

ANTÓNIO MIGUEL COTRIM TALINA

**SAÚDE MENTAL EM MEIO PRISIONAL:
AVALIAÇÃO DE NECESSIDADES DE CUIDADOS EM
RECLUSOS COM PERTURBAÇÃO MENTAL**

LISBOA
2013

Dissertação de Doutoramento em Medicina,
na Especialidade de Psiquiatria e Saúde Mental,
apresentada à Faculdade de Ciências Médicas
da Universidade Nova de Lisboa

Orientação do Professor Doutor Fernando Miguel Teixeira Xavier

*Aos meus pais e avós,
Hoje, ainda mais presentes.*

v

PREÂMBULO

Este trabalho nasce da confluência das actividades, interesses e valores que constituem a minha identidade profissional e que desenvolvo num contexto hospitalar e universitário especialmente enriquecedor e potenciador de qualidade.

As actividades desenvolvidas integram os três grandes domínios da acção médica na sociedade actual.

Em primeiro lugar a actividade clínica. Acompanhar o sofrimento, a doença, a recuperação, proporcionando cuidados às pessoas, é uma experiência de partilha humana única e constitui, simultaneamente, uma responsabilidade e um privilégio.

O valor consagrado de cuidar de alguém, sem discriminação, é um valor, infelizmente frágil, mas basilar na profissão médica. O estigma longínquo das perturbações mentais não impediu o interesse dos médicos por estas pessoas que, certamente na sua maioria, se encontravam em condições deploráveis e ostracizadas.

O encarceramento comum de delinquentes e doentes foi frequente até ao século XIX por se tratar de indivíduos indesejados no quotidiano social. O limite entre o “mau” (*bad*) e o “louco” (*mad*) ainda hoje é difuso para os leigos e, por vezes, para os psiquiatras. Os delinquentes com perturbação mental carregam um duplo estigma e são os “doentes que ninguém quer”. Todavia, estas pessoas existem dentro e fora das prisões e carecem de mais e melhores cuidados.

Creio que na prática forense é necessário desenvolver, além das aptidões clínicas (observação, interpretação, formulação de diagnóstico/ prognóstico/ projecto terapêutico), a capacidade de antever o efeito da reclusão, as facetas problemáticas dos comportamentos transgressores e os riscos associados, para além da necessidade de comunicar e fundamentar segundo um paradigma essencialmente jurídico e não clínico. No limite, a determinação de uma dicotomia rigorosa (presente/ausente, provado/não provado, imputável/inimputável, perigoso/não perigoso) para fundamentar uma sentença, é competência do Juiz e não do médico. Actualmente estas, ou outras, dicotomias não são compatíveis com modelos explicativos tendencialmente dimensionais e não categoriais. A clínica é permanentemente um exercício com fronteiras pouco nítidas e de certezas fugidias. Por outro lado, a função central que a sanção ocupa no julgamento e que o tratamento e a recuperação ocupam na clínica contribuem substancialmente para as dificuldades de ajustamento entre os actores destes campos. O contacto com outro paradigma de acção, outra terminologia e outros rituais pode gerar desconforto e o afastamento dos psiquiatras em relação à Psiquiatria Forense. Todavia, penso que a interface entre o campo mental (psicopatologia, capacidades cognitivas, autonomia, personalidade, comportamento) e o jurídico (normas, códigos, conceitos) constitui uma área aliciante. Outro ponto importante é que a Psiquiatria, como disciplina científica, deve apoiar com o seu conhecimento a administração da Justiça e, desse modo, contribuir para a solidificação dos valores humanistas na sociedade.

Em segundo lugar a actividade de formação. A disponibilidade para aprender, reflectir e ensinar é uma analogia das fases da vida: o crescimento, a maturação e a geração. Percepcionar o individual além das aparências e dos preconceitos, reconhecer e aprender com o erro, são valores essenciais no molde da identidade dos profissionais de saúde que ajudam a formar.

A responsabilidade de ser considerado perito psiquiatra, após a conclusão da Especialidade, motivou-me a procurar saber mais e fui experimentando um interesse crescente pela Psiquiatria Forense. Cada avaliação pericial constitui sempre uma oportunidade para aprender e um exercício de síntese entre a Psiquiatria e a Justiça. Frequentemente recordo o exemplo do meu Orientador, Dr. Eduardo Martins, na valorização desta actividade a par com a sua capacidade de apreensão da psicopatologia dos examinados.

Finalmente, a actividade de investigar. Fazer perguntas, descobrir mais perguntas, apreciar mais o desconforto do não saber e menos a comodidade do adquirido é uma viagem pelo prazer de viajar. Identificar uma questão e seguir o seu fio com método é uma atitude necessária na construção de algo bem maior do que a nossa vida alcança. Participar, e contribuir, para algo que nos transcende em tempo e dimensão é, igualmente, um valor precioso.

O presente trabalho enquadra-se, e é inspirado, na investigação epidemiológica e de avaliação de cuidados e de serviços de saúde, desenvolvida no Departamento de Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas, sob a Direcção do Prof. Doutor Caldas de Almeida.

Neste âmbito, e particularmente na interface entre a Justiça e Saúde Mental, cabe citar as colaborações do Prof. Doutor Miguel Xavier nos estudos europeus sobre o internamento compulsivo (*Compulsory admission and involuntary treatment of mentally ill patients – legislation and practice in EU-Member States*) e sobre os cuidados de saúde mental aos reclusos (*Treatment of Mentally Ill in European Prison System – EUPRIS*).

Recuando ao tempo do Serviço Universitária de Psiquiatria da FCML e do Centro de Saúde Mental Lisboa-Oeiras recorda-se o interesse do Prof. Doutor Henrique Rodrigues da Silva nesta área, expresso na sua Tese de Doutoramento “Aspectos psicossociodinâmicos e biológicos em Psiquiatria Forense” (Silva, 1985).

O actual contributo insere-se na motivação, e dir-se-ia na tradição, para a prática e investigação em Psiquiatria Forense que existe neste Departamento.

Há cerca de 12 anos, quando propus realizar a Dissertação de Mestrado, intencionalmente procurei um tema de saúde mental com uma importante componente jurídica: o internamento compulsivo. Neste estudo, foi especialmente gratificante desenvolver o trabalho de campo em nove serviços de psiquiatria, incluídos em hospitais gerais (H. Sta. Maria, H.S.F.Xavier, H. Fernando Fonseca) e hospitais psiquiátricos (H. Júlio de Matos, H. Miguel Bombarda) o que permitiu obter uma visão de conjunto da aplicação deste regime de internamento, à data com três anos de aplicação, na região de Lisboa.

Numa época em que se observa, em alguns países europeus, a transferência da responsabilidade dos cuidados de saúde dos reclusos dos serviços prisionais para os serviços de saúde públicos e num momento, em Portugal, em que se atribui as responsabilidades assistenciais aos reclusos, incluindo de psiquiatria, a entidades externas privadas, é pertinente conhecer melhor o panorama da patologia mental por trás dos muros das prisões. Os reclusos com perturbação mental representam um grupo com maior especificidade de cuidados, no quadro da população prisional geral, que importa conhecer para intervir num prazo mais imediato e a mais longo prazo numa perspectiva de reintegração social. Este tipo de trabalho deverá ser a base da organização de um sistema integrado e plurifacetado entre a justiça, o sector social e o sector da saúde com a missão de acompanhar, cuidar e reinserir este grupo de reclusos mais vulneráveis à reincidência criminal e morte precoce.

A investigação pretendeu contribuir para o aprofundamento do conhecimento numa área relativamente pouco estudada entre nós. As perturbações mentais existem transversalmente em todos os grupos populacionais e, frequentemente, não recebem o investimento de cuidados proporcional ao seu impacto directo e indirecto na comunidade. Por maioria de razões, igual quadro se verifica na população prisional que envolve, em Portugal, cerca de 12.000 indivíduos.

Foram abordados alguns problemas de grande complexidade entre os indivíduos reclusos tais como, a auto-agressão, o consumo de substâncias e a reincidência criminal. A avaliação de necessidades de cuidados pode funcionar como um método heurístico dirigido à efectividade dos cuidados prestados e à melhoria de evolução num grupo de reclusos particularmente vulnerável: os reclusos com problemas de saúde mental.

Tal como o fenómeno dos pacientes de "porta giratória", comum nos serviços de psiquiatria, indica a presença de problemas não resolvidos, os reclusos de "porta giratória" podem assinalar a insuficiência de cuidados e de reintegração social destes indivíduos. As perturbações mentais poderão ter um lugar na constelação de factores nefastos que facilitam e perpetuam os comportamentos delinquentes. Uma evidência reiterada é a influência das dependências químicas e da personalidade nos actos violentos e criminosos.

A avaliação de necessidades individuais constitui, actualmente, uma metodologia consagrada, embora não perfeita, para a avaliação da eficiência dos cuidados de saúde. A sua aplicação deverá generalizar-se e orientar o investimento nos serviços de saúde. Numa época em que a equação entre expectativas elevadas e recursos finitos não se encontra resolvida, particularmente no campo da Saúde, a utilização do método científico é a melhor via para enfrentarmos problemas muito complexos. A validação para a Língua Portuguesa do instrumento CANFOR foi mais um passo nessa direcção.

Estas questões representaram a força motriz da investigação, que deverá ser considerado como um trabalho pioneiro e exploratório, com o propósito de inspirar uma discussão fundamentada, entre os agentes envolvidos nesta realidade, e a realização de estudos mais alargados e representativos.

A concretização deste estudo só foi possível através do financiamento da Fundação para a Ciência e Tecnologia, do projecto "Avaliação de necessidades de cuidados em reclusos com perturbação psiquiátrica", Investigador Principal Prof. Doutor Miguel Xavier, no âmbito da candidatura para projectos de investigação em Ciências da Saúde – Epidemiologia, Saúde Pública e Ambiente (PIC/IC/83257/2007).

AGRADECIMENTOS

Este trabalho foi concretizado devido ao empenho e colaboração directa de muitas pessoas mas, igualmente, muito deve à dedicação e trabalho de muitas outras em prol da clínica, do ensino e da investigação às quais desejo expressar o meu profundo reconhecimento e gratidão:

Ao Prof. Doutor Miguel Xavier pela sua amizade e apoio constante em dez anos de trabalho no Hospital e na Faculdade. Através da sua orientação no Mestrado e Doutoramento aperfeiçoei-me como investigador, através da colaboração clínica melhorei como psiquiatra e pelo seu modelo evoluí como indivíduo.

Ao Prof. Doutor José Miguel Caldas de Almeida pelo seu ânimo e liderança na abertura de um caminho na Psiquiatria e Saúde Mental e um contínuo contributo para a minha realização profissional e científica desde as aulas na Faculdade.

Á Mestre Margarida Cardoso que manteve permanentemente um inextinguível empenho na concretização deste estudo. A sua capacidade de organização e inteligência elevaram o nível deste trabalho em todas as suas etapas.

Ao Mestre Jorge Pereira e Prof. Doutor Pedro Aguiar pela sua amizade, disponibilidade e consultoria científica e técnica na concretização deste trabalho. Uma menção muito especial para a Prof^a Doutora Emília Ribeiro pelo carinho que me dedica e ao cuidado na revisão do manuscrito.

Ao Prof. Doutor Manuel Gonçalves-Pereira pela amizade, inspiração e inimitável sentido de humor. Ao Mestre Joaquim Gago pela amizade, longa colaboração profissional e partilha de muitos bons momentos.

À Direcção-Geral dos Serviços Prisionais e aos Directores do Hospital Prisional S. João de Deus e dos Estabelecimentos Prisionais de Caxias e Tires.

À Dra. Ana Maria Cabral sempre disponível para dar o seu apoio ao trabalho de campo e aos outros profissionais que participaram na concretização deste estudo.

As pessoas em reclusão que, apesar de viverem um momento particular, aceitaram participar neste trabalho.

Aos Colegas Filomena Fortes, Jorge Leiria e Domingos Silva e à memória do querido Colega José Morais pela sua participação e apoio desde a primeira hora.

Ao Dr. Luís Sardinha e aos Colegas e outros profissionais do DPSM-CHLO, pelo seu apoio e compreensão indispensáveis para a realização deste trabalho.

Ainda no contexto profissional cabe um agradecimento profundo aos Colegas Carlos Chagas, Fernanda Rego, José Guerra, António Gomes da Costa, Álvaro de Carvalho, Eduardo Martins, Fernando Vieira, Domingos Neto e Graça Cardoso, pelo que me transmitiram de especial em diferentes momentos da minha formação.

Aos meus queridos Familiares e Amigos, felizmente muitos, que não é possível nomear individualmente, mas que estão comigo e me têm acompanhado e encorajado.

E, finalmente, ao círculo íntimo que cria a rede de amor onde existo, Mónica, Bernardo, André e Catarina.

