

ARTIGO ORIGINAL

Transtornos psiquiátricos e fatores de risco em uma população carcerária *Psychiatric disorders and risk factors in a prison population*

Napoleão C. Silva¹, Maria I. Rosa², Graziela Amboni², Francielle Mina¹, Clarissa M. Comim¹, João Quevedo¹.

Resumo

Existem taxas elevadas de transtornos psiquiátricos nas prisões, e não está claro se a doença mental é um fator de risco para o encarceramento. Objetivo: este estudo pretende abordar a prevalência de comportamento violento, e sua associação com as categorias individuais de transtorno mental. Métodos: Estudo transversal de 557 prisioneiros consecutivos, durante um período de onze meses. Os sujeitos foram inquiridos uma série de perguntas a respeito dos eventos chaves da vida e submetidos ao MINI-Plus. Resultados: A prevalência de transtornos psiquiátricos foi elevada entre os presos. As mulheres tiveram uma prevalência mais elevada na maioria dos transtornos. Já os homens tiveram uma maior prevalência de transtorno do pânico e maior risco de suicídio do que as mulheres. Conclusões: É fundamental que a sociedade e o governo trabalhem lado a lado a fim de reduzir barreira ao tratamento psiquiátrico e permitir acompanhamento psicossocial e da adesão ao tratamento em pessoas com transtornos mentais em prisões.

Descritores:

1. Morbidade psiquiátrica;
2. População carcerária;
3. Saúde mental

Abstract

There are elevated rates of psychiatric disorders among prison inmates, and it is unclear whether mental illness is a risk factor for incarceration. Objective: this study aims to approach the prevalence of self-reported violent behavior, and its association with individual categories of mental disorder. Methods: This is a cross-sectional study of 557 consecutive prisoners, over an eleven month period. The subjects were inquired a series of questions regarding key life events and submitted to the MINI-Plus. Results: The prevalence of psychiatric disorders is high among prisoners. Women have an overall higher prevalence in most disorders. Men have a higher prevalence of panic disorder and are at higher risk of suicide than women. Conclusions: It is essential that both society and government work side-by-side in order to reduce barriers and allow psychiatric treatment and follow-up of psychosocial treatment adherence in people with mental disorders in prisons.

Key-words:

1. Psychiatric morbidity;
2. Prison population;
3. Mental health.

Introdução

A violência e a criminalidade têm aumentado consideravelmente nas sociedades urbanas nas últimas décadas, e como consequência disso, alguns esforços têm sido realizados visando uma melhor compreensão do comportamento anti-social. Há muita discussão na literatura sobre o grande número de pessoas com doença mental em cadeias e prisões⁽¹⁻⁷⁾. As taxas de homicídio em países de primeiro mundo mostram grandes variações, mas as taxas entre os indivíduos com transtornos mentais são semelhantes entre os países e ao longo do tempo. Recentes

1. Laboratório de Neurociências e Instituto Nacional de Medicina Translacional (INCT-TM), Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, Universidade do Extremo Sul Catarinense.

2. Laboratório de Epidemiologia e Instituto Nacional de Medicina Translacional (INCT-TM), Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, Universidade do Extremo Sul Catarinense.

estudos mostram que as taxas de homicídios de indivíduos diagnosticados com esquizofrenia foram fortemente correlacionadas com as taxas de homicídio total. Uma percentagem de 6,48% de todos os criminosos homicidas com diagnóstico de esquizofrenia apresentaram taxas de homicídios que não contribuíram para a heterogeneidade da proporção de homicídios cometidos por pessoas com esquizofrenia ⁽⁸⁾.

