



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR

Ciências Sociais e Humanas

**Adaptação portuguesa de instrumentos de
Avaliação da saúde mental e comportamentos
aditivos na população reclusa**

Adaptação para português europeu do Brief Jail Mental
Health Screen, do Correctional Mental Health Screen e do
Modified Simple Screening Instrument for Substance Abuse

Márcio António Mateus Canhoto Cabral
psic.cabral@gmail.com

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Psicologia Clínica e da Saúde
(2º ciclo de estudos)

Orientadores: Professor Doutor Manuel Joaquim da Silva Loureiro
Professora Doutora Ana Isabel Silva Santos Barbosa Cunha

Covilhã, outubro de 2015

Dedicatória

Aos amores da minha vida,

O fruto deste trabalho é partilhado entre nós, que no final de cinco anos de experiências agradáveis, mas também muito espinhosas, que pareciam prevalecer e tomar conta das livres escolhas, em que alguma coisa tinha de ficar para trás... muito ficou para trás!

Espero poder retribuir com todo o carinho e amor como todos os dias sou recebido e apoiado, espero repetir todos os momentos agradáveis e recuperar as ausências... espero continuar a partilhar felicidade junto de vós!

Minha esposa, meu filho, minha filha, AMO-VOS!

Minha mãe, sem o seu suporte nas minhas ausências, não haveria forças para superar os obstáculos, AMO-TE!

Love is like the wind,
you can't see it,
but you can feel it.

*Nicholas Sparks (1999)
In A Walk to Remember*

Agradecimentos

A concretização desta investigação constitui uma realização pessoal resultante de um enorme envolvimento e esforço que apenas foi possível com o apoio de pessoas do qual merecem a melhor consideração e respeito:

Aos professores orientadores de estágio, Exmo. Senhor Professor Doutor Manuel Loureiro e Exma. Senhora Professora Doutora Ana Cunha, um bem-haja pela ajuda, compreensão, pelas palavras de conforto e tranquilidade transmitidas ao longo deste ano e durante toda a formação académica.

À Exma. Senhora Professora Doutora Noémia Martins e à Exma. Senhora Professora Doutora Marta Chorão Esteves, que me forneceram apoio indispensável na tradução para o português e retroversão para o Inglês dos instrumentos de rastreio da saúde mental. Um bem haja, pela paciência e dedicação.

Aos responsáveis pelos Estabelecimentos Prisionais onde a investigação foi realizada:

EP de Silves: Exmo. Senhor Diretor Doutor Ricardo Torrão e Exma. Senhora Doutora Angélica Oliveira;

EP de Tires: Exma. Senhora Diretora Doutora Fátima da Côrte e Exma. Senhora Doutora Conceição Vieira;

EP da Guarda: Exmo. Senhor Diretor Doutor Luís Couto e Exma. Senhora Doutora Isabel Carvalho;

EP de Castelo Branco: Exma. Senhora Diretora Doutora Fátima Gerónimo e Exma. Senhora Doutora Luísa Costa;

EP da Carregueira: Exma. Senhora Diretora Doutora Clara Manso Preto e Exma. Senhora Doutora Ana Veríssimo.

Agradeço toda a disponibilidade, simpatia e altruísmo, foi fundamental para a concretização desta investigação. Fico muito agradecido!

Agradeço ao Exmo. Senhor Diretor da Direção Geral de Reinserção e Serviços Prisionais, Doutor Rui Sá Gomes, por me autorizar a realização desta investigação. De igual modo, o meu muito obrigado ao Exmo. Senhor Doutor José Semedo Moreira, Diretor de Serviços da Direção Geral de Reinserção e Serviços Prisionais.

Agradeço a todos os funcionários e corpo da Guarda Prisional dos Estabelecimentos Prisionais onde a investigação foi realizada, pela colaboração e apoio.

Aos colegas de trabalho, o Corpo da Guarda Prisional do Estabelecimento Prisional da Covilhã, pelo apoio nos momentos certos, por todo o incentivo que recebi ao longo destes anos, OBRIGADO!

A todos os reclusos que aceitaram participar nesta investigação, com interesse e responsabilidade demonstrada durante o tempo de aplicação dos instrumentos. Muito obrigado, desejo que este trabalho contribua na promoção da condição de saúde desta população.

A todos os professores do Departamento de Psicologia e Educação da Universidade da Beira Interior, obrigado pela transmissão do conhecimento, valores e por todo o apoio prestado.

Aos colegas de curso, agradeço pela forma como me receberam! Desejo-vos muita sorte.

Ao grupo de trabalho académico, Catarina Ribeiro, Rita Salvador e André Barros, que me fizeram sentir mais jovem e tornaram o trabalho mais fácil! Por vocês voltava a repetir tudo... mas é melhor não!

Obrigada minha esposa, filhos, meus pais, sogros, irmãos, cunhados, sobrinhos, obrigado pelo apoio ao longo destes anos, o vosso suporte foi fundamental! Let's Be happy.

A todos, estou muito grato!

Resumo

Os objetivos da presente investigação consistem na tradução para português europeu de três instrumentos de rastreio da saúde mental e validação à população reclusa portuguesa. Vários estudos efetuados em Estabelecimentos Prisionais são unânimes em referir que, em relação à comunidade em geral, a doença mental na população reclusa está sobre representada (Brink, Doherty, & Boer, 2001; Fazel & Seewald, 2012; Ford & Trestman, 2005; Martin, Colman, Simpson, & McKenzie, 2013; Steadman, Osher, Robbins, Case, & Samuels, 2009; Teplin, 1990), o que estabelece um desafio às instituições prisionais, lidar com o influxo de sujeitos que entram no sistema já com sintomatologia patológica enquanto implementam medidas de controlo e manutenção da ordem prisional. Os instrumentos selecionados incluem as perturbações mentais mais associadas à população reclusa, o MSSI-SA é composto por 16 itens e avalia o abuso e dependência de AOD, o BJMHS é composto por oito itens e é válido para perturbações da esquizofrenia, bipolaridade e depressão major e o CMHS-M/W tem versões distintas para o género, com 8 e 12 itens (mulheres e homens, respetivamente) e está validado para a depressão, ansiedade, PSPT, algumas desordens de personalidade, ou qualquer outra doença mental encoberta. A interpretação dos resultados obtidos nesta investigação permite inferir que as versões experimentais apresentam critérios de consistência interna ajustados para a população reclusa portuguesa, sendo o valor de α para a escala feminina, escala masculina e escala completa o seguinte: para o MSSI-SA o resultado foi 0.94, 0.96 e 0.95, respetivamente, para o BJMHS foi 0.64, 0.64 e 0.61, respetivamente, para CMHS-W (escala feminina) foi 0.83 e para o CMHS-M (escala masculina) foi 0.79. Verifica-se uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre os *scores* do BJMHS e do CMHS-W/M, tendo sido para mulheres e homens, [$r(72) = .74, p < .001$] e [$r(116) = .69, p < .001$], respetivamente, o que permite inferir que apresentam validade de critério concorrente. O cruzamento entre a informação prestada pelos entrevistados e o ponto de corte dos instrumentos de rastreio da saúde mental permitiu identificar que tanto o MSSI-SA como o BJMHS referenciaram todos os sujeitos diagnosticados nos serviços prisionais por abuso ou dependência de AOD e perturbação mental, respetivamente, já no CMHS-W a percentagem de falsos negativos foi 4.2% e no CMHS-M foi 5.2%. Em suma, o análise estatística inferencial dos resultados permitem interpretar que os três instrumentos breves de rastreio da saúde mental estão ajustados para a população reclusa portuguesa, no entanto, futuras investigações deverão incidir no apuramento dos falsos negativos e falsos positivos por meio de entrevistas de diagnóstico de acordo com os critérios do DSM-V ou do CID-10.

Palavras-chave: Testes rastreio breve da saúde mental; abuso e dependência de álcool ou outras drogas; perturbação mental; psicométrico; reclusos; serviços e reinserção prisional.

Abstract

The aim of this research consist in the translation into European Portuguese of three screening instruments of mental health and validation to the Portuguese prison population. Several studies conducted in Prisons are unanimous in noting that, in relation to the wider community, the mental illness in the prison population is over represented (Brink et al., 2001; Fazel & Seewald, 2012; Ford & Trestman, 2005; Martin et al., 2013; Steadman et al., 2009; Teplin, 1990), which sets a challenge to correctional institutions to cope with the influx of individuals who enter in the system already with pathological symptoms while implementing control measures and maintaining prison order. The selected instruments include mental disorders more associated with the prison population, the MSSI-SA consists of 16 items and it assesses the abuse and dependence on AOD, the BJMHS consists of eight items and is valid for disorders of schizophrenia, bipolar disorder and major depressive disorder and CMHS-M/W has different versions for the gender, with 8 and 12 items (women and men, respectively) and is validated for depression, anxiety, PTSD, some personality disorders, or the presence of any undetected mental illness. The interpretation of the results obtained in this research allows to infer that the trial versions have internal consistency criteria set for the Portuguese prison population, and the value of α for the female scale, male scale and full scale as follows: for the MSSI-SA results was 0.94, 0.96 and 0.95, respectively, for BJMHS was 0.64, 0.64 and 0.61, respectively, for CMHS-W (female scale) was 0.83 and the CMHS-M (male scale) was 0.79. There is a positive and statistically significant correlation between the scores of BJMHS and CMHS-W/M, being for women and men, [$r(72) = .74, p < .001$] and [$r(116) = .69, p < .001$], respectively, which allows to infer that they have concurrent validity. The cross between the information provided by the interviewed and the cutoff of mental health screening tools allowed to identify that both the MSSI-SA and BJMHS have referred all diagnosed subjects in the prison services for abuse or dependence on ODA and mental disturbance, respectively; however, in W-CMHS the percentage of false negatives was 4.2%, and in CMHS-M it was 5.2%. In sum, the inferential statistical analysis of results allows to interpret that the three brief instruments of mental health screening are set for the Portuguese prison population, however, future research should focus on the clearing of false negatives and false positives through diagnostic interviews according to the DSM-V and ICD-10 criteria.

Keywords: Brief screening tests for mental health; dependence and abuse of alcohol or other drugs; mental disorder; psychometric; prisoners; services and prison rehabilitation.

Índice

Introdução.....	1
Capítulo I: componente teórica	3
1.1 Os problemas associados à vida em reclusão	3
1.1.1 Fatores determinantes e consequências da (in)adaptação à reclusão	3
1.1.2 A doença mental no sistema prisional	10
1.1.3 A Hipótese da criminalização da doença mental	13
1.1.4 Comportamentos aditivos e delinquência.....	15
1.1.5 Comportamentos suicidas e para-suicidas	17
1.2 Breve síntese introdutória para o próximo subcapítulo	21
1.2 Instrumentos breves de rastreio da saúde mental propostos para tradução ao português europeu e validação à população reclusa portuguesa	22
1.2.1 Brief Jail Mental Health Screen	24
1.2.2 Correctional Mental Health Screen.....	27
1.2.3 Modified Simple Screening Instrument for Substance Abuse.....	29
1.2.4 Quadros de resumo	32
Capítulo II: material e método	33
2.1 Objetivos	33
2.2 Procedimento	33
2.3 Participantes.....	36
Capítulo III: resultados.....	42
3.1 Validação Psicométrica dos instrumentos	42
3.2 Análise dos resultados.....	54
3.2.1 Segundo os critérios dos instrumentos originais	54
3.2.2 Segundo a interpretação da validação psicométrica	63
Capítulo IV: Discussão.....	68
Bibliografia	
Anexos	

Lista de Figuras

Figura 1: Número de mortes e suicídios nas prisões portuguesas e rácios por 10000 reclusos, em Portugal e na União Europeia entre os anos 2007 e 2012. Fonte: Aebi e Delgrande (2011, 2012, 2013, 2014a, 2014b); Aebi e Stadnic (2007) e número de mortes e suicídios nas prisões portuguesas e rácios por 10000 reclusos entre os anos 2013 até 14 de setembro de 2015. Fontes: DGRSP (2015); Pordata (2015a)	18
Figura 2: Quadro de resumo dos itens e critérios de referência dos instrumentos breves de rastreio da saúde mental BJMHS, CMHS M/W e MSSSI-SA	32
Figura 3: Lotação dos EPs portugueses a 31 de dezembro entre 2005 e 2014 - relação entre o total de reclusos, reclusos masculinos, reclusas femininas e reclusos preventivos.	36
Figura 4: Estratificação da amostra feminina.....	39
Figura 5: Estratificação da amostra masculina	41
Figura 6: Coeficientes de Alfa de Cronbach para todos os instrumentos considerando as suas versões por partição da amostra completa, amostra feminina e amostra masculina	69
Figura 7: Tabela cruzada entre reclusos e reclusas referenciados(as) pelo MSSSI-SA e indicação de ter ou não acompanhamento clínico ou consultas de apoio para o abuso ou dependência de AOD.....	70
Figura 8: Tabela cruzada entre reclusos e reclusas referenciados(as) pelo BJMHS e CMHS-M/W e indicação de ter ou não acompanhamento clínico ou consultas de apoio para o abuso ou dependência de AOD	71

Lista de Tabelas

Tabela 1: Reclusas femininas - caracterização da amostra por idade, tempo de reclusão da pena atual em dias, condenação atual em dias e tempo de vida de prisão em dias	38
Tabela 2: Reclusos masculinos - caracterização da amostra por idade, tempo de reclusão da pena atual em dias, condenação atual em dias e tempo de vida de prisão em dias	40
Tabela 3: Cálculo da assimetria e achatamento dos itens da versão do BJMHS-P para a amostra feminina	44
Tabela 4: Valor final do Alfa de Cronbach para o BJMHS-P para a amostra feminina	45
Tabela 5: Cálculo da assimetria e achatamento dos itens da versão do BJMHS-P para a amostra masculina	45
Tabela 6: Valor final do Alfa de Cronbach para o BJMHS-P para a amostra masculina.....	46
Tabela 7: Cálculo da assimetria e achatamento dos itens da versão do BJMHS-P para toda a amostra	47
Tabela 8: Valor final do Alfa de Cronbach do BJMHS-P para toda a amostra	48
Tabela 9: Cálculo da assimetria e achatamento dos itens da versão do CMHS-W-P (amostra feminina)	48
Tabela 10: Valor final do Alfa de Cronbach para o CMHS-W-P (amostra feminina)	49
Tabela 11: Cálculo da assimetria e achatamento dos itens da versão do CMHS-M-P (amostra masculina).....	50
Tabela 12: Valor final do Alfa de Cronbach para o CMHS-M-P (amostra masculina)	51
Tabela 13: Valor final do Alfa de Cronbach para o MSSI-SA-P (amostra feminina).....	52
Tabela 14: Valor final do Alfa de Cronbach para o MSSI-SA-P (amostra masculina)	53
Tabela 15: Valor final do Alfa de Cronbach para o MSSI-SA-P (amostra completa)	53
Tabela 16: Aplicação do BJMS-P: amostra feminina não-referenciada e referenciada e modo de referência.	54
Tabela 17: Aplicação do BJMS-P: amostra masculina não-referenciada e referenciada e modo de referência	55
Tabela 18: Amostra feminina não-referenciada e referenciada de acordo com os critérios do CMHS-W	56
Tabela 19: Amostra masculina não-referenciada e referenciada de acordo com os critérios do CMHS-M	57
Tabela 20: Amostra feminina não-referenciada e referenciada de acordo com os critérios do MSSI-SA-P	58
Tabela 21: Amostra masculina não-referenciada e referenciada de acordo com os critérios do MSSI-SA-P	59
Tabela 22: Correlação de Pearson entre as pontuações de cada instrumento breve de rastreio da saúde mental a população reclusa feminina	60

Tabela 23: Correlação de Pearson entre as pontuações de cada instrumento breve de rastreio da saúde mental	62
Tabela 24: Médias e desvio padrão dos sintomas de doença mental obtidos na aplicação do BJMHS para cada um dos grupos independentes: mulheres e homens que se encontram em reclusão.....	64

Lista de Acrónimos

APA	Associação Americana de Psicologia
AOD	Álcool ou outras drogas
α	Alfa de Cronbach
Sk	Assimetria (<i>Skewness</i>)
BJMHS	Brief Jail Mental Health Screen
BJMHS-P	Versão Portuguesa do Brief Jail Mental Health Screen
CEPMPL	Código da Execução das Penas e Medidas Privativas da Liberdade
CMHS	Correctional Mental Health Screen
CMHS-P	Versão Portuguesa do Correctional Mental Health Screen
CMHS-M	Correctional Mental Health Screen for Man
CMHS-M-P	Versão Portuguesa do Correctional Mental Health Screen for Man
CMHS-W	Correctional Mental Health Screen for Woman
CMHS-W-P	Versão Portuguesa do Correctional Mental Health Screen for Woman
CSAT	Center for Substance Abuse Treatment
Ks	Curtose (<i>Kurtosis</i>)
EP	Estabelecimento Prisional
EPs	Estabelecimentos Prisionais
MSSI-SA	Modified Simple Screening Instrument for Substance Abuse
MSSI-SA-P	Versão Portuguesa do Modified Simple Screening Instrument for Substance Abuse
EU	União Europeia
χ^2	Qui-quadrado

Introdução

A presente investigação decorreu no âmbito das atividades do segundo ano, do segundo ciclo de estudos, do curso de Psicologia, na área da Psicologia Clínica e da Saúde, pela Universidade da Beira Interior, constituindo o procedimento final para a obtenção do grau de Mestre.

O tema de investigação selecionado foi a saúde mental, sendo o ambiente, o meio prisional e a amostra, a população reclusa detida em meio prisional português.

Ao longo dos últimos anos tem crescido o número de investigações no âmbito da delinquência, sendo os Estabelecimentos Prisionais um ambiente de eleição para a compreensão destes comportamentos e fenómenos implicados. Os resultados das investigações, com especial atenção para as últimas duas décadas têm demonstrado uma elevada associação entre comportamentos criminosos, adições e perturbações do foro mental.

Analisando os estados da União Europeia relativamente à população em geral, Portugal encontra-se entre os países com maiores níveis de prevalência de doenças mentais, o consumo de antidepressivos por perturbações depressivas (55%) e por perturbações ansiosas (47%) é, em ambos os casos, superior à média europeia (51% e 41%, respetivamente) (Carvalho et al., 2013). Deste modo, facilmente se percebe que o fenómeno nas prisões portuguesas não deverá ser muito diferente dos restantes países.

É crítico que os reclusos com doença mental possam ter acesso aos cuidados de saúde necessários e específicos a cada situação, deste modo, o rastreio da saúde mental na fase de ingresso é essencial na identificação da doença mental e fundamental para proporcionar o tratamento mais adequado, sendo este um passo essencial na promoção da segurança em ambientes prisionais (Ford et al., 2007).

Após uma pesquisa exaustiva, verificou-se que em Portugal não existem instrumentos breves de rastreio da saúde mental para a população reclusa. Os instrumentos de medida da saúde mental que neste momento se encontram validados para a população portuguesa são fundamentais para o diagnóstico da doença mental, mas pouco efetivos na referenciação de potenciais sujeitos que ingressem nos Estabelecimentos Prisionais para cumprimento de medidas privativas de liberdade, uma vez que, as aplicações são longas, requerem grande disponibilidade da parte dos recursos humanos, o que acarreta elevados custos financeiros para a instituição.

Os serviços prisionais, por todo o território americano, lutam com o rápido influxo de sujeito que entram em reclusão, enquanto implementam medidas para a manutenção do ambiente seguro, os seus esforços elevam-se devido ao aumento de sujeitos reclusos com perturbações do foro mental. No sentido de responder a esta necessidade, durante a década de dois mil, alguns investigadores desenvolveram e validaram instrumentos breves de rastreio da saúde mental para a população reclusa em Estabelecimentos Prisionais nos Estados Unidos. Esses

instrumentos são hoje utilizados pelos recursos humanos dos Estabelecimentos Prisionais americanos para referenciar potenciais reclusos que ingressam em prisão com problemas de saúde mental (Ford et al., 2007).

Após uma pesquisa exaustiva, foram selecionados dois instrumentos de rastreio breve da saúde mental, o *Brief Jail Mental Health Screen* de Steadman, Scott, Osher, Agnese, e Robbins (2005) e o *Correctional Mental Health Screen* de Ford e Trestman (2005). Os critérios de escolha dos instrumentos consistiram nas evidências empíricas, critérios de sensibilidade, validade dos instrumentos (considerou-se os problemas de saúde mental mais associados à população reclusa) e, como fundamental, o tempo e custos de aplicação.

No sentido de colmatar as limitações atuais, considerou-se também essencial, validar para a população reclusa portuguesa um instrumento de rastreio breve do abuso de álcool ou outras drogas, uma vez que é referida forte incidência de comportamentos aditivos em população reclusa. Considerando os mesmos critérios de seleção, foi selecionado para o efeito, o *Modified Simple Screening Instrument for Substance Abuse* (Center for Substance Abuse Treatment, 1994).

O presente trabalho encontra-se dividido em dois capítulos:

O tópico 1 do primeiro capítulo consiste na fundamentação teórica do tema, em que, após uma exaustiva análise das investigações relacionadas neste âmbito, são descritos alguns fatores, variáveis e vulnerabilidades dos ambientes prisionais, relacionando-os com as consequências no impacto na saúde mental em população reclusa e fazendo uma ligação entre deduções teóricas e evidências empíricas. O segundo tópico do primeiro capítulo inclui as investigações relacionadas com a criação, desenvolvimento e validação dos instrumentos de avaliação da saúde mental em população reclusa que neste relatório se propõem para tradução e validação à população reclusa portuguesa.

O segundo capítulo inclui os dados relativos ao método da investigação, iniciando com a explicação dos procedimentos efetuados, seguido da caracterização da população representada na amostra, após este, segue-se a análise inferencial estatística dos dados recolhidos, terminando com uma síntese conclusiva dos resultados incluída no terceiro capítulo.

Capítulo I: componente teórica

1.1 Os problemas associados à vida em reclusão

1.1.1 Fatores determinantes e consequências da (in)adaptação à reclusão

A entrada na prisão envolve necessariamente um processo de adaptação, com resultados mais ou menos penosos, mediados pela eficácia, ineficácia, ativação ou insuficiência dos mecanismos de coping (Haney, 2002), significa isto que, a adaptação ao meio prisional é uma experiência híbrida, já que as suas consequências variam de indivíduo para indivíduo e os seus resultados podem, ou não, ser facilitadores na adaptação ao regresso à liberdade (Gonçalves, 2008; Haney, 2002; Moreira, 2008).

Por norma, a prisão não envolve vontade própria, trata-se de uma imposição decretada judicialmente, que após uma sucessão de erros são interrompidos pela decretação da prisão. Esta população é, em geral, caracterizada por estratos ou classes sociais mais desfavorecidas (Gonçalves, 2008). Ao longo das últimas décadas, tem sido empiricamente sustentado que as prisões são ambientes difíceis no ajustamento e sobrevivência ao nível dos valores e conceitos pessoais, não raras vezes, envolve mudanças comportamentais que, sendo funcionais na cultura prisional poderão tornar-se interiorizados em hábitos de ação, pensamento ou sentimentos que dificultam a adaptação à vida pós-reclusão (Haney, 2002). De acordo com Gonçalves (2008), o conceito de adaptação pode ser entendido como a capacidade do indivíduo para identificar e lidar com as regras de uma instituição através da aceitação, recusa ou eventualmente a sua interiorização.

Após entrada em meio prisional, o recluso é confrontado com uma série de contingências e pressões e exigem uma rápida reação e adaptação como meio de sobrevivência à própria experiência da prisão (Haney, 2002).

Inevitavelmente, os Estabelecimentos Prisionais (EPs) regem-se por leis e normas específicas de forma a garantir a segurança e tranquilidade no meio prisional, tornando este espaço muito limitativo para que cumpre pena (ou medidas de coação) de privação da liberdade. As regras mais evidentes na gestão e controlo da ordem e segurança do meio prisional estão muito conectadas aos princípios de controlo de comportamento vigentes no paradigma comportamentalista, com maior incidência na correção e controlo do comportamento por meio de sistemas de punição (e.g. permanência obrigatória no alojamento, cela disciplinar, entre

outros). Segundo Haney (2002), estas normas punitivas e estigmatizantes conduzem as cadeias num maior e mais profundo isolamento psicológico da comunidade prisional e dos recursos disponíveis para a manutenção dos laços com o exterior.

Muitas vezes, o confronto com os agentes da instituição poderá ser motivada como uma resposta estratégica na intensão de ganhar respeito pelos outros reclusos. Do ponto de vista da cultura prisional, consiste numa das várias formas que poderá funcionar como adaptação à reclusão, mas que do ponto de vista disciplinar, ou em meio livre, terá consequências opostas.

Um facto consensual entre os autores é que a compreensão do comportamento dos reclusos deverá considerar o conjunto de *microstressores* aos quais os mesmos estão sujeitos, como o drástico corte da independência (e.g.: autonomia comprometida nas várias áreas de vida, rompimento de relações familiares e sociais, entre muitos outros aspetos) e contingências institucionais (e.g.: espaço circundante restrito, atividades limitadas, etc.). Entre outros aspetos, os principais problemas de adaptação à prisão, que motivam os reclusos a adotar respostas disfuncionais (do ponto de vista social), consistem no relacionamento geral entre reclusos, na dificuldade de estabelecer amizades ou no sentimento permanente de desconfiança e rejeição mútua (Haney, 2002).

A experiência de momentos de sofrimento, a deprivação, ou as relações extremas são pautadas de padrões e normas atípicas que os reclusos partilham em comum, pelo que, as consequências poderão ser adversas numa pequena proporção de sujeitos, provocando-lhes perturbações psicológicas com efeitos a longo prazo, contudo essa associação não é regra, pois existem evidências empíricas que demonstram que as consequências psicológicas da reclusão em EPs com uma gestão mais eficaz no acompanhamento de pena e ressocialização, não produzem resultados clínicos ou diagnósticos permanentes (Haney, referido por Haney, 2002), o que parece indicar que, “*em geral, as prisões não fazem pessoas malucas*” (Haney, 2002, p. 79).

O Período de maior vulnerabilidade ocorre durante o período de adaptação à reclusão e o seu risco é dissipado ao longo do tempo mediante a inclusão do sujeito na rotina prisional, sendo a socialização um problema fundamental a ultrapassar (Moreira, 2008). Como referido, muitos hábitos adotados como meio de sobrevivência e adaptação e, de certa forma adaptativos na cultura prisional, poderão ser disfuncionais e prejudicar a adaptação à vida pós-reclusão, no entanto, as consequências negativas não afetam todos os sujeitos e são geralmente reversíveis, isto porque, nem todos os reclusos refletem consequências psicológicas ou ficam prejudicados com isso (Haney, 2002).

Mesmo os investigadores mais céticos em acreditar que existem consequências que transitam para o foro psicológico, assumem que os efeitos negativos e mudanças comportamentais a longo prazo ocorrem num grupo reduzido de sujeitos, em geral, os investigadores são consensuais em acreditar que quanto mais extremo, mais punitivo, mais perigoso, entre outras circunstâncias negativas, for o ambiente prisional, em maior número e mais graves serão os sujeitos afetados (Bonta & Gendreau, 1990).

Talvez uma das mudanças mais dramáticas nas cadeias norte-americanas resultou no aumento excessivo da população prisional e consequente sobrelotação generalizada dos EPs (Haney, 2002), o fenómeno foi comum a grande parte dos países ocidentais e Portugal não foi exceção. A partir de 1985, com exceção no período entre 2007 e 2010, a ocupação efetiva das prisões ultrapassou a sua capacidade total, em 2014 a taxa ficou-se nos 111.20% (Pordata, 2015a). Inevitavelmente, a sobrelotação das cadeias afeta negativamente as condições dos espaços na vida prisional comprometendo os níveis de segurança, gestão prisional e o acesso dos reclusos a programas essenciais para a ressocialização (Haney, 2002).

Com a entrada em prisão, o recluso depara-se diariamente com diversos coadjuvantes do sistema prisional, afetando-o negativamente a várias dimensões, como ao nível da autoestima, na função sexual, na despersonalização, no aumento de comportamentos criminosos, entre outros (Buffard, referido por Gonçalves, 2008; Livrozet, referido por Gonçalves, 2008; Mazerol, referido por Gonçalves, 2008) Esta panóplia de circunstâncias afeta, inevitavelmente, o bem-estar dos reclusos, incidindo sobre o aumento dos níveis de *stress* e, refletindo-se também, em todo o *staff* prisional.

Fatores individuais como problemas de saúde mental, elevados níveis de desesperança, ou avaliações das situações como ameaçadoras e portanto, geradoras de elevado nível de *stress* (e.g.: como a colocação em cela disciplinar) parecem contribuir para um maior risco de destabilização emocional e intenção suicida (Bonner, 2006; Moreira, 2009), como tal, considera-se essencial a implementação de medidas que tornem mais flexível e menos agressivo o cumprimento da pena, sendo estas de extrema importância para a readaptação à sociedade no fim da pena cumprida (Gonçalves, 2008).

Seguidamente serão abordados alguns dos temas relacionados com processos implicados na adaptação à prisão, fatores de influência e variáveis de vulnerabilidade, no sentido de procurar mostrar ao leitor a necessidade e importância das intervenções sistemáticas junto de população reclusa, tal como a importância da implementação de programas de tratamento de doença e promoção de hábitos de vida que promovam a saúde pública e o bem-estar não só em meio prisional, mas também na adaptação à vida em liberdade.