GLOSSÁRIO E LISTA DAS ABREVIATURAS MAIS USADAS NO TEXTO

AAV	- Auto-agressão Voluntária
AMHM	- <i>Avon Mental Health Measure</i>
ANC	- Avaliação de Necessidades de Cuidados
BPRS	- <i>Brief Psychiatric Rating Scale</i>
CAN	- <i>Camberwell Assessment of Needs</i>
CANFOR	- <i>Camberwell Assessment of Need – Forensic version</i>
CAT	- Centros de Atendimento a Toxicodependentes
CIDI	- Composite International Diagnostic Interview
CNS	- <i>Cardinal Needs Schedule</i>
CP	- Código Penal
CPSM	- Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental
DGSP	- Direcção-Geral dos Serviços Prisionais
DPM	- Delinquentes com perturbação mental
DPSM/CHLO	- Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental
EP	- Estabelecimentos Prisionais
GAF	- <i>Global Assessment of Functioning</i>
HoNOS	- <i>Health of Nation Outcome Scales</i>
HPSJD	- Hospital Prisional de São João de Deus
IDT	- Instituto da Droga e Toxicodependência
IPSS	- Instituições Particulares de Solidariedade Social
IRS	- Instituto de Reinserção Social
MINI	- Mini International Neuropsychiatric Interview
NCNs	- Necessidades de Cuidados Não-satisfeitas
NCSs	- Necessidades de Cuidados Satisfeitas
NTs	- Necessidades Totais
OMS	- Organização Mundial de Saúde
OP	- Outra Pontuação

PALOP	- Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa
PASP	- Perturbação Anti-social da Personalidade
PCs	- Participantes Cíveis
PIR	- Plano Individual de Readaptação
PRs	- Participantes Reclusos
RCs	- Reclusos Condenados
RF	- Reclusos Femininos
RM	- Reclusos Masculinos
RPs	- Reclusos Preventivos
RS	- Risco de Suicídio
SAI	- Serviço de Auditoria e Inspeção
SCID	- <i>Structured Clinical Interview for DSMIII-R</i>
SNS	- Serviço Nacional de Saúde
SNSB	- Serviço Nacional de Saúde Britânico
STEP	- Tratamento de Substituição nas Prisões Europeias
TEP	- Tribunal de Execução das Penas
TIC	- Tecnologias de Informação e da Comunicação
UIDA	- Unidade de Internamento de Doentes Agudos

ÍNDICE

PARTE I - CONTEXTO E FUNDAMENTAÇÃO CIENTÍFICA DA INVESTIGAÇÃO	1
CAPÍTULO 1 - JUSTIÇA E PSIQUIATRIA.....	335
1.1. Os “Alienistas” e os Tribunais	335
1.2. Sistemas Penitenciários.....	114143
1.3. Estabelecimentos Prisionais Envolvidos no Estudo	393941
CAPÍTULO 2 - RECLUSOS E SAÚDE MENTAL.....	414143
2.1. Prevalência de Perturbações Mentais.....	414143
2.2. Suicídio e auto-agressão nas prisões	515153
CAPÍTULO 3 - AVALIAÇÃO DE NECESSIDADES DE CUIDADOS.....	616163
3.1. Enquadramento da necessidade de cuidados de saúde.....	616163
3.2. Conceptualização de necessidade de cuidados.....	656567
3.3. Operacionalização de necessidade de cuidados	696971
3.4. Instrumentos de avaliação de necessidades de cuidados.....	737375
3.5. Avaliação de necessidades de cuidados de saúde mental em contexto forense e prisional	767678
3.6. Questões actuais na Saúde Mental em contexto forense e prisional	808082
PARTE II - CONTRIBUIÇÃO PESSOAL	858587
CAPÍTULO 1 - FUNDAMENTAÇÃO, OBJECTIVOS E HIPÓTESES DO ESTUDO	878789
1.1. Fundamentação do Estudo	878789
1.2. Objectivos do Estudo.....	959597
1.3. Hipóteses do Estudo.....	969698
CAPÍTULO 2 - MATERIAIS E MÉTODOS	979799
2.1. Descrição do Protocolo de Investigação	979799
2.2. Instrumentos de Avaliação	101401403
2.3. Validação da Versão Portuguesa do CANFOR-R	111414143
2.4. Análise estatística	115415417
CAPÍTULO 3 - RESULTADOS	119419421
3.1. Estudo Descritivo.....	119419421
3.2. Estudo Analítico da Amostra dos Reclusos	128428430
3.3. Análise Multivariável	158456458
3.4. Estudo Comparativo entre Participantes Reclusos versus Civis	166462464
3.5. Necessidades de Cuidados nos PRs versus PCs	189476478
3.6. Estudo da Concordância entre Participantes e Técnicos sobre Necessidades de Cuidados	192479481

CAPÍTULO 4 - DISCUSSÃO	195183185
4.1. Estudo Descritivo dos Participantes Reclusos.....	195183185
4.2. Estudo Analítico dos Participantes Reclusos	199187189
4.3. Estudo Comparativo entre Participantes Reclusos versus Civis.....	210198200
4.4. Concordância entre Participantes e Técnicos sobre Necessidades de Cuidados Não-Satisfeitas.....	217205207
4.5. Limitações Metodológicas do Estudo.....	217205207
CAPÍTULO 5 - CONCLUSÕES.....	221209211
5.1. Reclusos em Acompanhamento Psiquiátrico	221209211
5.2. Participantes Reclusos versus Civis	224212214
5.3. Recomendações	226214216
5.4. Orientações para Futura Investigação	228216218
APÊNDICE.....	262250252
ANEXOS	319251281

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Panóptico em Stateville Correctional Center, inaugurado em 1925 (Illinois, EUA)	14
Figura 2 - Panóptico do final do séc. XIX no Hospital Miguel Bombarda, Lisboa	14
Figura 3 – Placa na Penitenciária de Lisboa alusiva à abolição da pena de morte (1867) e à extinção do regime celular na prisão (1913)	19
Figura 4 – Penitenciária de Lisboa.....	20
Figura 5 – Página da “Ilustração Portuguesa” (1913) que retrata a cerimónia de abolição do capuz.....	21
Figura 6 – O capuz penitenciário.....	21
Figura 7 – Capa da Monografia do Dr. João Gonçalves, editada em 1935, Lisboa	23
Figura 8 - Distribuição geográfica dos Estabelecimentos Prisionais Portugueses	27
Figura 9 – Taxas de suicídio nos homens, entre os 15 e os 59 de idade, e quocientes das taxas de suicídio nos reclusos e nos civis, na União Europeia, 2002-2006	59
Figura 10 - Necessidade, procura e oferta: a situação actual. Adaptado de Crown (1991, cit. in Cohen e Eastman, 2000, p.45)	67
Figura 11 - Necessidade, procura e oferta: a situação ideal. Adaptado de Crown (1991, cit. in Cohen e Eastman, 2000,p.45)	68
Figura 12 – Delinquência e o ciclo da reincidência	91
Figura 13 - Delinquentes com perturbação mental (DPM) e transições entre a psiquiatria e a justiça	92
Figura 14 - Área sob a curva ROC do Episódio Depressivo Major, da pena de prisão e da psicopatologia global para o Risco de Suicídio Moderado/Elevado nos PRs	159157159
Figura 15 - Área sob a curva ROC do sexo, do consumo de substâncias prévio à detenção, da Perturbação Anti-social da Personalidade e das Necessidades Totais pontuadas pelos técnicos para as Condenações Múltiplas nos PRs.....	162159161
Figura 16 - Área sob a curva ROC da idade no início do tratamento psiquiátrico, do factor Depressão/Ansiedade (BPRS), e da pena de prisão para a necessidade não-satisfeita de cuidados no domínio Droga dos PRs	165161163

ÍNDICE DE TABELAS

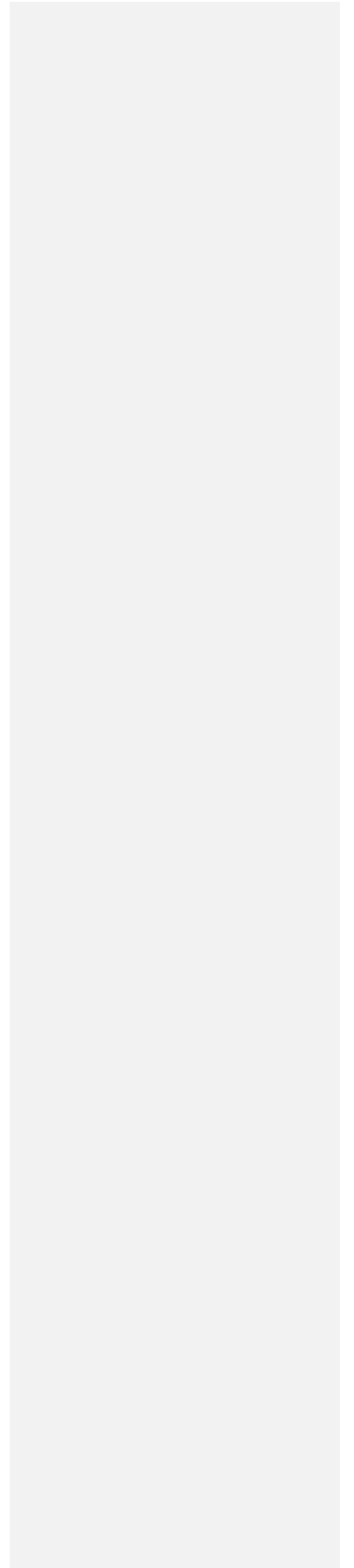
Tabela 1 – Local de Proveniência e Sexo dos PRs e PCs	120
Tabela 2 – Idade dos PRs.....	120
Tabela 3 – Variáveis sociodemográficas dos PRs.....	121
Tabela 4 – Variáveis clínicas dos PRs	122
Tabela 5 – Variáveis forenses dos PRs	122
Tabela 6 - Pontuações do BPRS e GAF, escala de incapacidade, nos PRs.....	123
Tabela 7 - Categorias diagnósticas do MINI pontuadas pelos participantes reclusos (PRs).....	123
Tabela 8 - Número de categorias diagnósticas do MINI pontuadas pelos PRs	124
Tabela 9 - Pontuações totais das Secções do CANFOR dos PRs e dos técnicos	126
Tabela 10 – Idade dos reclusos condenados (RCs) e preventivos (RPs).....	128
Tabela 11 – Variáveis sociodemográficas dos reclusos condenados (RCs) e preventivos (RPs)	128
Tabela 12 – Variáveis clínicas categoriais dos RCs e RPs	130
Tabela 13 – Variáveis clínicas do tipo contínuo dos RCs e RPs.....	131
Tabela 14 - Variáveis relativas ao consumo de substâncias psicoactivas nos RCs e RPs.....	132
Tabela 15 – Número de Categorias Diagnósticas dos RCs e RPs.....	133
Tabela 16 - Pontuação total e dos factores do BPRS dos RCs e RPs.....	134
Tabela 17 - Pontuação total do GAF, escala de incapacidade, dos RCs e RPs	134
Tabela 18 – Variáveis forenses dos RCs e RPs	135
Tabela 19 – Idade dos reclusos femininos (RF) e masculinos (RM)	137
Tabela 20 - Número de Categorias Diagnósticas nos RF e RM.....	138
Tabela 21 - Pontuação total e factorial do BPRS nos RF e RM.....	139
Tabela 22 - Pontuação do GAF, escala de incapacidade, nos RF e RM	139
Tabela 23 - Síntese da análise bivariável entre Necessidades de Cuidados Não-satisfeitas/Outra Pontuação, segundo a pontuação de reclusos e técnicos, e Factores do BPRS	143
Tabela 24 - Categorias Diagnósticas relevantes para o Risco de Suicídio nas RF.....	149
Tabela 25 - Categorias diagnósticas relevantes para o Risco de Suicídio nas RF e pontuação do Factor Ansiedade/Depressão (BPRS).....	149
Tabela 26 - Categorias diagnósticas relevantes para o Risco de Suicídio nos RM.....	149
Tabela 27 - Necessidades de Cuidados Não-satisfeitas relevantes para o Risco de Suicídio nos RF e RM	152
Tabela 28 – Necessidades de Cuidados Não-satisfeitas, pontuadas pelos técnicos dos RF e RM relevantes para o Risco de Suicídio	153
Tabela 29 - Variáveis sociodemográficas e clínicas relevantes nos PRs com Condenações Múltiplas	154
Tabela 30 - Análise de Regressão Logística Múltipla para extracção das variáveis mais relevantes para o Risco de Suicídio moderado/elevado nos PRs	159

Tabela 31 - Análise de Regressão Logística Múltipla para extracção das variáveis mais relevantes para as condenações múltiplas dos PRs.....	162159161
Tabela 32 - Análise de Regressão Logística Múltipla para extracção das variáveis mais relevantes para a necessidade não-satisfeita de cuidados no domínio Drogas nos PRs	165161163
Tabela 33 - Idade dos PRs e dos PCs	166162164
Tabela 34 – Síntese das variáveis sociodemográficas dos PRs e dos PCs	177166168
Tabela 35 - Variáveis clínicas de tipo categorial dos PRs e PCs	179168170
Tabela 36 - Variáveis Forenses nos PCs e PRs	186173174
Tabela 37 - Pontuação Total (BPRS) nos PCs e PRs	187174176
Tabela 38 - Pontuação da Avaliação Global do Funcionamento (GAF) dos PCs e PRs	188175176
Tabela 39 - Pontuações totais das secções CAN/CANFOR dos PRs e PCs	190177178

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Evolução da população prisional de Portugal entre 1998 e 2010.....	35
Quadro 2 – Comparação de algumas características da população reclusa entre os anos de 2004 e 2009	37
Quadro 3 – Frequência e taxas de suicídio nas prisões portuguesas entre os anos de 1998 e 2011.....	60
Quadro 4 - Variáveis do estudo operacionalizadas pela pontuação de instrumentos.....	9999 100
Quadro 5 - Número de categorias diagnósticas do MINI na amostra de reclusos	125 125127
Quadro 6 - Variáveis-resultado e frequências nos RF e RM.....	144 144146

**Parte I - Contexto e Fundamentação Científica da
Investigação**



"A Psiquiatria orienta-se, pelo seu espírito, para a cura em vez do castigo"

Pedro Polónio, 1975

Capítulo 1 - Justiça e Psiquiatria

Neste Capítulo é traçada a evolução da justiça penal desde o final da Idade Moderna e a interação com a especialidade médica da psiquiatria.