Nos Estados Unidos, em meados do ano 2005, mais da metade de todos os detentos da prisão tiveram problemas de saúde mental, incluindo 705.600 detentos em prisões estaduais, 78.800 em prisões federais e 479.900 em cadeias locais. Estas estimativas representaram 56% dos presos estaduais, 45% dos presos federais, e 64% dos reclusos em cadeias locais ⁽⁹⁾. Várias razões foram citadas para este fenômeno. Estas incluem a falta de acesso ao tratamento adequado às pessoas com doença mental na comunidade, limitada disponibilidade de leitos em hospitais psiquiátricos, interações entre as pessoas com doença mental grave e agentes da lei, e critérios mais formais e rígidos para o compromisso civil ⁽¹⁰⁾. No Brasil, há poucos estudos sobre transtornos mentais na população carcerária, visto que isso tem se tornado um problema para grande parte dos países. Nesse contexto, o objetivo deste estudo foi abordar a prevalência de comportamento violento, e sua associação com as categorias individuais de transtorno mental na Penitenciária Santa Augusta (Criciúma - Santa Catarina - Brasil) para tentar delinear melhor esses dados no Brasil e principalmente na região sul.

Materiais e métodos

Foi realizado um estudo transversal, com detentos do sexo masculino e feminino, por um período de onze meses na Penitenciária Santa Augusta (Criciúma - Santa Catarina - Brasil). Todos os procedimentos foram aprovados pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da UNESC, Brasil.

Os 557 indivíduos que concordaram em participar do estudo foram entrevistados, utilizando um questionário com uma série de perguntas a respeito dos eventos chaves da vida. Estes eventos incluem idade, etnia, estado civil (dados atuais), educação, saúde, tipo de crime, fumar, beber e usar drogas ilícitas. Foi utilizado o MINI-Plus (Mini International Neuropsychiatric Interview) um instrumento totalmente estruturado que avalia a presença de DSM-IV ⁽¹¹⁾ transtornos de humor, ansiedade, transtornos somatoformes, transtornos por uso de substância, transtornos psicóticos, transtornos alimentares, transtorno de conduta e transtorno de adaptação. O MINI-Plus também avalia a presença de déficit de atenção/hiperatividade e transtorno de personalidade anti-social ⁽¹²⁾.

Os dados finais foram tabulados e analisados pelo programa SpSS 17.0 utilizando os testes t de student e qui-quadrado.

Resultados

O MINI-Plus foi administrado a 557 detentos. A amostra do estudo incluiu 466 homens (83,7) e 91 mulheres (16,3). Eles tinham em média 30,3 (\pm 9,8) a 32,5 (\pm 9,8) anos de idade, respectivamente. Setenta e três ponto oito (73,8%) dos presos tinham entre 21 a 40 anos de idade. Antes da prisão, 45,7% tinham status marital estável e 68,8% tinham pelo menos um filho. A maioria era da raça branca (76,8%). A escolaridade média foi de 6,7 anos, 4,7% não tinham nenhuma escolaridade. Oitenta e dois ponto seis por cento (82,6%) relataram ter um trabalho fixo, antes da prisão. Eram fumantes 55,8% dos detentos, e a maioria (62,2%) fumantes de 10-20 cigarros por dia (TABELA 1).

Os resultados prevalentes de vida atual, transtornos mentais e dependência a álcool e drogas são apresentados na TABELA 2. Estes dados mostram que 47,6 % tinham uma dependência de substância não alcoólica / transtorno de abuso de dependência de álcool e 40,8% transtorno de abuso a drogas. Vinte e seis ponto quatro por cento (26,4%) apresentavam um transtorno psicótico, e 22,6% um transtorno de personalidade anti-social, e 16% depressão maior. Sessenta (10,8%) indivíduos tinham risco de suicídio. Quando utilizado o MINI-plus, para avaliar o risco de suicídio, foi visto que 30 sujeitos (50%) eram de alto risco, e 25 (41%) eram de baixo risco. A prevalência de morbidade psiquiátrica entre as mulheres foi maior do que os homens ($p < 0,05$) na depressão maior, distímia, transtorno de somatização, transtorno de dor, agorafobia, transtorno obsessivo-compulsivo, sintomas hipomaniacos, fobia específica, transtorno de estresse pós-traumático e risco de suicídio.

