S) A SER(EM) EXPLORADA(S) SEGUNDO OS CRITÉRIOS ABAIXO INDICADOS:

- SE HÁ CONSUMO DE VÁRIAS SUBSTÂNCIAS (AO MESMO TEMPO OU SEQUENCIALMENTE):  
 CADA SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS) SEPARADAMENTE  SOMENTE A SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS) MAIS CONSUMIDA
- SE HÁ CONSUMO DE UMA SÓ SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS):  
 SOMENTE UMA SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS)

**K2 Considerando o seu consumo de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], durante os últimos 12 meses:**

- a Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA] para obter o mesmo efeito ? NÃO SIM 1
- b Quando usava menos ou parava de consumir [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], tinha problemas como dores, tremores, febre, fraqueza, diarreia, náuseas, suores, aceleração do coração, dificuldade de dormir ou sentir-se agitado(a), ansioso (a), irritável ou deprimido (a) ?  
Ou você tomava qualquer outra coisa para evitar esses problemas ou para se sentir melhor ? NÃO SIM 2
- c Quando começava a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], freqüentemente consumia mais do que pretendia ? NÃO SIM 3
- d Tentou, sem conseguir, diminuir ou parar de usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA]? NÃO SIM 4
- e Nos dias em que usava [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], passava mais de 2 horas tentando conseguir a(s) droga(s), se drogando, ou se recuperando dos efeitos do(a) [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], ou ainda pensando nessas drogas ? NÃO SIM 5
- f Reduziu as suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os amigos ou a família por causa da(s) droga(s) ? NÃO SIM 6
- g Continuou a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA] mesmo sabendo que esta(s) lhe causava(m) problemas de saúde ou problemas psicológicos? NÃO SIM 7

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM K2 ?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S):

---

NÃO	→	SIM
<b>DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIA(S) ATUAL</b>		

**K3 Durante os últimos 12 meses:**

- a Por várias vezes ficou intoxicado ou “ de cabeça feita / chapado(a)” com [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], quando tinha coisas para fazer no trabalho (/ na escola) ou em casa ? Isso lhe causou problemas? NÃO SIM 8
- COTAR "SIM" SOMENTE SE A INTOXICAÇÃO CAUSOU PROBLEMAS

- b Por várias vezes esteve sob o efeito de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] em situações em que isso era fisicamente arriscado como dirigir, utilizar uma máquina ou um instrumento perigoso, etc.?  
NÃO SIM 9
- c Por várias vezes teve problemas legais como uma interpelação ou uma condenação ou uma detenção porque tinha usado [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA]?  
NÃO SIM 10
- d Continuou a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] mesmo sabendo que esta(s) droga(s) lhe causava(m) problemas com os seus familiares ou com outras pessoas ?  
NÃO SIM 11

HÁ PELO MENOS 1 "SIM" EM K3 ?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S):  
\_\_\_\_\_

NÃO	SIM
<b>ABUSO DE SUBSTÂNCIA(S) ATUAL</b>	

## L. SÍNDROME PSICÓTICA

*PARA TODAS AS QUESTÕES DESTE MÓDULO, PEDIR UM EXEMPLO EM CASO DE RESPOSTA POSITIVA.*

*SÓ COTAR **SIM** SE OS EXEMPLOS MOSTRAM CLARAMENTE UMA DISTORÇÃO DO PENSAMENTO E / OU DA PERCEPÇÃO OU SE SÃO CULTURALMENTE INAPROPRIADOS OUDISTOANTES.*

*AVALIAR SE OS SINTOMAS DESCRITOS APRESENTAM OU NÃO CARACTERÍSTICAS "BIZARRAS" ECOTARA ALTERNATIVA APROPRIADA..*

**DELÍRIOS BIZARROS** :SÃO AQUELES CUJO CONTEÚDO É MANIFESTAMENTE ABSURDO, IMPLAUSÍVEL, INCOMPREENSÍVEL E QUE NÃO PODE ESTAR BASEADO EM EXPERIÊNCIAS HABITUAIS DA VIDA.

**ALUCINAÇÕES BIZARRAS**: VOZES QUE COMENTAM OS PENSAMENTOS OU OS ATOS DO(A) ENTREVISTADO(A) OU DUAS OU MAIS VOZES QUE CONVERSAM ENTRE SI.

Agora vou fazer-lhe algumas perguntas sobre experiências pouco comuns ou estranhas que algumas pessoas podem ter.