1.1. Os “Alienistas” e os Tribunais

A Psiquiatria¹ tem desempenhado, desde a sua fundação, um papel essencial nas fronteiras da Justiça e da Saúde.

O registo histórico dos contributos dos “alienistas” em processos judiciais e nas grandes reformas político-judiciais do século XIX² comprovam, desde muito cedo, a imprescindibilidade da participação do conhecimento médico nos actos mais relevantes da organização social, como sejam a elaboração e a aplicação de leis.

No âmbito da jurisprudência médica, a psiquiatria constituiu-se como uma nova ciência médica auxiliar na administração da justiça, o que contribuiu decisivamente para o seu reconhecimento como especialidade clínica (Gold, 2004, p. 4).

O importante corpo de conhecimento psiquiátrico-forense, reunido em mais de duzentos anos, justifica plenamente a identidade da Psiquiatria Forense como um importante ramo de uma especialidade médica que se destaca pela sua longa história.

Em Portugal, no curso do século XIX, várias personalidades merecem alusão pelos seus contributos para o avanço dos cuidados à população com patologia mental e reconhecimento da Psiquiatria como especialidade médica. O primeiro notável psiquiatra português António Maria de Sena (1845-1890) foi Director da primeira instituição criada de raiz para o tratamento das doenças mentais: Hospital do Conde de Ferreira, inaugurado em 1881. O seu rigor científico conduziu-o à realização do primeiro estudo estatístico nacional sobre doentes mentais, através de um inquérito dirigido aos médicos de 500 Concelhos, efectuado entre 1881 e 1882 (Sena, 1883, pp. 215-218). Eleito par do Reino em 1887, pelo Distrito de Viana do Castelo, elaborou um projecto de lei visando melhorar a assistência aos alienados. A lei, aprovada em 1888 e conhecida por Lei Sena, nunca foi regulamentada na íntegra mas manteve-se em vigor até à década de 60 (Silva, 1985, p. 26; Cardoso, 2003, p. 53). No seu trabalho “Os Alienados em Portugal Vol. I – História e Estatística” refere-se num estilo mordaz à situação dos alienados nas cadeias (Sena, 1883, p. 186):

¹ Johann Reil (1759-1813) “alienista” alemão criou a designação “*Psychiatrie*” (Shorter, 1997).

² Esquirol (1772-1840) foi autor da “*Loi sur l’Alienation Mentale*” (1838); uma lei que estendeu a sua influência até ao final do séc. XX. Interviu no caso de Pierre Rivière (homicida da mãe e dois irmãos) tendo sido comutada a pena de morte (Souza & Menezes, 2006, p. 32). Em 1840, Edward Oxford disparou contra a Rainha Vitória e o Príncipe Eduardo e, após testemunhos de dois médicos e três “alienistas”, foi considerado não culpado devido a doença mental (Gold, 2004, p. 27).

“As cadeias recebem também alienados. Remete-os para lá a autoridade administrativa ou policial com a mesma sem-cerimónia com que lança bolos de estricnina aos cães vadios. (...) Eu, pelo menos, se, sendo alienado pudesse escolher, antes queria os bolos de estricnina que a cadeira forte de Rilhafoles ou a habitação por dias em muitas das nossas cadeias.”

No âmbito parlamentar ficou registado o seu discurso de 1888 sobre o “Regimen Penitenciário”. Nesta intervenção divide os criminosos em três classes: “os criminosos natos, criminosos por defeito de educação e criminosos d’ocasião” e traça o perfil do preso condenado: “...esses homens no nosso paíz são, n’uma grande parte, agricultores de vinte a quarenta anos, habituados à vida livre dos campos desde que nascêrão, até que entrárão na prisão.” Considera que o regime celular (isolamento numa cela) instituído pela Lei de 1867 não se adapta à função reabilitadora e propõe as penitenciárias agrícolas ou mistas (Cardoso, 2003, p. 57). A sua actividade forense mereceu ainda a publicação do caso médico-forense do militar Marinho da Cruz (Fernandes, 1984).

Miguel Bombarda (1850-1910), nomeado Director do Hospital de Rilhafoles em 1892, empreendeu uma profunda reforma deste estabelecimento a nível sanitário, administrativo e disciplinar, tendo operado o que foi classificado como uma “transformação”. Foi um autor altamente profícuo tendo publicado cerca de 600 artigos e 20 livros desde o tempo de estudante até ao ano da sua morte (Silva, 1985, p. 25). No campo da psiquiatria forense publicou um estudo sobre a loucura penitenciária e dezenas de casos médico-legais de variada natureza nosológica. Não evitou conflitos com os tribunais na defesa da inimputabilidade dos doentes mentais (Fernandes, 1984).

Júlio de Matos (1856-1923) sucedeu a Miguel Bombarda como Director do Hospital de Rilhafoles e foi o primeiro professor de Psiquiatria da Faculdade de Medicina de Lisboa. De acordo com Barahona Fernandes (1984) a sua obra tem um elevado valor na assistência psiquiátrica, no ensino, na psiquiatria forense e na difusão da cultura objectiva (visão positivista) da psiquiatria. Foi autor da obra “Os Alienados nos Tribunais” onde divulga, ao longo de três volumes, os relatórios das perícias e a sequência dos acontecimentos então vividos (Silva, 1985, p. 25). Em 1906, no Congresso Internacional de Medicina em Lisboa, apresentou uma importante comunicação com o título “L’Assistance des aliénés criminels au point de vue législatif”.

É interessante constatar que a actividade actual da Psiquiatria Forense não diverge, no essencial, do trabalho dos “alienistas” do final dos séculos XVIII e XIX. A detecção de patologia mental nos indivíduos que praticaram actos ilícitos, o tratamento de indivíduos com perturbações mentais, imputáveis ou inimputáveis, detidos em prisões ou outros estabelecimentos³, e o trabalho de recuperação/integração destas pessoas permanecem como o trabalho de inúmeros psiquiatras em todo o mundo.

³ Philippe Pinel (1745-1826) foi nomeado médico-chefe dos asilos masculino de Bicêtre em 1793 e do feminino de Salpêtrière em 1795.

A fundação da psiquiatria, nas primeiras décadas do século XIX, como subespecialidade médica, decorre da revolução científica e cultural do Renascimento e do Iluminismo nos séculos XVII e XVIII (Gold, 2004, p. 4).

Na América do Norte e na Europa, a premência da liberdade de expressão, a divulgação de descobertas científicas e tecnológicas, a ascensão económica da burguesia, as viagens marítimas, tudo contribui para um contexto de transformação sociocultural que culminará com a separação da Igreja e do Estado e a afirmação dos direitos do indivíduo. Documentos como a Carta de Direitos dos Estados Unidos da América [CD EUA] (1789) e a Declaração Universal dos Direitos do Homem e do Cidadão [DUDH] (1948) expressam, eloquentemente, a ruptura profunda com o passado da nova visão do Homem e da Sociedade.

No mundo ocidental, as teorias patogénicas da origem das perturbações mentais originam-se nos conhecimentos médicos das civilizações egípcia, babilónica e greco-romana.

A teoria dos humores vitais da Escola Hipocrática (séc. V e IV a.C.) e das influências mórbidas dos elementos externos (alimentação, água, ar) de Galeno (séc. II d.C.) eram utilizadas para explicar variadas perturbações mentais e estas tentativas mostram como a Medicina Antiga procurava enquadrar a patologia mental no âmbito da arte médica e propunha-se intervir nessas situações, embora, frequentemente com métodos perigosos (purgas, sangrias, etc).

A alteração da capacidade de juízo e de decisão do indivíduo induzida por uma perturbação mental, especialmente quando coloca em perigo o interesse pessoal e o dos outros, é uma questão primordial na Psiquiatria Forense.

Na obra de Aristóteles⁴ e no Direito do Império Romano esta questão já se encontra bem enquadrada. De uma forma geral, os delitos cometidos por doentes mentais não tinham imputação, excepto se praticados em intervalos de lucidez, e o património dos “insanos” era protegido por leis que permitiam declará-los legalmente incapacitados e nomear curadores para administrar os seus bens (Polónio, 1975). Nos Códigos Justinianos eram mencionados o *furor* (insanidade), a *dementia* (demência), a *moria* (*estupidez*) e os *mente capti* (alienados em geral), como condições de inimputabilidade. Contudo, a avaliação da “insanidade” era uma matéria avaliada por juízes e não por médicos e assim se manteve até ao séc. XVIII (Colp, 2000) (Souza & Menezes, 2006, p. 29).

Na Idade Média, em Portugal, estão presentes em várias disposições das Ordenações Afonsinas⁵, tomo III, os conceitos de inimputabilidade, a propósito de difamação por autor “com bebedice ou sendo desmemoriado ou sandeu”, de vontade consciente e de propósito ou culpa.

⁴ Para Aristóteles (384-322 a.C.) a atribuição de um acto ao seu autor só é legítima se este possuir uma noção exacta da natureza e alcance do acto – os animais, as crianças, os idiotas, os loucos e os possessos por forças divinas não podem ter imputabilidade (Polónio, 1975).

⁵ As primeiras leis penais portuguesas foram as Ordenações Afonsinas (1446 ou 1447), seguindo-se as Ordenações Manuelinas (1521) e as Ordenações Filipinas (1603). Estas últimas vigoraram até à promulgação do Código Penal de 1852, sendo definitivamente substituídas com o Código Civil de 1867 (Adriano, 2010).

As posteriores Ordenações Filipinas mantêm e desenvolvem estes conceitos (Polónio, 1975, p. 12).

Importa ainda tecer algumas considerações sobre a proximidade da forma como a sociedade e as autoridades do mundo ocidental, até à Idade Moderna, lidavam com as pessoas portadoras de patologia mental e as pessoas com comportamentos transgressores. Se a fronteira entre estas situações ainda hoje é motivo de controvérsia, até à fundação da Psiquiatria, na transição do séc. XVII e XVIII, essa delimitação era especialmente obscura. A História permite-nos fazer um quadro de um significativo grupo de pessoas “indesejadas”: débeis e doentes mentais, mendigos, prostitutas, pequenos delinquentes. Estes indivíduos, incapazes de assegurar a sua subsistência no quadro dos valores sociais, não eram produtivos e tornavam-se incómodos de muitas formas.

O modo como as famílias e pequenas comunidades lidavam com os doentes mentais poderia ser igualmente deplorável. Se o comportamento dos doentes fosse perturbador ou vergonhoso, poderiam ser acorrentados e encerrados em celeiros, estábulos, ou noutros anexos. Quando falhavam os apoios possíveis, os doentes iam engrossar os fluxos de mendigos que vagueavam pelas estradas (Ey, 1955a).

Contudo, existia outro aspecto ainda mais horrendo. As crenças populares de que a perturbação mental podia ser o resultado de uma possessão por poderes sobrenaturais e demoníacos terão originado linchamentos e condenações de suplício⁶. Não é possível saber ao certo a extensão destas acções contra as pessoas com patologia mental, mas a oposição de várias personalidades do Renascimento⁷ contra estas práticas indicam que não seriam raras.

Vemos assim como os doentes mentais foram incluídos num grupo heterogéneo de indivíduos segregados, encerrados ou perseguidos até ao séc. XVIII. Apesar deste panorama nefasto cabe salientar o papel protector de várias Ordens Religiosas (Ordem de S. Jerónimo p.e.) e a comunidade de Gheel, Bélgica, cujas famílias acolhem doentes desde o séc. XIII (Ey, 1955a).

Em França, no séc. XVII, observa-se um investimento do Estado para a resolução do problema dos “indesejados”. Luís XIV, durante a reorganização administrativa de 1656, mandou construir dois grandes hospícios em Paris (Bicêtre para homens e Salpêtrière para mulheres) onde foram encerrados doentes, delinquentes, pessoas sem-abrigo e insanos (Shorter, 1997). Segundo Pichot (1983), esta medida que ficou conhecida por “A Grande Reclusão”, pretendeu segregar homens e mulheres que apresentavam alterações do comportamento de qualquer natureza.

⁶ Perto do final do séc. XV, Springer e Kraemer escrevem a obra “O Martelo das Bruxas” (*Malleus Maleficarum*, 1487), onde são descritas os tipos de “bruxaria” e a melhor forma de identificá-los (Souza & Menezes, 2006, p. 30).

⁷ Médicos como Johann Weyer (1515-1588), Giovanni Battista di Monte (1498-1552), Theophraste B. von Hohenheim (Paracelso) (1493-1541), foram decisivos na vitória sobre a visão demoníaca da doença mental, ajudando a pôr um fim à “caça às bruxas” (Ey, 1955a) (Fonseca, 1991) (Stone M. , 1997).