Discussão

Neste estudo, nos verificamos a prevalência de comportamento violento, e sua associação com as categorias individuais de transtorno mental na Penitenciária Santa Augusta (Criciúma - Santa Catarina - Brasil) para tentar delinear melhor esses dados no Brasil e principalmente na região sul. Uma busca sistemática em dez estudos sobre este assunto, encontrou dados consistentes sobre a incidência de com alguma doença psicótica na população carcerária e relatou que muitos já haviam recebido tratamento anteriormente ao último delito. Ainda sobre estes estudos, foi observado que em 38,5% dos homicídios ocorridos durante o primeiro episódio de psicose, ocorre-

ram antes do tratamento inicial. Os homicídios durante a psicose no primeiro episódio ocorreram em uma taxa de 1,59 por mil homicídios (95% CI = 1,06-2,40), equivalente a 1 em 629 apresentações. A taxa anual de homicídios após o tratamento para a psicose foi de 0,11 homicídios por 1.000 pacientes (95% CI = 0,07-0,16), equivalente a um homicídio em 9090 pacientes com esquizofrenia por ano. A razão da taxa de homicídios no primeiro episódio de psicose nesses estudos foi de 15,5 (IC 95% = 11,0-21,7) ⁽¹³⁾. Estudo realizado em Farmington mostrou que mais de dois terços dos detentos preenchiam os critérios para pelo menos um transtorno psiquiátrico ao longo da vida, quase a metade com transtorno de ansiedade, e mais de um terço com transtorno afetivo. Atualmente, as estimativas de morbidade psiquiátrica nas mulheres foram superiores aos dos homens, com exceção do transtorno de personalidade anti-social ⁽¹⁴⁾.

O número de indivíduos com doenças mentais que estão envolvidos no sistema de justiça criminal está cada vez mais em ascensão. Estudos têm encontrado incidências de 10 a 15% para a doença mental grave entre os presos em comparação com uma incidência de 2% na população geral ^(2,15,16). Nos Estados Unidos, país onde se realiza a maior parte dos estudos envolvendo população carcerária e distúrbios mentais, a proporção de pessoas com doença mental na prisão aumentou 154% entre 1980 e 1992 ⁽¹⁷⁾. Ainda nos Estados Unidos, um estudo revelou que 16% da população prisional estadual, 7% dos presos federais, 16% dos reclusos e 16% de estagiários relataram ter uma doença mental grave ou uma estadia em hospital mental em algum momento de suas vidas ⁽¹⁸⁾. Teplin e colegas ^(2,16) constataram que 6,4% dos homens e 15% das mulheres admitidos à prisão de Cook County (Chicago), tinham uma doença mental grave, como esquizofrenia, transtorno bipolar ou depressão maior. Os funcionários da prisão identificaram 10.000 prisioneiros a cerca de um ano como sendo doentes mentais, mais do que os 9.000 indivíduos admitidos em todos os dez hospitais do estado mental em Illinois ⁽¹⁹⁾.

Recentemente, Baillargeon e Colaboradores ⁽²⁰⁾ examinaram a associação entre elevados índices de transtornos psiquiátricos nas prisões. A população do estudo incluiu 79.211 detentos que começaram a cumprir uma sentença e dados sobre transtornos psiquiátricos, características demográficas, antecedentes de encarceramento para o período de 6 anos anteriores foram obtidas a partir de sistemas de informação médica estadual e analisados. Os autores observaram que os presos com os principais transtornos psiquiátricos (transtorno depressivo maior, transtorno bipolar, esquizofrenia e transtornos psicóticos) tinham aumentado substancialmente os riscos de várias prisões durante o período de estudo de 6 anos. O

maior aumento de riscos de prisão foi observado entre os detentos com transtornos bipolares, que tinham 3,3 vezes mais probabilidade de terem tido prisões anteriores em comparação com os presos que não tiveram nenhum transtorno psiquiátrico ⁽²⁰⁾. Um estudo utilizando o MINI-Plus avaliou a frequência de transtornos mentais e dependência entre 320 homens e mulheres selecionados aleatoriamente, recém comprometidos com a população em geral do sistema prisional Iowa. Mais de 90 por cento dos agressores preencheram os critérios para um transtorno psiquiátrico. As mais frequentes foram os transtornos por uso de substâncias (90%), transtornos de humor (54%), transtornos psicóticos (35%), transtorno de personalidade anti-social (35%) e atenção e hiperatividade (22%) ⁽²¹⁾.