Prisionização - o conceito

O conceito “*institucionalização*” é usado para referir o processo em que os sujeitos institucionalizados sofrem consequências psicológicas, sendo “obrigados” a mudar o seu comportamento por força do próprio ambiente institucional onde estão internos. O conceito “*prisionização*” refere-se ao mesmo efeito quando a instituição se trata de um Estabelecimento Prisional (EP) (Wheeler, 1961).

Qualquer indivíduo primário passa por um processo de “aculturação”, fenómeno descrito em 1940, por D. Clemmer ao introduzir o conceito de *prisionização* para se definir a esta “cultura penitenciária” (Clemmer, referido por Wheeler, 1961). A *prisionização* implica necessariamente uma aculturação prisional que se caracteriza pela aquisição de valores e normas criminais sendo estes ideais proporcionalmente inversos aos valores e normas

convencionais da sociedade em geral (Haney, 2002; Wheeler, 1961). Segundo o conceito, quanto maior o tempo de prisão, mais internalizados ficarão as normas prisionais e maior serão estas diferenças culturais (Haney, 2002).

A cultura prisional é sustentada por códigos específicos e informais que funcionam dentro do sistema prisional, nas relações entre reclusos, sendo estes justificados e garantidos por questões de lealdade entre os demais, por oposição aos agentes da execução de penas e às regras institucionais (Wheeler, 1961). Partindo deste pressuposto, a teoria da *prisionização* estabelece a prisão como uma “escola do crime” contrastando com a readaptação à vida em liberdade.

Entretanto, outros autores criticam a efetividade do conceito *prisionização*, defendendo que as consequências das penas não são lineares à sua duração¹, variam de acordo com as características organizacionais das instituições e as políticas que estas seguem, neste sentido, a *prisionização* será mais pronunciada quando as regras enfatizam a ordem e disciplina, sendo a reinserção mais eficaz quando as orientações se regem pelo tratamento (Wheeler, 1961).

O processo tem sido estudado intensivamente por vários investigadores de diversas especialidades científicas e envolve um conjunto de respostas às demandas do ambiente que, sendo atípico, obriga a adaptações igualmente atípicas. São mudanças psicológicas que ocorrem em vários níveis de intensidade, culminando na internalização de padrões e normas da vida prisional por meio de hábitos de pensamento, sentimento e ação. Estas condutas disfuncionais não são, por si só, de natureza patológica, correspondem a reações “normais” ao conjunto de variáveis ambientais “patológicas” que se tornam problemáticas quando são levadas ao extremo ou quando se evidenciem sinais crônicos e intensamente internalizados (Haney, 2002).

Como em todos os processos de mudanças graduais, estas transformações ocorrem por estágios, sendo fácil perceber que quanto maior for a exposição, mais significantes e intensas são as transformações institucionais. O processo inicia no momento de entrada em prisão, decorrendo naturalmente e de modo inconsciente, sendo o processo de *aprisionamento* mais facilitado/influenciado nas idades precoces, pois possuem menores competências de livre-arbítrio, sendo mais influenciáveis e com maior necessidade de aprovação (Haney, 2002).

Consequências da *prisionização*

De acordo com Haney (2002), o processo de *prisionização* envolve, entre outros, alguns das seguintes adaptações psicológicas:

- I. Dependência das estruturas institucionais e suas contingências: ao longo do tempo, os reclusos tornam-se mais dependentes da instituição e dos seus recursos a que antes resistiam. As livres escolhas, a autonomia e iniciativa tendem a suprimir e a sua vida rege-se de acordo com a estrutura e rotina diária da instituição. O controlo contínuo e sistemático, as restrições de segurança, as regras e os limites do comportamento resultam em infrações que por vezes são penosas, os limites podem ser vividos tão

¹ De acordo com o autor a forma como os reclusos são classificados e tratados, isto é, com maior ou menor grau de “perigosidade”, pode influenciar a *prisionização*

intensamente que os reclusos internalizam/cristalizam hábitos, ficando num nível extremo de dependência que afeta o seu desenvolvimento normal. Esta mudança faz com que as restrições (regras da prisão) tenham um efeito inverso levando os sujeitos a perder a confiança na instituição e nas suas próprias capacidades. A retirada súbita destes ambientes pode levar os sujeitos a perder a autoconfiança e autonomia, em casos extremos, poderão tornar-se agressivos e autodestrutivos. Os jovens são um grupo de maior risco;

II. Hipervigilância, desconfiança interpessoal e suspeição: a prisão envolve uma mudança súbita para um espaço confinado onde se impõe relacionamentos repentinos e perigosos. O risco é elevado pois verifica-se que várias pessoas aproveitam retirar vantagem da fraqueza. As avaliações que o sujeito faz da situação, quando ameaçadoras, podem tornar-se muito intensas e resistentes levando os sujeitos a adquirir padrões de comportamento disfuncionais, como manter-se à distância dos outros, evitar frequentar determinadas áreas, ficar confinados ao espaço na cela, ser agressivo com outros, ou mesmo achar necessidade de possuir uma arma/objeto de defesa. Todas estas atitudes funcionam como precaução para não se tornarem vítimas. Mais uma vez os jovens são o grupo de maior risco;

III. Hipercontrolo emocional, alineação e distância psicológica: os reclusos encenam uma imagem exterior e selecionam meticulosamente as respostas emocionais, deste modo, as reações naturais e idiossincráticas são suprimidas, as consequências podem resultar em hipercontrolo emocional e a falta de espontaneidade. A alineação e o isolamento social é uma forma de defesa que prejudica a perceção, exploração e o controlo interpessoal, podendo resultar investimentos impulsivos em relações imprevisíveis e arriscadas;

IV. Afastamento social e isolamento: alguns reclusos podem interiorizar e procurar segurança no isolamento social autoimposto, fazendo que cumpram a sua pena isolados num desespero silencioso, em casos extremos o sujeito poderá cair em apatia e adquirir padrões de comportamento compatíveis com sintomatologia depressiva. Os reclusos com penas longas são grupo de risco;

V. Internalização e exploração das normas de cultura da prisão: como referido anteriormente, além das normas formais os espaços criminais regem-se por regras informais suportadas pela cultura prisional, ser fiel a estas regras poderá ser visto como uma forma de proteção contra perigos, em que, por vezes, consistem em aceitar valores ou normas extremas no decurso da vida prisional. A falta de programas de intervenção ou atividades nos EPs privam os reclusos no envolvimento em atividades positivas pro-sociais em meio prisional. Algumas regras informais fazem com que qualquer expressão ou sentimento de fraqueza deva ser reprimido e controlado, funcionando como um indicador de “dureza”, perante ameaças ou insultos, mesmo que insignificantes, os reclusos são incentivados com reações prontas e impulsivas por vezes com violência extrema. Em casos extremos poderá fazer com que os sujeitos explorem sinais de

fraqueza e desenvolvam ou valorizem atitudes de hipermasculinidade de força e dominação sobre os outros, envolver-se nestes valores significa adotar novos padrões de comportamentos e escolhas, criando uma barreira com a própria identidade pessoal, podendo levar a respostas exageradas, provocadoras e muito impulsivas;

VI. Baixos sentimentos de autoestima e valor pessoal: além da privação da liberdade, a reclusão resulta numa imediata e súbita perda de direitos básicos, os alojamentos são espaços extremamente reduzidos, por vezes sobrelotados e geralmente confinados com pessoas estranhas, os padrões de sono, alimentação, entre outros, têm de ser adaptados à rotina do EP. Alguns sujeitos sentem-se infantilizados e interpretam estas regras como uma forma de humilhação e estigma que assiste ao papel social do prisioneiro. Em casos extremos, os reclusos internalizam a “ideia” que são pessoas que merecem este tipo de degradação social e estigma e que têm de se sujeitar enquanto estão presos;

VII. Stress pós-traumático e reações ao sofrimento do aprisionamento: para alguns reclusos a prisão é vivida muito intensamente e de forma angustiante que provoca situações de *stress* pós-traumático após regresso à vida em liberdade. Reclusos que tenham passado por experiências de vida traumáticas como maus tratos ou abuso sexual em criança, entre outros, podem reviver, em prisão, sentimentos semelhantes de sofrimento, estas situações, poderão ativar não só a memória como reações e consequências psicológicas incapacitantes. Tais respostas poderão não ser imediatamente visíveis, as primeiras sequências de sintomas do *aprisionamento* pode ocorrer sobre a forma de caos interno, desorganização, *stress* e/ou medo, quer isto dizer, que uma aparente normalidade na adaptação poderá mascarar um conjunto de sentimentos com consequências graves a longo prazo.

Características e particularidades que tornam o recluso especialmente vulnerável

Tal como foi referido anteriormente, nem todos os reclusos são afetados pelos *microstressores* do ambiente prisional, tal como nem todos transferem os efeitos negativos do processo da *prisionização* para a vida em liberdade, quer isto dizer que alguns são mais vulneráveis do que outros, seja por causa das suas características pessoais ou mesmo devido às condições de confinamento a que estão sujeitos. O que parece consensual é que existem determinadas especificidades que dificultam a adaptação no regresso à vida em liberdade devido à transferência de problemas psicológicos adquiridos durante o tempo de reclusão (Haney, 2002), segue-se breves esclarecimentos para algumas dessas vulnerabilidades:

A. Reclusos com doença mental ou problemas desenvolvimentais: a adaptação à reclusão e os fatores envolvidos no processo da *prisionização* têm impacto acrescido neste tipo de população prisional, especialmente devido às dificuldades de ajustamentos associadas a estas condições. Os reclusos doentes mentais ou com atraso de desenvolvimento, que em muitas das vezes poderão falhar na referenciação ou no diagnóstico, têm condicionantes que os tornam vulneráveis na adaptação à rotina prisional, tais como, dificuldades no contacto próximo com a realidade, dificuldades no

controlo da estabilidade, claros desajustes emocionais e comportamentais ou défices de compreensão e aprendizagem;

B. Reclusos afetos em alas de alta segurança ou sujeitos a isolamento: Os efeitos do confinamento em solitária é objeto de estudo por vários investigadores nas cadeias norte-americanas, pois a lei penal permite o isolamento durante vários anos. Em Portugal o período máximo permitido por lei é 30 dias, no entanto, as sanções disciplinares em norma são inferiores ao máximo permitido (Moreira, 2008). Vários autores referem que o isolamento (e.g. cela disciplinar) e o confinamento em alas ou cadeias de alta segurança colocam os reclusos sobre pressão extrema com elevados níveis de deprivação social, tornam os reclusos mais vulneráveis aos efeitos da *prisionização* o que poderá resultar no comprometimento da função cognitiva, sentimentos de raiva, frustração, desesperança, entre outros aspetos, como resultado o sujeito poderá adquirir padrões de comportamentos agressivos ou autolesivos (Haney, 2002).

Reclusos que sofrem sintomas provocados pelo *aprisionamento*, revelam indícios de perturbações psicopatológicas ou outras formas de perturbações personalísticas, neste sentido, Haney (2002) considera o “comportamento criminal” deve ser acompanhado ao mesmo nível da doença mental e que a psicoterapia deve ser uma ferramenta primária para o processo de reinserção social.

Adaptação à vida em liberdade

Do mesmo modo que na entrada em prisão o recluso passa obrigatoriamente por um processo de adaptação, o regresso à liberdade é igualmente um período sensível que requer habituação. Os efeitos da *prisionização* podem prejudicar a vida pós-prisão, dificultando ou não permitindo a sua reintegração e acesso à vida social e profissional, consecutivamente, os resultados poderão afetar negativamente a condição sociofamiliar (Haney, 2002).

A prisão poderá estar na origem do surgimento de debilidades potencialmente incapacitantes, especialmente quando, reclusos com necessidades especiais, ou debilidades, já estabelecidas antes da entrada em reclusão, ou mesmo psicopatologias ou disfunções que se desenvolveram durante o cumprimento de pena, não têm um acompanhamento ou tratamento adequado e sistemático durante o seu decurso. Os efeitos são variados e muito preocupantes, as reações de cada ex-recluso vão depender do impacto do *aprisionamento*. Quando o recluso adquiriu padrões de comportamento, que na vida em prisão funcionaram de modo eficaz como defesa, estes, na vida em liberdade, podem vir a tornar-se muito desadequados e desadaptativos dificultando a sua reinserção na sociedade (Haney, 2002).

1.1.2 A doença mental no sistema prisional

Os vários estudos efetuados em Estabelecimentos Prisionais são unânimes em referir que, em relação à comunidade em geral, a doença mental na população reclusa está sobre representada (Brink et al., 2001; Fazel & Seewald, 2012; Ford & Trestman, 2005; Martin et al., 2013; Steadman et al., 2009; Teplin, 1990), o que determina o fenómeno como um problema de saúde pública (Teplin, 1990). Identificar a verdadeira extensão destes rácios será o um primeiro passo para a melhoria das condições de saúde em meio prisional e consequentemente a implementação de medidas eficazes de alternativas à prisão (Steadman et al., 2009).

Os resultados variam consoante as investigações e locais onde esta é efetuada, sendo a variabilidade dos resultados bem evidentes entre os diferentes autores. A ambivalência e amplitude dos índices faz com que as conclusões sobre os rácios de doença mental em população reclusa sejam inconsistentes (Steadman et al., 2009).

Algumas conclusões e variabilidade dos resultados

De um modo geral, comparativamente aos condenados, os reclusos preventivos apresentam maiores índices de debilidade mental, por exemplo, numa análise feita por Brink et al. (2001) verificou-se uma amplitude nos rácios de esquizofrenia entre 1% a 8% nos condenados e 2% a 75% em preventivos, segundo o autor, uma relação similar tem sido encontrada em transtornos afetivos, transtornos mentais orgânicos, alcoolismo, dependência de drogas e personalidade antissocial. Tal como referido anteriormente, de acordo com Moreira (2008), a estabilidade emocional do recluso melhora à medida que este se adapta à reclusão, o que poderá explicar a variabilidade dos índices entre preventivos e condenados.

Medindo a saúde mental de duas formas, 1) por história recente de sintomas de problemas de saúde mental (doze meses antes da entrevista) ou 2) por história recente de problemas de saúde mental reportado por um diagnóstico clínico ou por ter sido submetido a tratamento por profissionais de saúde mental, James e Glaze (2006) referiram que mais de metade da população prisional foi sinalizada num ou noutro grupo. Os sintomas de desordem mental foram sustentados de acordo com os critérios especificados no DSM-IV. Segundo estes autores, metade dos referenciados demonstravam sinais de mania, cerca de 1/4 Depressão Major e entre 15 a 24% evidenciava desordens psicóticas².

No que respeita a diferenças de género, para alguns autores os problemas de saúde mental são significativamente superiores em reclusas femininas (James & Glaze, 2006), já noutras investigações não foram encontradas diferenças significativas (Fazel & Seewald, 2012). Analisando eventuais diferenças entre grupos etários, verificou-se pelo menos um diagnóstico de desordem mental em 79.5% dos sujeitos da mais baixa categoria etária (entre 17 e 24 anos), o grupo entre os 45 e 54 anos teve os índices mais elevados em perturbações de humor,

² Foram referidas alucinações ao indicar que vêem coisas ou ouvem vozes, delírios, ou que outras pessoas controlam o seu cérebro e pensamento, podem ler a sua mente ou estão a espialo. Entre 10 a 24% dos reclusos indicava pelo menos um episódio psicótico.

psicótico, ansiedade e abuso de substâncias e em todos os indivíduos com mais de 65 anos foi identificado pelo menos um diagnóstico de perturbação mental (Brink et al., 2001).

Entre os vários investigadores, parece verificar-se que os rácios de saúde mental variam consoante a metodologia utilizada, no entanto é consensual que os elevados índices de doença mental são bem evidentes (e.g. Brink et al., 2001; Fazel & Danesh, 2002; Fazel & Seewald, 2012; Martin et al., 2013; Teplin, 1990). As perturbações associadas a esta população são, esquizofrenia, perturbação da ansiedade, transtorno de conduta, somatização (Brink et al., 2001), transtornos psicóticos, depressão major (Fazel & Danesh, 2002), entre outras. O consumo de álcool ou estupefacientes é também muito associado a reclusos, em que por norma, no período antecedente à reclusão, a percentagem de abuso e/ou dependência é muito elevada. A incidência de desordens parece diminuir com o aumento do nível de escolaridade (Brink et al., 2001).

Numa meta-análise feita sobre os países ocidentais verificou-se que um em cada sete reclusos apresenta doenças psicóticas ou depressão major, comparando estes dados com investigações à população Americana e Britânica, significa isso que a incidência é, respetivamente, duas ou quatro vezes mais, tendo constatado diferenças significativas entre os países com rendimento médio/baixo comparativamente a países com alto rendimento³, sendo os índices de perturbação mais elevados nos primeiros. Os autores verificaram também que os rácios de doença psicótica e depressão major não sofreram alterações entre 2002 e 2012 (Fazel & Seewald, 2012).

Os índices de doença mental, ansiedade e de abuso/dependência de drogas são significativamente mais proeminentes em reclusos reincidentes comparativamente a primários. As diferenças não são significativas quando se exclui o consumo de estupefacientes (Brink et al., 2001).

Para já, a literatura existente não consegue separar os rácios de doença mental entre os sujeitos que entram no sistema com distúrbio e as consequências que surgem durante o encarceramento (Brink et al., 2001), de igual modo, os resultados das investigações não conseguem determinar se a doença mental é a causa dos comportamentos criminosos ou se esta é consequência ou caracterização desta população (Teplin, 1990). A ausência de elementos sobre a saúde dos ex-prisioneiros torna impossível verificar o sucesso (ou o oposto) dos serviços de reabilitação do sistema penal, no entanto, investigações desenvolvidas por Kinner e Milloy (2011) com ex-reclusos, no regresso à vida em liberdade, conseguiu-se apurar que através de programas de acompanhamento é possível melhorar as condições de saúde mental.

A depressão e a ansiedade são perturbações psicológicas que por norma se correlacionam (Carvalho & Pimentel, 2003), esta associação poderá ser mais evidente em meios prisionais devido aos processos de adaptação e aculturação. Num estudo realizado em Portugal, Ventura e David (2001) referiram que, enquanto na ansiedade-traço não se registaram diferenças

³ De referir que na meta-análise não foi considerado nenhuma investigação portuguesa, no entanto, salienta-se que de acordo com os critérios de rendimento por The World Bank (2014), Portugal é considerado como uma economia de rendimento elevado.

significativas na adaptação à reclusão entre reclusos preventivos e condenados, o mesmo não se verificou na ansiedade-estado, ocorrendo significancia estatística entre os dois grupos, sendo que os primeiros, apresentaram níveis de ansiedade superiores, independente de ser primário ou reincidente.

Analisando as diversas investigações sobre a avaliação dos rácios de saúde mental em população reclusa, é fácil concluir que os resultados entre estas são inconstantes, quer isto dizer que uma meta-análise dos rácios de doença mental em população reclusa poderá ser dificultada devido à variabilidade dos resultados apresentados entre as diferentes investigações, no mesmo sentido, a análise comparativa inter-países torna-se igualmente complexa, no entanto, poderá ainda não estar definido se esta variabilidade é o resultado da diferença entre os sujeitos detidos nos diferentes estabelecimentos/países ou se se trata da variabilidade metodológica (Roesch, Ogloff, & Eaves, 1995).

Arboleda-Florez et al. (referido por Brink et al., 2001) reconheceu ser evidente que as pesquisas com recurso a vários investigadores de várias áreas científicas podem falhar na confiabilidade inter-avaliadores, tendo o mesmo acrescentando que, objetivos similares podem ser encontrados em investigações com poucos pesquisadores, para Steadman et al. (2009), as razões dos resultados díspares poderão estar relacionadas com a diversidade da metodologia entre as investigações.

O verdadeiro desafio dos serviços de reinserção e sistema prisional é contribuir para a reintegração com sucesso do recluso à sociedade, porém, existem autores a defender que as condições de saúde melhoram enquanto o recluso está preso, talvez porque os comportamentos de risco são menores (Kinner & Milloy, 2011). Ao longo do acompanhamento de pena, permanece alguma preocupação com a elevada taxa de automutilações e até suicídio (Moreira, 2008, 2009; Moreira & Gonçalves, 2010). A importância do rastreio e tratamento da saúde mental é patente pois, como refere Fazel e Seewald (2012), os benefícios do tratamento para a depressão e doença psicótica são evidentes e essenciais para reduzir o risco de suicídio e automutilação.

Tendo sido já referido, convém reforçar que, apesar da variabilidade dos rácios entre diferentes investigações, parece consensual entre os autores e suportado pelos resultados das investigações, que os índices de doença mental são muito superiores em reclusos quando comparados com a população em geral, no entanto, a análise da literatura ainda não nos permite perceber se a doença mental é o resultado do comportamento criminal, se é característica ou resultado desta população, se o problema se relaciona com o estrato social ou familiar, entre outras variantes. Os dois tópicos seguintes exploram hipóteses que procuram explicar as razões dos elevados índices de distúrbios mentais nesta população.

1.1.3 A Hipótese da criminalização da doença mental

A descoberta e desenvolvimento dos efeitos dos psicotrópicos veio libertar os pacientes mentais dos hospitais prisionais, já que, deste modo, foi possível criar condições para que os pacientes possam prosseguir com o tratamento vivendo em e na comunidade. Estes movimentos fizeram diminuir os internamentos até ao ponto de se decidir pelo fecho de muitas destas instituições, este processo é conhecido por “desinstitucionalização”. A desinstitucionalização foi seguida por um movimento que defendia a ideia que os doentes mentais devem viver com satisfação na comunidade (Chaimowitz, 2012; Marques-Teixeira, 2004). Os serviços colocados à disposição dos pacientes justificaram o movimento, a evolução dos medicamentos permitia o alívio dos sintomas psicóticos e mais tarde incluiu também as perturbações de humor, ao ponto dos sujeitos mentalmente incapacitados poderem ganhar espaço na comunidade. O movimento defendia que o processo de desinstitucionalização pressupunha a deslocação dos custos das instituições de internamento mental para o serviço na comunidade à medida que estas foram sendo encerradas, no entanto, talvez por razões económicas, isso não ocorreu ou quando aconteceu foi em quantia insuficiente e de certa forma desadequada (Chaimowitz, 2012).

Ao longo do tempo tornou-se cada vez mais difícil para os profissionais de saúde internar e manter pessoas com doença mental nos hospitais. As leis criadas para proteger os doentes mentais podem ter influenciado, de modo não intencional, à mudança na forma de intervenção, encurtando os seus períodos, que terminam quando os riscos do compromisso civil diminuem, sem garantias de que o funcionamento independente e o verdadeiro insight estejam assegurados (Chaimowitz, 2012).

De facto, o fecho de várias instituições de internamento psiquiátrico revelou-se desastroso, os objetivos do movimento que defendia a *desinstitucionalização* não pressupunham uma total autonomia dos pacientes, pois, a sua condição de saúde requer um acompanhamento médico sistemático. O desfecho foi a “criminalização da doença mental” já que inevitavelmente, alguns sujeitos com perturbações mentais, quer por falta de apoio familiar/comunitário/médico ou por impulso da própria doença tornaram-se muito vulneráveis, acabando por se envolver em pequenos delitos e perseguidos pelas forças policiais, para muitos deles, o desfecho foi a prisão (Shenson, Dubler, & Michaels, 1990).

A hipótese da criminalização da doença mental implica uma determinada subpopulação já referenciada no sistema de saúde mental e defende que, devido a comportamentos associados e impulsionados pela sua condição de saúde, estes sujeitos são “deslocados” para o sistema de justiça criminal, isto porque, no aspeto legal atual, em comparação com tempos anteriores, muitos dos comportamentos de sujeitos com perturbação mental, estão hoje mais enquadrados no sistema de justiça criminal (Moreira, 2008; Steury, 1991). Existem investigações que poderão suportar a hipótese, por exemplo, Chiles, Cleve, Jemelka, e Trupin (1990) verificaram que em 88% dos reclusos entrevistados foi relacionado com pelo menos um diagnóstico psiquiátrico, excessivamente superior quando comparando com a população em geral, que os autores associaram a 7.8%.

Este grupo de sujeitos está associado a estratos sociais mais desfavoráveis ou sem-abrigo, que para procurarem acesso às necessidades básicas, optam por envolver no mundo do crime (Marques-Teixeira, 2004). Tais situações poderão ter peso nos índices de doença mental da população reclusa já que existem dados empíricos que suportam a hipótese da “*criminalização da doença mental*”. Segundo resultados de algumas investigações, as prisões parecem estar a funcionar como um depósito de sujeitos com doença mental (Marques-Teixeira, 2004; Teplin, 1990).

Os apoios sociais poderão não chegar a todos os que necessitam, seja por escassez dos meios ou mesmo por desconhecimento dos cidadãos na forma de acesso a esses recursos. Os doentes mentais são os principais prejudicados, pois têm grande dificuldade em gerir a sua vida e garantir os seus cuidados básicos necessários, por força das suas necessidades, estes sujeitos poderão procurar aceder a cuidados de saúde, apoios e benefícios sociais por meio do sistema serviços judiciais (Chiles et al., 1990)

Em Portugal, os desenvolvimentos foram idênticos, a desinstitucionalização, forçada com o fecho dos hospitais psiquiátricos, fez com que muitos doentes mentais se tornassem em delinquentes, não por força da sua doença, mas sim, forçados por um sistema sociopolítico, uma vez que, com um acompanhamento adequado a estes indivíduos, poderiam se precavidos e prevenidos esses comportamentos criminosos (Marques-Teixeira, 2004).

Esta sucessão de acontecimentos provocou uma verdadeira crise no sistema prisional (Marques-Teixeira, 2004), que teve de adequar serviços de saúde psiquiátrica à população reclusa (Shenson et al., 1990), uma vez preso, o doente mental acede aos cuidados de saúde através dos serviços e recursos disponibilizados pela instituição prisional, o que lhe garante cuidados que em liberdade seria difícil aceder. Este funcionamento poderá levar ao entendimento que é mais fácil receber tratamento mental em situação de reclusão (Chaimowitz, 2012).

A lei portuguesa prevê a inimputabilidade quando, por anomalia psíquica, o sujeito for incapaz de avaliar a ilicitude dos seus atos (art.º 20 do Dec. Lei nº 48/95 de 15 de março), entretanto, pouca atenção tem sido dada ao significado de criminalização da doença mental, a hipótese da criminalização é omissa quanto à forma como as pessoas com problemas mentais são tratados na justiça, para já, o que parece fundamental, será conhecer a natureza do controlo exercido sobre a desordem mental na justiça criminal e por essa via estabelecer uma definição de criminalização que considere estes fundamentos baseado em evidências empíricas (Steury, 1991).

Os reclusos diagnosticados com problemas de saúde mental cumprem a sua pena em alas ou anexos psiquiátricos, no entanto, a questão coloca-se: “se estes indivíduos são doentes, portanto inimputáveis, por que razão são mantidos em reclusão?” Em adição, se por outro lado, permanecem desconhecidos aqueles que, por se situarem entre o normal e patológico, não foram devidamente triados, por outro lado, aqueles que entram saudáveis, mas com características personalísticas frágeis ou debilitadas, o ambiente prisional é suficiente para

gerar exacerbações ou descompensações comportamentais, (Marques-Teixeira, 2004) sendo que, estes indivíduos cumprem as suas penas em alas comuns.

Considerando que os reclusos estão sujeitos a ambiente com várias restrições, é fundamental que os serviços penitenciários continuem a fornecer acompanhamento no tratamento mental, de acordo com os níveis de doença mental demonstrado pelas várias investigações, ainda carecem de algumas melhorias (Fazel & Danesh, 2002).

É recomendado que todos os reclusos devam ser sujeitos a rastreio de saúde mental no momento de ingresso à reclusão, esta sugestão torna-se muito desafiante devido à gestão de tempo entre as diversas valências dos recursos humanos nos Estabelecimentos Prisionais, no entanto, se por um lado, o acompanhamento de penas e a prestação de cuidados de saúde é extremamente exigente e prolongado, por outro, o não tratamento de reclusos com problemas de saúde mental no sistema penal contribuirá para o agravamento da gestão dos seus recursos (Steadman, Robbins, Islam, & Osher, 2007).

A disponibilidade de instrumentos eficazes de rastreio da saúde mental, de aplicação breve e com requisitos mínimos para o aplicador, poderá ser um apoio para colmatar as dificuldades na gestão de recursos e contribuir para uma melhor e mais eficaz avaliação e conseqüente acompanhamento e implementação de métodos de tratamento ajustados a cada recluso (Ford, 2007; Ford et al., 2007; Steadman et al., 2007; Steadman et al., 2005).

1.1.4 Comportamentos aditivos e delinquência

As drogas estão associadas à sobrelotação dos estabelecimentos prisionais portugueses, já que, após à implosão do consumo, verificou-se um aumento significativo do número de reclusos e conseqüentemente sobrelotação do sistema por crimes associados ao consumo e/ou ao tráfico (Poças et al., 2006; Torres & Gomes, 2002), conseqüência comum a quase todos os países desenvolvidos (Torres & Gomes, 2002).