A partir de meados do séc. XVIII, em vários países europeus, verifica-se o surgimento de médicos dedicados ao estudo e tratamento de pessoas com perturbação mental. Esta actividade médica, que elegia os “alienados”⁸ como o seu objecto de trabalho, marcou definitivamente a identidade profissional destes clínicos, que se designavam por “alienistas” ou “*mad-doctors*” (Gold, 2004, p. 4). Observa-se, igualmente, que a par desta diferenciação médica os “alienistas” são chamados a participar, com frequência crescente, em julgamentos para se pronunciarem sobre a existência de “insanidade mental” em casos de crimes contra pessoas, ou na contestação de testamentos, por exemplo. Esta evolução opera-se no contexto do Iluminismo, movimento de cariz filosófico que propõe uma nova perspectiva sobre os múltiplos domínios da acção humana. O Homem, embora imperfeito, tem a capacidade de usar a Razão para corrigir a sua vida e compreender os fenómenos naturais, porque a natureza não é aleatória, obedece a leis e cabe à ciência desvendá-las. Estes ideais rompem com a mentalidade medieval, assente na autoridade e no misticismo, e opera-se uma mudança de paradigma na filosofia, na ciência, na jurisprudência, e na relação entre governo e governados. Particularmente na medicina, aqueles ideais geraram um optimismo terapêutico generalizado que, no campo da “alienação”, originou a ideia revolucionária de que os estabelecimentos podiam ser transformados em instâncias curativas (Shorter, 1997).

As doenças mentais vão perdendo, pouco a pouco, a aura sobrenatural e demoníaca e começam a ser encaradas como patologias do órgão da Razão: o cérebro. Assim sendo, constituem uma matéria clínica a ser investigada, explicada e tratada. Em Inglaterra, Battie⁹ defende na sua obra de 1758, *Treatise on Madness*, que a “insanidade” pode ser tratada e curada como outras doenças. E em França, no ano de 1801, Pinel¹⁰ publica uma das obras fundadoras da Especialidade: *Traité Médico-philosophique sur l’aliénation Mentale ou la Manie*.

No seu tratado, Pinel cria uma nova classificação de doenças mentais – mania, melancolia, idiotia e demência – e propõe como suas causas a hereditariedade e as influências do meio. Também descreve um método de tratamento, *le traitement moral* (uma palavra que neste contexto significa “mental”), para aliviar muitos sintomas da insanidade, através de um regime institucional de educação, fomento do juízo crítico e de persuasão (Colp, 2000). O seu gesto, como a sua obra, consolidaram as ideias do carácter patológico da doença mental e do benefício terapêutico do internamento (Ey, 1955a).

⁸ Félix Plater (1536-1615), médico em Basileia, aplicou pela primeira vez o termo “alienação” (Ey, 1955a)

⁹ William Battie (1704-1776) foi o primeiro médico inglês de renome a dedicar-se ao ensino clínico e ao tratamento de doenças mentais. O seu Tratado expunha uma crítica ao funcionamento do, tristemente célebre, *Bethlem Hospital*. Fundou o *St. Luke’s Hospital* em 1751 e podemos considerá-lo como o primeiro psiquiatra presidente do *Royal College of Physicians of London* em 1764 (Gold, 2004, p. 10).

¹⁰ Philippe Pinel (1745-1826), nomeado médico-chefe dos asilos masculino de Bicêtre (1793) e feminino de Salpêtrière (1795), propõe na sua obra o *traitement moral* (no sentido original de “mental”), conjunto de intervenções psicossociais sobre os doentes e o ambiente institucional (Gold, 2004, p. 11).

No nosso país a situação dos “alienados” é exemplarmente descrita por Bernardino António Gomes, primeiro médico da Família Real, extraordinariamente empenhado numa reforma dos cuidados aos doentes mentais (Gomes B. , 1843):

(...) “Os mais infelizes destes doentes, (...) são por isso recolhidos, não em asylas próprios, que os não há, mas nos Hospitales geraes das primeiras cidades do Reino, onde se lhes destina hum local, que pela situação, extensão, distribuição e outros arranjos internos, mais vezes parece abrigo para feras, ou hum despejo para residuos inúteis” (...)

No ano de 1842, o Governo, sob o reinado de D. Maria II, decreta que o edifício do antigo Convento de S. Vicente e Paulo, o Rilhafolles seja convertido em hospital de “alienados”. Nesse mesmo ano, Bernardino António Gomes acompanhado pelo Marquês do Faial, à data presidente da Comissão Administrativa da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa e Hospital de S. José, empreenderam uma viagem por vários países europeus, com o objectivo de observar e recolher todos os dados necessários para a fundação de estabelecimentos próprios para “alienados”, onde se aplicariam os mais recentes avanços no tratamento destes doentes. Durante quatro meses visitaram estabelecimentos na Holanda, Bélgica, Prússia Renânia, Baviera, Reino Lombardo Veneziano, Sabóia, França, Inglaterra, observando pormenorizadamente inúmeros aspectos da organização e funcionamento destas instituições (Oliveira, 1982). Nas memórias desta viagem, publicadas sob o título “Dos estabelecimentos para alienados nos Estados principais da Europa” (Gomes, 1843), constata-se uma situação muito desigual nas várias nações europeias.

Desta forma avança uma abordagem humanista aos doentes mentais, abandonando-se a superstição, os meios cruéis de contenção física e outras acções pretensamente terapêuticas, fundamentadas na teoria dos humores vitais, como as sangrias, as purgas ou a aplicação de vesicatórios.

O trabalho de Pinel e seus discípulos, dos quais se destaca Esquirol¹¹, em França, e dos “alienistas” na Grã-Bretanha lançou as bases para a psiquiatria forense no mundo ocidental. Até ao séc. XIX, os juízes não sentiam necessidade de aconselhamento em matérias legais que envolvessem “insanidade mental”. As crenças comuns sobre a patologia mental dispensavam a visão médica e a determinação do estado mental da pessoa em causa era realizada por critérios eminentemente sociais. (Gold, 2004, p. 6) Contudo, o reconhecimento de um novo corpo de conhecimentos e de prática médica sobre a “alienação” torna incontornável a audição dos clínicos nos tribunais. Inicialmente, como testemunhas por terem um conhecimento prévio do acusado e, progressivamente, como peritos chamados a avaliar o estado mental das pessoas levadas a julgamento, quer do foro cível ou criminal. Alguns julgamentos do séc. XIX tornaram-se famosos porque foram fortemente influenciados por

¹¹ Jean Étienne Dominique Esquirol (1772-1840), “alienista” que primeiro cunhou o termo alucinação e a distinguiu do delírio. Foi autor de uma classificação de doenças mentais, intitulada “*Les Monomanies*” onde refere: “(...) da monomania pode resultar acção criminosa e que este tipo de criminoso não deve ser punido, mas deve ser tratado em um hospital de doentes mentais.” (Souza & Cardoso, 2006, p. 31)

pareceres de “alienistas”. Destacamos o caso de Pierre Rivière¹², homicida condenado à morte em 1835, que viu a sua pena comutada graças à intervenção de Esquirol e de outros (Souza & Menezes, 2006, p. 32). Este “alienista” foi, ainda, um dos autores da lei de 1838, “Loi sur l’Aliénation Mentale” que continha determinações sobre os cuidados aos doentes, sobre os internamentos involuntários e propunha um asilo em cada departamento francês. Esta Lei, de teor muito abrangente, estendeu a sua influência até ao final do séc. XX (Colp, 2000).

Na Grã-Bretanha, a jurisprudência produzida no julgamento de Daniel M’Naghten¹³, em 1843, constituiu as regras que decidem sobre a insanidade mental e que ainda vigoram em muitos códigos penais. A partir do *Criminal Lunatic Asylum Act* de 1860 foram criadas as primeiras instituições de custódia para doentes mentais que tivessem cometido algum delito. O *Criminal Lunatic Asylum of Broadmoor* foi a primeira instituição destinada exclusivamente a este fim. O sistema do asilo-especial obteve bons resultados e serviu de modelo para a criação de instituições semelhantes nos EUA (Souza & Menezes, 2006, p. 33).

A justificação de “insanidade mental” para explicar actos criminosos começa a ser mais utilizada e os tribunais vão progressivamente aceitando que as testemunhas mais capazes para confirmar esta situação são, naturalmente, os profissionais que lidam e cuidam diariamente de “alienados”.

No campo da ciência jurídica a evolução racionalista consagra o princípio de “*Nullum crimen sine culpa*”¹⁴ da autoria de Cesare Bonesana, Marquês de Beccaria, que determina que os indivíduos com falta de capacidade para reconhecer os seus actos como delituosos não podem ser considerados culpados e logo não devem ser castigados com uma pena. Na impossibilidade de aplicar uma pena, como proteger o corpo social de novos delitos? Através de uma medida que garanta a segurança e o tratamento.

O conceito de “medida de segurança” surge, pela primeira vez, no projecto do Código Penal suíço, da autoria de Carlos Stoops, no ano de 1893 (Souza & Menezes, 2006, p. 31).

Os delinquentes considerados sem culpa (inimputáveis) devido a uma doença da “razão” deverão ser assistidos e controlados para recuperarem e não oferecerem perigo para a sociedade. Naturalmente que os locais e os primeiros responsáveis deste processo deverão ser os asilos/hospitais mentais e os “alienistas”. Assim sendo, o acompanhamento e o tratamento de indivíduos delinquentes com perturbação mental recai no campo da psiquiatria forense.

A partir do momento histórico em que a perturbação mental é entendida como uma matéria médica (objecto de estudo e de tratamento), e por outro lado, como outra contingência humana que pode influenciar o comportamento transgressivo face às normas e leis vigentes a

¹² O caso encontra-se descrito na obra de Michel Foucault “*Eu, Pierre Rivière, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão*”. Rio de Janeiro: Graal, 1977.

¹³ Daniel M’Naghten foi julgado pela tentativa de homicídio do Primeiro-ministro britânico (Souza & Menezes, 2006, p. 32).

¹⁴ “Sem culpa não há crime”

Justiça e Psiquiatria

actuação forense tornou-se indissociável da clínica psiquiátrica. De acordo com Silva (1985) a Psiquiatria era então uma Psiquiatria Forense e se o tronco da especialidade cresceu, não forense, até à actualidade, manteve um ramo actuante, o ramo Forense.

"Cuida de evitar os crimes
para que não sejas obrigado a puni-los"
Confúcio (551/479 a.C.)
1794)

"É preferível prevenir os delitos
a precisar puni-
los"
Cesare de Beccaria (1738-
1794)

1.2. Sistemas Penitenciários

A punição de comportamentos censuráveis, na esfera social, religiosa ou militar, justificou, desde a Antiguidade, a utilização de meios violentos e cruéis contra o corpo e a vida do transgressor.

Se o ofendido, ou os seus próximos, podem desejar uma retribuição sob a forma de vingança, as autoridades podem chamar a si, como função do seu poder, a administração do castigo. Progressivamente, o ónus de punir foi retirado da esfera privada e assumido pelos governantes, interditando as *vendettas* e, dessa forma, impedindo a desagregação do tecido social e consolidando a autoridade do Estado (Gonçalves P. , 2009, p. 19).

O castigo, como retribuição de um dano sofrido, seria um imperativo para afirmar a superação/sobrevivência dos ofendidos, confirmar o poder das autoridades e promover a dissuasão de novas ofensas.

A lei da retaliação (*Lex Talionis*), inspirada pelo princípio da semelhança, introduz alguma racionalidade ao estabelecer uma proporção entre o crime e o castigo infligido, de modo a que a pena seja proporcional à ofensa ou ao dano causado, embora com um grau de crueldade, actualmente, inaceitável¹⁵. Esta concepção de justiça – retributiva – existe há milénios e está expressa no Livro do Êxodo (Cap. 21:23 a 25)¹⁶ e no Código de Hammurabi (Gonçalves P. , 2009, p. 19).

Ao longo da Idade Média e parte da Idade Moderna (séc. XVI-XIX), o sofrimento físico, de intensidade atroz, e a indignidade exposta pela crueldade dos castigos, eram explorados e exibidos para as populações (Foucault, 1996, p. 63). A proporção da brutalidade do castigo teria menos relação com a gravidade da falta cometida, do que com o estatuto social do transgressor e da vítima. Nas Ordenações Filipinas as tabelas dos castigos indicados para as faltas determinam castigos mais suaves para fidalgos e mais severos para os plebeus.

O castigo poderia significar o suplício até à morte, o exílio ou a escravidão nas galés. As descrições das torturas e suplícios aplicados aos condenados, até há poucos séculos atrás, são tenebrosas e revelam o contributo dos princípios racionalistas e morais da Idade Moderna para o percurso da sociedade ocidental até à actualidade.

À medida que a crueldade medieval perdeu valor político, e que o interesse pela regeneração do transgressor ganhou pertinência filosófica e religiosa na nova ordem social do

¹⁵ Ladislau Thót identificou sete princípios da lei de talião *in* Gonçalves (2009, p. 18).

¹⁶ "se houver dano grave, então pagará vida por vida, olho por olho, dente por dente, pé por pé, queimadura por queimadura, ferida por ferida, golpe por golpe".

século das Luzes, o aprisionamento foi adquirindo, progressivamente, o valor de castigo, em detrimento das penas acima referidas.