Nossos resultados mostraram que os presos do sexo feminino tinham taxas muito mais elevadas de problemas de saúde mental do que os presos do sexo masculino. Nos Estados Unidos, estima-se que 73% das mulheres em prisões estaduais, em comparação com 55% dos presos do sexo masculino, tinham um problema de saúde mental. Nas prisões federais, a taxa foi de 61% das mulheres contra 44% dos homens e em cadeias locais, 75% das mulheres em comparação com 63% dos presos do sexo masculino ⁽⁹⁾. Em conclusão, nós demonstramos que a prevalência de transtornos psiquiátricos é elevada entre os presos no sul do país. As mulheres têm uma maior prevalência estatisticamente significativa na maioria dos transtornos. Os homens têm uma maior prevalência (significativa) de transtorno do pânico e aqueles que estão em risco de suicídio têm uma pontuação de “alto risco” do que mulheres. Os distúrbios mais prevalentes em nosso estudo foram: uso de dependência de substância não alcoólica / abuso (47,6%), uso de dependência / abuso de álcool (40,8%), transtornos psicóticos (26,4%); personalidade anti-social (22,6%).

No cenário da prisão, incluir a intervenção precoce e tratamento, acompanhamento pós-libertação para desviar os doentes mentais infratores longe do uso de substâncias, e apoiar o seu regresso à comunidade, são metas que podem ajudar a reduzir estes índices observados em vários países. No cenário da comunidade, gestão ativa de casos, incluindo o acesso a leitos de internação e coordenação entre os serviços de saúde mental e outras agências, é fundamental para dar continuidade aos cuidados dos pacientes com risco de violência na comunidade. Recomendações para reduzir a criminalização por uma maior coordenação entre a polícia e os profissionais de saúde mental, aumentar a formação de agentes de saúde mental e polícia, melhorar os serviços de saúde mental após a prisão, e desenvolver tratamentos eficazes na comunidade para criminosos com doenças mentais.