L1a	Alguma vez acreditou que alguém o(a) espionava ou estava conspirando contra você ou tentando lhe fazer mal ?	NÃO	BIZARRO SIM	IM 1
b	<b>SE SIM :</b> Atualmente acredita nisso ?	NÃO	SIM →L6	IM 2
L2a	Alguma vez acreditou que alguém podia ler ou ouvir os seus pensamentos ou que você podia ler ou ouvir os pensamentos de outra (s) pessoa (s) ? NÃO 3		SIM	
b	<b>SE SIM :</b> Atualmente acredita nisso ?	NÃO	SIM →L6	4
L3a	Alguma vez acreditou que alguém ou alguma força exterior colocava, dentro da sua cabeça, pensamentos estranhos que não eram os seus ou o(a) fazia agir de uma maneira diferente do seu jeito habitual ? Alguma vez acreditou que estava NÃO SIM 5 possuído(a) ?		SIM	?
b	<b>SE SIM :</b> Atualmente acredita nisso ?	NÃO	SIM	IM 6
L4a	Alguma vez acreditou que estava recebendo mensagens especiais através da televisão, do rádio ou do jornal ou teve a impressão de que alguém que não conhecia pessoalmente estava particularmente interessado em você? NÃO SIM 7		SIM →L6a	
b	<b>SE SIM :</b> Atualmente acredita nisso ?	NÃO	SIM	IM 8
L5a	Alguma vez teve idéias que os seus familiares ou amigos achavam estranhas ou fora da realidade e que não compartilhavam com você? NÃO SIM 9 COTAR “SIM” APENAS SE O(A)ENTREVISTADO(A)APRESENTA CLARAMENTE IDÉIAS DELIRANTES HIPOCONDRIACAS OU DE POSSESSÃO, DE CULPA, DE RUÍNA, DE GRANDEZA OU OUTRAS NÃO EXPLORADAS PELAS QUESTÕES DE L1 A L4		SIM →L6 a	eles
b	<b>SE SIM:</b> Atualmente eles acham suas idéias estranhas?	NÃO	SIM	IM 10
L6a	Alguma vez ouviu coisas que outras pessoas não podiam ouvir, como, por exemplo, vozes?	NÃO	SIM	IM 11
	COTAR “SIM” “BIZARRO” UNICAMENTE SE O(A)ENTREVISTADO(A)RESPONDE SIM À QUESTÃO:Éstas vozes comentavam os seus pensamentos ou atos ou ouvia duas ou mais vozes falando entre elas?			
b	<b>SE SIM:</b> Ouviu essas coisas/ vozes no último mês?	NÃO	SIM →L8 a	IM 12
L7a	Alguma vez viu alguma coisa ou alguém que outras pessoas presentes não podiam ver, isto é, teve visões quando estava completamente acordado? COTAR “SIM” SE AS VISÕES SÃO CULTURALMENTE INAPROPRIADAS OU DESTOANTES.	NÃO O	SIM	13
b	<b>SE SIM:</b> Teve essas visões no último mês?	NÃO O	4 SIM	1

OBSERVAÇÕES DO CLÍNICO:

- L8b ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM DISCURSO CLARAMENTE INCOERENTE OU DESORGANIZADO OU APRESENTA UMA PERDA EVIDENTE DAS ASSOCIAÇÕES?  
NÃO SIM 1  
O 5
- L9b ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM COMPORTAMENTO CLARAMENTE DESORGANIZADO OU CATATÔNICO?  
NÃO SIM 1  
O 6
- L10 OS SINTOMAS NEGATIVOS TÍPICAMENTE ESQUIZOFRÊNICOS (EMBOTAMENTO AFETIVO, POBREZA DO DISCURSO, FALTA DE ENERGIA OU DE INTERESSE PARA INICIAR OU TERMINAR AS ATIVIDADES) SÃO PROEMINENTES DURANTE A ENTREVISTA?  
NÃO SIM 1  
O 7
- L11 DE L1 A L10 HÁ PELO MENOS:  
UMA QUESTÃO «b» COTADA “SIM” BIZARRO NÃO SIM  
OU SÍNDROME PSICÓTICA  
DUAS QUESTÕES «b» COTADAS “SIM” (NÃO BIZARRO)? ATUAL
- L12 DE L1 A L7 HÁ PELO MENOS:  
UMA QUESTÃO «a» COTADA “SIM” BIZARRO NÃO SIM  
OU SÍNDROME PSICÓTICA  
DUAS QUESTÕES «a» COTADAS “SIM” (NÃO BIZARRO)? VIDA INTEIRA  
(VERIFICAR SE OS SINTOMAS OCORRERAM AO MESMO TEMPO) OU  
L11 É COTADA “SIM”?
- L13a SE L12 É COTADA “SIM” E SE HÁ PELO MENOS UM “SIM” DE L1 A L7:  
O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA  
UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL (A4 = SIM) OU PASSADO (A5b = SIM)  
OU →  
UM EPISÓDIO MANÍACO ATUAL OU PASSADO (D4 = SIM)? NÃO SIM
- b SE L13a É COTADA “SIM”: Você me disse, há pouco, que teve um (vários) período(s) em que se sentiu deprimido (a) / eufórico(a) / continuamente irritável.  
Ao longo da sua vida, as idéias ou experiências das quais acabamos de falar, como  
(CITAR OS SINTOMAS COTADOS “SIM” DE L1 À L7) ocorreram **somente** durante esse(s)  período(s) em que se sentia deprimido (a) / eufórico (a) / continuamente irritável? NÃO SIM 18
- c SE L13a É COTADA “SIM”:  
ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR (A4) OU UM EPISÓDIO MANÍACO (D4) ASSOCIADO A UMA SÍNDROME PSICÓTICA (L11)? NÃO SIM  
TRANSTORNO DO HUMOR  
com características psicóticas  
ATUAL



d L13b OU L13c SÃO COTADAS “SIM”?

<b>NÃO</b>	<b>SIM</b>
<b><i>TRANSTORNO DO HUMOR com características psicóticas VIDA INTEIRA</i></b>	

## M. ANOREXIA NERVOSA

→SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S),

M1a	Qual é a sua altura?	_ _ _  cm			
t	Nos últimos 3 meses, qual foi seu peso mais baixo?	_ _ _  kg			
c	O PESO DO(A) ENTREVISTADO(A) É INFERIOR AO LIMITE CRÍTICO INDICADO PARA A SUA ALTURA? (Ver TABELA DE CORRESPONDÊNCIA ABAIXO)	→ NÃO O	SIM		1
<b>Durante os últimos 3 meses:</b>					
M2	Tentou não engordar, embora pesasse pouco?	→ NÃO	SIM		2
M3	Teve medo de ganhar peso ou de engordar demais, mesmo estando abaixo do seu normal? NÃO	→ peso	SIM		3
M4a	Achou que era muito gordo(a) ou pensou que uma parte do seu corpo era muito gorda?	NÃO	SIM		4
b	Sua opinião sobre si mesmo(a) ou a sua autoestima foram muito influenciadas pelo seu peso ou por suas formas corporais?	NÃO	SIM		5
c	Achou que o seu peso era normal ou até excessivo?	NÃO	SIM		6
M5	HÁ PELO MENOS 1 "SIM" EM M4	→ NÃO	SIM		
M6	APENAS PARA AS MULHERES: Nos últimos três meses sua menstruação não veio normalmente deveria ter vindo (na ausência de uma gravidez)? NÃO	→ quando	SIM		7

**PARA AS MULHERES: M5 E M6 SÃO COTADAS "SIM"?  
PARA OS HOMENS: M5 É COTADA "SIM"?**

<b>NÃO</b>	<b>SIM</b>
<b>ANOREXIA NERVOSA ATUAL</b>	

**TABELA DE CORRESPONDÊNCIA ALTURA –LIMITE CRÍTICO DE PESO  
(SEM SAPATOS, SEM ROUPA)**

<b>Mulheres altura/ peso</b>	cm	145	147	150	152	155	158	160	163	165	168	170						
173	175	178																
kg	38	39	39	40	41	42	43	44	45	46	47	49	50	51				
<b>Homens altura/ peso</b>	cm	155	156	160	163	165	168	170	173	175	178	180	183					
185	188	191	kgs	47	48	49	50	51	51	52	53	54	55	56	57	58	59	61

Os limites de peso acima correspondem a uma redução de 15% em relação ao peso normal, segundo o gênero, como requerido pelo DSM-IV. Essa tabela reflete pesos 15% menores que o limite inferior do intervalo da distribuição normal da Tabela de Peso da Metropolitan Life Insurance.