Embora o encarceramento de indivíduos seja uma prática imemorial, a sua utilização até ao séc. XVIII não teria exactamente o significado de aplicação de uma pena, como na actualidade. Neste contexto, segundo Gonçalves (2009, p. 14), o conceito de “cárcere” refere-se ao local onde o acusado de um crime é detido sem a finalidade de uma pena e “prisão” ao estabelecimento onde os condenados são alojados durante o período da pena.

O cárcere seria, essencialmente, um meio de impedir a fuga ou a libertação por terceiros, até ser decidida e consumada a punição definitiva, num tempo em que a imaginação do Homem para infligir a dor e o sofrimento físico não tinha barreiras (Gonçalves P. , 2009, p. 18). A pena de prisão, com todos os avanços e recuos que a sua evolução conheceu, “foi uma grande conquista da modernidade”¹⁷.

A morte, a dor física ou a escravidão como castigos foram sendo progressivamente substituídas pela privação do bem “Liberdade” e pelo sofrimento do isolamento, como os meios privilegiados de promover a regeneração do condenado, através da reflexão interior e espiritual. A “prisão” converte-se num lugar de cumprimento do castigo e a sua organização deverá servir os fins das penas: retribuir e prevenir.

Importa salientar a contribuição da Igreja Católica, para a definição do sistema penitenciário moderno, pela forma como lidava com os transgressores. No seio do clero, a pena de morte não se aplicava por razões teológicas, sendo colocado grande ênfase na “cura da alma”. As punições aos elementos do clero secular consistiam em períodos de reclusão e isolamento, como um meio de transformação pessoal e de reaproximação à comunidade espiritual. O monge beneditino Jean Mabillon (1632-1707) defende na sua obra *Réflexions sur les prisons des ordres religieux*, publicada em 1724, uma penitência com um tempo proporcional à gravidade da falta e da culpa, baseada no isolamento da cela, mas com considerável contacto com o ar livre, necessário para a saúde do monge. Este deveria ter uma ocupação com trabalho útil e receber uma assistência espiritual que o guiasse num caminho de reabilitação (Adriano, 2010).

Com o declínio da sociedade feudal e o incremento do mercantilismo, a partir do séc. XVI, verifica-se uma vaga de migração dos campos para as cidades, o que terá originado um aumento da delinquência, mendicidade e prostituição. As autoridades procuravam defender a segurança pública através de acções repressivas: expulsões forçadas, açoites, marcas a fogo, mutilação das orelhas. Porém, estas acções eram insuficientes e de alcance temporário. Outro modo de lidar com a situação foi a construção de estabelecimentos “de correcção” onde os indesejados eram recolhidos e submetidos a trabalho obrigatório e a uma disciplina rígida (Gonçalves P. , 2009, p. 85).

Um dos primeiros a ser construído foi a “*House of Correction*”, nos arredores de Londres, numa propriedade do Rei Eduardo VI situada em St. Bridgte’s Well, que originou o

¹⁷ Paulo Pinto de Albuquerque citado in Gonçalves (2009, p. 11)

termo “*Bridwell*” como designação de estabelecimentos semelhantes. Posteriormente, o trabalho obrigatório deu lugar ao “trabalho forçado” como uma pena para o condenado (Gonçalves P. , 2009, p. 88).

Na Holanda, a experiência inglesa é reproduzida mas com a preocupação de melhorar o tratamento dispensado aos internados. O “*Rasphuis*” (estabelecimento para homens) é construído em 1595 e o “*Spinhuis*” (estabelecimentos para mulheres), um ano mais tarde.

Em França, Luís XIV, durante a reorganização administrativa de 1656, mandou construir dois grandes hospícios em Paris (Bicêtre para homens e Salpêtrière para mulheres) onde foram encerrados mendigos, criminosos, prostitutas e insanos (Shorter, 1997). Esta medida, conhecida por “a grande reclusão”, pretendeu segregar, através de medidas policiais, homens e mulheres que apresentassem perturbações do comportamento social, de qualquer natureza (Pichot, 1983).

Na Península Itálica são construídos os hospícios de *San Felipe Neri*, Florença (1653) e de *San Michele*, Roma (1704) como uma resposta aos estabelecimentos inspirados pela Reforma (Gonçalves P. , 2009, p. 91) (Adriano, 2010).

Importa salientar as contribuições de importantes personalidades na extraordinária evolução das concepções jurídicas e penitenciárias neste período.

Em Inglaterra, Thomas More (1478-1535) eminente humanista e estadista inglês, foi um dos primeiros a criticar as execuções públicas e a defender a proporcionalidade da pena em relação ao delito, assim como a finalidade correctiva do castigo. Por trágica ironia foi condenado e executado em consequência da oposição política a Henrique VIII.

Mais tarde, o pensamento filosófico de Kant e Hegel e, concretamente, a obra *Dei delitti e delle pene* publicada em 1764 por Cesare Bonnessana, Marquês de Beccaria (1738-1794) influenciam, decisivamente, uma ruptura no Direito Penal na transição do séc. XVIII para o séc. XIX. Nesta monografia, Cesare de Beccaria define (tipifica) os vários tipos de crimes e estabelece uma proporção entre a gravidade das transgressões e o respectivo castigo, independentemente do estatuto social do infractor. A finalidade da pena deve visar a mudança do comportamento pela “dor de alma”, e deste modo, evitar a reincidência e dissuadir os comportamentos criminosos dos outros homens. A sua posição é contrária aos castigos corporais (suplícios) e à pena de morte (Adriano, 2010).

O filantropo inglês John Howard (1726-1790) defendeu a melhoria das condições da reclusão e a separação entre homens e mulheres e entre adultos e jovens. Após visitar muitas prisões em vários países europeus, incluindo Portugal, publica em 1777, *The state of the prisons in England and Wales*, e em 1789, *An account of the principle of Lazarets in Europe*. Das suas observações salienta, pela arquitectura e funcionamento, dois estabelecimentos: o reformatório de *San Michele*, mandado erigir pelo Papa Clemente XI para jovens delinquentes e a Casa de Correção de Milão, construída em 1762. Nesta época já se refere ao elevado

número de doentes mentais detidos nas prisões e às condições deploráveis em que se encontravam¹⁸

Outra personalidade notável foi Jeremy Bentham (1748-1832) que propôs uma série de reformas do sistema jurídico britânico. Bentham pugnou pela finalidade correctiva do castigo, e pela pena de prisão como a sanção preferencial com o objectivo da “*recuperação e reclassificação social do condenado*” (Foucault, 1996). Foi autor da obra *Panopticom or the Inspection-House*, de 1789, onde propõe uma arquitectura penitenciária inovadora que possibilita, a partir de uma torre central, vigiar permanentemente as celas dispostas em círculo e em contra-luz (Figura 1).

Em Lisboa perdura um exemplar bem conservado de Panóptico, da autoria do Arquitecto José Maria Nepomuceno (1836-1895) no recinto do antigo Hospital Miguel Bombarda, actualmente Enfermaria-Museu. Esta enfermaria, inicialmente designada Pavilhão de Segurança acolhia os doentes com maior perigosidade e doentes inimputáveis ([Figura 3](#)).

Figura 1 – Panóptico em Stateville Correctional Center, inaugurado em 1925 (Illinois, EUA)



Fonte: Obtida de <http://www.roosevelt.edu/GageGallery/PreviousExhibitions/Prison>, acedido em Fevereiro de 2013.

Figura 2 - Panóptico do final do séc. XIX no Hospital Miguel Bombarda, Lisboa



¹⁸ “many of the bridwells are crowded and offensive, because the rooms which were designed for prisoners are occupied by lunatics (...). No care is taken of them, although it is probable that by medicines, and proper regimen, some of them might be restored to their senses, and usefulness in life” (Howard, 1784, cit. in (Reed, 2003)).

Fonte: Obtida de <http://lisboasos.blogspot.pt/2010/03/pavilhao-de-seguranca-museu-do-hospital.html>, acedido em Fevereiro de 2013

Na sequência da independência da nação norte-americana em 1779, o contexto político e religioso favorece uma preocupação cívica pelo delinquente que irá materializar novas concepções penitenciárias. Importa recordar que a Coroa Britânica deportava muitos condenados para as colónias nos dois hemisférios, onde muitos reincidiam em práticas criminosas. Esta situação (e a necessidade de mão-de-obra) exigia uma resposta adequada das autoridades. A *workhouse* norte-americana, que se tratava de uma colónia de trabalhos forçados agrícolas para delinquentes, evolui, posteriormente, para a penitenciária moderna. A acelerada industrialização do país determina que aquele tipo de modelo perca relevância e seja progressivamente abandonado.

O movimento religioso *Quaker*, originário de Inglaterra, e com grande influência em alguns Estados da União, combatia a pena de morte e propunha a recuperação e integração social do delinquente, através do trabalho, da educação e da prática religiosa. Sob esse prisma, a pena de prisão e a organização do regime de reclusão seriam meios decisivos para atingir esse fim.

O primeiro sistema penitenciário, inspirado no trabalho de John Howard, foi concretizado na *Western* (1828) e *Eastern Penitentiary* (1829) da cidade de Filadélfia, Estado da Pensilvânia, e por esse motivo foi designado por sistema filadelfiano, pensilvaniano ou celular. Este sistema determinava o confinamento e o isolamento permanente do recluso numa cela individual, de forma que o recluso apenas contactava com os funcionários ou guardas do estabelecimento. Ao recluso não era facultada nenhuma ocupação, além da leitura da Bíblia. Nos casos em que era proposto um trabalho, este deveria ser efectuado na cela.

Pretendia-se alcançar a recuperação do indivíduo através da meditação e do arrependimento, ao mesmo tempo que se impedia o contacto com outros prisioneiros para evitar a "corrupção" e a promiscuidade entre eles. O isolamento, praticamente total, é atenuado, pouco tempo depois, pelo sistema filadelfiano corrigido, no qual são permitidas visitas do exterior. Estes regimes penitenciários, que originavam uma elevada incidência de suicídios e de perturbações mentais graves, foram sendo, progressivamente, mais criticados junto da classe política e da opinião pública.

No ano de 1823 na Penitenciária da cidade de Auburn, Estado de Nova Iorque, foi adoptado um regime menos radical, posteriormente designado por sistema auburniano, que apenas preconizava o isolamento nocturno, sendo o trabalho e as refeições efectuadas em comum com os outros detidos. Contudo, o silêncio total era obrigatório, com excepção do diálogo estritamente necessário com os guardas, e imposto por chicote. Nas actividades em grupo era obrigatório para os reclusos envergar um capuz de forma a impedir a sua identificação. A defesa do anonimato pretendia defender o recluso do opróbrio social e prevenir qualquer tipo de associação ou de chantagem entre os prisioneiros.

As principais consequências nefastas do sistema filadelfiano também se verificaram neste sistema e determinaram o seu abandono. A evolução seguinte consistiu no designado sistema progressivo ou irlandês, aplicado pelo Capitão Maconochie, na ilha de Norfolk e,

posteriormente, por Walter Crofton na Irlanda. Este sistema preconizava uma transição em quatro fases e cada transição dependia do comportamento do preso. A primeira fase consistia em isolamento permanente, a segunda fase em trabalho diurno em comum e isolamento nocturno, a terceira fase em trabalho fora da penitenciária (*workhouses*), e a derradeira fase de liberdade condicional. O recluso recebia “marcas” ou “vales” pelos dias de trabalho e “multas” por mau comportamento. A pena terminava quando era alcançado um determinado número total de “vales”, e não por terminar um período de tempo definido.

Em suma, podemos considerar a história da utilização da prisão, no mundo ocidental, dividida em diferentes períodos. No primeiro período, desde a antiguidade até ao séc. XVI, o Direito laico não contemplava a pena de privação da liberdade como uma sanção para os delinquentes. Os castigos eram essencialmente físicos e brutais, e o cárcere constituía apenas um local de confinamento dos indivíduos que aguardavam o julgamento ou a condenação. Este local devia prevenir a fuga ou a libertação indevida do preso, e como tal situava-se em subterrâneos, masmorras, locais de difícil acesso e sem condições de salubridade. Não obstante, o Direito Canónico aplicava, aos sacerdotes e monges transgressores, a reclusão como uma medida de penitência indutora de arrependimento.

Num segundo período, compreendido entre o séc. XVI e o final do séc. XVII, a condenação às galés e a outros “trabalhos forçados” conhece uma aplicação generalizada na Europa. É igualmente neste período que são fundados os primeiros estabelecimentos para segregar e corrigir pessoas com comportamentos indesejados (vagabundos, mendigos, prostitutas, criminosos de pequena monta). O trabalho, a assistência religiosa e a disciplina, sancionada por castigos físicos, eram os meios usados para alcançar a mudança.

O terceiro período engloba os séculos XVIII e XIX. A partir do final do século XVIII a aplicação do suplício como a forma de castigo exemplar, assim como os trabalhos forçados, vão progressivamente desaparecendo na Europa. Para as autoridades torna-se mais importante atestar a sua dignidade e superioridade moral do que exibir o poder sobre o corpo do condenado que, de algum modo, está na continuidade da violência do crime. O espectáculo para as populações da dor física e da mutilação do corpo do condenado que podem revelar afinidades do castigo com os crimes, do carrasco com o homicida e dos juízes com os criminosos, é pouco a pouco abandonado. Mesmo quando é aplicada a pena capital, ela é executada num ambiente reservado e não público, onde se procura a ausência de dor sem justificação (Foucault, 1996).