Fonte Financiadora

CNPq, UNESC

Referências

1. Cosden M, Ellens JK, Schnell JL, Yamini-Diouf Y, Wolfe MM. Evaluation of a mental health treatment court with assertive community treatment. *Behav Sci Law* 2003;4: 415-27
2. Teplin LA, Abram KM, McClelland GM. Prevalence of psychiatric disorders among incarcerated women. *Arch Gen Psychiatry* 1996;6:505-12.
3. Keele CE. Criminalization of the mentally ill: the challenging role of the defense attorney in the mental health court system. *University of Missouri at Kansas City Law Review* 2002; 71:193-210.
4. National Alliance on Mental Illness: The Criminalization of People With Mental Illness. Available at www.nami.org/update/unit_edcriminal.html
5. Quanbeck C, Frye M, Altshuler L Mania and the law in California: understanding the criminalization of the mentally ill. *Am J Psychiatry* 2003;7:1245-50
6. Watson A, Hanrahan P, Luchins D, Lurigio A. Mental health courts and the complex issue of mentally ill offenders. *Psychiatr Serv* 2001;4:477-81.
7. Coid J, Yang M, Roberts A, Ullrich S, Moran P, Bebbington P, Brugha T, Jenkins R, Farrell M, Lewis G, Singleton N. Violence and Psychiatric Morbidity in a National Household Population— A Report from the British Household Survey. *Am J Epidemiol* 2006;12:1199-208
8. Large M, Smith G, Nielssen O. The relationship between the rate of homicide by those with schizophrenia and the overall homicide rate: A systematic review and meta-analysis. *Schizophr Res* 2009;112:123-9.
9. James DJ, Glaze LE. Mental Health Problems of Prison and Jail Inmates. Washington, DC, US Department of Justice, Office of Justice Programs, Bureau of Justice Statistics, 2006
10. Cote G, Hodgins S. The prevalence of major mental disorders among homicide offenders. *Int J Law Psychiatry* 1992;1:89-99.
11. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington, DC: Am Psych Press, 1994.
12. Amorim, P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2000, 22:106-115
13. Nielssen O, Large M. Rates of Homicide During the First Episode of Psychosis and After Treatment: A Systematic Review and Meta-analysis. *Schizophr Bull.* 2008. In Press.
14. Trestman RL, Ford J, Zhang W, Wiesbrock V. Current and lifetime psychiatric illness among inmates not identified as acutely mentally ill at intake in Connecticut's jails. *J Am Acad Psychiatry Law* 2007;4:490-500.
15. Lamb HR, Weinberger LE, Gross BH. Community treatment of severely mentally ill offenders under the jurisdiction of the criminal justice system: a review. *Psychiatr Serv* 1999;7:907-13.
16. Teplin LA. The prevalence of severe mental disorders among male urban jail detainees: comparison with the Epidemiologic Catchment Area program. *Am J Public Health* 1990;6:663-9.
17. Travis J. The mentally ill offender: viewing crime and justice through a different lens. Presented at a meeting of the National Association of State Forensic Mental Health Directors, Annapolis, Md, Sept 3, 1997.
18. Ditton PM. Mental Health and Treatment of Inmates and Probationers. Washington, DC, US Department of Justice, Office of Justice Programs, Bureau of Justice Statistics, 1999.
19. Annual Report. Springfield, Ill, Department of Human Services, Management Information Services, 1999.
20. Baillargeon J, Binswanger IA, Penn JV, Williams BA, Murray OJ. Psychiatric disorders and repeat incarcerations: the revolving prison door. *Am J Psychiatry.* 2009;1:103-9.
21. Gunter TD, Arndt S, Wenman G, Allen J, Loveless P, Sieleni B, Black DW. Frequency of mental and addictive disorders among 320 men and women entering the Iowa prison system: use of the MINI-Plus. *J Am Acad Psychiatry Law* 2008;1:27-34.
22. Logan C, Blackburn R. Mental disorder in violent women in secure settings: potential relevance to risk for future violence. *Int J Law Psychiatry* 2009;1:31-8.

Tabela 1. Características sociais e demográficas em 557 pessoas da prisão

Variáveis	Sexo			P
	Mulheres (n=91)	Homens (n=466)	Total (557)	
Idade: média (s.d.)	32.5(±9.8)	30.3(±9.8)	30.7 (±9.9)	
Anos de estudos (educação): média (s.d.)	6.2(±3.3)	6.8(±8.0)	6.7(±7.4)	
Tempo de prisão em meses: média (s.d.)	9.9(9.4)	17.7(21.7)	16.4(±20.48)	0.001*
Age stratified				0.81
-20	4(4.4)	44(9.4)	48(8.6)	
21-30	46(50.5)	248(53.2)	294(52.8)	
31-40	21(23.1)	100(21.5)	121(21.7)	
41_50	15(16.5)	50(10.7)	65(11.7)	
51-60	4(4.4)	17(3.6)	21(3.8)	
61 ou mais	1(1.1)	7(1.5)	8(1.4)	
Escolaridade em anos				0.81
Analfabetos	6(6.6)	20(4.3)	26(4.7)	
1-4	18(19.8)	105(22.5)	123(22.1)	
5-8	46(50.5)	244(52.4)	290(52.1)	
9-11	16(17.6)	80(17.2)	96(17.2)	
12 ou mais	5(5.5)	17(3.6)	22(3.9)	
Estado civil antes da prisão				0.03*
Casados ou morando juntos	50(54.9)	199(42.7)	249(44.7)	
Solteiro ou divorciado	41(45.1)	267(57.3)	308(55.3)	
Filhos				0.00*
Sim	80(87.9)	309(66.3)	389(68.8)	
Não	11(12.1)	157(33.7)	168(30.2)	
Habito de fumar				0.98
Frequentemente	52(57.1)	259(55.6)	311(55.8)	
Fuma ocasionalmente	20(21.9)	145(31.1)	165(29.6)	
Ex-fumante	19(20.8)	62(13.3)	81(14.5)	
Tempo de uso do cigarro: média (s.d.)	15.0(9.6)	13.7(12.2)	14.1(±11.4)	0.48
Número de cigarros por dia				0.13
1-10	12(23.1)	56(21.5)	68(21.8)	
11-20	25(48.1)	169(65.0)	194(62.2)	
21 ou mais	15(28.8)	35(13.5)	50(16.0)	
Gravidez				
Sim	3 (3.2)	-	3 (3.2)	
Não	88(96.8)	-	88(96.8)	
Raça				0.98
Branco	70(76.9)	358(76.8)	428 (76.8)	
Não branco	21(23.1)	108(23.2)	129 (23.2)	
Sentenças prévias, n (%)				0.05*
Nenhuma	5(5.5)	58(12.4)	63(11.3)	
Uma ou duas	24(26.4)	129(12.4)	153(27.5)	
Três ou mais	62(68.1)	279(59.9)	341(61.2)	
Estatos antes da prisão				0.08*
Trabalhando	55(60.4)	405(86.9)	460(82.6)	
Economicamente inativo	36(39.6)	61(13.1)	97(11.7)	
Tipo de prisão				0.02*
Provisória	39(42.2)	189(40.6)	228(40.9)	
Sentenciado	52(57.1)	277(59.4)	329(59.1)	
Crime				
Tráfico de drogas	72	174		
Roubo furto	9	76		
Homicídio Tentativa de homicídio	2	45		
Violência sexual Abuso sexual	-	34		
Outros	8	137		