Em Portugal, não existem estudos sistemáticos que estabeleçam a relação entre o consumo de droga e os comportamentos delinquentes, no entanto, as evidências parecem óbvias ao estabelecer uma relação entre o consumo e os vários tipos de crime, como contra o património ou contra pessoas, em que o objetivo destes comportamentos têm como fundamento a aquisição de droga (Poças et al., 2006), de facto, as drogas têm um papel dominante no sistema prisional, tanto relativo aos crimes cometidos como no que respeita a consumos dentro e fora muros, em adição a relação entre o consumo e a reincidência criminal é muito elevada e delineadora de um ciclo contínuo “consumo-delinquência-reclusão” (Torres & Gomes, 2002).

O consumo de drogas associa-se a várias doenças, infecciosas ou mentais, além destes, estão associados vários riscos, como o abandono escolar precoce, baixa ou inexistente formação profissional ou marginalização familiar e social (Poças et al., 2006). Também neste campo, os índices reclusos de consumidores são muito superiores à população em geral, conseqüentemente, os níveis de doenças infetocontagiosas como a Sida, portadores de HIV ou a hepatite B e C constituem problemas de saúde muito preocupantes. Comparativamente aos

homens, as reclusas femininas estão representadas com índices inferiores de consumos ou dependência mas com níveis superiores de crimes por tráfico de droga (Torres & Gomes, 2002).

No sentido descendente, a canábis, a heroína e a cocaína são descritas como as substâncias mais consumidas em meio prisional (Torres & Gomes, 2002), entretanto, nos últimos anos tem-se verificado uma diminuição na dependência e consumo de heroína em sujeitos reclusos e, em sentido contrário, os serviços prisionais têm incidido especial atenção ao aparecimento de novas drogas, ou a diferentes padrões de consumo (e.g. álcool), cujo comportamento e especificidade entre si diferem. Continuando ao nível das incidências, em 2006, as características da população reclusa portuguesa, tendiam para o consumo de heroína associados à população mais velha, a cocaína com mais propensão para a faixa adulto jovem e o policonsumo, entre haxixe, *ectasy*, cocaína, LSD ou álcool, associado a sujeitos mais jovens. Os dois últimos grupos poderão ser caracterizados por não assumirem a dependência e não apresentar motivação para a mudança (Poças et al., 2006).

Estudos feitos em cadeias americanas demonstram que uma grande percentagem de reclusos abusam ou dependem de substâncias (e.g. Herrman & Mills, 1991), em Portugal a situação não é diferente, numa análise feita em vários estabelecimentos prisionais que albergavam 10182 reclusos, os autores concluíram que cerca de 40% apresentavam dependência ativa de consumo de substâncias (em que não se incluiu o álcool) e 43.5% dos reclusos tomava medicamentos psicofarmacológicos, em grande parte de forma abusiva. Durante o período em que ocorreu o estudo, 34.4% dos reclusos entrados, assumiam o consumo de droga e 7.6% apresentavam síndrome de abstinência, o que determinou que, por ano, cerca de 400 reclusos necessitam de acompanhamento em programas voltados para a abstinência (Poças et al., 2006), na investigação de Torres e Gomes (2002), as percentagens foram superiores, 52.8% cometeram crimes relacionados com drogas e assumiram-se dependentes, 19.3% cometeram crimes relacionados com drogas e não referiram dependência e a restante amostra não estava relacionada em nenhuma das vertentes. Neste estudo foi também possível verificar que cerca de metade dos reclusos que assumiram consumir drogas em meio prisional já passou por programas de tratamento, o que denota alguma dificuldade no controlo o consumo.

O crescente consumo de determinadas drogas em meio prisional pode ser motivado pelos efeitos que exerce, por exemplo, a canábis tem um efeito relaxante, o que poderá contribuir na diminuição dos níveis da ansiedade e, deste modo, ajudar a passar o tempo, em contraste, a cocaína tem um efeito estimulante, portanto mais ativador (Plourde & Brochu, 2002), já os níveis de consumo que estão associados à heroína, poderá estar relacionado com o processo de dependência da própria substância, sendo que, normalmente estes hábitos de consumo vêm do exterior (Strang et al., 2006), outros autores referem que os tipos de substâncias, a forma de consumo em meio prisional e os seus índices, estão relacionadas com a facilidade ou dificuldade de dissimulação e introdução no próprio meio (Torres & Gomes, 2002).

Relativamente a adições em reclusão, as intenções dos reclusos parece ser continuada no que respeita à heroína, canábis e cocaína. Se este já for consumidor antes da entrada em prisão, provavelmente se tiver acesso à droga, irá manter os mesmos níveis de consumo,

contudo, os resultados demonstram que na cocaína os consumos de cocaína caem para metade, sendo a disponibilidade do estupefaciente, os seus efeitos ou o grau de dependência parte explicativa dessas variações. O início de consumo em meio prisional não se verifica como uma prática comum, o que parece indicar que, por norma, o ambiente prisional não desencadeia o consumo (Torres & Gomes, 2002).

O risco de suicídio é acrescido em sujeito consumidores de estupefacientes ou álcool (Gupta, 2012; OMS, 2006), é significativo em sujeitos dependentes de álcool quando comparado com indivíduos que abusam de álcool (Vicente, Nunes, Viñas, Freitas, & Saraiva, 2001) e é muito elevado quando existem comorbilidades entre as adições e a perturbação mental (Goss, Peterson, Smith, Kalb, & Brodey, 2002). Portugal é um país com tradição no consumo de álcool e com elevadas comorbilidades com perturbações do foro mental, deste modo, o Plano Nacional de Saúde Mental deverá contemplar estratégias de prevenção e combate à diminuição com consumo e lidar com o fenómeno como um problema de saúde pública (Carvalho et al., 2013).

Perante este conjunto de fatores, fica patente que são vários os mecanismos associados ao abuso de substâncias que provocam instabilidade na vida dos consumidores a nível biopsicossocial, que por sua vez, facilitam a adoção de comportamentos suicidários. Alguns autores referem que o consumo de substâncias pode resultar como uma resposta de fuga a problemas e conseqüentemente redução dos níveis de desconforto, deste ponto de vista, o consumo poderá funcionar como função “*anti-suicida*” (Moreira, 2008).

Existem investigações que associam o consumo à doença mental, por exemplo, no estudo de Chiles et al. (1990) foi verificado que sintomas de abuso de álcool ou drogas foram associados em 92% dos reclusos com perturbação de personalidade antissocial, em 82% dos reclusos diagnosticados com depressão e em todos os reclusos diagnosticados com esquizofrenia transtorno esquizofreniforme, distímia ou mania.

O processo de adaptação ao meio prisional poderá ter um efeito positivo, já que a tendência de consumo diminui à medida que avança o tempo de reclusão (Elger, Goehring, Revaz, & Morabia, 2002; Singleton, Meltzer, Gatward, Coid, & Deasy, 1997).

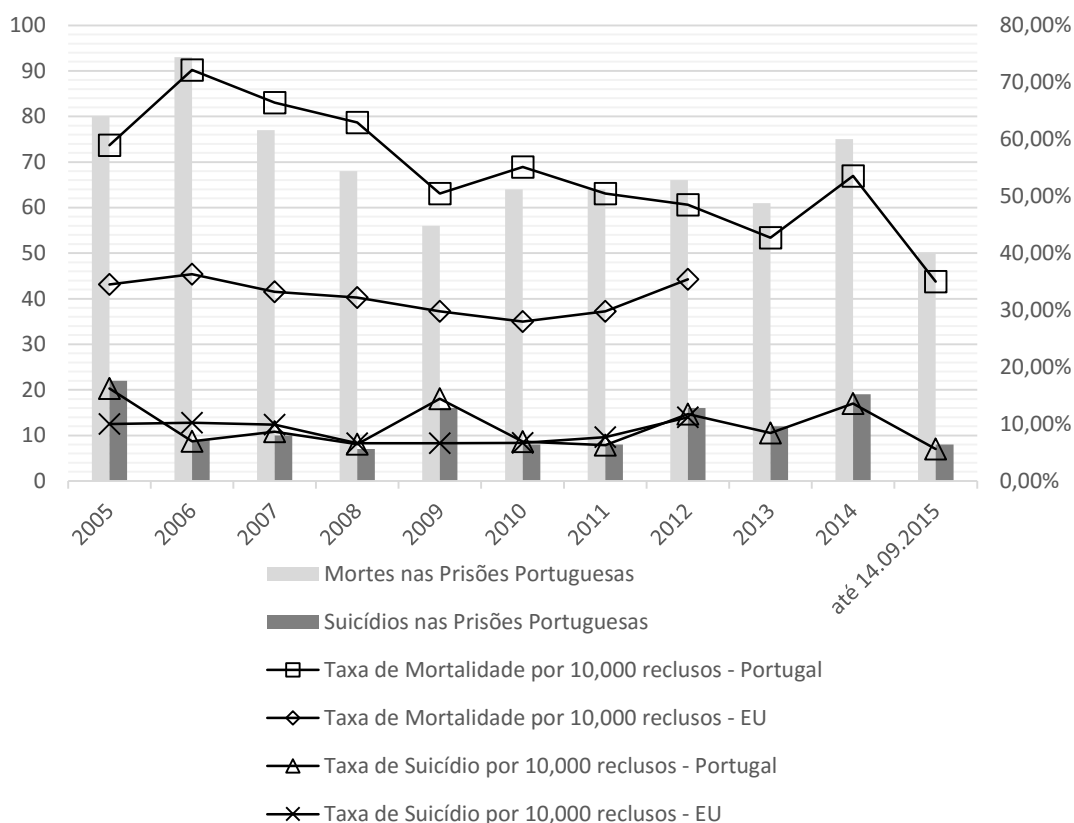
1.1.5 Comportamentos suicidas e para-suicidas

Antes de abordar os fatores relacionados com os riscos de comportamentos suicidas, será resumido uma panorâmica da realidade portuguesa e feita comparação com rácios da União Europeia (UE).

Entre 2005 a setembro de 2015 faleceram 754 reclusos nas prisões portuguesas, destes 135 colocaram termo à vida, o que resulta numa média anual de 68.55 ± 12.04 e 12.27 ± 5.15 , respetivamente. Durante estes anos, a média dos rácios de suicídio nas cadeias portuguesas foi 9.56 ± 3.74 , ligeiramente superiores em relação à UE, com média de 8.61 ± 1.90 , respetivamente. O valor mínimo foi em 2010 em que ocorreram sete suicídios, já o máximo foram 22 suicídios no ano 2005. Nos anos de 2009 e 2012 o valor foi também muito elevado, em cada um destes anos suicidaram-se 16 reclusos. Já o número total de mortes por ano nas cadeias

portuguesas foi muito superior em Portugal ($\bar{x} = 54.21 \pm 10.64$) comparativamente à média da EU ($\bar{x} = 32.40 \pm 2.98$) (ver figura 1) (Fontes: Aebi & Delgrande, 2007, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014a, 2014b; Aebi & Stadnic, 2007; DGRSP, 2015; Pordata, 2015b).

Figura 1: Número de mortes e suicídios nas prisões portuguesas e rácios por 10000 reclusos, em Portugal e na União Europeia entre os anos 2007 e 2012. Fonte: Aebi e Delgrande (2011, 2012, 2013, 2014a, 2014b); Aebi e Stadnic (2007) e número de mortes e suicídios nas prisões portuguesas e rácios por 10000 reclusos entre os anos 2013 até 14 de setembro de 2015. Fontes: DGRSP (2015); Pordata (2015a)



No que respeita a reclusas femininas, os dados recolhidos incluem apenas valores referente ao período entre 2009 e 2012. Nos anos entre 2009 até 2011 não ocorreu qualquer suicídio nas prisões portuguesas, já em 2012, duas reclusas femininas colocaram termo à vida enquanto estavam privadas da liberdade, a média de mortes entre os quatro anos foi $\bar{x} = 0.5 \pm 1$, a taxa de mortalidade por suicídios em reclusas femininas detidas em EP's portuguesas (por cada 10000 reclusos) durante esse período foi $\bar{x} = 3.13 \pm 6.25$, inferior à média da EU que se fixou nos $\bar{x} = 4.80 \pm 2.01$ (Aebi & Delgrande, 2011, 2012, 2013, 2014a, 2014b; Aebi & Stadnic, 2007).

Em 2013, faleceram nas prisões portuguesas 61 reclusos (homens e mulheres), destes, 12 (menos três que no ano anterior) ocorreram por suicídio, no ano 2014, morreram 75 reclusos, destes 19 colocaram termo à vida, três destes eram mulheres (Graça, 2015), no presente ano até ao momento (setembro de 2015), registam-se 50 falecimentos, destes, oito reclusos cometeram suicídio (Fonte: DGRSP).

Analisando o elevado número de reclusos que comete suicídio, compreende-se que os comportamentos autolesivos e o risco suicida são fatores de preocupação tanto por parte da tutela, como pela comunidade científica, já que vários investigadores têm dado muita importância ao fenómeno.

Em Portugal, o Psicólogo e investigador, Nuno Costa Moreira, tem pesquisado sobre os fatores de risco associados ao suicídio, segundo o autor, a taxa em comunidade reclusa é muito superior à população em geral, no entanto, mantém ressalva a estes dados estatísticos, já que, os índices de prevalência psiquiátrica, perturbação da personalidade e historial de consumos de estupfacientes ou álcool, é igualmente superior nessa população e que geralmente são descritos como fatores de risco (Moreira, 2008).

A desregulação emocional ou os problemas de perturbação borderline da personalidade constituem critérios de alto risco de comportamentos para-suicidas, em podem surgir como uma resposta para a solução de problemas (Moreira, 2008), sendo a “automutilação deliberada” utilizada como “autoreforço negativo” para a fuga ou evitamento de emoções não desejadas como a ansiedade ou a depressão (Chapman, Gratz, & Brown, 2006). A depressão major é sem dúvida o diagnóstico mais associado ao risco de suicídio (e.g. Isometsä, 2014; Moreira, 2008; Oquendo et al., 2004; Rihmer, 2007), juntamente com outros fatores como o tabagismo ou o historial de tentativas de suicídio (Oquendo et al., 2004) constituem alguns dos critérios de alto risco para a adoção de comportamentos autolesivos com ideação suicida.

O elevado *stress* e vulnerabilidade ao ambiente prisional aumenta os riscos de adoção de comportamentos autolesivos com ou sem intenção suicidária, contudo, a relação entre estas variáveis não são lineares, já que nem todos os sujeitos respondem da mesma forma, a diferença dos comportamentos poderá, em parte, ser explicada pelos mecanismos de coping (Moreira, 2008). Sujeitos com perturbações do foro mental apresentam maiores índices de pessimismo, agressividade e impulsividade, aumentando o risco de suicídio, o álcool e o abuso de substâncias são também variáveis de influência significativa (Mann, Waternaux, Haas, & Malone, 1999).

A gravidade da doença mental poderá não ser determinante na distinção entre o suicidio e o para-suicidio, esta, constitui um fator que que dificulta o controlo sobre as variáveis que predispoem o descontrolo ou a desregulação emocional, já que, a avaliação subjetiva da situação caracterizada por altos níveis de *stress*, o pessimismo, a impulsividade, a agressividade e o historial de tentativas de suicídio são vulnerabilidades que parecem exercer efeito no risco efetivo (Isometsä, 2014; Oquendo et al., 2004), sendo as tentativas anteriores de suicídio o mais preditivo (Oquendo et al., 2004).

Como já referido, também neste âmbito, a fase inicial da pena é um período muito sensível, já que se caracteriza por um momento de elevada instabilidade emocional, funcionando como estímulo a condutas depressivas, exacerbadas devido à subita perda da liberdade (Moreira, 2008), sendo que, alguns sujeitos conseguem reagir de forma eficaz a este impacto retornando ao seu normal funcionamento (Cooper, referido por Moreira, 2008). Isto não significa que um estado de tristeza reativa à privação da liberdade, prescindida de acompanhamento psicológico,

até porque, o restabelecimento funcional dependerá da ativação e aplicação dos mecanismos de coping, no entanto, um diagnóstico de depressão major poderá ser precipitado durante o período inicial de pena, mesmo quando a sintomatologia esteja presente por mais de duas semanas (Moreira, 2008).

Neste sentido, a explicação de alguma variabilidade detetada, entre diferentes investigações nos índices de depressão, poderão ter alguma explicação pela fase em que é feita a avaliação (Moreira, 2008), algumas fases poderão ser críticas, como a adaptação à reclusão ou a aproximação da data do julgamento, estas situações poderão também explicar os aumentos das taxas de suicídio durante estas etapas (Hayes, 2012, 2013), como já referido, à medida que o recluso se acultura ao ambiente prisional, os níveis de ansiedade e depressão tendem a diminuir (Kinner & Milloy, 2011).

Diátese-stress dos comportamentos suicidários na prisão

A partir dos conceitos e pressupostos das teorias da importação e da deprivação, Moreira (2008) desenvolveu o modelo “Diátese-stress dos comportamentos suicidários na prisão” na tentativa de explicar e compreender os fatores implicados e as razões para que determinados reclusos adotem atitudes (para)suicidas, enquanto outros não.

Embora o contexto e a condição prisional possam consistir numa variedade de fatores que promovem o risco de suicídio, estes não constituem na única condição implicada. Segundo o modelo, o (para)suicídio ocorre devido um conjunto de fatores, como a caracterização genética, biológica, o historial de experiências traumáticas, situações de vítima de abuso, características de personalidade, como a hostilidade, agressão ou impulsividade, ou sintomatologia psicopatológica. Perante a gravidade ou intensidade destes fatores, a vulnerabilidade aumenta, especialmente em determinadas circunstâncias de vida, como a entrada em prisão, em ambientes prisionais cujo *microstressores* sejam elevados e intensos ou em momentos de aproximação de data de julgamento. A falta de recursos e estratégias de confronto a este conjunto de adversidades poderá funcionar como “gatilho” (Moreira, 2008).

Em acordo com as teorias de importação, um recluso que se percebe sem recursos, ou se avalia como insuficientes ou desadequados para enfrentar as contingências do meio prisional, considera-se um indivíduo de risco elevado, partindo deste pressuposto, tais sujeitos não deveriam cumprir a sua pena em alas comuns, uma vez que, comparativamente à população reclusa em geral, estes indivíduos carregam experiências de vida marcada por situações de imenso trauma, como ser vítima de abusos ou maus tratos, ter historial de comportamentos autolesivos, perturbações mentais, entre outras problemáticas (Moreira, 2008).

Em muitos casos, quando os técnicos de acompanhamento de pena e equipe médica dos serviços prisionais detetam estes sinais e identificam o sujeito com alto risco de comportamento suicida ou parasuicida, é elaborado um plano de prevenção do suicídio e em casos extremos, poderão ser transferidos para alas prisionais com serviço de psiquiatria.

Cada recluso responde de forma particular ao conjunto de *microstressores* do ambiente prisional, algumas funcionais, quando o sujeito possui estratégias de coping suficientes e adequadas à situação, entre outras insuficientes para a resolução da situação ou mesmo,

desadequadas, resultando em momentos geradores de *stress* que a nível extremo poderá gerar muita angústia e originar sintomas psicopatológicos, como por exemplo, o consumo de substâncias psicoativas, ativação de padrões de comportamentos disfuncionais (e.g. hostilidade, agressão, isolamento), entre outros. Os comportamentos autolesivos, o parasuicídio ou a tentativa de suicídio poderão ser motivados por uma tentativa de fuga a um sofrimento psíquico intenso e insuportável (Moreira, 2008).

O acompanhamento e a implementação de métodos adequados de tratamento da doença mental parecem demonstrar resultados efetivos na prevenção do suicídio (Rihmer, 1996, 2002), no entanto, é imperativo que a sinalização e o acompanhamento se façam o mais precocemente possível, existem alguns fatores podem facilitar a identificação do risco, os resultados de algumas investigações indicam que grande parte dos sujeitos que cometem suicídio, estavam a ter ou tiveram contacto com serviços de acompanhamento da saúde mental, em adição, grande parte destas situações são precedidas de contactos com estas entidades ou outros serviços de saúde. A prevenção do risco de suicídio não deve incidir apenas quando se verificarem sinais de elevado risco, mas também a todos os casos com sintomatologia depressiva ou outros problemas de saúde mental (Rihmer, 2002).

Parece lógico entender que qualquer recluso referenciado com risco de suicídio deva ser avaliado a nível do foro mental, no entanto, por falta de recursos ou por escassez de métodos adequados à realidade desses recursos, o processo poderá falhar, por exemplo, num estudo realizado em prisões americanas por Goss et al. (2002) verificaram que 25% dos reclusos que tentaram suicídio não foram avaliados sobre o seu estado de saúde mental, já 40% destes reclusos foram sinalizados com historial psiquiátrico e uma grande proporção foi identificado com problemas de dependência ou consumo de substâncias ativas.

1.2 Breve síntese introdutória para o próximo subcapítulo

Os tópicos precedentes foram desenvolvidos para permitir ao leitor aprofundar o conhecimento sobre problemas e variáveis que afetam a saúde mental no contexto prisional. O objetivo deste trabalho consiste em traduzir protocolos de avaliação da saúde mental para a população reclusa, no sentido de criar condições de avaliação a toda a população reclusa, à semelhança dos desenvolvimentos ocorridos no sistema prisional americano desde o início deste milénio.

Uma vez que, a entrada do recluso é um dos momentos de maior vulnerabilidade e, considerando que atualmente os instrumentos de avaliação da saúde mental são muito extensos, geram desmotivação e acarretam elevados custos de aplicação, essencialmente devido à gestão de tempo dos recursos humanos, parece fazer sentido que de momento, a medida de prevenção da saúde mental mais deficitária para esta população, seja a inexistência de instrumentos breves de avaliação da saúde mental adequados para esta realidade. A avaliação da saúde mental em população reclusa não poderá ignorar os comportamentos aditivos, já que, as investigações demonstram uma elevada associação nesta população.

Em Portugal não existem instrumentos breves de avaliação validados para a população reclusa portuguesa, deste modo, os subcapítulos seguintes apresentam dois instrumentos de medida breve de rastreio da saúde mental para esta população, utilizados não só, mas essencialmente nas cadeias americanas e um instrumento breve de rastreio para o abuso e/ou dependência de álcool ou drogas utilizado em instituições de acolhimento e tratamento das adições.

1.2 Instrumentos breves de rastreio da saúde mental propostos para tradução ao português europeu e validação à população reclusa portuguesa

Os serviços prisionais têm a obrigação legal de fornecer os cuidados de saúde necessários à população reclusa (Cohen & Dvoskin, 1992). Numa investigação feita nos Estados Unidos, Steadman e Veysey (1997) reportaram que 83% dos reclusos é sinalizado com necessidades de tratamento para a saúde mental, no entanto, Steadman et al. (2005) referem que os procedimentos de rastreio utilizados nos serviços prisionais são muito variáveis, desde instrumentos com uma ou duas questões até outros, muito estruturados ou compostos por vários itens, estes autores acrescentam que um exemplo dessa variabilidade e das suas consequências, foi demonstrada nos estudo de Teplin, onde se verificou que em 63% de reclusos que apresentava sintomatologia compatível com perturbação mental falhou a referência no rastreio de rotina pelos serviços prisionais.

Em Portugal, os serviços prisionais têm feitos esforços para fornecer os cuidados de saúde necessários a todos os sujeitos que entram em reclusão. No sentido de cumprir as obrigações legais, a área de tratamento penitenciário da Direção Geral de Reinserção e Serviços Prisionais (DGRSP) proporciona a todos os reclusos avaliação médica a partir do momento em que entram na cadeia (alínea a) do nº 1 do artº 19 do Código da Execução das Penas e Medidas Privativas da Liberdade) (CEPMPL), além disso, qualquer recluso poderá, por sua iniciativa solicitar consulta médica ou psicológica, tal como solicitar acompanhamento por um clínico externo aos serviços prisionais, desde que a expensas suas (artº 32 do CEPMPL).

Apesar de todos os esforços, vários autores referem existir elevadas taxas de perturbação mental sem tratamento nas prisões, significa isso que apesar das iniciativas, ainda existem reclusos sem cuidados de saúde necessários. Ocorre que, para determinadas doenças ou perturbações, a identificação do problema poderá ser facilmente visível e identificado por profissionais de saúde ou mesmo outros funcionários prisionais, no entanto, existem perturbações que não são fáceis de identificar, mesmo quando os reclusos são presentes a

consulta médica ou acompanhamento de enfermagem. Os funcionários prisionais lutam diariamente para estabelecer a ordem, segurança e saúde num ambiente com elevadas taxa de sobrelocação e grande afluência de pessoas, os seus esforços dos profissionais que trabalham nos EPs são impactados pelo elevado número de indivíduos que entram em reclusão com perturbações mentais (Steadman et al., 2005).

O financiamento insuficiente, que por vezes é mais evidente na falta de recursos humanos, coloca em causa a avaliação do estado de saúde mental, pois esta ocorre apenas em situações críticas ou em determinado tipo de crimes (e.g. crimes contra a autodeterminação sexual, homicídios entre outros). A avaliação de todos os reclusos na admissão e a implementação de programas de tratamento sustentados nas necessidades individuais ou grupais, fará aumentar os custos iniciais, mas, no decorrer do tempo, estes serão minorados pela redução da reincidência e pelo aumento da possibilidade da liberdade condicional, já que a doença mental compromete a sua antecipação (Fleming, Gately, & Kraemer, 2011), a identificação das necessidades de saúde mental logo após o momento de entrada em prisão é crucial para providenciar os serviços de saúde ajustados e promover a segurança em meio prisional (Ford et al., 2007).

Relativamente aos indicadores de saúde mental em população reclusa, Brink et al. (2001) referem que os resultados devem ser analisados com cautela já que muitos estudos têm pouca fiabilidade devido aos protocolos usados para medir a saúde mental. O mesmo autor refere que após análise de investigações que decorreram entre 1978 e 1997, verificou-se uma enorme discrepância nos índices de problemas de saúde mental em população reclusa, variando entre 7% a 90%, estas diferenças podem ser o resultado das diversas metodologias utilizadas, diferentes categorizações psiquiátricas, diferenciação amostral e respetiva seleção, inconsistência entre o número de avaliadores, qualificação, treino ou confiabilidade inter-avaliadores. Estas inconsistências são obstáculos à meta-avaliação.

A presente relatório procura ir ao encontro desta dificuldade. Após uma pesquisa exaustiva, desenvolveu-se esta investigação no sentido de disponibilizar e propor protocolos de avaliação da saúde mental para a população reclusa portuguesa a fim de serem aplicadas a todos os reclusos que ingressem em prisão, para o rastreio de sintomatologia que evidencie problemas de saúde mental. Na literatura são descritos um conjunto de instrumentos breves de rastreio para medir a saúde mental, a seleção foi feita a partir de um conjunto de critérios como a sensibilidade dos instrumentos, as perturbações alcançadas, os requisitos e tempo da aplicabilidade.

As características dos instrumentos propostos irão permitir a avaliação de toda a população que entra em reclusão, já que a sua aplicação requer apenas algumas orientações de base podendo estes ser aplicados por especialistas clínicos ou técnicos de acompanhamento de penas (Ford et al., 2007). Estes instrumentos devem ser aplicados individualmente para efeitos de referência clínica, ou ser utilizados, em conjunto ou em separado, para fins de investigação.

1.2.1 Brief Jail Mental Health Screen

Breve introdução

À data da criação do *Brief Jail Mental Health Screen* (BJMHS), Steadman et al. (2005), referiam a existência do Referral Decision Scale (RDS) desenvolvido por Rogers, Sewell, Ustad, Reinhardt, e Edwards (1995) como um instrumento breve de rastreio da saúde mental para avaliação da esquizofrenia, perturbação bipolar ou depressão major, no entanto, o estudo de validação do instrumento falhou na função discriminante destas perturbações, pelo que, o desenvolvimento do BJMHS foi estimulado pela necessidade de criar um instrumento de rastreio da saúde mental estandardizado para a população reclusa com critérios de sensibilidade adequados para estas perturbações.

De acordo com as características do ambiente e da própria população alvo, os autores delimitaram um conjunto de objetivos que guiaram o desenvolvimento do BJMHS: 1) um instrumento de medida para este ambiente necessita de ser breve, uma vez que os recursos humanos são escassos e os técnicos têm pouco tempo para atender cada recluso; 2) necessita contemplar critérios de referenciação, pois a formação e treino dos técnicos de acompanhamento de penas é altamente variável sendo capazes de identificar diversos sintomas psicóticos mas menos fiáveis em sinalizar comportamentos indicatórios para outras perturbações graves como a ansiedade e depressão; 3) um instrumento de rastreio de saúde mental útil deve ser caracterizado por índices baixos de falsos negativos, de modo a não deixar de referenciar reclusos com sérios problemas de saúde mental (pois as consequências do não tratamento dessas perturbações poderão ser muito negativas) e por níveis baixos de falsos positivos (de modo a racionalizar os recursos humanos disponíveis nos serviços); 4) a coocorrência entre o consumo de álcool ou drogas e a doença mental poderá levar à referenciação de reclusos dependentes de adições, um instrumento de rastreio com altos níveis de precisão permite aos serviços identificar indivíduos, para que numa posterior e mais exaustiva avaliação, se determinar a perturbação e consequentemente selecionar o método de tratamento mais adequado (Steadman et al., 2005).