Neste período, o ideário iluminista e liberal formula as características dos sistemas penitenciários que permitam a recuperação (correção) dos delinquentes. Os sistemas filadelfiano, auburniano e progressivo são a expressão deste amplo movimento. A nova arquitectura dos estabelecimentos reflecte uma preocupação especial com as condições de higiene, de isolamento, de vigilância, e estas matérias são debatidas nos Congressos Internacionais Penitenciários, organizados em várias cidades europeias no séc. XIX. Dão-se assim os primeiros passos de uma abordagem científica à problemática penitenciária (Adriano, 2010).

Os legisladores do séc. XIX, na globalidade dos países europeus, aplicam-se na criação de novos Códigos Penais. Estes Códigos, que em muitos casos vigoraram até perto do fim do séc. XX, incorporam a nova visão abstracta e formal do Direito e da “necessária liberdade do delinquente” (Barreiros, 1980, p. 63).

Em paralelo, desenvolve-se a compreensão do fenómeno transgressivo, originando-se a Criminologia, e a reflexão sobre a finalidade das penas, com ênfase na correcção/regeneração do delinquente.

1.2.1. Sistema Prisional Português

Nesta secção procurar-se-á conhecer o percurso do ordenamento jurídico-penal, em Portugal, desde o séc. XIX. Este conhecimento permitirá compreender o ponto de chegada (presente) e alicerçar os desenvolvimentos necessários do sistema prisional (futuro).

De acordo com Gomes, Almeida, Duarte, Fernando, Sousa, e Abreu (2003) o ordenamento jurídico-penal português atravessa três períodos delimitados da seguinte forma: o período entre a Constituição de 1822 e a Reforma Penal de 1936; o período entre esta Reforma e a Constituição de 1976, e finalmente desde 1976 até à actualidade.

As leis penais contidas no Livro V das Ordenações Filipinas vigoraram, em Portugal e nas respectivas colónias, até ao séc. XIX. O sentimento de vingança ainda parece prevalecer na determinação dos castigos, em que o sofrimento do condenado é explorado e exposto. Nestes preceitos, as penas a aplicar, além da pena de morte, eram eminentemente físicas, como as torturas, e muitos outros castigos como os açoites, por exemplo.

Após a Revolução Liberal de 1820, assiste-se a um intenso labor legislativo, designadamente na área político-jurídica. O Tribunal do Santo Ofício da Inquisição é extinto em 24 de Março de 1821, seguido pela abolição da pena de degredo. A Lei de Imprensa de 14 de Julho de 1821 constituiu outra peça legislativa importante ao conter um esquema geral do Código Penal, para além de um autêntico Código do Processo Criminal (Barreiros, 1980).

A partir das Cortes Constituintes de 1820 podemos situar o surgimento do Direito Penitenciário em Portugal, como a disciplina que se interessa pelos pressupostos teóricos das penas, pela recuperação do delinquente e pelos direitos e deveres do cidadão recluso. Nos primeiros anos das Cortes liberais a produção legislativa nesta matéria é algo avulsa, apesar do trabalho anterior de Pascoal de Melo Freire cujo Código de Direito Criminal de 1789, publicado em 1823, já integrar o novo ideário jurídico-penitenciário. Neste Código já se encontra uma preocupação pelas condições da reclusão e pela separação dos reclusos consoante a sua idade e a gravidade do delito, embora não se pronuncie claramente pela adopção de nenhum sistema penitenciário, já aplicados noutros países da Europa e na América do Norte (Barreiros, 1980).

Uma das mais importantes aplicações do ideário liberal na Europa, e em Portugal depois de 1820, foi a participação popular na administração da justiça, através da eleição de juízes (juízes de facto, juízes de paz) e de um júri. O julgamento por júri pretendia favorecer a

independência das decisões judiciais mas, em que, porventura, se perdia a valorização da prova a favor da “livre convicção” e das “provas morais”. De todo o modo, a utilização de júri foi sofrendo avanços e recuos legislativos nos séculos XIX e XX, pelo que nunca se estabeleceu de forma corrente no nosso país.

Em 1836, uma Comissão de juristas nomeados pelas Cortes conclui um trabalho de revisão dos múltiplos diplomas, e são promulgados três decretos-lei que consubstanciam a Nova Reforma Judiciária. Todavia, logo em 1840, e fruto de uma nova viragem política, é lançada por Costa Cabral a Novíssima Reforma Judiciária, inspirada no modelo de processo criminal francês pós-revolucionário que efectuava uma síntese entre a tradição do modelo de processo inquisitorial e o modelo de processo acusatório anglo-saxónico, com júris participando na acusação e sentença. Este diploma permaneceu em vigor até 1929, complementado, no entanto, por algumas dezenas de leis penais (Barreiros, 1980).

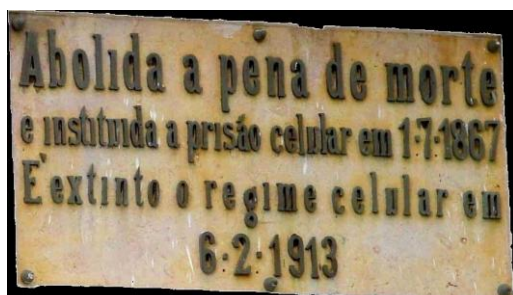
A discussão sobre o modelo judiciário, os atributos das penas e a organização do sistema penitenciário foi recorrente durante o séc. XIX. Neste ponto salienta-se a contribuição de Levi Maria Jordão na sua obra de 1853 “O Fundamento do Direito de Punir” em que claramente define como um dos deveres do Estado a punição do infractor, o valor da pena como corrector moral e dissuasor racional e a incriminação baseada na justiça moral e no interesse social¹⁹ (Barreiros, 1980; Gomes et al., 2003).

Em 1859, sob o governo do Marechal Saldanha, é promulgado um Código Penal, que visa a determinação da pena em função do crime, baseado em vários Códigos Criminais europeus (França, Espanha, Áustria, Nápoles), no qual os castigos físicos são definitivamente abandonados em favor das penas de prisão.

A Lei de 1 de Julho de 1867, também conhecida como a Reforma Penal de Barjona de Freitas, sob o reinado de D. Maria II, decreta a abolição da pena de morte para os delitos de natureza civil e sua substituição pela prisão perpétua (a pena capital para crimes políticos tinha sido abolida em 1852), assim como a pena de trabalhos públicos reintroduzindo, contudo, a pena de degredo. Esta Lei consagra ainda a aplicação do sistema penitenciário filadelfiano corrigido (reclusos em celas individuais e em isolamento total dos outros presos, mas com a possibilidade de receberem visitas de familiares e amigos).

¹⁹ Levi Maria Jordão inspirou-se na Doutrina Correccionalista de Roeder (1806 – 1879) que defendia que a finalidade maior da pena seria a mudança do agir do indivíduo de forma a evitar novos actos criminosos.

Figura 3 – Placa na Penitenciária de Lisboa alusiva à abolição da pena de morte (1867) e à extinção do regime celular na prisão (1913)



Fonte: Exposição Virtual da DGSP (DGSP, 2011)

Em 1884, após um período atribulado de criação de projectos legais rapidamente criticados e abandonados, foi aprovada pela Câmara dos Deputados a Nova Reforma Penal (Lei de 14 de Junho). Esta legislação criou uma escala de penas semelhante à actualmente em vigor e extinguiu diversas penas (de degredo, de trabalhos públicos e de prisão perpétua).

Apesar das discussões recorrentes, apenas no final do séc. XIX se concretiza uma opção política por um regime penitenciário de tipo celular, inspirado no sistema filadelfiano, numa época algo tardia, tendo em atenção as críticas que este regime já tinha merecido e o seu abandono em diversos países. Este regime foi aplicado, oficialmente, entre 1884 e 1913, data em que foi proposto a sua substituição pelo sistema auburniano, igualmente já ultrapassado nesta data. As críticas aos regimes penitenciários celulares (filadelfiano e auburniano) salientavam os danos no estado mental dos prisioneiros e o elevado número de suicídios.

Embora a legislação determinasse, desde 1867, a aplicação do sistema filadelfiano, só com a inauguração da Penitenciária de Lisboa em 1885 houve condições para aplicar materialmente este sistema, e posteriormente, com a abertura das Penitenciárias de Santarém e de Coimbra, em 1890 e 1901, respectivamente (Direcção-Geral dos Serviços Prisionais [DGSP], 2011).

A construção da Penitenciária de Lisboa, que demorou doze anos, esteve envolvida em viva polémica entre o Partido Regenerador e a Oposição devido a actos de má gestão e desvio de fundos. Tal contribuiu para aumentar o atraso na aplicação do sistema penitenciário. À data, em que alguns países procuravam implementar um terceiro sistema penitenciário, Portugal começava a aplicar o seu primeiro. Rapidamente alastraram as críticas ao sistema vigente na sua maioria provenientes de personalidades republicanas.

Neste ponto cabe salientar o valor histórico e arquitectónico deste complexo penitenciário, brilhantemente apresentado por Adriano (2010). Esta “cidade punitiva”, inspirada na Penitenciária edificada em 1860 na cidade de Lovaina, Bélgica, testemunha um percurso desde o ideário liberal sobre a recuperação do delincente, até ao seu uso na repressão de opositores políticos na I República, pelo que foi apelidada de “Bastilha da República” ([Figura 4](#)).

Figura 4 – Penitenciária de Lisboa



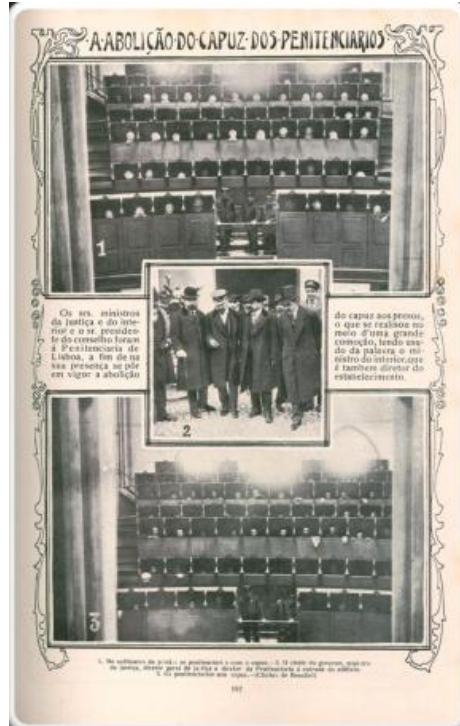
Fonte: Exposição Virtual da DGSP (2011)

A implantação da República, em 1910, desencadeou uma profunda reforma no sistema penitenciário, designadamente, com a extinção do regime filadelfiano, entendido como um símbolo da Monarquia, muito criticado por personalidades republicanas, e à época, já extinto em muitos países europeus. Por outro lado, o laicismo republicano eliminou a componente religiosa no sistema penitenciário. Os capelães da Penitenciária de Lisboa são destituídos e colocados em trabalhos administrativos e a capela central é convertida em posto de vigilância (DGSP, 2011).

Em 29 de Janeiro de 1913 foi criada pelo Ministério da Justiça a Comissão da Reforma Penal e Prisional, integrada essencialmente por juristas e médicos, que iria introduzir mudanças profundas no sistema penal. Um evento assinalado neste processo reformista, registado na imprensa, consistiu na cerimónia oficial da abolição do capuz²⁰ na Penitenciaría de Lisboa, na qual 600 reclusos retiraram, definitivamente, tal peça ([Figura 5](#)~~Figura 5~~~~Figura 5~~ e [Figura 6](#)~~Figura 6~~~~Figura 6~~).

²⁰ O capuz, obrigatório no sistema filadelfiano, garantia o anonimato do prisioneiro, especialmente para os outros reclusos, procurando evitar associações e chantagens mútuas (DGSP, 2011).

Figura 5 – Página da “Ilustração Portuguesa” (1913) que retrata a cerimônia de abolição do capuz



Fonte: Exposição Virtual da DGSP (2011)

Figura 6 – O capuz penitenciário



Fonte: Exposição Virtual da DGSP (2011)

A evolução subsequente para o sistema auburniano significou igualmente a possibilidade dos reclusos trabalharem em grupo, e para tal são construídas amplas oficinas na Penitenciária para a ocupação simultânea de largas dezenas de prisioneiros.

Os cuidados aos prisioneiros, a dita assistência prisional foi uma acção, ora sob uma perspectiva religiosa, ora sob um ponto de vista laico, que possui uma longa tradição. Mesmo na época em que a punição se compreendia como puro pagamento de uma dívida do delinquento ao Estado não deixou de ser considerado o problema da assistência prisional e pós-prisional. A sociedade civil e a Igreja sempre revelaram interesse nesta matéria e originaram, por exemplo, os compromissos das Misericórdias e instituições como as Conferências de São Vicente de Paula.

A este propósito, podem citar-se a Lei de 1 de Julho de 1867, o Decreto de 20 de Novembro de 1884, a Lei de Julho de 1893 e o Regulamento das Cadeias Civis, de 28 de Setembro de 1901. Na Lei de 1867 é realçado o papel das associações privadas na “instrução e moralização dos condenados”, que eram financiadas com uma parte do produto do trabalho dos reclusos, sendo o restante entregue ao Estado (Gomes et al., 2003; Decreto Lei 268/81, de 16 de Setembro).