Tabela 2. DSM-IV transtornos mentais e vícios nos 557 infratores avaliados com o mini-plus.

Transtorno/Doença	Sexo			P
	Mulheres (n=91)	Homens (n=466)	Total (557)	
Depressão Maior	25(27.5)	64(13.7)	89(16.0)	0.001*
Disritmia	7(7.7)	12(2.6)	19(3.4)	0.01*
Hipomania	36(39.6)	71(15.2)	107(19.2)	0.000*
Transtorno do pânico	6(6.6)	29(6.2)	35(6.3)	0.89
Fobia específica	14(15.4)	16(3.4)	30 (5.4)	0.000*
Agorafobia	34(37.4)	74(15.9)	108(19.4)	0.000*
Transtorno obsessivo compulsivo	9(9.9)	32(6.9)	41(7.4)	0.000*
Transtorno de estresse pós-traumático	15(16.5)	22(4.7)	37(6.6)	0.000*
Transtorno de ansiedade	1(1.1)	12(2.6)	13(2.3)	0.39
Dependência ou abuso de álcool	30(33.0)	197(42.3)	227(40.8)	0.99
Dependência ou abuso de substâncias não alcoólicas	45(49.5)	220(47.2)	265 (47.6)	0.88
Transtornos Psicóticos	23(25.3)	124(26.6)	147(26.4)	0.79
Esquizofrenia				
Transtorno de personalidade anti-social	17(18.7)	109(23.4)	126(22.6)	0.32
Transtorno somatoformico	7(7.7)	1(0.2)	8(1.4)	0.000*
Anorexia nervosa	0	1(0.2)	1(0.2)	0.65
Bulimia nervosa	0	2(0.4)	2(0.4)	0.53
Hipocôndrismo	7(7.7)	9(1.9)	16 (2.9)	0.003*
Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade	3(3.3)	10(2.1)	13(2.3)	0.5
Transtorno da dor	12(13.2)	15(3.2)	27(3.8)	0.000*
Transtorno disfórmico corporal			21(3.8)	0.001*
Risco de Suicídio	24(26.4)	36(7.9)	60(10.8)	0.001*
Grau do risco				
Baixo	10 (41.6)	15(41.6)	25(41.6)	0.5
Médio	3(12.5)	2(5.5)	5(8.3)	-
Alto	11(45.8)	19(52.7)	30(50.0)	0.000*

Endereço para correspondência

Prof. João Quevedo

E-mail: quevedo@unesc.net