### N. BULIMIA NERVOSA

→ SIGNIFICA :IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S),

N1	Nos últimos 3 meses, teve crises de “comer descontroladamente” durante as quais ingeriu quantidades enormes de alimentos num espaço de tempo limitado, isto é, em menos de 2 horas?	→ NÃO	SI M	8
N2	Durante os últimos 3 meses, teve crises de “comer descontroladamente” pelo menos duas vezes por semana?	→ NÃO	SI M	9
N3	Durante essas crises de “comer descontroladamente” tem a impressão de não poder parar de comer ou de não poder limitar a quantidade de alimento que come?	→ NÃO	SI M	10
N4	Para evitar engordar depois das crises de “comer descontroladamente”, faz coisas como provocar o vômito, dietas rigorosas, praticar exercícios físicos importantes, tomar laxantes, diuréticos ou medicamentos para tirar a fome?	→ NÃO	SI M	11
N5	Sua opinião sobre si mesmo(a) ou a sua autoestima são muito influenciadas pelo seu peso ou pelas suas formas corporais?	→ NÃO	SI M	12
N6	O (A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UMA ANOREXIA NERVOSA (MÓDULO “M”)?	NÃO <input type="checkbox"/> passar a N8	SI M	13

<b>NÃO</b>	<b>SIM</b>
<b><i>BULIMIA NERVOSA ATUAL</i></b>	

N7 Estas crises de “comer descontroladamente” ocorrem **sempre** que o seu peso é inferior a \_\_\_\_ Kg\*? NÃO      SI      14  
M

\*RETOMAR O PESO CRÍTICO DO(A) ENTREVISTADO(A) EM FUNÇÃO DA SUA ALTURA E SEXO.NA TABELA DOMÓDULO“M” (ANOREXIA NERVOSA)

N8 N5 É COTADA "SIM" E N7 COTADA “NÃO” (OU NÃO COTADA)?

N7 É COTADA "SIM"?

<b>NÃO</b>	<b>SIM</b>
<b><i>ANOREXIA NERVOSA tipo Compulsão Periódica / Purgativa ATUAL</i></b>	

## O. TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA

→SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S),

O1 a	Durante os últimos 6 meses, sentiu-se excessivamente preocupado (a), inquieto (a), ansioso (a) com relação a vários problemas da vida cotidiana (trabalho / escola, casa, familiares / amigos), ou teve a impressão ou lhe disseram que se preocupava demais com tudo?	→ NÃO	SIM	1
b	Teve essas preocupações quase todos os dias?	→ NÃO	SIM	2

<p>A ANSIEDADE DESCRITA É RESTRITA EXCLUSIVAMENTE, OU MELHOR EXPLICADA POR QUALQUER OUTRO TRANSTORNO JÁ EXPLORADO ATÉ AQUI? [POREX, MEDO DE TER UM ATAQUE DE PÂNICO (TRANSTORNO DE PÂNICO), DE SER HUMILHADO EM PÚBLICO (FOBIA SOCIAL), DE SER CONTAMINADO (TOC), DE GANHAR PESO (ANOREXIA NERVOSA), ETC]..</p>	NÃO	→ SIM	3
---	-----	----------	---

O2 Tem dificuldade em controlar essas preocupações (/ essa ansiedade) ou ela (s) o(a) →  
impede(m) de se concentrar no que tem que fazer? NÃO SIM 4

DE O3 A O3f COTAR “NÃO” SE OS SINTOMAS OCORREM EXCLUSIVAMENTE NO CONTEXTO DE QUALQUER OUTRO TRANSTORNO JÁ EXPLORADO ANTERIORMENTE

O3 Nos últimos seis meses, quando se sentia excessivamente preocupado(a), inquieto(a), ansioso(a), quase todo o tempo:

a Sentia –se agitado(a), tenso(a), com os nervos à flor da pele? NÃO SIM 4

b Tinha os músculos tensos? NÃO SIM 5

c Sentia-se cansado (a), fraco(a) ou facilmente exausto(a)? NÃO SIM 6

d Tinha dificuldade de se concentrar ou tinha esquecimentos / “brancos”? NÃO SIM 7

e Sentia-se particularmente irritável? NÃO SIM 8

f Tinha problemas de sono (dificuldade de pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)? NÃO SIM 9

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS “SIM” EM O3?