A elaboração de um instrumento de rastreio da saúde mental com as características do BJMHS foi legitimada e suportada pela dificuldade dos serviços prisionais em avaliar todos os reclusos entrados no sistema, uma vez que os instrumentos existentes até então, como o SCL-90 ou o BSI (entre outros), são muito extensos, o que requer muito tempo na aplicação, provocando desmotivação nos sujeitos avaliados, têm elevados custos para a instituição e requerem formação específica de quem os aplica. No entanto, os autores salientam a importância destes instrumentos, referindo que poderão ser úteis para uma avaliação mais exaustiva a reclusos referenciados pelo BJMHS (Steadman et al., 2005).

Além de utilizado no sistema prisional americano, o BJMHS foi proposto em diversas investigações noutros países, como para a população reclusa detida para deportação em asilo na Suíça (Graf et al., 2013), em população reclusa detida em prisões da Nova Zelândia (Evans, Brinded, Simpson, Frampton, & Mulder, 2010), em sujeitos detidos sobre custódia policial em

Amsterdão, Holanda (Dorn, Ceelen, Buster, & Das, 2013), indivíduos detidos sobre custódia policial em Melbourne, Austrália (Baksheev, Ogloff, & Thomas, 2011), entre outras investigações. Entretanto, em poucos, mas alguns resultados determinaram critérios de sensibilidade com necessidade de ajustamento (Dorn et al., 2013; Evans et al., 2010).

Metodologia no desenvolvimento e validação

O BJMHS foi desenvolvido a partir das críticas apresentadas por alguns autores ao Referral Decision Scale (RDS) (c.f. Steadman et al., 2007; Steadman et al., 2005 para uma leitura mais promenorizada das críticas apontadas), particularmente em discriminar perturbações como a esquizofrenia, a bipolaridade ou a depressão major. Os reclusos referenciados pelo BJMHS indicam sintomas que pressupõem uma mais destas perturbações mentais, pelo que, estes casos são propostos para avaliação subsequente mais exaustiva. Comparativamente ao RDS, o número de itens foram reduzidos para oito (o original eram 14), na sequência da eliminação de questões que comprometiam os critérios de validade. Os itens finais foram reformulados para uma linguagem mais clara e específica à população reclusa e, por último, a linha temporal foi limitada para o momento atual e passado recente (o RDS reportava para toda a vida) (Steadman et al., 2005).

No primeiro estudo de validação do instrumento, 11.3% ($n = 1169$) dos entrevistados foram referenciados para avaliação mais exaustiva, sendo a percentagem duas vezes superior no sexo feminino (22.4%, $n = 307$) comparativamente ao masculino (9.6%, $n = 862$) (Steadman et al., 2005). Numa revisão dos índices de sensibilidade para o grupo feminino, a diferença entre género foi semelhante, sendo a percentagem de mulheres referenciadas (41%, $n = 655$) mais do que o dobro dos homens (18%, $n = 1580$) (Steadman et al., 2007).

Para testar a sensibilidade do instrumento, a uma subamostra foi aplicado o Structured Clinical Interview for DSM-IV e SCID. Comparando os resultados deste com o BJMHS, 73.5% dos homens foram corretamente classificados e 14.6% ($n = 20$) foram referidos como falsos-negativo, já nas mulheres, 61.6% foram corretamente referenciadas, sendo que, 34.7% ($n = 33$) corresponde a falsos-negativo. No que respeita aos 20 homens e 33 mulheres identificadas como falso-negativo, dois homens e 6 mulheres não foram referenciados porque o rastreio focou-se apenas nos sintomas correntes, em oposto à linha temporal de 6 meses, outros cinco homens e quatro mulheres indicavam sintomas não contemplados no BJMHS, o instrumento falhou a referenciação dos sujeitos restantes. Os diagnósticos falsos-negativo mais frequentes foram depressão major ($n = 13$ no homens e $n = 23$ nas mulheres).

Uma vez que a maioria dos falsos negativos no rastreio do BJMHS identificados pelo SCID com depressão major e, também, devido aos níveis baixos de sensibilidade no grupo feminino, os autores desenvolveram nova investigação para revisão do instrumento, introduzindo quatro itens referentes ao rastreio da ansiedade associada à perturbação de stress pós-traumático (Steadman et al., 2007).

Os resultados desta investigação demonstraram que a introdução das quatro questões não produziu melhorias na sensibilidade do instrumento, ou seja, verificou-se que a versão original é uma ferramenta com melhores índices. Em adição, os resultados obtidos no grupo de reclusas

femininas, foi bastante positivo, sendo a percentagem de falsos negativos de 0.14 (no estudo original foi 0.35). De acordo com a análise dos dados, os autores referem que o intervalo de confiança para este grupo varia entre os 0.14 e os 0.37, sendo que, os resultados dependem do EP onde este é aplicado, acrescentando, que a discrepância poderá estar relacionada com os rácios de doença mental entre os Estabelecimentos Prisionais (Steadman et al., 2007).

Nesta investigação, a aplicação ocorreu em vários Estabelecimentos Prisionais, contando com a colaboração com diversos funcionários dos serviços prisionais que, após receberem orientação dos objetivos do estudo e sobre os princípios básicos do BJMHS, participaram na aplicação dos instrumentos por oito meses. No final, foi efetuado um *briefing* com toda a equipa de trabalho, sendo emitida uma opinião positiva quanto ao instrumento (Steadman et al., 2005).

Características e requisitos do BJMHS

O BJMHS foi desenvolvido no sentido de responder às dificuldades existentes dos serviços prisionais para fazer o rastreio da saúde mental a todos os reclusos que entram no sistema. A sua aplicação demora cerca de três minutos, poderá ser executado por qualquer profissional de saúde requerendo apenas alguns requisitos de treino e poderá ser aplicado por profissionais clínicos ou técnicos de acompanhamento de penas (Ford et al., 2007).

O BJMHS é uma ferramenta poderosa para avaliar a saúde mental em população reclusa, com sustentação empírica que suporta a sua utilização (Baksheev et al., 2011; Graf et al., 2013; Steadman et al., 2007; Steadman et al., 2005), produz muitos benefícios para os Estabelecimentos Prisionais uma vez que a sua aplicação é pouco dispendiosa, essencialmente, devido à fácil interpretação dos itens e tempo de aplicação. A média de referenciação variou entre 11% e 16%, sendo que, de acordo com os pressupostos do mesmo, esses sujeitos devem ser propostos para avaliação mais exaustiva da saúde mental (Steadman et al., 2007; Steadman et al., 2005). De acordo com os resultados atuais a sensibilidade do instrumento é 0.80 para reclusos do sexo masculino e 0.72 para o sexo feminino (Steadman et al., 2007).

Tal como referido anteriormente, o BJMHS é composto por oito itens de resposta dicotómica, “sim” ou “não”. O instrumento está organizado em duas seções, na primeira, respeitante aos primeiros seis itens, questiona-se a ocorrência de sintomas atuais de saúde mental. A cada resposta afirmativa, deverá ser perguntado se “o sintoma ocorre neste momento”. A segunda seção é composta por duas questões, que se referem a toda a vida, acerca do historial de hospitalizações e medicação atual relacionada com a saúde mental (Ford et al., 2007; Graf et al., 2013; Steadman et al., 2007; Steadman et al., 2005).

No que respeita à utilização do instrumento, os colaboradores, funcionários dos serviços prisionais, que participaram na investigação para validação do instrumento foram unânimes em referir que os itens sete e oito são simples e facilmente compreensíveis, já no que respeita os itens um a seis surgiram algumas dúvidas por parte dos entrevistados, que consideraram algumas questões “esquisitas” ou mesmo negando dar resposta (Steadman et al., 2005), deste modo, para estes itens poderá ser necessário a prestação de esclarecimentos.

A aplicação poderá ser efetuada por profissionais clínicos, técnicos de acompanhamento de penas, ou mesmo, por agentes de execução de penas, para o efeito, será conveniente uma breve formação explicando os princípios básicos do instrumento e algumas características práticas (Steadman et al., 2007).

Quando o recluso responde “Sim” a duas ou mais questões do primeiro grupo (itens 1 a 6) ou a qualquer uma das perguntas do segundo grupo (itens 7 e 8) deverá ser referenciado para uma avaliação mais exaustiva (Ford et al., 2007). O conjunto de itens foi desenvolvido para identificar sintomatologia compatível com a esquizofrenia, bipolaridade e depressão major, uma classificação positiva significa que o recluso foi referenciado com uma ou mais destas três perturbações (Ford et al., 2007).

1.2.2 Correctional Mental Health Screen

Breve introdução

O *Correctional Mental Health Screen* (CMHS) é um instrumento de rastreio da saúde mental direcionado para a população reclusa. Existem duas versões que distinguem o género, para as reclusas femininas (CMHS-W) o instrumento é composto por oito questões, já para a versão masculina (CMHS-M) o número de itens é doze (Ford & Trestman, 2005; Ford et al., 2007).

No desenvolvimento do instrumento foram colocados dois objetivos, o primeiro foi que a avaliação da saúde mental fosse elaborada com base em protocolos com evidências empíricas, o segundo, foi criar um conjunto de itens de forma a desenvolver um bom protocolo de rastreio da saúde mental de aplicação rápida e fácil referenciação de reclusos que se encontram com problemas de saúde mental. A análise dos dados envolveu critérios de sensibilidade, especificidade, tal como falsos positivos e falsos negativos. Os investigadores desenvolveram e validaram dois instrumentos breves de rastreio da saúde mental, diferenciados para cada sexo com resultados empíricos (Ford & Trestman, 2005).

Metodologia no desenvolvimento e validação

Para desenvolver o conjunto dos itens, os autores, iniciaram, o que designaram como “fase 1”, com um conjunto de entrevistas a reclusos que envolveu a aplicação de quatro protocolos de avaliação da saúde mental⁴.

Cerca de 20% dos participante que completaram a primeira fase, foram convidados a responder a numa longa e mais extensiva entrevista estruturada, que compunha a “fase 2”, de modo a extrair elementos mais detalhados para preencher critérios do funcionamento psicossocial de avaliação de desordens psiquiátricas do eixo I e II. Além destes, foram também analisados elementos dos processos individuais, particularmente, no que respeita a elementos

⁴ As entrevistas envolveram a aplicação dos seguintes protocolos (c.f. Ford & Trestman, 2005):
- “*Screening module for the SCID-P for DSM-IV*” (First et al., 1990);
- “*Primary Care PTSD screen*” (Ford et al., 1996; Prins et al., 1999);
- “*Referral Decision Scale*” (Teplin & Swartz, 1989);
- “*Alcohol and Substance Involvement Screening Test*” (Babor et al., 1999).

de saúde e de comportamento. Todos estes elementos foram analisados de modo a estabelecer convergência e validade discriminativa com as pontuações finais do protocolo breve de rastreio da saúde mental. Após este processo, aplicou-se o instrumento a 206 participantes (Ford & Trestman, 2005).

A construção das questões que compõem cada instrumento foi desenvolvida combinando os itens que apresentaram maior evidência empírica através da análise fatorial confirmatória. A avaliação inter-avaliadores e a confiabilidade de teste re-teste foi testada em todos os itens através do coeficiente de Kappa e pelo *score* total através do coeficiente de correlação. Foi avaliada a consistência interna através do Alfa de Cronbach. Para analisar a função discriminante, os autores categorizaram os dados de forma a calcular estatisticamente a significância de diversas perturbações mentais.

A análise dos dados determinou que ambos os instrumentos (CMHS-W e CMHS-M) foram estatisticamente significativos na referenciação das seguintes categorias: qualquer diagnóstico de doença mental, perturbação depressiva (ao longo da vida), perturbação de ansiedade (ao longo da vida), perturbação de *stress* pós-traumático (ao longo da vida), perturbação da personalidade do eixo II, cluster A, perturbação de personalidade antissocial, perturbação de personalidade *borderline* (Ford & Trestman, 2005).

A validade convergente e discriminante foi testada através da correlação bivariada de Pearson entre os *scores* do CMHS-W e CMHS-M e os registos correccionais que serviram como índice de identificação da presença ou não de perturbação mental relevante. Foi verificado que as médias das respostas aos itens dos reclusos referenciados com perturbação mental *versus* respostas dos não-referenciados foram estatisticamente diferentes entre si nas nove categorias mencionadas

Características e requisitos do CMHS

O CMHS é um rastreio breve de avaliação da saúde mental, foi desenvolvido para melhorar a identificação de sujeitos reclusos com problemas de saúde mental. O instrumento foi concebido para ser utilizado na avaliação de reclusos que entram no sistema prisional americano (Ford et al., 2007).

O CMHS é composto por um conjunto de itens de resposta dicotómica “sim” ou “não”, para a versão feminina é compreendido de oito questões (CMHS-W), já para o grupo feminino o número de itens é 12 (CMHS-M). Ambas as versões incluem questões sobre sintomas relacionados com a perturbação de *stress* pós-traumático, desordens de personalidade e de grave transtorno mental que ocorrem momento atual ou ao longo da vida (Ford & Trestman, 2005; Ford et al., 2007). Em ambas as versões, seis perguntas foram criadas para identificar sintomas e historial de doença mental, as restantes são exclusivas ao género. A aplicação demora cerca de 3 a 5 minutos (Ford et al., 2007).

Na versão feminina (CMHS-W), quando uma reclusa responde “sim” a quatro ou mais itens e, na versão masculina, quando um recluso responde “sim” a cinco ou mais itens, deve ser referenciado para avaliação mais exaustiva (Ford et al., 2007).

As duas versões do instrumento apresentam critérios de validade para avaliação da depressão, ansiedade, perturbação de *stress* pós traumático, algumas desordens de personalidade ou a presença de qualquer outra doença mental encoberta, a taxa de precisão da versão feminina é 0.75 e da versão masculina é 0.76, significa isto que ambas as versões classificam corretamente pelo menos 75% dos reclusos referenciados, deste modo, os testes de validação confirmam que o instrumento apresenta bons critérios de validade, fiabilidade e sensibilidade na identificação de sintomatologia psiquiátrica encoberta (Ford et al., 2007).

1.2.3 Modified Simple Screening Instrument for Substance Abuse

Breve introdução

O abuso de Álcool ou Outras Drogas (AOD) são responsáveis por gerar consequências negativas a vários níveis, como o psicológico, social, emocional ou descontrolo devido a um padrão de comportamento focado nas adições (CSAT, 1994)⁵.

O *Modified Simple Screening Instrument for Substance Abuse* (MSSI-SA) é um instrumento de rastreio de abuso ou dependência⁶ de AOD e permite aos serviços compreender se o indivíduo necessita ser sujeito a uma avaliação mais exaustiva (CSAT, 1994).

Apesar de não ser um instrumento de medida desenvolvido especificamente para a população reclusa, o MSSI-SA apresenta um conjunto de características que correspondem aos objetivos propostos para esta investigação. Tal como referido anteriormente, os índices de comportamentos relacionados com o abuso e dependência (dora em diante, será apenas utilizada a palavra “abuso”, no entanto o termo compreende “abuso ou dependência”) de AOD são muito elevados na população reclusa, deste modo, parece fazer todo o sentido traduzir e validar um instrumento de rastreio de aplicação breve para a população portuguesa. Após uma consulta exaustiva de diversos instrumentos de medida referidos na literatura, considerou-se o número de itens e conseqüente tempo de aplicação, sendo selecionado para o efeito o MSSI-SA, em adição, grande parte dos instrumentos de avaliação das adições apenas avaliam o álcool ou as drogas, uma grande vantagem do MSSI-SA é que este engloba o rastreio a ambas adições.

Metodologia no desenvolvimento e validação

Idealmente, um instrumento de rastreio de abuso e/ou dependência de AOD deve ser caracterizado por ter elevados níveis de sensibilidade e deve ser amplo na deteção de sujeitos identificando o tipo específico de dependência que se verifica no sujeito (CSAT, 1994).

⁵ CSAT - Center for Substance Abuse Treatment

⁶ A finalidade do MSSI-SA consiste na referência de sujeitos que abusam ou dependem de álcool e/ou outras drogas, para uma posterior avaliação mais exaustiva. O instrumento não determina se a adição é abuso ou dependência, tal como não tem validade para diagnosticar o quadro.

O MSSI-SA foi desenvolvido para sinalizar um amplo espectro de comportamentos e sintomas relacionados com a perturbação de abuso ou dependência de substâncias (CSAT, 1994).

Num primeiro processo, através de uma revisão de literatura, os autores identificaram cinco domínios de carácter primário, seguidamente as questões de rastreio foram desenvolvidas para uma ou mais destas categorias. Após este procedimento, os itens foram adaptados através de outras existentes na literatura. Uma vez que grande parte das questões estavam desenvolvidas para o rastreio de abuso de álcool, colocou-se a necessidade de rever e reformular a avaliação dos sintomas para outras drogas (CSAT, 1994).

Características e requisitos do MSSI-SA

O rastreio de álcool ou outras drogas pode ser aplicado a todos os sujeitos que iniciam um processo de entrada em qualquer instituição destinada para o efeito, os objetivos da aplicação consiste em identificar possíveis abuso ou dependência de AOD (CSAT, 1994).

O MSSI-SA é um instrumento de rastreio do abuso de AOD sendo a sua avaliação congruente com os critérios adotados pela Organização de Saúde Mental e pela Associação Americana de Psicologia (APA). O conjunto de itens englobam uma avaliação a nível biopsicossocial, uma vez que o consumo associa-se no comprometimento e disfuncionamento a nível físico, emocional e no domínio social, em adição, existem também competências a nível cognitivo e comportamental que não podiam ser desconsiderados (incluídos na *checklist* de observação no final dos itens). O consumo de AOD pode resultar em vários sinais e sintomas que se reproduzem ao nível da saúde, na condição psicológica e em problemas sociais, geralmente, a entrevista com sujeitos com comportamentos de abuso de AOD sinalizam vários deles (CSAT, 1994).

Existem duas versões do instrumento, uma em forma de entrevista para casos em que as perguntas são lidas e as respostas assinaladas por um entrevistador e uma forma de autoadministração, para situações em que o próprio indivíduo que é sujeito ao rastreio, lê e assinala a resposta mais adequada, nesta investigação foi aplicado a forma de entrevista (CSAT, 1994).

A aplicação do instrumento de rastreio deve obedecer às normas éticas e deontológicas, particularmente em explicar de forma clara e objetiva os pressupostos do rastreio, tal como os limites da confidencialidade. O indivíduo sujeito ao rastreio deverá ser esclarecido que o instrumento será aplicado para seu benefício e não prejuízo (CSAT, 1994).

Idealmente e sempre que possível, o conjunto de itens deve ser aplicado sequencialmente e integralmente sem interrupções, com exceção para situações específicas em que o tempo disponível é reduzido. Para estes casos, os itens 1, 2, 3 e 16 constituem a forma abreviada do instrumento, uma vez que estes representam os sinais e sintomas mais proeminentes, no entanto, o entrevistador deverá ter a noção que é omissa na variedade das dimensões implicadas (CSAT, 1994).

O primeiro item questiona a existência de consumo de AOD e deverá servir para orientar o entrevistador a decidir se deve ou não prosseguir com a entrevista, se a resposta for “não”, a continuação poderá ser desnecessária (CSAT, 1994).

Os itens dois a quatro referem-se ao reconhecimento do problema e permite perceber se, na opinião do entrevistado, o consumo é excessivo, se já tomou iniciativas para parar ou controlar as adições e/ou se já foi sujeito a alguma ajuda ou tratamento. Este conjunto de questões permite perceber a racionalização sobre o comportamento de abuso de AOD, sujeitos que nas questões seguintes reportam consequências negativas associadas a consumo de AOD, mas que nestes itens responderam “não”, poderão não ter *insight* ou estar em negação quanto ao abuso de AOD (CSAT, 1994).

Os itens 5 a 12 foram desenvolvidos para determinar se houve experiências adversas ou consequências negativas acerca do abuso de AOD. Estes incluem áreas a nível clínico, psicológico, social e no âmbito legal que geralmente estão associados ao consumo e abuso de AOD. A questão número nove envolve comportamentos ilícitos ou agressivos, o item 10 procura compreender a tolerância física associada ao consumo, o item 11 refere-se às preocupações durante e relativo ao consumo e a pergunta 12 faz referência à perda de controlo (CSAT, 1994).

O item 13 envolve sintomas relacionados com os sentimento de culpa, o que pode esclarecer se o sujeito tem consciência ou reconhece o AOD como um problema. As questões 14 e 16 foram elaboradas para compreender se o sujeito tem consciência de problemas de AOD no passado e a pergunta 15 faz menção a comportamentos de abuso de AOD no seu historial familiar (CSAT, 1994).

As frases ou palavras que constam entre parenteses em determinados itens servem para apoiar o entrevistador a dar exemplos sobre o que se procura questionar ou na ajuda ao respondente a compreender a questão, por exemplo, na questão 1 estão exemplos de substâncias específicas de consumo associado a abuso ou dependência (CSAT, 1994).

Os itens 1 e 15 não se pontuam, uma vez que são questões muito genéricas para serem consideradas na pontuação final, os itens na *checklist* de observação também não são considerados para a pontuação, no entanto, a presença de grande parte destes sinais poderá indicar problemas de abuso de AOD (CSAT, 1994).

Os resultados totais do MSSI-SA variam entre zero e 15 pontos, é esperado que um sujeito com problemas de abuso de AOD tenha pontuação de quatro ou mais valores. Uma pontuação inferior a quatro não significa necessariamente ausência do problema, uma pontuação baixa pode refletir ausência de *insight* em relação ao problema, faltar com a verdade às questões ou mesmo negação. A validação do ponto de corte do instrumento ainda não foi bem estabelecido, existe a necessidade de investigar a correlação com outros instrumentos de medição do abuso de AOD (CSAT, 1994).

1.2.4 Quadros de resumo

Figura 2: Quadro de resumo dos itens e critérios de referência dos instrumentos breves de rastreio da saúde mental BJMHS, CMHS M/W e MSSI-SA

	BJMHS	CMHS	MSSI-SA
Nº de Itens	8	CMHS-W: 8 CMHS-M: 12	16 (24 questões)
Cotação	Resposta “sim” = 1 ponto	Resposta “sim” = 1 ponto	Itens: Regra: 1a, 1b e 15 → não pontuam 5i a 5viii → “sim” ≥ 1 = 1 ponto Restantes itens → “sim” = 1 ponto
Crítérios de Referência	Itens 1 a 6: “sim” ≥ 2 e/ou Itens 7 e 8: “sim” ≥ 1	CMHS-W: “sim” ≥ 4 CMHS-M: “sim” ≥ 5	Referenciado se pontuação ≥ a 4 pontos
Varição do score	0 a 6 - itens 1 a 6 0 a 2 - itens 7 e 8	CMHS-W: 0 a 8 CMHS-M: 0 a 12	0 a 14
Validade	- Esquizofrenia - Bipolaridade - Depressão major	- Depressão - Ansiedade - Perturbação de stress pós traumático - Algumas desordens de personalidade - Presença de qualquer outra doença mental encoberta	- Abuso ou dependência de álcool ou outras drogas

Capítulo II: material e método

2.1 Objetivos

Os objetivos propostos para a componente prática consistem na 1) tradução dos instrumentos breves de rastreio da saúde mental, BJMHS, CMHS-W/CMHS-M e MSSI-SA para a língua portuguesa e valida-los para a população reclusa em cumprimento de medidas privativas de liberdade nos Estabelecimentos Prisionais portugueses.

Após uma exaustiva pesquisa bibliográfica e definidos os objetivos da investigação foram efetuados os procedimentos formais exigidos para a obtenção da autorização da DGRSP a fim de se proceder com a investigação. Durante este procedimento, foram selecionados e propostos à DGRSP os Estabelecimentos Prisionais onde a amostra seria recolhida, esta seleção foi feita por conveniência (ver anexo 1).

Em 19 de maio de 2015, o Exmo. Senhor Diretor da DGRSP assinou o despacho a autorizar a investigação, mediante o cumprimento de alguns requisitos fundamentais para os serviços prisionais, de modo a não perturbar o trabalho diário nos EPs. Em harmonia com os procedimentos éticos e deontológicos, a recolha da amostra só é autorizada mediante a expressão voluntária dos reclusos que assinam o consentimento informado após serem esclarecidos dos objetivos da investigação e das garantias de respeito pelo anonimato. Foi apenas permitido a recolha de dados entre 10 e 15% da população afeta a cada EP (ver anexo 2).

A investigação decorreu, por ordem cronológica, nos Estabelecimentos Prisionais de Silves, Tires, Guarda, Castelo Branco e Carregueira.

2.2 Procedimento

Duas tradutoras bilingues colaboraram nesta investigação na tradução dos itens do BJMHS, CMHS e do MSSI-SA para a língua portuguesa procurando que cada pergunta tenha o mesmo sentido quando traduzido para português através da técnica da tradução / retroversão. Primeiramente, uma tradutora efetuou a tradução para o português e, após este procedimento, a outra tradutora efetuou a retroversão da versão portuguesa para o inglês. No final, foram analisadas as duas versões e efetuados os ajustes necessários. As questões das versões originais são simples e objetivas, após análise individual de cada item considerou-se que a tradução para versão portuguesa enquadra-se em termos culturais, deixando alguma ressalva para a fase do pré-teste.

As versões experimentais propostas para a população reclusa portuguesas são as seguintes:

- Versão portuguesa do Brief Jail Mental Health Screen (BJMHS-P);
- Versão portuguesa do Correctional Mental Health Screen for man (CMHS-M-P) and for woman (CMHS-W-P);
- Versão portuguesa do Modified Simple Screening Instrument for Substance Abuse (MSSI-SA-P).

As três versões experimentais de rastreio da saúde mental propostos para validar à população reclusa portuguesa são compostas por um conjunto de itens que fazem referência a uma janela temporal recente. Os instrumentos podem ser aplicados a qualquer momento da pena, no entanto, a proposta dos autores e a proposta desta investigação é que este protocolo de rastreio da saúde mental seja efetuado no momento de entrada em reclusão. Não sendo possível, por razões logísticas, às contingências e finalidades do presente relatório, constituir uma recolha de amostra significativa no momento de entrada em reclusão, a estratégia de investigação foi selecionar os sujeitos por ordem de sequência de entrada naquele EP iniciando no mais recente e assim sucessivamente, até ao limite permitido pela direção do EP.

Para recolha dos elementos demográficos, foi desenvolvido um questionário sociodemográfico de modo a estabelecer um conjunto de variáveis para serem trabalhadas estatisticamente (ver anexo 3). Foi também incluído o Exame Breve do Estado Mental (MMSE) e, à semelhança da investigação de Steadman et al. (2005), foi colocada uma pergunta adicional foi colocada, no final da aplicação de todos os instrumentos, sendo formulada da seguinte forma:

“Está a ser acompanhado por um psicólogo, psiquiatra ou outro clínico devido a algum problema ou condição de saúde mental?”

O objetivo estabelecido foi aceitar todas as respostas positivas, independentemente de referir ou não algum diagnóstico. Para análise estatística o acompanhamento foi dividido em 1) “não”, 2) “sim, para problemas de saúde mental”, 3) “sim, sobre comportamentos aditivos” ou 4) “sim, para problemas de saúde mental e sobre comportamentos aditivos”.

No sentido de cumprir com os critérios éticos, foi elaborado um texto, designado “Consentimento Informado”, com explicação dos objetivos gerais desta investigação, documento o qual, os reclusos, após leitura e entendimento do exposto, só poderiam participar na investigação após manifestação de consentimento com a sua assinatura (ver anexo 4).

Reconhece-se a importância no acompanhamento de sujeitos reclusos com perturbações do desenvolvimento intelectual, uma vez que quanto maior a debilidade mental, mais acentuadas e visíveis serão as consequências a vários domínios, como o conceptual, social ou prático (APA, 2013), no entanto, para o presente estudo, interessa não incluir sujeitos que se enquadram nesta categoria, em particular casos de baixa instrução ou escolaridade.

Uma vez que a sinalização de perturbação mental poderá ser interferida nestes sujeitos, devido às suas vulnerabilidades, para eliminar eventuais *outliers*, optou-se por sujeitar os entrevistados ao Exame Breve do Estado Mental (MMSE). Apesar do instrumento não ser adequado para fazer diagnóstico formal, pode ser utilizado com um modo fácil e rápido para fazer um rastreio de deteção de declínio cognitivo (Guerreiro, 2010; Guerreiro, 1998). De modo

a não provocar desmotivação nos respondentes, o MMSE parece ser um instrumento adequado, por ser breve e ajustado para o efeito. Uma vez que o resultado consiste numa avaliação quantitativa da função cognitiva, é um instrumento muito prático na estimativa subjetiva da (in)capacidade cognitiva (Guerreiro, 1998).

O conjunto de itens que compõem o instrumento fazem referência a várias dimensões de atividade cognitiva, nomeadamente, ao nível da orientação no tempo e no espaço, memória, atenção, nomeação e compreensão da linguagem oral, habilidade de escrita e construtiva. O somatório dos itens pode variar entre zero e 30 pontos. De acordo com os padrões de normalização para a população portuguesa o MMSE apresenta valores de corte em função da escolaridade, cujo objetivo é referenciar sujeitos com défice cognitivo, sempre que pontue abaixo do respetivo ponto de corte (Guerreiro, 2010; Guerreiro, 1998).

O MMSE é uma ferramenta útil no procedimento de triagem quanto se pretende uma quantificação global, de forma elementar, da função cognitiva. À semelhança da definição dos grupos definidos noutros países, os resultados dos estudos de validação para a população portuguesa mostraram que os pontos de corte mais adequados seriam em função da escolaridade, deste modo, considera-se com debilidade cognitiva os seguintes grupos: a) sujeitos analfabetos com pontuação ≤ 15 ; b) entre um a 11 anos de escolaridade com pontuação ≤ 22 ; e c) com escolaridade superior a 11 anos com pontuação ≤ 27 (Guerreiro, 1998).