Até ao final da Monarquia competiu às Comissões de Patronato²¹ de Lisboa e do Porto prover à subsistência da família e apoiar a reintegração do condenado. Em 1932, foi criada a Associação do Patronato das Prisões, entidade com iguais propósitos, mas com um maior componente civil (Gomes et al., 2003).

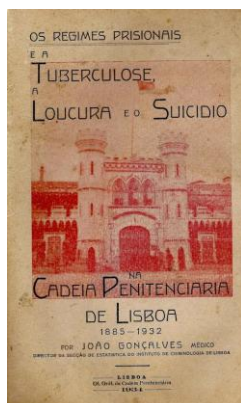
A participação médica no desenvolvimento do sistema prisional e no acompanhamento clínico dos reclusos revelou-se muito presente. Salienta-se a presença, na Comissão da Reforma Penal e Prisional de 1913, de Júlio de Matos, à época Professor de Psiquiatria e Director do Manicómio Bombarda e de Rodrigo Rodrigues, médico e Director da Penitenciária de Lisboa. A título de exemplo da investigação médica nas prisões cita-se a monografia de João Gonçalves “Os Regimes Prisionais e a Tuberculose, a Loucura e o Suicídio na Cadeia Penitenciária de Lisboa, 1885-1932”, publicada em 1935 ([Figura 7](#)~~Figura 7~~~~Figura 7~~).

A Reforma Prisional de 1936 (Decreto nº 36643, de 28 de Maio) introduz o sistema penitenciário progressivo, e a aplicação de dois regimes de liberdade condicional. Um regime de liberdade condicional, “obrigatória ou necessária”, após o cumprimento integral da pena, como uma etapa na ressocialização de categorias específicas de condenados (p.ex. os delinquentes habituais), e um regime de liberdade condicional facultativa, após o cumprimento de pelo menos metade da pena, podendo ser prorrogada de dois em dois anos até ao máximo de dez anos.

²¹ As Comissões de Patronato eram constituídas por altas entidades do Clero, da Justiça, dos Municípios e sociedade civil (Cardeal Patriarca de Lisboa e Bispo do Porto, Presidentes das Relações de Lisboa e Porto, Procuradores Régios, Governadores Civis de Lisboa e Porto, Presidentes dos Municípios, Provedores das Santas Casa da Misericórdia, dez Senhoras e dez industriais, proprietários e comerciantes – Art.º2 do Decreto de 23 de Agosto de 1902)

A assistência social aos reclusos fica a cargo do Estado que, praticamente, assume a responsabilidade integral e dispensa as associações privadas deste papel (Gomes et al., 2003).

Figura 7 – Capa da Monografia do Dr. João Gonçalves, editada em 1935, Lisboa



Fonte: Exposição Virtual da DGSP (2011)

Em 1944, a Lei nº 2000, de 16 de Maio, cria o Tribunal de Execução das Penas (TEP). Este facto é particularmente importante porque significa a criação de uma abertura entre dois sectores que tradicionalmente não partilhavam responsabilidades: o sector judicial, de determinação das penas, e o sector administrativo penitenciário, ao qual cabia o cumprimento das ditas. Embora, inicialmente, com uma amplitude de intervenção muito reduzida, o TEP introduz o Direito numa esfera de potencial arbitrariedade – a penitenciária.

A reforma do Código Penal de 1954 e a publicação da nova orgânica do Ministério da Justiça (Decreto-Lei nº 40876, de 24 de Novembro de 1956) veio reforçar a responsabilidade do Estado na assistência social aos reclusos e valorizar o papel dos assistentes e auxiliares sociais. Estes deveriam possuir uma formação específica e o seu trabalho deveria ser desenvolvido dentro e fora do sistema penitenciário, designadamente junto dos Tribunais (Gomes et al., 2003).

A liberdade condicional necessária, definida pela Reforma de 1936, foi entretanto revogada em 1972 (Decreto-Lei nº 184/72, de 31 de Maio), sendo fixado que o período de liberdade condicional não poderia exceder a duração da pena (Gomes et al., 2003).

Com a Revolução de Abril de 1974, a Constituição de 1976 e a revisão de 1989, foi iniciado um novo capítulo na evolução do sistema prisional. Até ao momento presente destacam-se como pontos-chave: o novo enquadramento do TEP, com uma missão mais alargada, de que faz parte o acompanhamento do indivíduo condenado até à sua reinserção social (Decreto-Lei nº 783/76, de 29 de Outubro); a reforma da execução da pena de prisão, onde é exigido o Plano Individual de Readaptação (PIR), e onde são classificados os Estabelecimentos Prisionais (EPs) em Regionais, Centrais e Especiais, de acordo com a

natureza e penas dos reclusos, e em relação ao seu nível de segurança, a flexibilização da execução das penas com a definição das saídas precárias prolongadas e de curta duração.

O extenso Relatório coordenado por Gomes et al. (2003) concluiu que existia uma elevada concordância dos diferentes agentes judiciários sobre os princípios gerais e as normas da reinserção social dos reclusos. No entanto, à data, verificava-se uma unanimidade sobre o enorme hiato entre os princípios fixados na legislação e a prática quotidiana, nomeadamente, na ausência de elaboração de PIR e de um plano pós-libertação, das limitadas condições de acesso ao ensino e a uma formação profissionalizante orientada para a comunidade, da deficiente selecção dos reclusos para acções reabilitativas e de colocação dos reclusos nos estabelecimentos e alas mais adequados à sua recuperação, da insuficiência de cuidados de enfermagem necessários para a toma da medicação e tratamento das dependências químicas. A terceira conclusão referia-se à deficiente comunicação e articulação intra e intersectorial entre as esferas judicial, prisional e social, de que resultava perda de eficácia e custos acrescidos. Um ponto assinalado como negativo referia-se à transferência da responsabilidade da execução da pena de prisão do Instituto de Reinserção Social (IRS) para a DGSP, que favorecia o “encerrar” do sistema prisional sobre si próprio. A quarta conclusão abordava a necessidade de oferecer formação aos quadros técnicos e corpo de guardas prisionais de forma a aumentar a sua adaptação aos desafios colocados por uma população prisional com elevados níveis de abuso de substâncias e com grupos orientados para uma criminalidade sofisticada e organizada. Finalmente, a quinta conclusão referia-se à importância de produzir as mudanças necessárias de acordo com uma visão sistémica, desde a selecção e formação dos magistrados até à integração do sujeito delincente.

1.2.2. Serviços Prisionais na actualidade

Os Serviços Prisionais possuem um papel crucial no desenvolvimento da prevenção criminal e na reinserção social dos delinquentes, através da assistência prisional e pós-prisional.

A importância destes objectivos é claramente expressa no preâmbulo do Decreto-Lei n.º 268/81, de 16 de Setembro (entretanto revogado). Este diploma reconhecia as múltiplas dificuldades de um sistema que por “inércia governativa” não acompanhou as exigências da sua missão e sugeria a “constituição de um serviço de auxílio à reinserção social do delincente (imputáveis e inimputáveis)”, como uma das medidas para a “eficaz prevenção criminal, domínio em que pouco mais que nada se tem feito”. Decorridos vinte anos, o discurso incisivo empregue pelo legislador permanece actual.

Os Serviços Prisionais Portugueses são administrados pela Direcção-Geral dos Serviços Prisionais (DGSP), um organismo de administração directa do Estado, no âmbito do Ministério da Justiça.

A missão e a organização da DGSP têm recebido, desde a década de 80, diversas contribuições legislativas orientadas para um processo de reorganização profundo dos Serviços Prisionais. Salientam-se o Decreto-Lei n.º 268/81, de 16 de Setembro, como um texto

legal abrangente e definidor de uma orgânica dos Serviços Prisionais que vigorou até 2007, e o Decreto-Lei n.º 125/2007, de 27 de Abril (2007), que veio redefinir a anterior orgânica na sequência da Lei Orgânica do Ministério da Justiça, publicada no Decreto-Lei n.º 206/2006, de 27 de Outubro.

De acordo com o Decreto-Lei n.º 125/2007 a DGSP tem como missão “a gestão do sistema prisional, assegurando condições de vida compatíveis com a dignidade humana e contribuindo para a defesa da ordem e paz sociais, através da manutenção da segurança da comunidade e da criação de condições de reinserção social dos reclusos, permitindo-lhes conduzir a sua vida de forma socialmente responsável”.

A DGSP é dirigida por um Director-Geral coadjuvado por três Subdirectores-Gerais. O Director-Geral preside ao Conselho de Coordenação Técnica, órgão com funções consultivas e destinado a apoiar tecnicamente as tomadas de decisão relevantes em matéria de execução de penas e gestão penitenciária.

A nova organização interna da DGSP, em conformidade com as orientações do Programa de Restruturação da Administração Central do Estado, obedece a um “modelo estrutural misto, de raiz hierarquizada e matricial”. As áreas de actividade de gestão e administração, bem como de execução de penas e medidas privativas de liberdade, de estudos e planeamento, formação e de segurança, baseiam-se num modelo de estrutura hierarquizada. As áreas dos tratamentos penitenciários, nomeadamente a prestação de cuidados de saúde, o ensino, a formação profissional, o trabalho, o desporto, a animação sociocultural, e a preparação, em colaboração com a Direcção-Geral de Reinserção Social, da liberdade condicional e da liberdade para prova, e ainda na área da exploração das actividades económicas dos estabelecimentos prisionais, seguem um modelo de estrutura matricial, agrupadas por centros de competências (DL 125/07, 2007).

O papel da anterior “Direcção de Serviços de Saúde” transitou para o designado “Centro de Competências para a Prestação de Cuidados de Saúde” da orgânica actual.

O financiamento dos Serviços Prisionais provém de fundos públicos, embora a DGSP tenha autonomia para gerir verbas provenientes de receitas próprias: estas devem obrigatoriamente ser aplicadas em certas áreas definidas na lei, como o investimento na melhoria da qualidade dos serviços prisionais.

Como referido anteriormente, os Estabelecimentos Prisionais (EPs) são classificados como: Centrais, Especiais e Regionais. Nos EPs Centrais são colocados, predominantemente, os reclusos condenados a penas de prisão. Os EPs Especiais são dedicados às populações de mulheres (EP de Tires e Sta. Cruz do Bispo) e jovens dos 16 aos 21 anos (ex. EP de Leiria). Nos EPs Regionais encontram-se os detidos em prisão preventiva, embora devido a falta de vagas aí permaneçam muitos reclusos a cumprir pena. Os EPs Centrais, Especiais e Regionais são dirigidos por um Director e um Conselho Técnico.

Os EPs Centrais e Especiais possuem na sua estrutura serviços orientados para os reclusos, como sejam, um Serviço de Educação e Ensino, um Serviço Social, um Serviço de Assistência Médica e um Serviço de Assistência Religiosa. Os EPs Regionais deverão igualmente dispor do pessoal necessário para assegurar os mesmos serviços.

Os dados gerais e estatísticos que serão apresentados nas secções seguintes referem-se ao ano de 2009 por se tratar do ano de início do presente estudo, salvo outra indicação.

No final do ano de 2009, o sistema prisional dispunha de 49 Estabelecimentos Prisionais – 17 Centrais, 4 Especiais, 27 Regionais e 1 Cadeia de Apoio – distribuídos de Norte a Sul do país, bem como pelas Regiões Autónomas da Madeira e dos Açores (DGSP, 2009).

Na secção seguinte serão descritos, essencialmente, os serviços prestadores de cuidados de saúde aos reclusos, dispensando-se a descrição completa da actual orgânica dos Serviços Prisionais por ser menos relevante no âmbito deste trabalho.

1.2.2.1. Avaliação dos Serviços Prisionais

O Serviço de Auditoria e Inspeção (SAI) mantém na actual orgânica da DGSP, definida pelo Decreto-Lei 125/2007, a função de assegurar a manutenção da ordem, disciplina e organização dos EPs.

O SAI é dirigido pelo Director-Geral, com coordenação de Magistrados nomeados em comissão de serviço, por despacho do Ministro da Justiça, obtida a autorização dos respectivos Conselhos Superiores, e engloba três delegações (Norte, Centro e Sul).

No âmbito da sua missão, a garantia dos direitos fundamentais dos reclusos e da qualidade do tratamento penitenciário, o SAI instaura processos disciplinares e de averiguações, elabora pareceres solicitados pelos EPs, efectua auditorias e monitoriza as lotações das prisões. Uma parte substancial da actividade do SAI é a inspecção dos estabelecimentos prisionais, tanto com carácter geral como sectorial.

Para além do controlo interno do SAI e do próprio Ministério da Justiça (Inspeção-Geral dos Serviços de Justiça), a DGSP é fiscalizada nos vários domínios da sua acção por organismos externos de controlo: pelo Tribunal de Execução de Penas, no que toca à apreciação de recursos referentes a decisões disciplinares sobre reclusos ou de queixas apresentadas por estes, assim como também pela Provedoria da Justiça e pela Assembleia da República, através das suas Comissões ou iniciativas de Deputados (Xavier, Talina, & Morais, 2007).

O Relatório de Actividades de 2009 da DGSP apresenta os resultados de uma avaliação que segue as orientações actuais para a Administração Pública em geral.