NÃO	SIM
<b>TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA ATUAL</b>	

**P. TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL (opcional)**

→SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S),ASSINALAR NÃO

**P1 Antes dos 15 anos:**

- |   |   |     |     |   |
|---|---|-----|-----|---|
| a | Frequentemente faltou à escola ou passou a noite fora de casa?      | NÃO | SIM | 1 |
| b | Frequentemente mentiu, passou a perna/ enganou os outros ou roubou? | NÃO | SIM | 2 |
| c | Provocou, ameaçou ou intimidou os outros?                           | NÃO | SIM | 3 |
| d | Destruiu ou incendiou coisas de propósito?                          | NÃO | SIM | 4 |
| e | Fez sofrer animais ou pessoas de propósito?                         | NÃO | SIM | 5 |
| f | Forçou alguém a ter relações sexuais com você?                      | NÃO | SIM | 6 |

→

HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS “SIM” EM P1?

NÃO SIM

NÃO COTAR “SIM” NAS QUESTÕES ABAIXO SE OS COMPORTAMENTOS DESCRITOS ACONTECEMUNICAMENTEEM CONTEXTOS POLÍTICOS OU RELIGIOSOS ESPECÍFICOS.

**P2 Depois dos 15 anos:**

- |   |   |     |     |
|---|---|-----|-----|
| a | Frequentemente teve comportamentos que os outros achavam irresponsáveis, como não pagar as dívidas, agir impulsivamente ou não querer trabalhar para se sustentar | NÃO | SIM |
|   | ?   |     |     |

7

- b Fez coisas ilegais (mesmo que não tenha sido preso/a), como destruir a propriedade

alheia, roubar, vender droga ou cometer um crime?	NÃO	SIM	8
c Frequentemente foi violento(a) fisicamente, inclusive com seu(sua) companheiro (a) ou seus filhos?	NÃO	SIM	9
d Frequentemente mentiu, passou a perna ou enganou os outros para obter dinheiro ou prazer ou mentiu apenas para se divertir?	NÃO	SIM	10
e Expôs pessoas a perigos sem se preocupar com elas?	NÃO	SIM	11
f Não sentiu nenhuma culpa depois de ter mentido, ferido, maltratado ou roubado alguém, ou destruído a propriedade alheia?	NÃO	SIM	12

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM P2 ?

NÃO      SIM

**TRANSTORNO DA  
PERSONALIDADE  
ANTI-SOCIAL  
VIDA INTEIRA**

## REFERÊNCIAS

- Lecrubier Y, Sheehan D, Weiller E, Amorim P, Bonora I, Sheehan K, Janavs J, Dunbar G. The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.), a short diagnostic interview: Reliability and validity according to the CIDI. *European Psychiatry*, 1997; **12**: 232-241.
- Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett Sheehan K, Janavs J, Weiller E, Keskiner A, Schinka J, Knapp E, Sheehan MF, Dunbar GC. Reliability and validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) according to the SCID-P. *European Psychiatry*, 1997; **12**: 232-241.
- Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett Sheehan K, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar G. The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.), The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1998; 59 [suppl 20]: 22-33.
- Amorim P, Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Sheehan D. DSM-III-R Psychotic disorders: procedural validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.). Concordance and causes for discordance with the CIDI. *European Psychiatry*, 1998; **13**: 26-34.

## Traduções

M.I.N.I. 4.4 e versões anteriores

M.I.N.I. 4.6/5.0, M.I.N.I. Plus  
4.6/5.0,  
M.I.N.I. Screen 5.0:

Afrikaans

R. Emsley

Alemão	I. van Denffer, M. Ackenheil, R. Dietz-Bauer	G. Stotz, R. Dietz-Bauer, M. Ackenheil
Árabe		O. Osman, E. Al-Radi
Basco		Em preparação
Bengali		H. Banerjee, A. Banerjee
Búlgaro		L.G. Hranov
Catalão		Em preparação
Checo		P. Zvolsky
Chinês		L. Carroll, K-d Juang
Croata		Em preparação
Dinamarquês	P. Bech	P. Bech, T. Scütze
Esloveno	M. Kocmur	M. Kocmur
Espanhol	L. Ferrando, J. Bobes-Garcia, J. Gilbert-Rahola, Y. Lecrubier	L. Ferrando, L. Franco-Alfonso, M. Soto, J. BobesGarcia, O. Soto, L. Franco, G. Heinze
Estonian	J. Shlik, A. Aluoja, E. Kihl	
Farsi/Persa		K. Khooshabi, A. Zomorodi
Finlandês	M. Heikkinen, M. Lijeström, O. Tuominen	M. Heikkinen, M. Lijeström, O. Tuominen
Francês	Y. Lecrubier, E. Weiller, P. Amorim, L. Bonora, J.P. Lepine	Y. Lecrubier, E. Weiller, P. Amorim, T. Hergueta
Grego	S. Beratis	T. Calligas, S. Beratis
Gujarati		M. Patel, B. Patel
Hebreu	J. Zohar, Y. Sasson	R. Barda, I. Levinson
Hindi		C. Mittal, K. Batra, S. Gambhir
Holandês/ Flamenco	I. Van Vliet, H. Leroy, H. van Megen	E. Griez, K. Shruers, T. Overbeek, K. Demyttenaere
Húngaro	I. Bitter, J. Balazs	I. Bitter, J. Balazs
Inglês	D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K. Harnett-Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan	D. Sheehan, R. Baker, J. Janavs, K. HarnettSheehan, M. Sheehan
Islandês		J.G. Stefansson
Italiano	L. Bonora, L. Conti, M. Piccinelli, M. Tansella, G. Cassano, Y. Lecrubier, P. Donda, E. Weiller	L. Conti, A. Rossi, P. Donda
Japonês		T. Otsubo, H. Watanabe, H. Miyaoka, K. Kamijima, J. Shinoda, K. Tanaka, Y. Okajima
Letão	V. Janavs, J. Janavs, I. Nagobads	V. Janavs, J. Janavs
Norueguês	G. Pedersen, S. Blomhoff	K.A. Leiknes, U. Malt, E. Malt, S. Leganger
Polaco	M. Masiak, E. Jasiak	M. Masiak, E. Jasiak
Português	P. Amorim	P. Amorim, T. Guterres, P. Levy
Português - Brasil	P. Amorim	P. Amorim
Punjabi		A. Gahunia, S. Gambhir
Romeno		O. Driga
Russo		A. Bystitsky, E. Selivra, M. Bystitsky
Sérvio	I. Timotijevic	I. Timotijevic
Setswana		K. Ketlogetswe
Sueco	M. Waern, S. Andersch, M. Humble	C. Allgulander, M. Waern, A. Brimse, M. Humble, H. Agren
Turco	T. Örnek, A. Keskiner, I. Vahip	T. Örnek, A. Keskiner
Urdu		A. Taj, S. Gambhir

---

O desenvolvimento e a validação do M. I.N.I. foram possíveis graças, em parte, a fundos cedidos pelos laboratórios SmithKline Beecham e pela Comissão Europeia

Os autores agradecem a Dra Pauline Pawers por suas contribuições nos módulos Anorexia e Bulimia Nervosa.



*LISTA DE SUBSTÂNCIAS*

<b>ANFETAMINA</b>	<b>ÊXTASE</b>	<b>MORFINA</b>
<b>BRANQUINHA</b>	<b>ERVA</b>	<b>ÓPIO</b>
<b>CANNABIS</b>	<b>ÉTER</b>	<b>DAIME</b>
<b>BASEADO</b>	<b>GASOLINA</b>	<b>PÓ</b>
<b>COCAÍNA</b>	<b>HASHISH</b>	<b>RITALINA</b>
<b>CODEÍNA</b>	<b>HEROÍNA</b>	<b>COGUMELO</b>
<b>COLA</b>	<b>L.S.D.</b>	<b>VEGETAL</b>
<b>CRACK</b>	<b>MARIJUANA</b>	<b>REBITE</b>
<b>MACONHA</b>	<b>CHEIRINHO</b>	<b>LOLÓ</b>
<b>MERLA</b>	<b>BOLINHA</b>	<b>MESCALINA</b>
<b>ARTANE</b>	<b>ESTERÓIDES</b>	<b>PÍLULAS TIRA-FOME</b>
<b>CALMANTES</b>	<b>DOLANTINA</b>	<b>ALGAFAN</b>
<b>AYHUASCA</b>	<b>PEDRA</b>	<b>TARJA PRETA</b>
<b>ANABOLISANTE S</b>	<b>LANÇA</b>	<b>REMÉDIO PARA DORMIR</b>