Pré-teste

A aplicação dos instrumentos iniciou-se na fase do pré-teste. Todos os reclusos que participaram nesta sessão foram esclarecidos sobre o objetivo da sua inclusão, tendo sido explicado que os dados seriam trabalhados em grupo garantido a confidencialidade individual de cada elemento. Cada elemento emitiu o seu acordo após a leitura e através da sua assinatura no consentimento informado.

Em 16 de junho, dez reclusos afetos ao EP de Silves foram convidados a responder aos questionários que compõem a investigação, tendo todos aceite participar. Não sendo possível, por razões logísticas, o preenchimento em grupo, os questionários foram aplicados em sessões de dois elementos, abrindo discussão sobre as questões que compõem os instrumentos. Foi pedido aos reclusos a leitura com atenção às perguntas dos três instrumentos breves de rastreio da saúde mental.

De acordo com as observações emitidas pelos respondentes, foram feitos pequenos ajustes no Questionário Sociodemográfico. Quanto aos outros instrumentos, todos os reclusos responderam à maioria dos itens sem mencionar dúvidas ou necessidade de esclarecimento relativo a alguma confusão ou incerteza com a formulação de cada item, com exceção à pergunta 1 do CMHS-M, sendo esta “*Já alguma vez teve preocupações das quais não se consegue libertar?*”. Mais de metade dos reclusos, que, apesar de mostrar compreender a questão, manifestaram alguma “estranheza” quanto à relação entre o passado e o presente. Deste modo, considerou-se vantajoso alterar a questão para “*Já alguma vez teve ou tem preocupações das quais não se consegue libertar?*”.

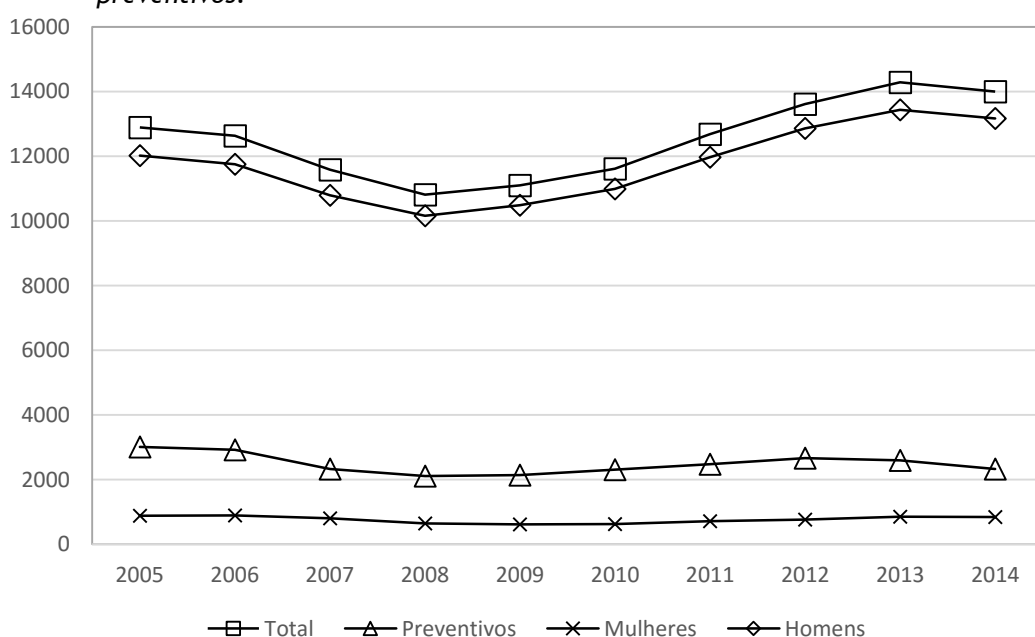
Em 24 de junho de 2015, dez reclusas afetadas ao EP de Tires foram convidadas a responder aos questionários que compõem esta investigação, uma delas recusou e outra não pode iniciar porque ao mesmo tempo teve consulta com um advogado. O preenchimento foi efetuado em conjunto. Foi solicitado às oito participantes especial atenção na leitura das questões dos três instrumentos de rastreio da saúde mental, pedindo que referissem qualquer situação incompreensível ou duvidosa. De acordo com o *feedback* das participantes, não houve necessidade de alterar os itens.

Tanto o BJMHS-P como o CMHS-W-P têm uma questão em que inclui a palavra “pecaminoso/a”. Uma boa parte dos reclusos, tanto masculinos como femininos, manifestaram desconhecimento quanto ao sentido da palavra, deste modo, sugere-se que ao colocar estas questões se esclareça a palavra referindo que significa “pensamentos que consideram ser ou se igualam a pecados”.

2.3 Participantes

Os números oficiais de 31 de janeiro de 2014 indicam que 14003 reclusos estavam detidos nas cadeias portuguesas, destes 841 eram do sexo feminino e 2330 estavam em prisão preventiva. Durante a última década (ver figura 3), a média total fixou-se em $\bar{x} = 12521 \pm 1217$, o valor mínimo foi 10807 reclusos, atingido em 2008 e o valor máximo foi 14284, ocorrido em 2013. A média de reclusos preventivos foi $\bar{x} = 2486 \pm 306$, de reclusas femininas foi $\bar{x} = 761 \pm 105$ e, de reclusos masculinos foi $\bar{x} = 11761 \pm 1145$ (Pordata, 2015b).

Figura 3: Lotação dos EPs portugueses a 31 de dezembro entre 2005 e 2014 - relação entre o total de reclusos, reclusos masculinos, reclusas femininas e reclusos preventivos.



Segundo a DGRSP (2015), em 01 de setembro de 2015, o número total de reclusos a cumprir pena em estabelecimentos prisionais portugueses era 14107, destes, 842 (5.97%) eram mulheres e 13265 (94.03%) eram homens. De acordo com a mesma fonte e relativamente apenas a reclusos já condenados, 26.27% estavam presos por crimes envolvendo violência contra pessoas, 41.46% estavam condenados por crimes sem violência/contra o património, 21.21% estavam condenados por crimes de tráfico de droga e 11.06% estavam condenados por outro tipo de crimes.

O método de seleção dos reclusos(as) foi feito por conveniência. Uma vez que os instrumentos estão indicados para aplicar no momento de entrada em reclusão, a amostra foi selecionada por ordem de sequência de entrada, do mais recente e assim sucessivamente, até atingir o limite permitido pelo EP.

No total, 228 reclusos foram convidados a responder aos questionários, destes 60.53% foram homens e 39.47% mulheres. Dos 138 homens, 16 (7.02%) negaram a participação e seis (2.63%) foram excluídos por não cumprirem com os requisitos mínimos do MMSE, deste modo 50.88% da amostra total convidada a participar corresponde aos reclusos do sexo masculino que fazem parte da investigação. O grupo feminino convidado a participar na investigação foi 90, destes, 15 (6.58%) negaram a participação e três (1.32%) foram excluídas por não cumprirem com os requisitos mínimos do MMSE, deste modo, 31.58% da amostra total, corresponde a reclusas femininas que fazem parte da amostra.

A amostra estatística é composta por $n = 188$ sujeitos, destes, 61.70% ($n = 116$) são reclusos do sexo masculino o que representa cerca de 0.87% do total de reclusos detidos em EPs portugueses e 38.30% ($n = 72$) são reclusas do sexo feminino, o que corresponde a cerca de 8.55% do total de reclusas detidas em EPs portugueses.

Recolha de dados e análises demográficas: reclusas femininas

A aplicação dos instrumentos a reclusas do sexo feminino ocorreu por ordem de sequência no EP de Tires e EP da Guarda. Entre os dias 24 e 30 de junho procedeu-se à recolha dos dados no EP de Tires, cujo efetivo era de 432 reclusas. Destas, 3.47% ($n = 15$) recusaram responder aos questionários, 0.69% ($n = 3$) aceitaram participar na investigação mas foram excluídas por não cumprirem com os requisitos mínimos do MMSE e 13.89% ($n = 60$) aceitaram participar e cumpriram os requisitos do MMSE. Em 23 de julho de 2015 procedeu-se à recolha dos dados no EP da Guarda, cujo efetivo era 12 reclusas. Todas aceitaram participar na investigação e nenhuma falhou os requisitos mínimos do MMSE, deste modo, neste EP, a amostra é constituída por 100% ($n = 12$) da população. O total da amostra feminina que compõe a investigação é $n = 72$.

Composição da amostra

Relativamente às reclusas que compõem a amostra estatística (ver tabela 1), a média de idade em anos é 36.21 ± 12.70 , sendo a idade mínima 20 e máxima 72 anos. No que respeita ao tempo de reclusão da pena atual em dias, a média é 174 ± 480 , sendo o mínimo 1 dia e o máximo 3406 dias. Quanto ao tempo total de vida que já passou em reclusão, a média em dias foi 345 ± 808 . Relativamente à situação penal, 37 reclusas estavam preventivas e 35

condenadas, destas últimas, a média da condenação em dias é 1524 ± 1704 , sendo a condenação mínima 33 e máxima 9125 dias (correspondente a 25 anos de prisão, o que equivale à pena máxima).

Tabela 1: *Reclusas femininas - caracterização da amostra por idade, tempo de reclusão da pena atual em dias, condenação atual em dias e tempo de vida de prisão em dias*

		Estatísticas			
		Idade	Tempo de reclusão (em dias - pena atual)	Condenação (em dias)	Tempo de Prisão Total (dias aproximados)
N	Válido	72	72	35	72
	Ausente	0	0	37	0
	Média	36,21	173,85	1524,17	344,93
	Mediana	33,00	70,00	1155,00	82,00
	Modo	27	35	2190	35
	Desvio Padrão	12,698	479,696	1704,197	807,705
	Mínimo	20	1	33	1
	Máximo	72	3406	9125	3619

A recolha de informação em reclusas femininas foi efetuada com base nas variáveis extraídas da aplicação do questionário sociodemográfico, o quadro na página seguinte (figura 4) resume a estratificação da amostra.

Recolha de dados e análises demográficas: reclusos masculinos

A aplicação dos instrumentos a reclusos do sexo masculino ocorreu por ordem de sequência no EP de Silves, EP da Guarda, EP de Castelo Branco e EP da Carregueira.

EP de Silves

No dia 16 de junho de 2015 aplicou-se os instrumentos no EP de Silves, cujo efetivo era de 62 reclusos. De acordo com os limites permitidos, 18 reclusos (16.13% da população total do EP) foram propostos para participar na investigação, tendo todos aceite e cumprido os critérios mínimos do MMSE.

EP da Guarda

Entre os dias 23 e 24 de julho de 2015 procedeu-se à aplicação dos instrumentos no EP da Guarda, cujo efetivo era de 197 reclusos masculinos. De acordo com os limites permitidos⁷, 22 reclusos (11.17% da população total do EP) foram propostos para participar na investigação, destes, dois (9.09%) recusaram participar e dois (9.09%) não cumpriram com os requisitos do MMSE, deste modo, 81.82% ($n = 18$, 9.14% do efetivo deste EP) dos reclusos convidados a participar na investigação aceitaram e cumpriram com os requisitos mínimos do MMSE.

⁷ De acordo com o despacho do Exmo. Senhor Diretor Geral da DGRSP, o limite da amostra foi entre 10 a 15% da população do EP. O efetivo no EP da Guarda era 209, destes 12 eram reclusas femininas e 197 reclusos masculinos. Uma vez que toda a população feminina participou no estudo, a restante percentagem permitida foi preenchida por reclusos do sexo masculino.

Figura 4: Estratificação da amostra feminina

Estratificação da amostra feminina						
Nacionalidade	Portuguesa 72.2%; n = 52		País lusófono 13.9% (n = 10)		Outro país estrangeiro 13.9% (n = 10)	
Escolaridade	> EB1 9.7% (n = 7)	EB1 26.4% (n = 19)	EB2 27.8% (n = 20)	EB3 16.7% (n = 12)	Ensino secundário 5.6% (n = 4)	Licenciatura ou superior 5.6% (n = 4)
Situação laboral antes da reclusão	Desempregada 48.6% (n = 35)		Tempo parcial 31.9% (n = 23)	Tempo Inteiro 31.9% (n = 23)	Reformada 6.9% (n = 5)	
Condição Prisional	Prisão Preventiva 51.4% (n = 37)			Condenado em Regime Comum 48.6% (n = 35)		
Recidiva	Primárias 91.7% (n = 66)			Reincidentes 8.3% (n = 6)		
Tipologia do Crime: - Acusadas: preventivas - Condenadas	Crime envolvendo violência contra pessoas 25% (n = 18)		Crimes contra o património e/ou sem violência contra pessoas 30.6% (n = 22)		Tráfico de estupefacientes 44.4% (n = 32)	
Atividade no EP ⁸	Inativas 87.5% (n = 63)	Faxina 8.3% (n = 6)	Curso formação / Escola 1.4% (n = 1)		Escola 2.8% (n = 2)	
Cumprimento Disciplinar	Nunca 94.4% (n = 68)		Cela de habitação 1.4% (n = 1)		Cela disciplinar 4.2% (n = 3)	
Visitas nas últimas quatro semanas ⁹	Não 22.2% (n = 16)		Entre uma e três 15.3% (n = 11)		Em todas as ocasiões. 56.9% (n = 41)	
Familiar em reclusão	Nunca 63.9% (n = 46)	Tem atualmente 22.2% (n = 16)		Atualmente e anteriormente 2.8% (n = 2)	Anteriormente 11.1% (n = 8)	

EP de Castelo Branco

No dia 6 de agosto de 2015 procedeu-se à recolha dos dados no EP de Castelo Branco, cujo efetivo era 142 reclusos, destes, 19 foram convidados a participar na investigação, dois recusaram (10.53%) e um (5.26%) não cumpriu com os critérios mínimos do MMSE, tendo ficado a representação da amostra com $n = 16$ (84.21% dos reclusos convidados a participar na investigação), o que corresponde a 11.27% do efetivo total do EP.

EP da Carregueira

Entre 17 e 19 de agosto de 2015, procedeu-se à aplicação dos instrumentos no EP da Carregueira, cujo efetivo era 702 reclusos. Destes, 87 foram convidados a participar na investigação, destes, cerca de 13.79% ($n = 12$) recusaram responder aos questionários, 3.45% ($n = 3$) aceitaram participar na investigação mas foram excluídas por não cumprirem com os

⁸ As razões da elevada inatividade poderão estar relacionadas com o momento em que foi recolhida a amostra (período de férias escolares) e pelo facto da maioria das reclusas estar afeta aquele EP há menos de 6 meses;

⁹ Por norma, os reclusos têm direito a duas visitas por semana (oito no mês).

requisitos mínimos do MMSE e 82.76% ($n = 72$) aceitaram participar e cumpriram os requisitos do MMSE, o que corresponde a 10.26% da população total do EP.

Composição da amostra

Os reclusos masculinos que compõem a amostra são $n = 116$ (ver tabela 2), a média de idade em anos fixou-se nos 41.89 ± 11.84 , sendo a idade mínima 19 e máxima 68 anos. No que respeita ao tempo de reclusão da pena atual em dias, a média é 435 ± 679 , sendo o mínimo 2 dias e o máximo 4856 dias. Quanto ao tempo total de vida que já passou em reclusão, a média em dias foi 791 ± 1001 . Relativamente à situação penal, 16 reclusos estavam preventivos e 100 condenados, destes últimos, a média da condenação em dias é 2611 ± 2183 , sendo a condenação mínima 35 e máxima 9125 dias (correspondente a 25 anos de prisão, o que equivale à pena máxima).

Tabela 2: *Reclusos masculinos - caracterização da amostra por idade, tempo de reclusão da pena atual em dias, condenação atual em dias e tempo de vida de prisão em dias*

Estatísticas				
	Idade	Tempo de reclusão em dias (pena atual)	Condenação (em dias)	Tempo de Prisão Total (dias aproximados)
N Válido	116	116	100	116
Ausente	0	0	16	0
Média	41,89	435,13	2611,32	791,87
Mediana	41,00	189,00	2190,00	494,00
Modo	41	59 ^a	2920	142
Desvio Padrão	11,839	679,416	2182,956	1001,270
Mínimo	19	2	35	2
Máximo	68	4856	9125	4856

a. Há vários modos. O menor valor é mostrado

A recolha de informação em reclusos masculinos foi efetuada com base nas variáveis extraídas da aplicação do questionário sociodemográfico, o quadro na página seguinte (figura 5) resume a estratificação da amostra.

Caracterização estatística da amostra considerando todo o grupo

Quando se considera toda a amostra ($n = 188$) a média de idade é $\bar{x} = 39,71 \pm 12.46$, com mínimo de 19 e máximo 72 anos, o tempo de reclusão da pena atual em dias é em média $\bar{x} = 335 \text{ dias} \pm 622$, com mínimo de 1 e máximo de 4856 dia (cerca de 13 anos), já quando considerado o tempo de prisão em toda a vida em dias a média é $\bar{x} = 621 \pm 955$, com mínimo de 1 e máximo de 4856 dias.

Figura 5: Estratificação da amostra masculina

Estratificação da amostra masculina						
Nacionalidade	Portuguesa 87.1%; n = 101		País lusófono 11.2% (n = 13)		Outro país estrangeiro 1.7% (n = 2)	
Escolaridade	> EB1 13.8% (n = 16)	EB1 24.1% (n = 28)	EB2 22.4% (n = 26)	EB3 19.0% (n = 22)	Ensino secundário 12.1% (n = 14)	Licenciatura ou superior 8.6% (n = 10)
Situação laboral antes da reclusão	Desempregado 31.9% (n = 37)		Tempo parcial 7.8% (n = 9)		Tempo Inteiro 54.3% (n = 63)	
Condição Prisional	Prisão Preventiva 14.7% (n = 17)			Condenado em Regime Comum 85.3% (n = 99)		
Recidiva	Primários 75.0% (n = 87)			Reincidentes 25.0% (n = 29)		
Tipologia do Crime: - Acusados: preventivas - Condenados	Crime envolvendo violência contra pessoas 64.7% (n = 75)		Crimes contra o património e/ou sem violência contra pessoas 22.4% (n = 26)		Tráfico de estupefacientes 12.9% (n = 15)	
Atividade no EP ¹⁰	Inativos 97.4% (n = 113)		Faxina 2.6% (n = 3)		Curso formação / Escola 0% (n = 0)	
Cumprimento Disciplinar	Nunca 88.8% (n = 103)		Cela de habitação 4.3% (n = 5)		Cela disciplinar 6.9% (n = 8)	
Visitas nas últimas quatro semanas ¹¹	Não 22.4% (n = 26)		Entre uma e três 25.0% (n = 29)		Entre quatro e oito 50.9% (n = 59)	
Familiar em reclusão	Nunca 73.3% (n = 85)	Sim, atualmente 8.6% (n = 10)	Atualmente e anteriormente 4.3% (n = 5)		Anteriormente 12.9% (n = 15)	

¹⁰ As razões da elevada inatividade poderão estar relacionadas com o momento em que foi recolhida a amostra (período de férias escolares) e pelo facto da maioria dos reclusos estar afeto aquele EP há menos de 6 meses;

¹¹ Por norma, os reclusos têm direito a duas visitas por semana (oito no mês).

Capítulo III: resultados

Para análise estatística foi utilizado o *software IBM® SPSS® Statistics* versão 22.

3.1 Validação Psicométrica dos instrumentos

A psicometria é fundamentada na teoria da medida das ciências em geral, podendo ser definida como a ciência das técnicas e métodos de medição na área de estudo da psicologia e educação, quer isto dizer que consiste na estipulação e desenvolvimento de modelos matemáticos que procuram descrever o comportamento por meio da medição de observações de fenómenos naturais (Pasquali, 2009).

Existe uma panóplia de instrumentos de medição do comportamento, sendo que, em comum, são constituídos por um conjunto de itens que procuram ir ao encontro da representação de variantes do comportamento em um número simbólico, ou seja, medir ou estimar o comportamento por métodos estatísticos (e.g. item 1a do MSSI-SA-P: “Nos últimos seis meses... consumiu álcool ou outras drogas?”, para respostas “não” o valor é zero, para respostas “sim” o valor é um).

De acordo com Pasquali (2009), a congruência da medida do instrumento com a propriedade do comportamento é definida por validade.

A validade psicométrica dos itens, ou seja, a sua capacidade da avaliação discriminativa dos participantes estruturalmente diferentes, poderá ser efetuada pela assimetria (*Skewness* - Sk) e curtose (*Kurtosis* - Ks), sendo que, de acordo com os valores de referência para sensibilidade psicométrica os resultados deverão ser inferiores a 3 e 7, respetivamente (Maroco, referido por Maroco, Campos, Bonafé, Vinagre, & Pais-Ribeiro, 2014). Quando o resultado obedece a esse critério, os elementos estatísticos indicam que os itens apresentam-se, ou aproximam-se da distribuição normal (Maroco et al., 2014).

O Alfa de Cronbach (α) pode ser usado para determinar a consistência interna dos itens que compõem o instrumento (Pasquali, 2009; Pestana & Gageiro, 2008). A maioria dos investigadores considera o α um indicador universal aconselhável para o estudo métrico de uma escala, tal como uma medida fiável para estimar a fiabilidade da escala, o valor varia entre zero e um (Maroco & Garcia-Marques, 2006; Pestana & Gageiro, 2008) e pode ser interpretado como o coeficiente médio do resultado de todas as estimativas de consistência interna se fossem feitas todas as divisões possíveis da escala (Chronbach, referido por Maroco & Garcia-Marques, 2006; Pestana & Gageiro, 2008). O valor de α varia entre 0 e 1, um teste com valor de $\alpha \geq 0.70$, significa que tem um grau apropriado ou razoável (Nunnally, referido por Maroco & Garcia-Marques, 2006; Pestana & Gageiro, 2008; Streiner, 2003), em alguns cenários de

investigação nas áreas das ciências sociais, um $\alpha \geq 0.60$ é aceitável (Pestana & Gageiro, 2008), no entanto, para estes casos, os resultados obtidos devem ser interpretados com precaução (DeVellis, referido por Maroco & Garcia-Marques, 2006), o valor compreendido entre 0.8 e 0.9 indica um grau de consistência boa e acima de 0.9 é referido como muito boa (Pestana & Gageiro, 2008), já Streiner (2003) refere que o recomendado deverá encontrar-se entre 0.80 e 0.90, acima deste poderá significar que existe redundância ou duplicação dos itens, ou seja, existe mais que uma questão a medir o mesmo, neste caso, os itens redundantes devem ser eliminados. Cortina (1993) indica que quando não existem outros instrumentos de medida, poderá admitir-se um valor de α inferior ao mínimo recomendado, no entanto, esta situação deverá sempre ser tomada em consideração no momento da interpretação dos resultados.

A análise fatorial consiste na verificação de hipóteses que legitimam a validação dos dados empíricos do construto previamente operacionalizados (Laros, 2012), neste caso, em itens, no entanto, a análise fatorial procura postulações fortes que nem sempre representam a realidade dos factos, já que a relação linear da resposta aos itens nem sempre corresponde aos traços latentes operacionalizados no instrumento, outro problema consiste na rotação dos eixos pois pode determinar um número indeterminado de fatores para o mesmo instrumento (Pasquali, 2009).

Considerando a forma como foram desenvolvidos os itens dos três instrumentos breves de rastreio da saúde mental (por meio dos critérios de diagnóstico do SCID e do DSM-IV) que neste estudo se propõem para a população reclusa portuguesa, parece fazer algum sentido efetuar a análise fatorial, já que, existem itens que poderão ter uma forte correlação entre si (e.g. item 5 e 6 do BJMHS, questionam sobre sintomatologia relacionada com a depressão) no entanto, devido aos critérios de referenciação para cada instrumento, esta análise poderá não fazer sentido, contudo, para cada instrumento, será feito o ensaio.

O processo de validação psicométrica dos instrumentos consistiu no cálculo estatístico da Sk e Ks , seguido do Alfa de Cronbach (α) e, a análise fatorial. O CMHS é um instrumento com versões diferentes entre homens e mulheres em reclusão, assim, para este instrumento a validação psicométrica teve de ser efetuada distintamente entre o género, já no BJMHS-P e no MSSI-SA-P os resultados podem ser considerados com a inclusão dos dois grupos, no entanto, o processo foi feito considerando as duas formas, ou seja, primeiramente apresentam-se os resultados considerando distintamente o género e seguidamente o processo é efetuado com toda a amostra.

Validação Psicométrica do BJMHS-P para a amostra feminina

De acordo com valores da sensibilidade do instrumento, no calculado pela Sk , os itens 1 e 2, ambos com valor > 3 , parecem ter sido entendidos de forma dispersa, de igual modo, o valor da Ks para os mesmos itens não é aceitável (> 7), o que parece indicar que as respostas não seguem o padrão normal. Os restantes itens apresentam valores aceitáveis de Sk e Ks (ver tabela 3).

Tabela 3: Cálculo da assimetria e achatamento dos itens da versão do BJMHS-P para a amostra feminina

		Estatísticas							
Item		1	2	3	4	5	6	7	8
N	Válido	72	72	72	72	72	72	72	72
	Ausente	0	0	0	0	0	0	0	0
	Assimetria	8,485	5,870	1,577	,862	1,269	1,365	1,269	1,697
	Erro de assimetria padrão	,283	,283	,283	,283	,283	,283	,283	,283
	Curtose	72,000	33,384	,501	-1,293	-,401	-,142	-,401	,902
	Erro de Curtose padrão	,559	,559	,559	,559	,559	,559	,559	,559

Para análise da consistência interna, no cálculo da associação entre os vários itens foram considerados os valores anteriores, no entanto, foi feito um ensaio com todos os itens onde se verificou um $\alpha = 0.52$, ou seja, não aceitável. Seguidamente, procedeu-se à remoção dos itens 1 e 2, de acordo com o cálculo do α , o instrumento continua a não apresentar valores mínimos de fiabilidade ($\alpha = 0.54$), pelo que a análise dos seus resultados poderá ficar comprometida. Após a observação do cálculo “se item excluído” verifica-se que ao remover o item 4, o valor do α sobe para valores aceitáveis ($\alpha = 0.64$), significando que com este valor já poderá ser efetuado análise inferencial estatística.

Deste modo, de acordo com a validação psicométrica, foram excluídos as seguintes questões:

Item 1: Atualmente acredita que alguém pode controlar a sua mente, colocando ou retirando pensamentos da sua cabeça?

Item 2: Atualmente sente que outras pessoas conhecem os seus pensamentos e conseguem ler a sua mente?

Item 4: Você, a sua família ou amigos notaram que atualmente está muito mais ativo(a) que o habitual?

A análise às frequências das respostas a estas questões poderá deduzir-se que a fiabilidade os itens 1 e 2 poderão ter ficado comprometidos devido à fraca incidência de respostas “sim”, sendo a sua frequência, 1 e 2, respetivamente. Já no item 4 os dados parecem encontrar-se dispersos.

De acordo com a análise da sensibilidade e da consistência interna, a versão para análise estatística incorpora os seguintes itens:

Item 3: Recentemente perdeu ou ganhou 1Kg por semana durante várias semanas sem fazer esforço?

Item 5: Atualmente sente que tem de falar ou de se mover mais devagar que o habitual?

Item 6: Atualmente tem havido semanas que se sente inútil ou pecaminoso(a)?

Item 7: Atualmente está a tomar alguma medicação que lhe tenha sido prescrita por um médico, para algum problema de saúde mental?

Item 8: Alguma vez esteve num hospital devido a problemas de saúde emocional ou mental?

Tabela 4: Valor final do Alfa de Cronbach para o BJMHS-P para a amostra feminina

Estatísticas de confiabilidade		
Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach com base em itens padronizados	N de itens
,635	,637	5

Verificou-se ainda que, com a eliminação do item 5 o α subia para 0.68, seguidamente, com a exclusão da questão 3, o valor aumentava para $\alpha = 0.73$, no entanto, nesta situação a análise das respostas seria feita apenas com os itens 6, 7 e 8. Optou-se por fazer a inferência estatística com o $\alpha = 0.64$.

De acordo com a análise fatorial, através do Teste de KMO e Bartlett, são propostos dois fatores, o primeiro com os itens 3 e 5 e o segundo com os itens 6, 7 e 8. Foi desconsiderada esta associação, já que em termos empíricos a constituição dos fatores poderá não fazer sentido e, em adição, a forma como foi estipulado o valor de corte para o instrumento reforça esta posição.

Validação Psicométrica do BJMHS-P para a amostra masculina

À Semelhança da análise aos valores da sensibilidade do instrumento na amostra a reclusas femininas, no calculado pela S_k , os itens 1 e 2, ambos com valor $> a 3$, parecem ter sido entendidos de forma dispersa, de igual modo, o valor da K_s para os mesmos itens não é aceitável ($> a 7$), o que parece indicar que as respostas não seguem o padrão normal. Os restantes itens apresentam valores aceitáveis de S_k e K_s (ver tabela 5).

Tabela 5: Cálculo da assimetria e achatamento dos itens da versão do BJMHS-P para a amostra masculina

		Estatísticas							
Item		1	2	3	4	5	6	7	8
N Válido		116	116	116	116	116	116	116	116
Ausente		0	0	0	0	0	0	0	0
Assimetria		4,559	6,053	2,128	2,239	1,841	1,841	2,128	2,802
Erro de assimetria		,225	,225	,225	,225	,225	,225	,225	,225
padrão									
Curtose		19,110	35,245	2,571	3,064	1,413	1,413	2,571	5,955
Erro de Curtose		,446	,446	,446	,446	,446	,446	,446	,446
padrão									

Para análise da consistência interna foi feito um ensaio com todos os itens, tendo-se verificado um $\alpha = 0.59$, ou seja, não aceitável. Seguidamente, procedeu-se à remoção do item 4 por ser o que contribuía mais para a subida do valor, tendo resultado num $\alpha = 0.60$, já em níveis aceitáveis. Foi constatado que a exclusão de qualquer outro item produz uma diminuição do α .

Deste modo, de acordo com a validação psicométrica, foi excluído a seguinte questão:

Item 4: Você, a sua família ou amigos notaram que atualmente está muito mais ativo(a) que o habitual?

De acordo com a análise da sensibilidade e consistência interna, a análise estatística incorpora os seguintes itens:

Item 1: Atualmente acredita que alguém pode controlar a sua mente, colocando ou retirando pensamentos da sua cabeça?

Item 2: Atualmente sente que outras pessoas conhecem os seus pensamentos e conseguem ler a sua mente?

Item 3: Recentemente perdeu ou ganhou 1Kg por semana durante várias semanas sem fazer esforço?

Item 5: Atualmente sente que tem de falar ou de se mover mais devagar que o habitual?

Item 6: Atualmente tem havido semanas que se sente inútil ou pecaminoso(a)?

Item 7: Atualmente está a tomar alguma medicação que lhe tenha sido prescrita por um médico, para algum problema de saúde mental?

Item 8: Alguma vez esteve num hospital devido a problemas de saúde emocional ou mental?

Tabela 6: Valor final do Alfa de Cronbach para o BJMHS-P para a amostra masculina

Estatísticas de confiabilidade		
Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach com base em itens padronizados	N de itens
,600	,641	7

De acordo com a análise fatorial, através do Teste de KMO e Bartlett, são propostos três fatores, no entanto, à semelhança da análise à amostra feminina, foi desconsiderada esta associação, já que em termos empíricos a constituição dos fatores poderá não fazer sentido e, em adição, a forma como foi estipulado o valor de corte para o instrumento reforça esta posição.

Validação Psicométrica do BJMHS-P para toda a amostra

Quando o peso estatístico inclui toda a amostra ($n = 188$), os valores da sensibilidade do instrumento no calculado pela Sk , indicam que os itens 1 e 2, ambos com valor $> a 3$, parecem ter sido entendidos de forma dispersa, de igual modo para estes itens, o valor da Ks não é aceitável ($> a 7$), o que parece indicar que as respostas não seguem o padrão normal. Os restantes itens apresentam valores aceitáveis de Sk e Ks (ver tabela 7).

Tabela 7: Cálculo da assimetria e achatamento dos itens da versão do BJMHS-P para toda a amostra

		Estatísticas							
	Itens	1	2	3	4	5	6	7	8
N	Válido	188	188	188	188	188	188	188	188
	Ausente	0	0	0	0	0	0	0	0
Assimetria		5,369	5,932	1,874	1,537	1,581	1,626	1,720	2,250
Erro de assimetria padrão		,177	,177	,177	,177	,177	,177	,177	,177
Curtose		27,114	33,545	1,529	,368	,504	,649	,967	3,093
Erro de Curtose padrão		,353	,353	,353	,353	,353	,353	,353	,353

Para análise da consistência interna foi feito um ensaio com todos os itens, tendo-se verificado um $\alpha = 0.57$, ou seja, não aceitável. Seguidamente, procedeu-se à remoção do item 4, por ser o que mais contribuía para a subida do valor ($\alpha = 0.61$). Contactou-se que a exclusão de qualquer outro item não produz um aumento no valor de α . O processo de avaliação da consistência interna decorreu no mesmo sentido da amostra masculina.

Deste modo, de acordo com a validação psicométrica, foi excluído a seguinte questão:

Item 4: Você, a sua família ou amigos notaram que atualmente está muito mais ativo(a) que o habitual?

De acordo com a análise da sensibilidade e consistência interna, a análise estatística incorpora os seguintes itens:

Item 1: Atualmente acredita que alguém pode controlar a sua mente, colocando ou retirando pensamentos da sua cabeça?

Item 2: Atualmente sente que outras pessoas conhecem os seus pensamentos e conseguem ler a sua mente?

Item 3: Recentemente perdeu ou ganhou 1Kg por semana durante várias semanas sem fazer esforço?

Item 5: Atualmente sente que tem de falar ou de se mover mais devagar que o habitual?

Item 6: Atualmente tem havido semanas que se sente inútil ou pecaminoso(a)?

Item 7: Atualmente está a tomar alguma medicação que lhe tenha sido prescrita por um médico, para algum problema de saúde mental?

Item 8: Alguma vez esteve num hospital devido a problemas de saúde emocional ou mental?

Tabela 8: Valor final do Alfa de Cronbach do BJMHS-P para toda a amostra

Estatísticas de confiabilidade		
Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach com base em itens padronizados	N de itens
,603	,614	7

À Semelhança das versões para o gênero, de acordo com a análise fatorial através do Teste de KMO e Bartlett, são propostos três fatores, no entanto, foi desconsiderada esta associação, já que em termos empíricos a constituição dos fatores poderá não fazer sentido e, em adição, a forma como foi estipulado o valor de corte para o instrumento reforça esta posição.

Validação Psicométrica do CMHS-W-P (versão feminina)

De acordo com valores da sensibilidade do instrumento, no calculado pela S_k , o item 1 com valor > 3 , parece indicar que a questão foi entendida de forma dispersa. De igual modo, o valor da K_s para este item tem valor não aceitável (> 7), o que parece indicar que as respostas não seguem o padrão normal. Os restantes itens apresentam valores aceitáveis de S_k e K_s (ver tabela 9).

Tabela 9: Cálculo da assimetria e achatamento dos itens da versão do CMHS-W-P (amostra feminina)

		Estatísticas							
Item		1	2	3	3	4	5	6	7
N	Válido	72	72	72	72	72	72	72	72
	Ausente	0	0	0	0	0	0	0	0
Assimetria		4,686	,591	1,972	,527	,791	,345	,656	1,697
Erro de assimetria padrão		,283	,283	,283	,283	,283	,283	,283	,283
Curtose		20,523	-1,699	1,940	-1,772	-1,414	-1,935	-1,616	,902
Erro de Curtose padrão		,559	,559	,559	,559	,559	,559	,559	,559

Antes de considerar os resultados anteriores, efetuou-se a análise da consistência interna considerando todos os itens, o que resultou num $\alpha = 0.80$, ou seja, o valor indica que a consistência interna é boa, no entanto, foram considerados os valores discrepantes de S_k e K_s na decisão de remoção do item 1, mantendo o valor em boa consistência interna, mas tendo aumentado para $\alpha = 0.83$.

De acordo com a validação psicométrica, foi excluído o seguinte item:

Item 1: Fica irritada quando amigos e familiares se queixam dos seus problemas? Ou, estas pessoas queixam-se que você não compreende verdadeiramente os problemas deles?

Apenas três reclusas responderam “sim” a este item, o que poderá sugerir uma possível avaliação e reformulação do mesmo, já que este é composto por duas questões.

Assim, após análise da sensibilidade e da consistência interna, a versão para inferência estatística incorpora os seguintes itens:

Item 2: Já alguma vez tentou evitar pensamentos ou não pensar em algo terrível que experienciou ou testemunhou?

Item 3: O humor de algumas pessoas muda frequentemente, como se eles passassem todos os dias numa montanha-russa emocional. Por exemplo, várias vezes ao dia mudam de irritado para deprimido e para ansioso. Acontece o mesmo consigo?

Item 4: Houve semanas em que se sentiu inútil, pecaminosa ou culpada?

Item 5: Houve alturas em que se sentiu deprimida a maior parte do dia, durante pelo menos 2 semanas?

Item 6: Acha que a maioria das pessoas tira proveito de si se as deixar saber demasiadas informações a seu respeito?

Item 7: Alguma vez se sentiu perturbada com pensamentos, sentimentos ou pesadelos repetidos sobre algo terrível que experienciou ou testemunhou?

Item 8: Alguma vez estive num hospital por razões não médicas, tal como num hospital psiquiátrico? (não incluir as idas às urgências se não estava hospitalizada).

Tabela 10: Valor final do Alfa de Cronbach para o CMHS-W-P (amostra feminina)

Estatísticas de confiabilidade		
Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach com base em itens padronizados	N de itens
,825	,829	7

Verificou-se ainda que, com a eliminação do item 6 o α subia para 0.84, no entanto, considerando o valor com os 7 itens, optou-se por fazer a inferência estatística com o $\alpha = 0.83$.

De acordo com a análise fatorial, através do Teste de KMO e Bartlett, são propostos dois fatores, contudo, foi desconsiderada esta associação, já que em termos empíricos a constituição dos fatores poderá não fazer sentido e, em adição, a forma como foi estipulado o valor de corte para o instrumento reforça esta posição.

Validação Psicométrica do CMHS-M-P (versão masculina)

De acordo com valores da sensibilidade do instrumento, no calculado pela S_k , os itens 2, 3, 6 e 7, todos com valor $> a 3$, parecem ter sido entendidos de forma dispersa, de igual modo, o valor da K_s para estes itens não é aceitável ($> a 7$), o que parece indicar que as respostas não seguem o padrão normal. Os restantes itens apresentam valores aceitáveis de S_k e K_s (ver tabela 11).

Tabela 11: Cálculo da assimetria e achatamento dos itens da versão do CMHS-M-P (amostra masculina)

	Estatísticas											
Item	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
N Válido	116	116	116	116	116	116	116	116	116	116	116	116
Ausente	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Assimetria	,703	2,239	10,770	2,987	1,841	7,515	3,200	,703	,703	1,066	2,802	1,757
Erro de assimetria padrão	,225	,225	,225	,225	,225	,225	,225	,225	,225	,225	,225	,225
Curtose	-1,533	3,064	116,000	7,046	1,413	55,429	8,381	-1,533	-1,533	-,880	5,955	1,107
Erro de Curtose padrão	,446	,446	,446	,446	,446	,446	,446	,446	,446	,446	,446	,446

Para análise da consistência interna, foi feito um ensaio com todos os itens onde se apurou um $\alpha = 0.77$, ou seja, valor aceitável, seguidamente, procedeu-se à remoção do item 3, aumentando o valor da fiabilidade para $\alpha = 0.78$, após este processo, removeu-se o item 7, tendo passado para o $\alpha = 0.79$, em continuação, removeu-se o item 6, fixando-se no valor $\alpha = 0.79$, sendo este o valor mais apurado dos dados estatísticos.

De acordo com a validação psicométrica, foram excluídos os seguintes itens:

Item 3: Fica irritado quando amigos e familiares se queixam dos seus problemas? Ou, estas pessoas queixam-se que você não compreende verdadeiramente os problemas deles?

Item 6: Arranja frequentemente problemas no trabalho ou com amigos porque se sente entusiasmado no início dos projetos mas depois perde o interesse e não os consegue concluir?

Item 7: Tem tendência para guardar rancor ou usar o tratamento de silêncio durante dias?

Assim, após análise da sensibilidade e da consistência interna, a versão para inferência estatística incorpora os seguintes itens:

Item 1: Já alguma vez teve ou tem preocupações das quais não se consegue libertar?

Item 2: O humor de algumas pessoas muda frequentemente, como se passassem todos os dias numa montanha-russa emocional. Acontece o mesmo consigo?

Item 4: Alguma vez sentiu que não tinha sentimentos, ou sentiu-se distante, ou à parte das outras pessoas ou do que lhe rodeia?

Item 5: Houve alguma vez que se sentiu tão irritado que começou a gritar, a lutar ou a discutir?

Item 8: Alguma vez tentou evitar pensamentos ou não pensar em algo terrível que experienciou ou testemunhou?

Item 9: Houve alturas em que se sentiu deprimido a maior parte do dia, durante, pelo menos, 2 semanas?

Item 10: Alguma vez se sentiu perturbado com pensamentos, sentimentos ou pesadelos repetidos sobre algo terrível que experienciou ou testemunhou?

Item 11: Alguma vez esteve num hospital por razões não médicas, tal como num hospital psiquiátrico? (não incluir as idas às urgências se não estava hospitalizado)

Item 12: Alguma vez se sentiu constantemente em alerta ou vigilante, mesmo quando não necessitava, ou facilmente nervoso e assustado?

Tabela 12: Valor final do Alfa de Cronbach para o CMHS-M-P (amostra masculina)

<u>Estatísticas de confiabilidade</u>	
Alfa de Cronbach	N de itens
,790	9

De acordo com a análise fatorial, através do Teste de KMO e Bartlett, são propostos três fatores, contudo, foi desconsiderada esta associação, já que em termos empíricos a constituição dos fatores poderá não fazer sentido e, em adição, a forma como foi estipulado o valor de corte para o instrumento reforça esta posição.

Validação Psicométrica do MSSI-SA-P

Comparativamente aos instrumentos anteriores, as análises estatísticas ao MSSI-SA-P efetua-se de modo diferente, isto porque, a maioria dos itens (com exceção das questões 14, 15 e 16) faz referência a um limite temporal de 6 meses. Deste modo, apesar de descrito na literatura que existe tráfico e consumo em ambiente prisional, é um facto que é em menor quantidade e, mesmo tendo acesso a drogas, reclusos(as) ex-toxicodependentes ou ex-alcoólicos(as) poderão resistir ao consumo devido ao receio de deteção (e.g. exame toxicológico). Considerando este aspeto, foram eliminados das análises estatísticas todos os reclusos e reclusas que estavam detidas há mais de 180 dias.

Referente à população reclusa feminina, o tamanho da amostra é $n = 65$, com média de idade $\bar{x} = 36.14 \pm 12.19$, sendo o mínimo 20 e o máximo 72. Já sobre a população reclusa masculina, o tamanho da amostra fica em $n = 57$, a média de idade é $\bar{x} = 38.72 \pm 11.70$, sendo o mínimo 19 e o máximo 68.

Para avaliar a consistência interna do instrumento, foram excluídos os itens 1 e 15, pois não são considerados nos scores ou para o ponto de corte e, em relação às questões 5i a 5vii, foi criado um item que, segundo os critérios do instrumento original, pontua quem responde “sim” a qualquer uma das questões do item 5.

Validação Psicométrica do MSSI-SA-P para a amostra feminina

A validação psicométrica do MSSI-SA-P considerou apenas os itens pontuáveis em acordo com os critérios do instrumento original.

A análise da sensibilidade do instrumento revelou que todos os itens parecem indicar que as respostas seguem o padrão normal uma vez que apresentam valores de $S_k < 3$ e $K_s < 7$ (ver tabela 25 em anexo 5).

Para análise da consistência interna, foi feito um ensaio com todos os itens pontuáveis, tendo-se registado um $\alpha = 0.96$, o que poderá indicar que existem itens redundantes ou com a mesma finalidade.

Seguidamente, procedeu-se à avaliação dos itens cujo sentido poderá ser semelhante noutra questão e com uma forte correlação entre si, tendo sido removido os seguintes:

- Item 4: representa a questão “*Alguma vez pediu ajuda devido ao consumo de bebidas ou uso de drogas?*” e poderá estar representado pelo 3, cuja pergunta é “*Alguma vez tentou reduzir ou parar de beber ou de consumir drogas?*”;
- Item 7: com a questão “*O hábito de beber ou o consumo de outras drogas causou problemas na escola ou no trabalho?*” e poderá estar representado no 6 que representa a pergunta “*O hábito de beber ou o consumo de outras drogas causou problemas entre si e a sua família, ou amigos?*”;
- Item 9: cuja pergunta é “*Perdeu a calma ou entrou em brigas enquanto bebia ou consumia drogas?*” e poderá estar representada no item 12 com a questão “*Quando bebe ou consome drogas, está mais propenso a fazer algo que normalmente não faz, tal como quebrar regras, violar a lei, vender coisas que não são importantes para si ou ter relações sexuais sem proteção?*”;
- Item 10: representa a questão 10, “*Necessita cada vez mais de beber ou de consumir drogas para obter o efeito que quer?*” e poderá estar representado na pergunta 11, “*Passa muito tempo a pensar ou a tentar conseguir álcool ou outras drogas?*”-

Uma vez que a continuidade de remoção dos itens contribuía pouco para a descida do coeficiente de α e, uma vez que não se verificou a existência de mais itens com questões similares entre si, o número total ficou em 10 sendo o valor de $\alpha = 0.94$.

Tabela 13: Valor final do Alfa de Cronbach para o MSSI-SA-P (amostra feminina)

Estatísticas de confiabilidade		
Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach com base em itens padronizados	N de itens
,937	,944	10

De acordo com a análise fatorial, através do Teste de KMO e Bartlett, foram propostos dois fatores, contudo, após avaliação dos mesmos, foi desconsiderada esta associação, já que em termos empíricos a constituição dos fatores não faria sentido e, em adição, a forma como foi estipulado o valor de corte para o instrumento reforça esta posição.

Validação Psicométrica do MSSI-SA-P para a amostra masculina

Tal como no procedimento para a amostra feminina, a validação psicométrica do MSSI-SA-P considerou apenas os itens pontuáveis em acordo com os critérios do instrumento original.

À semelhança dos resultados obtidos na amostra feminina, na análise da sensibilidade do instrumento, calculado pela S_k e K_s verifica-se que todas as respostas parecem seguir o padrão normal (ver tabela 26 em anexo 5).

Para análise da consistência interna, determinou também um valor muito elevado de $\alpha = 0.96$, deste modo, o procedimento de remoção seguiu o mesmo raciocínio que na amostra feminina, tendo sido excluídos os itens 4, 7, 9 e dez. O número de itens finais ficou em 10 sendo o valor de $\alpha = 0.95$.

Tabela 14: Valor final do Alfa de Cronbach para o MSSI-SA-P (amostra masculina)

Estatísticas de confiabilidade		
Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach com base em itens padronizados	N de itens
,953	,955	10

De acordo com a análise fatorial, através do Teste de KMO e Bartlett, os resultados das respostas aos itens combinou apenas um fator, o que parece ir ao encontro dos pressupostos do instrumento original, já que este pretende avaliar apenas uma dimensão, o abuso e dependência de AOD.

Validação Psicométrica do MSSI-SA-P para toda a amostra

À semelhança dos resultados obtidos em ambas as versões de género, no cálculo da sensibilidade do instrumento, calculado pela S_k e K_s verifica-se que todas as respostas parecem seguir o padrão normal (ver tabela 27 em anexo 5).

Para análise da consistência interna, determinou também um valor muito elevado de $\alpha = 0.96$, mais uma vez, para este instrumento, o procedimento de remoção seguiu o mesmo raciocínio que na amostra feminina, tendo sido excluídos os itens 4, 7, 9 e dez. O número de itens finais ficou em 10 sendo o valor de $\alpha = 0.95$.

Tabela 15: Valor final do Alfa de Cronbach para o MSSI-SA-P (amostra completa)

Estatísticas de confiabilidade		
Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach com base em itens padronizados	N de itens
,946	,950	10

De acordo com a análise fatorial, através do Teste de KMO e Bartlett, os resultados das respostas aos itens combinou apenas um fator, o que parece ir ao encontro dos pressupostos do instrumento original, já que este pretende avaliar apenas uma dimensão, o abuso e dependência de AOD.

3.2 Análise dos resultados

3.2.1 Segundo os critérios dos instrumentos originais

Versão portuguesa experimental do Brief Jail Mental Health Screen (BJMHS-P)

Reclusas femininas

De acordo com os resultados da aplicação do BJMHS-P e, segundo os critérios do instrumento, 65.3% ($n = 47$) das reclusas não foram referenciadas e 34.7% ($n = 25$) indicaram sintomas compatíveis com doença mental, destas últimas, 6.9% ($n = 5$) foram referenciadas pelo somatório de dois “sim”, ou mais, nos itens 1 a seis, 13.9% ($n = 10$) foram sinalizadas pela indicação da resposta de um “sim” nos itens 7 ou 8, ou em ambos, e 13.9% ($n = 10$) foram referidas pelo somatório de dois “sim”, ou mais, nos itens 1 a 6 concomitantemente com resposta de “sim” num ou em ambos itens 7 e 8 (ver tabela 16).

Tabela 16: *Aplicação do BJMS-P: amostra feminina não-referenciada e referenciada e modo de referência.*

BJMS-P: Reclusas femininas - Referenciado?					
		Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem acumulativa
Válido	Não	47	65,3	65,3	65,3
	Sim	25	34,7	34,7	100,0
	Total	72	100,0	100,0	
Válido “sim”	Dois “sim” 1 a 6	5	6,9	6,9	6,9
	“Sim”, 7 ou 8	10	13,9	13,9	20,8
	Ref. 1 a 6 e 7/8	10	13,9	13,9	34,7
	Total	26	36,1	36,1	

Tal como foi referido anteriormente, no final da aplicação dos instrumentos questionou-se a reclusa se estava a ser acompanhada por um psicólogo, psiquiatra ou médico para algum problema de saúde mental, a possibilidade de respostas registadas foram, “não”, “sim, para problemas de saúde mental”, “sim, para adições” e “sim, para problemas de saúde mental e adições”.

Através da análise de cruzamento de dados entre reclusas que foram ou não sinalizadas segundo os critérios da versão original do BJMHS, , considerando o total da amostra, verifica-se das reclusas não referenciadas 62.5% ($n = 45$) referiram não ter acompanhamento e 2.8% ($n = 2$) referiram que estavam a ser acompanhadas devido a comportamentos aditivos, respeitante as reclusas sinalizadas pelo BJMHS para avaliação mais exaustiva da saúde mental, 13.9% ($n = 10$) referiu que não tinha qualquer acompanhamento sobre problemas de saúde mental, 15.3% ($n = 11$) indicou que estava a ser seguida a nível médico, psicológico ou psiquiatra, 1.4% ($n = 1$)

referiu que estava a ser acompanhada em consultas relacionadas com adições e 4.2% ($n = 3$) indicaram que eram acompanhadas em consultas relacionadas com problemas de saúde mental e adições. Não se verificaram falsos negativos.

Reclusos masculinos

De acordo com os resultados da aplicação do BJMS-P a reclusos e, segundo os critérios do instrumento, 71.6% ($n = 83$) não indicaram sintomatologia para a referenciação e 28.4% ($n = 33$) indicaram sintomas compatíveis com doença mental, destes últimos, 9.5% ($n = 11$) foram referenciado pelo somatório de dois “sim”, ou mais, nos itens um a seis, 8.6% ($n = 10$) foram sinalizados pela indicação da resposta “sim” nos itens 7 ou 8, ou ambos e 13.9% ($n = 10$) foram referidos pelo somatório de dois “sim”, ou mais, nos itens 1 a 6 concomitantemente com resposta de um “sim” ou ambos itens 7 e 8 (ver tabela 17).

Tabela 17: *Aplicação do BJMS-P: amostra masculina não-referenciada e referenciada e modo de referenciação*

BJMS-P: Reclusos masculinos - Referenciado?					
		Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem acumulativa
Válido	Não	83	71,6	71,6	71,6
	Sim	33	28,4	28,4	100,0
	Total	116	100,0	100,0	
Válido “sim”	Dois “sim” 1 a 6	11	9,5	9,5	9,5
	“Sim”, 7 ou 8	10	8,6	8,6	18,1
	Ref. 1 a 6 e 7/8	12	10,3	10,3	28,4
	Total	116	28,4	28,4	

Através da análise de cruzamento de dados entre reclusos que foram ou não sinalizados segundo os critérios da versão original do BJMS, , considerando o total da amostra, verifica-se que 68.1% ($n = 79$) dos reclusos não referenciadas referiram não ter acompanhamento para problemas de saúde mental ou adições e 3.4% ($n = 4$) indicaram que estavam a ser seguidos em consulta de abstinência a álcool ou drogas, já no que respeita aos reclusos sinalizadas pelo BJMS-P para avaliação mais exaustiva da saúde mental, 15.5% ($n = 18$) referiu que não tinha qualquer acompanhamento no âmbito de problemas de saúde mental, 8.6% ($n = 10$) indicou que estava a ser seguida a nível médico, psicológico ou psiquiatra, 1.7% ($n = 2$) referiu que estava a ser acompanhada em consultas relacionadas com adições e 2.6% ($n = 3$) indicaram que eram acompanhados em consultas no âmbito de problemas relacionados com a saúde mental e adições. Não se verificaram falsos negativos.

Versão experimental portuguesa do Correctional Mental Health Screen (CMHS-M/W-P)

Reclusas femininas

De acordo com os critérios da versão original do CMHS-W, 72.2% ($n = 52$) das reclusas não indicaram sintomatologia compatível com doença mental e 27.8% ($n = 20$) foram sinalizadas com uma ou mais das perturbações englobadas pelo instrumento (ver tabela 18).

Tabela 18: *Amostra feminina não-referenciada e referenciada de acordo com os critérios do CMHS-W*

		CMHS-W-P: Reclusas femininas - Referenciado?			
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Não	52	72,2	72,2	72,2
	Sim, segundo critérios do CMHS-W	20	27,8	27,8	100,0
	Total	72	100,0	100,0	

Tal como referido anteriormente, de acordo com os critérios do CMHS-W, a referenciação é feita quando uma reclusa responde “sim” a quatro ou mais dos oito itens, não existindo outros critérios para além deste ponto de corte, a interpretação dos *scores* totais poderão dar-nos alguma indicação da gravidade do “quadro”, a pontuação total pode variar entre zero e oito. De acordo com a análise do somatório das respostas, das 52 reclusas não referenciadas, 30.6% ($n = 22$) teve um *score* zero, 22.2% ($n = 16$) teve um somatório de uma resposta “sim” e 9.7% ($n = 7$) respondeu positivamente a três questões, já na análise das reclusas referenciadas, 6.9% ($n = 5$) teve um *score* quatro, 9.7% ($n = 7$) respondeu positivamente a cinco itens, 6.9% ($n = 5$) teve seis questões afirmativas, 4.2% ($n = 3$) teve um somatório de sete respostas “sim” e, com o máximo de pontuação, não houve nenhuma respondente.

Através da análise de cruzamento de dados entre reclusas que foram ou não sinalizadas segundo os critérios da versão original do CMHS-W, considerando o total da amostra, verificase que 63.9% ($n = 46$) das reclusas não referenciadas referiram não ter acompanhamento, 4.2% ($n = 3$) indicaram que estavam a ser acompanhadas devido a problemas de saúde mental e 4.2% ($n = 3$) indicaram que são acompanhadas em consulta relacionada com adiões, já no que respeita a reclusas sinalizadas pelo CMHS-W-P para avaliação mais exaustiva da saúde mental, 12.5% ($n = 9$) referiu que não tinha qualquer acompanhamento sobre problemas de saúde mental, 11.1% ($n = 8$) indicou que estava a ser seguida a nível médico, psicológico ou psiquiatra e 4.2% ($n = 3$) indicaram que eram acompanhadas em consultas relacionadas com problemas de saúde mental e adiões.

Reclusos masculinos

De acordo com os critérios da versão original do CMHS-M, 83.6% ($n = 97$) dos reclusos não foram referenciados e 16.4% ($n = 19$) foram sinalizados com uma ou mais das perturbações englobadas pelo instrumento (ver tabela 19).

Tabela 19: Amostra masculina não-referenciada e referenciada de acordo com os critérios do CMHS-M

CMHS-M-P: Reclusos masculinos - Referenciado?					
		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Não	97	83,6	83,6	83,6
	Sim, segundo critérios do CMHS-M	19	16,4	16,4	100,0
	Total	116	100,0	100,0	

Tal como referido anteriormente, de acordo com os critérios do CMHS-W, a referenciação é feita quando um recluso responde “sim” a cinco ou mais dos oito itens, não existindo outros critérios para além deste ponto de corte, a interpretação dos *scores* totais poderão dar-nos alguma indicação da gravidade do “quadro”, a pontuação total pode variar entre zero e doze. Analisando os somatórios das respostas, dos 97 reclusos não referenciadas, 37.9% ($n = 44$) teve *score* zero, as pontuações 1, 2, e 3 incidiu cada uma em 13.8% ($n = 16$) e 4.3% ($n = 5$) teve quatro pontos, já na análise dos reclusos referenciadas, 6.9% ($n = 8$) teve um *score* cinco, 1.7% ($n = 2$) respondeu positivamente a seis itens, 6.0% ($n = 7$) teve sete questões afirmativas, 0.9% ($n = 1$) teve um somatório de oito respostas positivas e 0.9% ($n = 1$) teve *score* dez, não houve nenhum recluso com pontuação nove, onze e doze (máximo).

Através da análise de cruzamento de dados entre reclusos que foram ou não sinalizados segundo os critérios da versão original do CMHS-M, considerando o total da amostra, verifica-se que 73.3% ($n = 85$) dos reclusos não referenciadas referiram não ter acompanhamento, 4.3% ($n = 5$) referiram que estavam a ser acompanhadas devido a problemas de saúde mental, 5.2% ($n = 6$) indicaram que são acompanhados em consulta relacionada com adições e 0.9% ($n = 1$) referiu que é acompanhado em consulta no âmbito de comportamentos aditivos e problemas de saúde mental, já no que respeita aos reclusos sinalizados pelo CMHS-M-P para avaliação mais exhaustiva da saúde mental, 10.3% ($n = 12$) referiu que não tinha qualquer acompanhamento sobre problemas de saúde mental, 4.3% ($n = 5$) indicou que estava a ser seguida a nível médico, psicológico ou psiquiatra e 1.7% ($n = 2$) indicaram que eram acompanhados em consultas relacionadas com problemas de saúde mental e adições.

Modified Simple Screening Instrument for Substance Abuse

Tal como referido anteriormente, para tratamento estatístico do MSSSI-SA-P foi considerado apenas os reclusos detidos há menos de 6 meses, sendo o $n = 65$ na amostra feminina e $n = 57$ na masculina.

Reclusas femininas

No respeito ao resultados da aplicação do MSSSI-SA-P, de acordo com os critérios da versão original, 89.2% ($n = 58$) não foram referenciadas e 10.8% ($n = 7$) foram sinalizadas para avaliação

mais exaustiva de abuso e/ou dependência de AOD (ver tabela 20). Tal como referido anteriormente, o ponto de corte do instrumento é quatro, sendo que, igual ou superior a este valor, o respondente deve ser referenciado.

Não existindo critérios para interpretação dos *scores* totais, estes podem dar um indicador da gravidade do quadro. De acordo com as respostas das reclusas femininas que compõem a amostra, respeitante ao grupo não-referenciado, 75.9% ($n = 44$) teve uma pontuação zero, 20.7% ($n = 12$) teve um somatório de um e 3.4% ($n = 2$) teve um resultado de dois pontos, já no que respeita à amostra referenciada, as pontuações finais de sete e nove ocorreu em 14.3% ($n = 1$ - por cada pontuação), 42.9% ($n = 3$) das reclusas tiveram um *score* de dez e 28.6% ($n = 2$) teve uma pontuação final de onze.

Tabela 20: *Amostra feminina não-referenciada e referenciada de acordo com os critérios do MSSSI-SA-P*

MSSSI-SA-P_6M: Referenciado?					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Não	58	80,6	89,2	89,2
	Sim	7	9,7	10,8	100,0
	Total	65	90,3	100,0	
Ausente	Sistema	7	9,7		
	Total	72	100,0		

Através da análise de cruzamento de dados entre reclusas que foram ou não sinalizadas segundo os critérios da versão original do MSSSI-SA, , considerando o total da amostra, verifica-se que 73.8% ($n = 48$) das reclusas não referenciadas referiram não ter acompanhamento e 15.4% ($n = 10$) indicaram que estavam a ser acompanhadas devido a problemas de saúde mental, já no que respeita a reclusas sinalizadas pelo MSSSI-SA-P para avaliação mais exaustiva sobre o abuso ou dependência de AOD, 3.1% ($n = 2$) referiu que não tinha qualquer acompanhamento clínico ou especializado neste âmbito, 4.6% ($n = 3$) referiu que estava a ser acompanhada em consultas relacionadas com adições e 3.1% ($n = 2$) indicaram que eram acompanhadas em consultas relacionadas com problemas de saúde mental e adições. Não se verificaram falsos negativos.

Reclusos masculinos

Quanto à análise dos resultados da aplicação do MSSSI-SA-P a reclusos masculinos, de acordo com os critérios da versão original, 71.9% ($n = 41$) não foram referenciados e 28.1% ($n = 16$) foram sinalizados para avaliação mais exaustiva de abuso e/ou dependência de AOD (ver tabela 21).

Mais uma vez refere-se que, não existindo critérios para interpretação dos *scores* totais, estes podem dar um indicador da gravidade do quadro. Assim, de acordo com as respostas dos reclusos masculinos que compõem a amostra, respeitante ao grupo não-referenciado, 82.9% ($n = 34$) teve uma pontuação zero, 14.6% ($n = 6$) teve um somatório de 1 e 2.4% ($n = 1$) teve um

resultado de 2 pontos, já no que respeita à amostra referenciada, as pontuações finais de 6 e 13 ocorreu em 6.3% ($n = 1$ - em cada uma) e as pontuações 4, 5, 8, 10, 11, 12 e 14 foram o resultado em 1.7% ($n = 2$), por cada uma.

Tabela 21: *Amostra masculina não-referenciada e referenciada de acordo com os critérios do MSSI-SA-P*

		MSSI-SA-P: Referenciado?			
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Não	41	35,3	71,9	71,9
	Sim	16	13,8	28,1	100,0
	Total	57	49,1	100,0	
Ausente	Sistema	59	50,9		
Total		116	100,0		

Através da análise de cruzamento de dados entre reclusos que foram ou não sinalizados segundo os critérios da versão original do MSSI-SA, considerando o total da amostra, verifica-se que 68.4% ($n = 39$) dos reclusos não referenciados referiram não ter acompanhamento e 3.5% ($n = 2$) indicaram que estavam a ser acompanhados devido a problemas de saúde mental, já no que respeita aos reclusos sinalizadas pelo MSSI-SA-P para avaliação mais exaustiva sobre o abuso ou dependência de AOD, 10.5% ($n = 6$) referiu que não tinha qualquer acompanhamento clínico ou especializado neste âmbito, 1.8% ($n = 1$) indicou que estava a ser seguido a nível médico, psicológico ou psiquiatra para problemas de saúde mental, 10.5% ($n = 6$) referiu que estava a ser acompanhado em consultas relacionadas com adições e 5.3% ($n = 3$) indicaram que eram acompanhados em consultas relacionadas com problemas de saúde mental e adições. Não se verificaram falsos negativos.

INFERÊNCIA ESTATÍSTICA

Correlação entre as pontuações de cada instrumento breve de rastreio da saúde mental

As pontuações finais de cada instrumento fornecem informação sobre a incidência de sintomas relacionados com a doença mental, quanto maior a pontuação em cada instrumento, mais provável será a presença de qualquer perturbação. Foi efetuado a soma de cada uma das pontuações para cada instrumento e efetuado a padronização de cada uma destas variáveis, o que corresponde, cada uma delas a variável quantitativa contínua.

Amostra feminina

Após cálculo das pontuações totais, foi verificada a validação psicométrica das três variáveis correspondente aos três instrumentos, (relembrando que o cálculo ponderou todos os itens). De acordo com a análise da sensibilidade das variáveis, por meio da assimetria e achatamento, verifica-se que os scores seguem distribuição normal já que $Sk > 3$ e $Ks > 7$. Todas as variáveis foram padronizadas estabelecendo cada uma o valor de $\bar{x} = 0 \pm 1$.

Seguidamente foi verificada a confiabilidade das escalas pelo cálculo do α , quando a ponderação é efetuada incluindo as três variáveis respeitante aos *scores* dos três instrumentos, o valor de $\alpha = 0.66$, indicador de boa confiabilidade. Com a remoção de qualquer um dos instrumentos breves de rastreio da saúde mental (BJMHS e CMHS), verifica-se que o α desce para valores não-aceitáveis, já ao excluir o MSSI-SA, o resultado entre os dois *scores* do BJMHS e do CMHS-W é de $\alpha = 0.83$. A variação do valor de α através dos ensaios estatísticos permite-nos perceber que existem uma associação mais forte entre os dois *scores* do BJMHS e CMHS.

Para verificar a associação entre as pontuações, foi feito o cálculo do coeficiente de correlação linear de Pearson (r). O coeficiente de r é uma medida que estima a associação linear entre duas variáveis quantitativas, o seu resultado varia entre -1 e 1, as pontuações extremas significam que a correlação entre as duas variáveis é perfeita, o valor negativo indica que as medidas seguem valores inversos, isto é, quando sobre x desce y , já o valor positivo indica-nos que as duas medidas seguem a mesma tendência, já o coeficiente zero significa que não existe correlação entre ambas (Martins, 2011; Pestana & Gageiro, 2008).

Quando $r > 0.2$, significa que a associação linear é baixa, quando varia entre 0.2 e 0.39 a relação é baixa, entre 0.4 e 0.69 é moderada, entre 0.7 e 0.89 é alta e entre 0.9 e 1 é muito alta (Pestana & Gageiro, 2008).

Foram formuladas as seguintes hipóteses:

H_0 : Não há associação entre *scores* totais de um instrumento e as pontuações de outro.

H_1 : Há associação entre o número de sintomas de perturbação mental de um instrumento com os sintomas de perturbação mental de outro.

Tabela 22: Correlação de Pearson entre as pontuações de cada instrumento breve de rastreio da saúde mental a população reclusa feminina

		Correlações		
		BJHMS: cotação total padronizada	CMHS-W: cotação total padronizada	MSSI-SA: cotação total padronizada
BJHMS: cotação total padronizada	Correlação de Pearson	1	,736**	,235
	Sig. (2 extremidades)		,000	,059
	N	72	72	65
CMHS-W: cotação total padronizada	Correlação de Pearson	,736**	1	,245*
	Sig. (2 extremidades)	,000		,049
	N	72	72	65
MSSI-SA: cotação total padronizada	Correlação de Pearson	,235	,245*	1
	Sig. (2 extremidades)	,059	,049	
	N	65	65	65

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

* . A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

De acordo com o coeficiente de correlação linear de Pearson (r), todos os instrumentos de medida tem correlação positiva e significativa entre si (ver tabela 22), significa isto que, a

pontuação de um instrumento varia no mesmo sentido do outro (Martins, 2011; Pestana & Gageiro, 2008).

As pontuações entre o BJMHS e o CMHS-M correlacionam-se positivamente com elevada significância estatística [$r(72) = .74, p > .001$], rejeitando a H_0 , de igual modo os *scores* entre o BJMHS-P e o MSSI-SA-P têm uma correlação positiva mas sem significância estatística [$r(65) = .24, p = .059$], aceitando a H_0 , a relação entre as pontuações do CMHS-M-P e do MSSI-SA-P seguem a mesma variação e são de reduzida significância estatística, [$r(65) = .25, p = .049$], aceitando a H_0 .

Estes resultados permitem inferir ao nível da validade de critério por meio de testes equivalentes: uma vez que tanto o BJMHS-P como o CMHS-P são instrumentos distintos de rastreio da saúde mental, foram aplicados em simultâneo, os itens são similares em conteúdo e os instrumentos têm características semelhantes com validade para perturbações comum entre os dois. Deste modo, seria de esperado que os resultados entre ambos estivessem correlacionados. Quanto à relação dos *scores* do MSSI-SA poderá aceitar-se a correlação entre as pontuações devido às comorbilidades do abuso e dependência de AOD e a perturbação mental, no entanto, apesar da correlação significativa com o BJMHS-P, a associação não é tão forte, o que se verifica pelo valor de r e p .

A validade de critério é um teste que consiste na determinação de um grau de eficácia entre duas variáveis distintas que medem o mesmo conteúdo, é o mesmo que dizer que uma prediz o desempenho da outra. Os resultados obtidos pelo coeficiente de $r = 0.74$ indica-nos que os instrumentos apresentam validade de critério concorrente, já que a aplicação ocorreu no mesmo momento (Pasquali, 2009), de associação linear alta.

Amostra masculina

Após criação das pontuações totais, foi verificada a validação psicométrica das variáveis, lembrando que a criação das mesmas ponderou todos os itens. De acordo com a análise da sensibilidade das variáveis, por meio da assimetria e achatamento, verifica-se que os *scores* seguem distribuição normal já que $Sk > 3$ e $Ks > 7$. Todas as variáveis foram padronizadas estabelecendo cada uma o valor de $\bar{x} = 0 \pm 1$.

Seguidamente foi verificada a confiabilidade das escalas pelo cálculo do α , quando a ponderação é efetuada com a soma dos três instrumentos, o valor de α é 0.63. Após este procedimento, foi efetuado o cálculo com os dois *scores* do BJMHS e CMHS, nesta situação o resultado foi $\alpha = 0.65$. A variação do valor de α através dos ensaios estatísticos permite-nos perceber que existem uma associação mais forte entre os dois *scores* do BJMHS e CMHS, insto porque a remoção de qualquer um destes *scores* faria descer o valor de α para níveis não aceitáveis.

Para verificar a associação entre as pontuações, foi feito o cálculo do coeficiente de correlação linear de Pearson (r), para estimar a seguinte hipótese:

H_0 : Não há associação entre *scores* totais de um instrumento e as pontuações de outro.

H_1 : Há associação entre o número de sintomas de perturbação mental de um instrumento com os sintomas de perturbação mental de outro.

Tabela 23: Correlação de Pearson entre as pontuações de cada instrumento breve de rastreio da saúde mental

		Correlações		
		BJMHS: pontuação total padronizada	CMHS-M: pontuação total padronizada	MSSI-SA: pontuação total padronizada
BJMHS: pontuação total padronizada	Correlação de Pearson	1	,681**	,367**
	Sig. (2 extremidades)		,000	,005
	N	116	116	57
CMHS-M: pontuação total padronizada	Correlação de Pearson	,681**	1	,170
	Sig. (2 extremidades)	,000		,207
	N	116	116	57
MSSI-SA: pontuação total padronizada	Correlação de Pearson	,367**	,170	1
	Sig. (2 extremidades)	,005	,207	
	N	57	57	57

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

De acordo com o coeficiente de correlação linear de Pearson (r), todos os instrumentos de medida tem correlação positiva entre si (ver tabela 23), significa isto que, a pontuação de um instrumento varia no mesmo sentido do outro, contudo, nem todos têm uma relação estatisticamente significativa. As pontuações entre o BJMHS-P e o CMHS-M-P correlacionam-se positivamente com significância estatística relevante [$r(116) = .68, p > .001$], de igual modo os *scores* entre o BJMHS-P e o MSSI-SA-P têm uma correlação positiva com relevância estatisticamente significativa [$r(57) = 0.37, p = .005$], para estes dois casos rejeita-se a H_0 . Já a relação entre as pontuações do CMHS-M-P e do MSSI-SA-P, apesar de seguirem a mesma variação mas não são estatisticamente significativas, já que $p > 0.05$ [$r(57) = .17, p = .207$], o que significa que aceita-se a H_0 .

Estes resultados permitem-nos inferir a validade de critério dos instrumentos por meio de testes equivalentes, uma vez que tanto o BJMHS-P como o CMHS-P são instrumentos distintos de rastreio da saúde mental, foram aplicados em simultâneo, os itens são similares em conteúdo e os instrumentos têm características semelhantes com validade para perturbações comum entre os dois, deste modo, seria de esperado que os resultados entre ambos estivessem correlacionados. Quanto à relação dos *scores* do MSSI-SA-P poderá aceitar-se a correlação entre as pontuações devido às comorbilidades do abuso e dependência de AOD e a perturbação mental, no entanto, como esperado, a associação não deveria ser mais significativa comparativamente à relação entre o BJMHS-P e o CMHS-M-P, o que se verifica pelo valor de r . O resultado da correlação de $r = 0.69$ indica-nos que os instrumentos apresentam validade de critério concorrente de associação linear moderada (no seu extremo superior).

3.2.2 Segundo a interpretação da validação psicométrica

De acordo com a interpretação dos resultados da validação psicométrica, foram criadas variáveis do somatório dos itens com a exclusão das questões interpretadas de forma dispersa. No que respeita ao BJMHS-P e CMHS-P, a exclusão dos itens difere entre amostras, pelo que será explicada em seguida para cada caso, já no MSSI-SA-P, é idêntica nas três situações (mulheres, homens e escala completa), neste foram excluídos as questões 4, 7, 9 e 10, ficando a escala com 10 itens o que significa que o *score* poderá variar entre 0 e dez.

Amostra completa

No que respeita à análise das respostas considerando homens e mulheres em reclusão, a cotação do BJMHS-P considerou a exclusão da questão 4, o que significa que esta inclui sete itens sendo a variação do *score* entre zero e sete, no que respeita ao CMHS, este não foi considerado já que tem versões distintas entre o género. A classificação destas variáveis é quantitativa contínua e será tratada como dependente.

A análise inferencial estatística com a amostra completa permite verificar comparações entre o género, cuja classificação da variável é qualitativa binominal independente, deste modo e, considerando algumas investigações, a incidência de doença mental em população feminina é superior em relação à masculina (James & Glaze, 2006), esta postulação foi concordante nas duas investigações de validação do BJMHS, onde se verificou uma incidência na referenciação duas vezes superior em mulheres reclusas (Steadman et al., 2007; Steadman et al., 2005), contudo, em outros estudos as diferenças de género não se registaram significativas (Fazel & Seewald, 2012). Já no que respeita aos índices de abuso ou dependência de AOD, numa investigação efetuada em prisões portuguesas, a relação inferida foi inversa, ou seja, as mulheres em reclusão têm níveis inferiores relativamente aos homens reclusos. Considerando estes aspetos foram elaboradas as seguintes hipóteses.

No que concerne à doença mental:

H_0 : Não existe diferença estatística entre os *scores* de sintomas de doença mental entre as mulheres e homens que se encontram em reclusão.

H_1 : As mulheres reclusas apresentam maiores índices de sintomas de doença mental comparativamente aos homens reclusos.

No que respeita a comportamentos aditivos:

H_0 : Não existe diferença estatística entre os *scores* de sintomas de abuso ou dependência de AOD entre homens e mulheres que se encontram em reclusão.

H_1 : Os homens reclusos apresentam maiores índices de sintomas de abuso ou dependência de AOD comparativamente aos homens reclusos.

Para verificar a distribuição normal das variáveis que estão a ser consideradas, foi efetuado o cálculo do *Kolmogorov-Smirnov* que testa a hipótese nula de que a distribuição das variáveis segue a curva normal (Martins, 2011; Pestana & Gageiro, 2008), sendo o resultado para o *score* do BJMHS de $p = 0.67$ e para a pontuação do MSSI-SA o valor foi $p = 0.78$, o que remete para a aceitação da hipótese nula, pois $p > 0.05$ (Martins, 2011; Pestana & Gageiro, 2008).

Para testar as hipóteses foi utilizado o teste de *t* para amostras independentes, esta medida testa a diferença das médias de uma variável que é comum a dois grupos, verificando se difere estatisticamente entre ambos *versus* se o desvio das médias não tem significância estatística. Quando o valor $p < 0.05$ significa que há diferença estatisticamente significativa entre os grupos testados (Martins, 2011; Pestana & Gageiro, 2008).

De acordo com os resultados obtidos, no que respeita à hipótese relacionada com os sintomas de doença mental, obtidos na aplicação do BJMHS-P, a média das mulheres é superior à dos homens ($\bar{x} = 1.11 \pm 1.35$ e $\bar{x} = .76 \pm 1.17$, respetivamente), já respeitante a sintomas relacionados com comportamentos aditivos, obtidos pela aplicação do MSSI-SA-P a relação é inversa, neste caso, a média dos homens reclusos é superior à das mulheres reclusas ($\bar{x} = 2.14 \pm 3.41$ e $\bar{x} = 1.03 \pm 2.32$, respetivamente) (ver tabela 24).

Tabela 24: Médias e desvio padrão dos sintomas de doença mental obtidos na aplicação do BJMHS para cada um dos grupos independentes: mulheres e homens que se encontram em reclusão

Estatísticas de grupo					
	Sexo	N	Média	Desvio Padrão	Erro padrão da média
bjmhs_total	Mulheres em reclusão	72	1,1111	1,34851	,15892
	Homens em reclusão	116	,7672	1,17479	,10908
mssi_sa6M_total	Mulheres em reclusão	65	1,0308	2,32493	,28837
	Homens em reclusão	57	2,1404	3,41446	,45226

De acordo com os resultados do teste de *t* para amostras independentes (ver tabela 28 em anexo 6), a diferença das médias entre homens e mulheres nos sintomas de doença mental, obtidos pela aplicação do BJMHS-P não é estatisticamente significativa, já que de acordo a um nível de significância de $p = 0.05$, aceita-se a H_0 :

$$t(186) = 1.84, p = .067$$

Já na análise dos resultados entre o género obtidos pela aplicação do MSSI-SA-P, verifica-se que há diferenças significativas nas médias, sendo que, os sintomas relacionados com comportamentos de abuso ou dependência de AOD são superiores nos homens reclusos comparativamente às mulheres reclusas:

$$t(120) = -2.12, p = .036, d = -1.11, 95\% \text{ CI } [-2.15, -.07]$$

Ainda na comparação entre homens e mulheres, procedeu-se ao teste do Qui-quadrado (χ^2), para verificar a associação entre duas variáveis binominais, já que este permite calcular significâncias entre grupos, através de uma tabela de contingência que cruza as variáveis (Martins, 2011), neste sentido, foi criada uma variável qualitativa binominal com todos os reclusos referenciados e não-referenciados por um ou ambos os instrumentos de rastreio breve da saúde mental (BJMHS-P e CMHS-M/W-P), as hipóteses são as seguintes:

H₀: Não existe associação entre o sexo dos participantes e ser ou não referenciado para avaliação da saúde mental.

H₁: Existe associação entre o sexo dos participantes e ser ou não referenciado para avaliação da saúde mental.

Do total de reclusos, 64.4% ($n = 121$) não foram referenciados por nenhum dos instrumentos breves de rastreio da saúde mental e 35.6% ($n = 67$) foram referenciados para avaliação mais exaustiva por um ou ambos. No que concerne a mulheres reclusas, 40.3% ($n = 29$) foi referenciada e 59.7% ($n = 49$) não foi sinalizada por nenhum dos instrumentos, já nos homens, 32.8% ($n = 38$) foi indicado para avaliação mais exaustiva de um ou de ambos os instrumentos e 67.2% ($n = 78$) não foi indicado.

A um nível de significância de $p = 0.05$, resultado do teste do χ^2 indica que não existe associação entre o género e ser ou não referenciado, pelo que aceita-se a H₀:

$$\chi^2(1) = 1.10, p = .295$$

Outro aspeto referido na literatura tem a ver com a condição prisional, de acordo com algumas investigações, os reclusos preventivos parecem apresentar maiores índices de doença mental, comparativamente aos condenados (Brink et al., 2001), entretanto, outros autores referem que o tempo de reclusão e a adaptação aos efeitos da *prisionização* poderão estar na explicação do fenómeno já que parecem contribuir para a melhoria do estado de saúde mental (Moreira, 2008).

Através do cálculo do *teste de t*, após confirmada a normalidade da amostra, verificou-se que a média de sintomas relacionados com doença mental são mais elevados em presos preventivos em relação a condenados homens ($\bar{x} = 1.17 \pm 1.40$ e $\bar{x} = .79 \pm 1.18$, respetivamente), no entanto não existem diferenças estatisticamente significativas entre estes grupos:

$$t(186) = 1.84, p = .067$$

No que concerne aos sintomas relacionados com o abuso ou dependência de AOD, as médias entre preventivos e condenados são muito semelhantes, sendo ligeiramente mais elevadas no segundo grupo ($\bar{x} = 1.48 \pm 2.98$ e $\bar{x} = 1.60 \pm 2.92$, respetivamente), de tal modo, que também não se verificam diferenças estatisticamente significativas:

$$t(186) = 1.84, p = .067$$

Quando ao tempo de prisão na pena atual, considerou-se o tamanho da amostra e a mediana em relação ao tempo de reclusão, que no BJMHS-P é $n = 188$ com mediana de 136 e no MSSISA-P é $n = 122$, com mediana de 63,5. As variáveis seguem a distribuição normal.

Foi efetuado o *teste de t*, com ponto de corte em relação à mediana. Os resultados em relação ao *score* de sintomas de doença mental, ponderado pelos resultados da aplicação do BJMHS, indicam que os reclusos com menos de 136 dias de prisão, têm médias superiores aos reclusos com igual ou mais de 136 dias de prisão ($\bar{x} = 1.02 \pm 1.25$ e $\bar{x} = .78 \pm 1.25$, respetivamente), no entanto as diferenças não são estatisticamente significativas:

$$t(186) = -1.34, p = .181$$

Amostra feminina

Quanto à cotação do BJMHS-P considerou a exclusão das questões 1, 2 e 4, o que significa que esta inclui cinco itens sendo a variação do *score* entre zero e cinco, já relativo ao CMHS-W-P, de acordo com a análise da validação psicométrica, foi removido o item 1, pelo que o cálculo é feito com sete questões o que significa que o *score* varia entre zero e sete.

Foi efetuado o *teste de t* para verificar se existem diferenças entre o tempo de reclusão da pena atual e os *scores* sobre sintomas de doença mental resultantes da aplicação do BJMHS e do CMHS, sendo elaboradas as seguintes hipóteses:

H₀: Não existe diferença estatística entre os *scores* de sintomas de doença mental e o tempo de prisão da pena atual em reclusas mulheres.

H₁: As reclusas mulheres com menos tempo de prisão na pena atual apresentam maiores índices de sintomas de doença mental comparativamente a reclusas mulheres com mais tempo de prisão da pena atual.

Tendo em consideração a mediana do tempo de prisão da pena atual, foi estabelecido como ponto de corte 70 dias de prisão. De acordo com os resultados, as reclusas com setenta ou mais dias de prisão apresentam médias superiores nos *scores* de doença mental em relação a reclusas com mais de setenta dias de prisão, tanto no BJMHS-P ($\bar{x} = 1.44 \pm 1.50$ e $\bar{x} = .69 \pm .98$, respetivamente) como no CMHS-M-P ($\bar{x} = 2.42 \pm 2.50$ e $\bar{x} = 1.89 \pm 1.91$, respetivamente), o que significa que os resultados são inversos às formulações verificadas na literatura, o cálculo do *teste de t* determinou que a diferença é estatisticamente significativa apenas no *score* do BJMHS:

BJMHS: $t(70) = 2.51$, $p = .014$, $d = .75$, 95% CI [.15, 1.35]

CMHS: $t(70) = 1.01$, $p = .32$

Amostra masculina

No que respeita à amostra masculina, a cotação do BJMHS-P considerou a exclusão da questão 4, o que significa que esta inclui sete itens sendo a variação do *score* entre zero e sete, já relativo ao CMHS-M-P, de acordo com a análise da validação psicométrica, foram removidos os itens 3, 6 e 7, pelo que o cálculo é feito com nove questões o que significa que o *score* varia entre zero e nove.

Foi efetuado o *teste de t* para verificar se existem diferenças entre o tempo de reclusão da pena atual e os *scores* sobre sintomas de doença mental resultantes da aplicação do BJMHS e do CMHS. Tendo em consideração a mediana do tempo de prisão da pena atual, foi estabelecido como ponto de corte 189 dias de prisão. De acordo com os resultados, os reclusos com cento e oitenta e nove ou mais dias de prisão apresentam médias inferiores nos *scores* de doença mental em relação aos reclusos com menos de cento e oitenta e nove dias de prisão, tanto no BJMHS-P ($\bar{x} = 0.72 \pm 1.17$ e $\bar{x} = .81 \pm 1.19$, respetivamente) como no CMHS-M-P ($\bar{x} = 1.74 \pm 2.25$ e $\bar{x} = 2.10 \pm 2.14$, respetivamente), no entanto, a diferença das médias não foi estatisticamente significativa:

BJMHS: $t(114) = -.394, p = .695$

CMHS: $t(114) = -.887, p = .377$

Relativamente ao tempo de prisão durante a vida (mediana = 2190 dias) e ao tempo de condenação (mediana = 494 dias), as diferenças também não se revelaram significativas, já que o resultado do *teste de t* foi $p > 0.05$.

Após uma verificação exaustiva entre os estratos extraídos pela aplicação do questionário sociodemográfico e os resultados da aplicação dos instrumentos, não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas.

As hipóteses foram testadas e os resultados foram os mesmos, considerando estatística não-paramétrica e paramétrica, em acordo com Pestana e Gageiro (2008, p. 231): “*Quando as amostras são ambas de dimensão superior a 30, aproxima-se da distribuição normal...*”.

Capítulo IV: Discussão

O presente trabalho veio sendo planejado e delineado desde o início da formação acadêmica, que desde os primeiros momentos, foram definidos objetivos de desenvolver investigação científica em meio prisional, incidindo sobre as dinâmicas relacionadas à reclusão. Ao longo do percurso acadêmico, foram sendo transmitidas e descobertas as heurísticas associadas a alguns fenômenos - os acontecimentos e carências associadas a esta realidade. A definição do tema e objetivos da investigação não foi um processo fácil, após sucessivas leituras das investigações existentes, a definição das linhas gerais parecia inatingível, o ponto de partida ocorreu após a leitura do relatório do Plano Nacional da Saúde Mental que, entre outras recomendações, refere a importância na prevenção do suicídio por meio da melhoria na capacitação dos métodos de diagnóstico e terapêutica das perturbações depressivas, particularmente ao nível dos cuidados de saúde primários (Carvalho et al., 2013).

Após o estabelecimento das linhas gerais, procurou-se determinar as necessidades mais proeminentes na população reclusa portuguesa, sendo que a resposta veio do artigo de Ford et al. (2007), onde apresenta um conjunto de sugestões básicas daquilo que deverá ser as orientações para a avaliação da saúde mental em população reclusa.

Considerando os aspetos referidos na literatura, em particular para a dificuldade dos serviços de tratamento penitenciário em avaliar o estado de saúde de todos os reclusos que entram no sistema prisional, o presente relatório poderá ser uma resposta a uma das grandes dificuldades apresentadas: a conciliação entre a execução dos princípios básicos no tratamento da doença mental, ou seja, a avaliação do estado de saúde mental a todos os reclusos no momento da admissão e a gestão dos recursos humanos disponíveis.

Os instrumentos breves de rastreio da saúde mental e rastreio do abuso e dependência de Álcool ou Outras Drogas (AOD) podem ser aplicados por qualquer funcionário prisional requerendo apenas um conhecimento mínimo dos seus pressupostos e objetivos. O tempo de aplicação dos três instrumentos é cerca de 10 minutos.

O tratamento dos dados recolhidos da aplicação dos instrumentos de rastreio da saúde mental (BJMHS, CMHS-W/M e o MSSI-SA-P) por meio da estatística inferencial, permitiu deduzir que todos os instrumentos apresentam critérios de validade aceitáveis para a população reclusa portuguesa, sendo esta interpretação fundamentada pelos seguintes resultados.

No que respeita à consistência interna determinada pelo Alfa de Cronbach (α), a exploração dos resultados foi explorada repartindo a amostra de diferentes formas, nomeadamente, pela escala completa, escala com amostra feminina e escala com amostra masculina, na página seguinte apresentam-se os valores de α para cada instrumento combinando (figura 6).

Figura 6: Coeficientes de Alfa de Cronbach para todos os instrumentos considerando as suas versões por partição da amostra completa, amostra feminina e amostra masculina

	BJMHS-P	CMHS-W-P	CMHS-M-P	MSSI-SA-P
Itens Pontuáveis	8	8	12	14
Escala completa	$\alpha = .61$ 7 itens			$\alpha = .95$ 10 itens
Amostra feminina	$\alpha = .64$ 5 itens	$\alpha = .83$ 7 itens		$\alpha = .94$ 10 itens
Amostra masculina	$\alpha = .64$ 7 itens		$\alpha = .79$ 9 itens	$\alpha = .96$ 10 itens

Para o BJMHS, a variação do α foi entre 0.61 e 0.64, o que indica uma razoável consistência interna. Na escala completa o coeficiente resultou no valor mais baixo, $\alpha = 0.61$ para 7 itens, neste a questão 1 e 2 foram eliminadas, já na amostra feminina e masculina, o valor foi em ambos $\alpha = 0.64$ para 5 e 7 itens, respetivamente.

Em todas as escalas verificou-se que a assimetria e curtose dos itens 1 e 2 apresentavam valores não aceitáveis de $Sk (< 3)$ e $Ks (< 7)$, o que sugere a necessidade de eliminar estes itens, pois parecem não contribuírem para a consistência interna da escala. No entanto, a eliminação destes itens do instrumento parece irrazoável, já que são únicos na determinação da presença de sintomas relacionados com o espectro de esquizofrenia e outras desordens psicóticas (APA, 2013). Os resultados parecem indicar, que a distribuição dispersa dos itens está associada à frequência de respostas “sim”, na escala feminina ($n = 72$) as respostas afirmativas ao item 1 foi $n = 1$ e ao item 2 foram $n = 2$, já na amostra masculina ($n = 118$), as respostas afirmativas ao item 1 foi $n = 5$ e ao item 2 foi $n = 3$.

No que respeita ao item 4, na escala feminina e masculina, os valores para a assimetria e curtose foram igualmente não aceitáveis, no entanto, para este caso, a dispersão poderá sugerir que a questão foi entendida de forma dispersa, pelo que poderá necessitar de reformulação.

Quanto ao CMHS, o cálculo de α não pode contemplar a escala completa, já que existem versões distintas para o género, contudo, mesmo considerando o tamanho amostral, os resultados foram muito positivos, na versão feminina o valor foi $\alpha = 0.83$, para 7 itens e na masculina foi $\alpha = 0.79$ para 9 itens, o que determina uma boa consistência interna.

No que concerne aos itens da versão feminina, apenas a questão 1 teve valores não aceitáveis de Sk e Ks , no entanto para determinar o melhor valor de α , este foi excluído. Já na versão masculina, três itens (3, 6 e 7) apresentaram valores não aceitáveis de Sk e Ks pelo que, foram eliminados. A explicação para a não normalidade dos itens poderá estar na reduzida frequência de respostas positivas a todos estes itens, a pergunta 1 do CMHS-W ($n = 72$) teve três respostas positivas, já as perguntas 3, 6 e 7 do CMHS-M ($n = 118$) obtiveram,

respetivamente, uma, duas e nove respostas positivas. Para estes casos, poderá ser necessário avaliar ou reformular as questões.

Por fim, no que respeita à avaliação do coeficiente de α , agora referente ao MSSI-SA, os índices de S_k e K_s dos itens em todas as escalas apresentaram valores de sensibilidade adequados. No que respeita ao α , o cálculo com todos os itens foi muito elevado, pelo que, colocou-se a necessidade de avaliar as correlações entre itens e escala e considerar o teor de cada pergunta, para que, com a remoção dos itens, diminuir do coeficiente de α , na análise estatística poderá ser útil suprimir os itens 4, 7, 9 e 10. Os valores de α para as três escalas conferem uma muito boa consistência interna.

Ainda na avaliação da escala do MSSI-SA, a taxa referência para as reclusas femininas e reclusos masculinos foi 10.8% e 28.1%, respetivamente.

Figura 7: Tabela cruzada entre reclusos e reclusas referenciados(as) pelo MSSI-SA e indicação de ter ou não acompanhamento clínico ou consultas de apoio para o abuso ou dependência de AOD

MSSI-SA Referenciado(a)?	Indicaram ter acompanhamento	Indicaram não ter acompanhamento
Feminina: Sim	7.7% (n = 5)	3.1% (n = 2)
Feminina: Não	0%	89.2% (n = 58)
Masculina: Sim	15.8% (n = 9)	12.3% (n = 7)
Masculina: Não	0%	71.9% (n = 41)

A análise da figura 7 permite perceber que, todos os reclusos ou reclusas que não foram sinalizados(as) para avaliação mais exaustiva de AOD indicaram que não tinham acompanhamento clínico ou consultas de apoio no tratamento de dependências, deste modo, através dos meios de identificação dos serviços clínicos e acompanhamento de pena da DGRSP, permite-nos inferir que o instrumento apresenta critérios de sensibilidade muito adequados e, portanto, parece ter validade para a referência do abuso e dependência de AOD.

Voltando à interpretação dos resultados obtidos por meio da inferência estatística dos instrumentos rastreio breve da saúde mental, BJMHS e CMHS-W/M, uma vez que correspondem a versões distintas que num modo geral avaliam o mesmo (i.e. a saúde mental) foi possível verificar o comportamento dos *scores* entre ambos, tendo-se constatado que têm uma correlação positiva entre si e estatisticamente significativa, este resultado permite inferir ao nível da validade de critério concorrente, tanto para a versão feminina [$r(72) = .74, p < .001$] como na masculina [$r(116) = .69, p < .001$].

A taxa referência para as reclusas femininas e reclusos masculinos do BJMHS foi 34.7% e 28.4%, respetivamente, já no CMHS-W foi 27.8% e no CMHS-M foi 16.4%. A diferença percentual

de referenciação entre os instrumentos permite perceber que o BJMHS tem pontos de corte mais sensíveis em relação ao CMHS-W/M, até ao momento, de acordo com o resultado de α o CMHS-M/W parece ser o instrumento com melhores critérios de validade (inferencial). Entretanto, na próxima análise as situações invertem-se.

A figura 8 apresenta uma tabela cruzada entre reclusas e reclusos sinalizados e não sinalizados para avaliação mais exaustiva da saúde mental determinada pelos instrumentos de avaliação BJMHS e CMHS-M/W. Olhando para as reclusas e reclusos não-referenciados, referente ao BJMHS nenhum elemento indicou que estava a ser acompanhado a nível clínico ou outro para algum problema do foro mental, já sobre os resultados na aplicação do CMHS-W, 4.2% ($n = 3$) indicaram que estavam a ser acompanhadas ao nível de problemas do foro mental e quanto ao CMHS-M, 5.2% ($n = 6$) dos reclusos referiram ter acompanhamento médico, psicológico ou psiquiatra devido a problemas do foro mental.

De acordo com a interpretação destes resultados, através de comparação com os meios de diagnóstico dos serviços clínicos e acompanhamento de pena da DGRSP (ou outros), permite-nos inferir que o CMHS-W/M, teve 4.2 e 5.2 (respetivamente) falsos negativos, já quanto ao BJMHS, não se registou nenhum falso negativo. Deste modo, e mesmo considerando os falsos negativos das versões do CMHS-W/M, os instrumentos apresentam critérios de sensibilidade muito adequados e, portanto, parecem ter validade para a referenciação para perturbações do foro mental. Esta análise permite-nos inferir que o BJMHS é mais preciso que o CMHS-W/M.

Figura 8: Tabela cruzada entre reclusos e reclusas referenciados(as) pelo BJMHS e CMHS-M/W e indicação de ter ou não acompanhamento clínico ou consultas de apoio para o abuso ou dependência de AOD

	Referenciado(a)?	Indicaram ter acompanhamento	Indicaram não ter acompanhamento
BJMHS	Feminina: Sim	7.7% ($n = 5$)	15.3% ($n = 11$)
	Feminina: Não	0%	65.3% ($n = 47$)
	Masculina: Sim	11.20% ($n = 13$)	17.2% ($n = 20$)
	Masculina: Não	0%	71.5% ($n = 83$)
CMHS-W	Feminina: Sim	15.3% ($n = 11$)	12.5% ($n = 9$)
	Feminina: Não	4.2% ($n = 3$)	68.1% ($n = 49$)
CMHS-M	Masculina: Sim	6% ($n = 7$)	10.3% ($n = 12$)
	Masculina: Não	5.2% ($n = 6$)	78.5% ($n = 91$)

O tratamento estatístico permite hipotetizar, com sustentações matemáticas a validade dos instrumentos para a população reclusa portuguesa, no entanto, a investigação apresenta algumas limitações.

Comparativamente aos estudos originais de validação dos instrumentos para aferição à população alvo, os investigadores calcularam os níveis de sensibilidade através da validade de critério por diagnóstico diferencial, de acordo com Pasquali (2009), a validade de critério para um diagnóstico psiquiátrico poderá ser avaliada com base aplicação a uma subamostra de um instrumento de diagnóstico de avaliação psiquiátrica de acordo com os critérios do DSM-V e ou CID-10. Neste sentido, futuras investigações de aumento dos níveis de sensibilidade e precisão dos instrumentos deverão ter este aspeto em consideração.

Outros aspetos a considerar nesta investigação estão relacionados com o tamanho da amostra e o *timing* em que foram aplicados os instrumentos, os autores dos instrumentos originais contaram com a colaboração de funcionários dos serviços prisionais para aplicar os instrumentos logo após a admissão do recluso nos serviços (sendo a fase inicial da pena fundamental para determinar os rácios de doença mental na admissão), o *n* amostral foi consideravelmente superior e o *timing* da aplicação incidiu nos primeiros dias de reclusão.

No entanto, considera-se que os objetivos propostos para a presente investigação foram cumpridos, as suas limitações descritas estavam ponderadas e foram espetáveis ao âmbito e pressupostos do presente relatório e, também, considerando a realidade portuguesa comparativamente aos Estados Unidos, no que respeita a investigação científica.

Espera-se que o contributo desta investigação incida, essencialmente, na promoção da saúde mental da população reclusa mas também para o aumento da manutenção da ordem e segurança dos ambientes prisionais por via do controlo da doença mental.

Uma vez que, não existem instrumentos breves de rastreio da saúde mental para a população reclusa portuguesa e como, os que aqui se propõem, não se caracterizam por determinarem o diagnóstico, as versões experimentais do BJMHS-P, CMHS-W-P, CMHS-W-P e MSSI-SA-P poderão ser utilizadas para rastreio da saúde mental, desde que a sua interpretação considere as limitações dos instrumentos, particularmente a necessidade definição dos níveis de sensibilidade e pontos de corte para a população portuguesa, do mesmo modo, poderão ser utilizados para fins de investigação, sendo este último ponto fundamental, já que, uma das grandes dificuldades encontradas na avaliação e definição, por via da metanálise, dos rácios de doença mental consiste na necessidade de uniformização da metodologia de investigação.

Bibliografia

- Aebi, M. F., & Delgrande, N. (2007). Council of Europe Annual Atatistic: SPACE I - survey 2006. Lausanne: University od Lausanne.
- Aebi, M. F., & Delgrande, N. (2010). Council of Europe Annual Atatistic: SPACE I - survey 2008. Lausanne: University od Lausanne.
- Aebi, M. F., & Delgrande, N. (2011). Council of Europe Annual Atatistic: SPACE I - survey 2009. Lausanne: University od Lausanne.
- Aebi, M. F., & Delgrande, N. (2012). Council of Europe Annual Atatistic: SPACE I - survey 2010. Lausanne: University od Lausanne.
- Aebi, M. F., & Delgrande, N. (2013). Council of Europe Annual Atatistic: SPACE I - survey 2011. Lausanne: University od Lausanne.
- Aebi, M. F., & Delgrande, N. (2014a). Council of Europe Annual Atatistic: SPACE I - survey 2012. Lausanne: University od Lausanne.
- Aebi, M. F., & Delgrande, N. (2014b). Council of Europe Annual Atatistic: SPACE I, prison populations - survey 2013. Lausanne: University od Lausanne.
- Aebi, M. F., & Stadnic, N. (2007). Council of Europe Annual Atatistic: SPACE I - survey 2005. Lausanne: University od Lausanne.
- APA. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-V*. Washington, DC: Amer Psychiatric Pub Incorporated.
- Baksheev, G. N., Ogloff, J., & Thomas, S. (2011). Identification of mental illness in police cells: a comparison of police processes, the Brief Jail Mental Health Screen and the Jail Screening Assessment Tool. *Psychology, Crime & Law*, 18(6), 529-542. doi: 10.1080/1068316X.2010.510118
- Bonner, R. L. (2006). Stressful Segregation Housing and Psychosocial Vulnerability in Prison Suicide Ideators. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36(2), 250-254.
- Bonta, J., & Gendreau, P. (1990). Reexamining the cruel and unusual punishment of prison life. *Law and Human Behavior*, 14(4), 347-372. doi: 10.1007/BF01068161

- Brink, J. H., Doherty, D., & Boer, A. (2001). Mental disorder in federal offenders: a Canadian prevalence study. *International Journal of Law and Psychiatry*, 24, 339-356.
- Carvalho, Á. A., Nogueira, P. J., Silva, A. J., Rosa, M. V., Alves, M. I., Afonso, D., . . . Oliveira, N. (2013). Portugal: saúde mental em números - 2013. In Programa Nacional para a Saúde Mental (Ed.), (pp. 1-104). Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Carvalho, S., & Pimentel, P. (2003). Ideação Suicida e Tentativas de Suicídio em Doentes com Perturbação de Pânico. *Psiquiatria Clínica*, 24(1), 47-54.
- Código da Execução das Penas e Medidas Privativas da Liberdade. Ministério da Justiça. Dec. Lei nº 115/2009 de 12 de outubro - 1ª série - Nº 197. Diário da República. Lisboa.
- Chaimowitz, G. (2012). The criminalization of people with mental illness. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 57(2), 1-6.
- Chapman, A. L., Gratz, K. L., & Brown, M. Z. (2006). Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model. *Behaviour Research and Therapy*, 44(3), 371-394. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2005.03.005>
- Chiles, J. A., Cleve, E. V., Jemelka, R. P., & Trupin, E. W. (1990). Substance Abuse and Psychiatric Disorders in Prison Inmates. *Psychiatric Services*, 41(10), 1132-1134. doi: [doi:10.1176/ps.41.10.1132](https://doi.org/10.1176/ps.41.10.1132)
- Cohen, F., & Dvoskin, J. (1992). Inmates With Mental Disorders: A Guide to Law and Practice. *Mental and Physical Disability Law Reporter*, 16(3), 339-346. doi: [10.2307/20783244](https://doi.org/10.2307/20783244)
- Cortina, J. M. (1993). What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. *Journal of Applied Psychology*, 78(1), 98-104. doi: [10.1037/0021-9010.78.1.98](https://doi.org/10.1037/0021-9010.78.1.98)
- CSAT. (1994). Chapter 2-Development of the Simple Screening Instrument For AOD Abuse. In Center for Substance Abuse Treatment (Ed.), *Simple Screening Instruments for Outreach for Alcohol and Other Drug Abuse and Infectious Diseases* (pp. 9-26). Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.
- Código Penal. Diário da República. Dec. Lei nº 48/1995 de 15 de março - 1ª série - A. Ministério da Justiça. Lisboa.
- DGRSP. (2015, 01-09-2015). População Prisional, por tipo de estabelecimento, segundo a situação penal em 15 de agosto e 1 de setembro de 2015. *Direcção de Serviços de Planeamento e Relações Externas*. Retrieved 14-09-2015, from <http://www.dgsp.mj.pt/>

- Dorn, T., Ceelen, M., Buster, M., & Das, K. (2013). Screening for Mental Illness Among Persons in Amsterdam Police Custody. *Psychiatric Services, 64*(10), 1047-1050. doi: doi:10.1176/appi.ps.201200009
- Elger, B. S., Goehring, C., Revaz, S. A., & Morabia, A. (2002). Prescription of hypnotics and tranquilisers at the Geneva prison's outpatient service in comparison to an urban outpatient medical service. *Soz Präventivmed, 47*(1), 39-43.
- Evans, C., Brinded, P., Simpson, A. I., Frampton, C., & Mulder, R. T. (2010). Validation of brief screening tools for mental disorders among New Zealand prisoners. *Psychiatric Services, 61*(9), 923-928. doi: doi:10.1176/ps.2010.61.9.923
- Fazel, S., & Danesh, J. (2002). Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *The Lancet, 359*(9306), 545-550. doi: 10.1016/S0140-6736(02)07740-1
- Fazel, S., & Seewald, K. (2012). Severe mental illness in 33 588 prisoners worldwide: systematic review and metaregression analysis. *The British Journal of Psychiatry, 200*, 364-373. doi: 10.1192/bjp.bp.111.096370
- Fleming, J., Gately, N., & Kraemer, S. (2011). Creating HoPE: Mental Health in Western Australian Maximum Security Prisons. *Psychiatry, Psychology and Law, 19*(1), 60-74. doi: 10.1080/13218719.2010.543405
- Ford, J. D. (2007). Development and Validation of a Brief Mental Health Screening Instrument for Newly Incarcerated Adults. *Assessment, 14*(3), 279-299. doi: 10.1177/1073191107302944
- Ford, J. D., & Trestman, R. L. (2005). *Evidence-Based Enhancement of the Detection, Prevention, and Treatment of Mental Illness in the Correction Systems*. Department of Psychiatry. University of Connecticut Health Center. Farmington, Connecticut.
- Ford, J. D., Trestman, R. L., Osher, F., Scott, J. E., Steadman, H. J., & Clark, R. P. (2007). Mental Health Screens for Corrections *NIJ Research for Practice*. Washington, DC: United States Department of Justice, Office of Justice Programs, National Institute of Justice.
- Gonçalves, R. A. (2008). *Delinquência, crime e adaptação à prisão*. Coimbra: Quarteto.
- Goss, J. R., Peterson, K., Smith, L. W., Kalb, K., & Brodey, B. B. (2002). Characteristics of suicide attempts in a large urban jail system with an established suicide prevention program. *Psychiatr Serv, 53*(5), 574-579.

- Graça, S. (2015). Suicídios nas prisões: Todos os reclusos tinham apoio psicológico. *Sociedade*
Retrieved 14-09-2015, from <http://www.sol.pt/noticia/122532>
- Graf, M., Wermuth, P., Häfeli, D., Weisert, A., Reagu, S., Pflüger, M., . . . Jones, R. (2013). Prevalence of mental disorders among detained asylum seekers in deportation arrest in Switzerland and validation of the Brief Jail Mental Health Screen BJMHS. *International Journal of Law and Psychiatry*, 36(3-4), 201-206. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijlp.2013.04.009>
- Guerreiro, M. (2010). Testes de rastreio de defeito cognitivo e demência: uma perspectiva prática. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 26, 46-53.
- Guerreiro, M. M. G. (1998). *Contributo da neuropsicologia para o estudo das demências*. Tese de Doutoramento não publicada, Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Gupta, A. (2012). Risk Factors of Suicide in Prisoners. *Delhi Psychiatry Journal*, 15(1), 45-49.
- Haney, C. (2002). *The Psychological Impact of Incarceration: Implications for Post-Prison Adjustment*. Paper presented at the "From Prison to Home" Conference, Maryland.
- Hayes, L. M. (2012). National study of jail suicide: 20 years later. *J Correct Health Care*, 18(3), 233-245. doi: 10.1177/1078345812445457
- Hayes, L. M. (2013). Suicide prevention in correctional facilities: Reflections and next steps. *International Journal of Law and Psychiatry*, 36(3-4), 188-194. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijlp.2013.04.010>
- Herrman, H., & Mills, J. (1991). Hidden severe psychiatric morbidity in sentenced prisoners: an Australian study. *American Journal of Psychiatry*, 148(2), 236-239. doi: [doi:10.1176/ajp.148.2.236](https://doi.org/10.1176/ajp.148.2.236)
- Isometsä, E. (2014). Suicidal Behaviour in Mood Disorders—Who, When, and Why? *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 59(3), 120-130.
- James, D. J., & Glaze, L. E. (2006). Mental Health Problems of Prison and jail Inmates. In Office of Justice Programs (Ed.), *Bureau os Justice Statistics: Special Report* (pp. 1-12). Rockville: U.S. Department of Justice.
- Kinner, S. A., & Milloy, M. (2011). Collateral consequences of an ever-expanding prison system. *Canadian Medical Association Journal*, 183(5), 632. doi: 10.1503/cmaj.101848
- Laros, J. A. (2012). O Uso da Análise Fatorial: Algumas Diretrizes para Pesquisadores. In L. Pasquali (Ed.), *Análise fatorial para pesquisadores* (pp. 141-160). Brasília: LabPAM Saber e Tecnologia.

- Mann, J. J., Waternaux, C., Haas, G. L., & Malone, K. M. (1999). Toward a Clinical Model of Suicidal Behavior in Psychiatric Patients. *American Journal of Psychiatry*, 156(2), 181-189. doi: doi:10.1176/ajp.156.2.181
- Maroco, J., Campos, J. B., Bonafé, F. S., Vinagre, M. d. G., & Pais-Ribeiro, J. (2014). Adaptação transcultural brasil-portugal da escala brief cope para estudantes do ensino superior. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15(2), 300-313. doi: <http://dx.doi.org/10.15309/14psd150201>
- Maroco, J., & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*, 4(1), 65-90.
- Marques-Teixeira, J. (2004). Saúde Mental nas Prisões. *Revista Saúde Mental*, VI(2), 7-10.
- Martin, M. S., Colman, I., Simpson, A. I., & McKenzie, K. (2013). Mental health screening tools in correctional institutions: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 13(275), 1-10. doi: 10.1186/1471-244X-13-275
- Martins, C. (2011). *Manual de análise de dados quantitativos com recurso ao IBM®SPSS®: saber decidir, fazer, interpretar e redigir* (1ª ed.). Braga: Psiquilibrios Edições.
- Moreira, N. A. C. (2008). *Sofrimento, desespero e comportamentos suicidários na prisão*. Coimbra: Quarteto.
- Moreira, N. A. C. (2009). *Factores de Risco Associados à Ideação Suicida Durante a Prisão Preventiva: Estudo Exploratório*. Mestre, Universidade do Minho.
- Moreira, N. A. C., & Gonçalves, R. A. (2010). Perturbação mental e ideação suicida entre reclusos preventivos. *Análise Psicológica*, 1(XXVIII), 133-148.
- OMS. (2006). Prevenção do Suicídio: um recurso para conselheiros. In D. M. e. d. A. d. Substâncias (Ed.), (pp. 11-28). Genebra: Organização Mundial de Saúde.
- Oquendo, M. A., Galfalvy, H., Russo, S., Ellis, S. P., Grunebaum, M. F., Burke, A., & Mann, J. J. (2004). Prospective study of clinical predictors of suicidal acts after a major depressive episode in patients with major depressive disorder or bipolar disorder. *Am J Psychiatry*, 161(8), 1433-1441. doi: 10.1176/appi.ajp.161.8.1433
- Pasquali, L. (2009). Psicometria. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(spe), 992-999.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para Ciências Sociais: a complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.

- Plourde, C., & Brochu, S. (2002). Drugs in prison: A break in the pathway. [Article]. *Substance Use & Misuse*, 37(1), 47.
- Poças, M. E., Rodrigues, M. J., Eliseu, M. J. P., Setil, I., Barros, J. H., Miguel, N. P. S., & Goulão, J. A. (2006). Plano de Acção Nacional para Combate à Propagação de Doenças Infecciosas em Meio Prisional. Lisboa: Servicos de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências.
- Pordata. (2015a, 2015-06-26). Ocupação efectiva das prisões (%) em Portugal. *Fonte de Dados: Direção-geral da Política de Justiça, Ministério da Justiça*. Retrieved 05-09-2015, from [http://www.pordata.pt/Portugal/Ocupa%C3%A7%C3%A3o+efectiva+das+pris%C3%B5es+\(percentagem\)-635](http://www.pordata.pt/Portugal/Ocupa%C3%A7%C3%A3o+efectiva+das+pris%C3%B5es+(percentagem)-635)
- Pordata. (2015b, 2015-06-26). Pordata, base de dados de Portugal: prisões. *Fonte de Dados: Direção-geral da Política de Justiça, Ministério da Justiça*. Retrieved 15-09-2015, from <http://www.pordata.pt/Subtema/Portugal/Pris%C3%B5es-60>
- Rihmer, Z. (1996). Strategies of suicide prevention: focus on health care. *J Affect Disord*, 39(2), 83-91.
- Rihmer, Z. (2002). Strategies for suicide prevention. *Current Opinion in Psychiatry*, 15, 83-87.
- Rihmer, Z. (2007). Suicide risk in mood disorders. *Curr Opin Psychiatry*, 20(1), 17-22. doi: 10.1097/YCO.0b013e3280106868
- Roesch, R., Ogloff, J. R. P., & Eaves, D. (1995). Mental health research in the criminal justice system: The need for common approaches and international perspectives. *International Journal of Law and Psychiatry*, 18(1), 1-14. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/0160-2527\(94\)00023-9](http://dx.doi.org/10.1016/0160-2527(94)00023-9)
- Rogers, R., Sewell, K., Ustad, K., Reinhardt, V., & Edwards, W. (1995). The referral decision scale with mentally disordered inmates. *Law and Human Behavior*, 19(5), 481-492. doi: 10.1007/BF01499339
- Shenson, D., Dubler, N., & Michaels, D. (1990). Jails and prisons: the new asylums? *American Journal of Public Health*, 80(6), 655-656.
- Singleton, N., Meltzer, H., Gatward, R., Coid, J., & Deasy, D. (1997). Psychiatric morbidity among prisoners: Summary report (pp. 1-30). London: Office for National Statistics.
- Steadman, H. J., Osher, F. C., Robbins, P. C., Case, B., & Samuels, S. (2009). Prevalence of Serious Mental Illness Among Jail Inmates. *Psychiatric Services*, 60(6), 761-765.

- Steadman, H. J., Robbins, P. C., Islam, T., & Osher, F. C. (2007). Revalidating the Brief Jail Mental Health Screen to Increase Accuracy for Women. *58*(12), 1598-1601.
- Steadman, H. J., Scott, J. E., Osher, F. C., Agnese, T. K., & Robbins, P. C. (2005). Validation of the Brief Jail Mental Health Screen. *Psychiatric Services, 56*(7), 816-822.
- Steadman, H. J., & Veysey, B. M. (1997). *Providing Services for Jail Inmates with Mental Disorders*. Rockville: U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs, National Institute of Justice.
- Steury, E. H. (1991). Specifying "criminalization" of the mentally disordered misdemeanant. *The Journal of Criminal Law & Criminology, 82*(2), 334-359.
- Strang, J., Gossop, M., Heuston, J., Green, J., Whiteley, C., & Maden, A. (2006). Persistence of drug use during imprisonment: relationship of drug type, recency of use and severity of dependence to use of heroin, cocaine and amphetamine in prison. *Addiction, 101*(8), 1125-1132. doi: 10.1111/j.1360-0443.2006.01475.x
- Streiner, D. L. (2003). Starting at the beginning: an introduction to coefficient alpha and internal consistency. *J Pers Assess, 80*(1), 99-103. doi: 10.1207/s15327752jpa8001_18
- Teplin, L. A. (1990). The Prevalence of Severe Mental Disorder Among Male Urban Jail Detainees: Comparison with the Epidemiologic Catchment Area Program. *American journal of public health, 80*(6), 663-669.
- The World Bank. (2014). How we Classify Countries. *Country and Lending Groups* Retrieved 30-12-2014, from <http://data.worldbank.org/about/countryclassifications/>
- Torres, A., & Gomes, M. d. C. (2002). *Drogas e prisões em Portugal*. Lisboa: Instituto Português da Droga e Toxicodependência.
- Ventura, J. P., & David, M. R. (2001). Perturbações da ansiedade em ambiente prisional. *Temas Penitenciários, Série II*(6 e 7), 47-62.
- Vicente, S., Nunes, A., Viñas, C., Freitas, D., & Saraiva, C. B. (2001). Depressão, ideação suicida e desesperança em doentes alcoólicos. *Psiquiatria Clínica, 22*(1), 85-93.
- Wheeler, S. (1961). Socialization in correctional communities. *American Sociological Review, 26*(5), 697-712.