A metodologia empregue é rigorosa, com a definição de objectivos e metas para a DGSP no global e respectivas Unidades Orgânicas, e quantificação dos resultados alcançados em função das metas propostas. Um parâmetro da avaliação consiste na avaliação de satisfação interna (do pessoal) e externa (das entidades parceiras). Os resultados mostram que a satisfação interna foi inferior (2,8 em 5) em relação à satisfação externa (4,2 em 5).

Numa óptica de avaliação externa sobre a qualidade cabe citar o estudo de (Torres, Gomes, Leite, Gonçalves, & Mendes, 2001), que no contexto de um trabalho de investigação de matriz sociológica sobre a toxicod dependência na prisão, efectuou um inquérito de satisfação aos reclusos e Directores de EPs.

Relativamente às condições de vida na prisão os reclusos apontam como aspectos mais negativos, a alimentação (46,2% declaram que é má), os serviços de saúde (32% consideram-nos maus e 19,2% insuficientes) e o alojamento (30,4% consideram-no mau e 14,4% insuficiente). Quanto ao que mais preocupa os reclusos, destacam-se as doenças infecto-contagiosas (64,8% estão muito preocupados), a sobrelotação (59,4% estão muito preocupados) e as drogas (39,7% estão muito preocupados, se bem que 32,1% referem que não estão nada preocupados).

Os reclusos consumidores de drogas são muito mais cépticos em relação à eficácia do maior controlo e vigilância como possibilidade de impedir a entrada de drogas na prisão. Sobre as medidas relacionadas com a toxicod dependência, a maioria dos reclusos considera como

mais importantes as seguintes: o acesso mais fácil a programas terapêuticos (81,3%), a criação de mais alas/unidades livres de drogas (66,9%), o acesso mais fácil a programas de substituição (65,4%), maior vigilância (63,6%), programas de troca de seringas (51 %) e salas de injeção assistida (40,4%).

A opinião dos Directores foi significativamente diferente da dos reclusos em diversas áreas. Relativamente às condições de vida nas prisões, salientam principalmente aspectos positivos, tanto na alimentação (55% consideram a alimentação boa e 45% razoável), como na qualidade do alojamento (22,5% consideram o alojamento bom e 40% razoável). As preocupações dos Directores prendem-se principalmente com a falta de verbas (77% estão muito preocupados), as drogas (48,8% estão muito preocupados), as doenças infecto-contagiosas (48,7% estão muito preocupados) e a sobrelotação (39,5% estão muito preocupados).

Embora seja notória a diferença entre a apreciação das condições de vida nos EPs entre reclusos e Directores, no que diz respeito aos problemas mais sérios do sistema prisional verifica-se uma convergência na identificação dessas situações.

1.2.2.2. Cuidados de Saúde nos Serviços Prisionais

Nas próximas secções procurar-se-á efectuar um levantamento da situação dos cuidados de saúde, e de saúde mental, no sistema prisional, sem propósito de exaustividade, de forma a fornecer o enquadramento político-institucional da presente investigação e lançar uma reflexão para as mudanças no futuro.

O Centro de Competências para a Prestação de Cuidados de Saúde tem como responsabilidades principais orientar a prestação de cuidados de saúde aos reclusos, quer sejam profilácticos ou terapêuticos, assegurar a formação do pessoal e efectuar a assessoria técnica necessária.

A prestação de cuidados de saúde aos reclusos é efectuada, nos regimes de internamento ou de "utente externo". Os internamentos são efectuados, em primeira linha, nas estruturas de saúde distribuídas pelo sistema prisional, e quando indicado e necessário, são utilizados os serviços de saúde públicos (Serviço Nacional de Saúde, SNS).

As estruturas prisionais com internamento são, por ordem de dimensão, o Hospital Prisional de São João de Deus (HPSJD) – descrito adiante, a Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental (CPSM) no EP de Santa Cruz do Bispo, as Enfermarias nos EPs de Alcoentre, Funchal, Leiria, Linhó, Lisboa, Paços de Ferreira e do Porto.

Actualmente, uma grande parte da prestação de cuidados de saúde em regime externo nos EPs, por ex. consultas médicas, cuidados de enfermagem, consultas de estomatologia, consultas de outras especialidades médicas, encontra-se contratualizada com entidades privadas. De acordo com as necessidades de cada EP são abertos concursos de prestação de serviços de saúde. Em 2009 realizou-se um concurso internacional para a adjudicação da maior parte da actividade hospitalar a uma entidade externa.

A prestação de cuidados de saúde por entidades exteriores ao sistema prisional poderá não favorecer a qualidade da articulação entre os profissionais de saúde e os outros profissionais envolvidos na reabilitação dos reclusos. Especialmente relevante é a articulação prévia à saída para o exterior, seja por liberdade condicional seja por conclusão da pena, que poderá ser menos valorizada por entidades externas contratadas.

Nas situações de emergência médica, os reclusos podem ser transportados aos Serviços de Urgências públicos, que assegurarão os cuidados imediatos. Se houver necessidade de internamento, especialmente de unidades diferenciadas, os reclusos permanecerão no hospital sob a vigilância da Guarda Prisional. Logo que seja possível os reclusos serão transferidos para as unidades de saúde prisionais atrás referidas.

Uma realidade manifestamente reconhecida pela DGSP é que os reclusos à entrada do sistema prisional apresentam elevados níveis de morbilidade, especialmente relativos a doenças infecto-contagiosas (seropositividade para HIV, hepatites virais, tuberculose, doenças sexualmente transmissíveis) e toxicodependências. Esta situação impulsionou a proposta de um novo modelo de organização e de funcionamento da prestação de cuidados de saúde em meio prisional, na sequência do Despacho Conjunto 33/03 de 10-12-2002, cujos pressupostos essenciais assentam na tutela técnica do Ministério da Saúde e na responsabilização do Ministério da Justiça pelos meios logísticos necessários e de garantir a funcionalidade e articulação dos vários sectores envolvidos. A Comissão Técnica designada para estudar e propor as necessárias medidas de implementação do novo modelo organizacional de cuidados de saúde elegeu as seguintes dez áreas de intervenção, de forma a cobrir as necessidades de saúde da população reclusa: saúde pública, promoção de saúde, cuidados gerais (clínica geral, especialidades, internamentos hospitalares e urgências), tuberculose, doenças transmissíveis virais, toxicodependências, saúde mental, saúde oral, meios auxiliares de diagnóstico e medicação (Xavier et al., 2007).

Nestas áreas foi assumido como primeira prioridade a prevenção e tratamento das doenças infecciosas e toxicodependências, o que tem originado várias intervenções de que se salientam as seguintes:

- Projecto "Sida em Meio Prisional". Trata-se de uma parceria entre a DGSP, a Fundação Calouste Gulbenkian, a Comissão Nacional de Luta Contra a Sida e o Instituto da Droga e da Toxicod dependência concretizada em 23 de Novembro de 2004 com a assinatura de um Protocolo. Esta iniciativa integra também uma vertente de tratamento com o enquadramento de toxicod dependentes e indivíduos infectados por VIH num programa de tratamento sob observação directa com anti-retrovirais, antibacilares e metadona, dirigidos por uma equipa multidisciplinar, com controlo de eficácia terapêutica e monitorização de efeitos adversos. A promoção de estilos de vida saudáveis e a prevenção de comportamentos de risco são também objectivos deste projecto que tem uma duração de três anos.
- Plano de Acção Nacional para o Combate à Propagação de Doenças Infecciosas em Meio Prisional. No ano de 2006 foi criado um grupo de trabalho, pelo Despacho

Conjunto n.º 72/2006 de 24 de Janeiro, com o objectivo de apresentar propostas para implementação de um plano nacional com especial enfoque na prevenção e no tratamento das toxicodependências e das patologias associadas ao consumo. Este Plano desenvolve-se em cinco grandes áreas: promoção da saúde e prevenção da doença, tratamento da toxicod dependência, tuberculose, doenças infecciosas virais, redução de riscos e minimização de danos.

- Tratamento de Substituição nas Prisões Europeias (STEP). A DGSP participa neste estudo europeu, financiado pela Comissão Europeia, sobre modalidades de substituição de heroína por outras substâncias (metadona, buprenorfina, morfina, codeína) com a finalidade de promover orientações claras e difundir os benefícios deste tratamento no meio prisional, tal como ocorre no meio civil.

1.2.2.3. Cuidados de Saúde Mental nos Serviços Prisionais

Os cuidados de saúde mental formais, eminentemente a cargo de médicos psiquiatras e psicólogos, são prestados nos regimes de internamento ou de consulta externa. Os serviços de internamento psiquiátrico, a nível nacional, são o Serviço de Psiquiatria do HPSJD, Oeiras, (descrito adiante) e a Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental de Santa Cruz do Bispo, Porto.

O acesso aos cuidados de saúde mental é relativamente variável nos diferentes EPs conforme os recursos de profissionais e a proximidade às cidades de Lisboa e Porto. Embora não existam propriamente listas de espera, poderá existir um período de espera para obter uma consulta, dependendo da data de marcação e da resolução das autorizações e condições de transporte (Xavier et al., 2007).

O tratamento poderá ser administrado voluntária ou involuntariamente: o enquadramento legal do internamento compulsivo pode ser aplicado aos reclusos, sempre que se verifiquem os pressupostos mencionados na Lei de Saúde Mental (Lei 36/98, 1998; Xavier et al., 2007).

A admissão dos detidos é efectuada sem a obrigatoriedade de uma avaliação do estado mental. Logo não é obrigatoriamente efectuado o despiste de uma perturbação mental nem do risco de auto-agressão/suicídio. A decisão de um pedido de avaliação do estado mental cabe à entidade que no momento é responsável pelo detido, que pode ser um magistrado, ou a Direcção do EP, fundamentada na observação desarmada do detido ou no conhecimento de dados que recomendam tal avaliação. O mesmo procedimento ocorre, genericamente, durante o período de detenção/reclusão. Uma avaliação inicial poderá ser efectuada pelo médico de clínica geral que presta a assistência regular ao EP.

Posteriormente, o recluso será referenciado à consulta de psiquiatria no EP ou, no caso de não existir esta especialidade no EP, à consulta de uma das clínicas psiquiátricas de Lisboa ou do Porto. No caso de ser necessário uma avaliação urgente o recluso pode ser transportado a uma urgência de psiquiatria civil ou à urgência interna de uma das clínicas psiquiátricas para ser observado pelo psiquiatra de escala que decidirá sobre a necessidade de internamento.

No âmbito da utilização de serviços, os dados disponíveis da Clínica de Psiquiatria do HPSJD mostram um acréscimo de mais de cinquenta por cento dos internamentos entre 2004 e 2009 (ver secção “Estabelecimentos Prisionais Envolvidos no Estudo”), e um decréscimo de mais de 40% de consultas de psiquiatria. A relação entre estes dois indicadores não é evidente porque poderá verificar-se que a diminuição de consultas neste serviço seja compensada pelo aumento do número de consultas noutros Estabelecimentos. No entanto, este trabalho não apurou dados objectivos que confirmem esta hipótese.

Uma dificuldade importante para a organização dos cuidados de saúde mental aos reclusos prende-se com a escassez de estudos epidemiológicos ao nível das perturbações mentais. Com excepção da toxicodependência no meio prisional a informação sobre a prevalência de perturbações psiquiátricas e a utilização dos serviços é limitada. Contudo, cabe registar as investigações de Rui Abrunhosa Gonçalves e equipa da Universidade do Minho no âmbito da psicopatia entre os reclusos. O autor iniciou a validação do instrumento *Psychopathy Checklist-Revised* (PCL-R; Hare, 1991) e defende a sua aplicação como um método eficaz de selecção dos reclusos para programas de intervenção. Nestas situações os sujeitos pontuados com “psicopatia” não deveriam integrar os grupos de reclusos sem “psicopatia” de modo a não perturbar o desenrolar do processo reabilitativo. A avaliação sistemática aos reclusos com o PCL-R também poderá desempenhar um papel promissor na predição dos resultados relativamente a medidas alternativas à reclusão (liberdade condicional e outras) e à reincidência (Gonçalves R. A., 2001).

Uma das formas de melhorar o conhecimento sobre as perturbações mentais nos reclusos e o seu impacto seria criar um sistema padronizado de registo de casos e de acontecimentos-sentinelas, como a auto-agressão e o suicídio. Um registo desta natureza permitiria avaliar com rigor a evolução dos reclusos com perturbações mentais e estabelecer estratégias de intervenção durante a pena e depois da saída. Estas acções possibilitariam abordar muitos reclusos particularmente vulneráveis e, a prazo, reduzir o recidivismo criminal neste grupo (Xavier et al., 2007).

A estatística de suicídios ocorridos nas prisões portuguesas será apresentada na secção 2.2 Suicídio e auto-agressão nas prisões.

O tratamento da toxicodependência no meio prisional é especialmente relevante e receberá o destaque adequado nesta secção.

Um dos maiores estudos de âmbito nacional efectuado neste campo (2601 indivíduos em 47 EPs) permitiu avaliar: (i) a relação entre o motivo de detenção e as drogas, (ii) o perfil dos consumidores e (iii) as práticas de consumo (Torres et al., 2001). No primeiro ponto, constatou-se que do total dos reclusos, 72,9% estavam detidos por crimes relacionados com drogas, percentagem que subia para 80,3% no caso dos reincidentes. A maioria (65,4%) já tinha consumido drogas alguma vez na vida, com uma média de idade de início de consumo de 18 anos (21 anos de média no subgrupo de consumo injectável). Neste grupo, as substâncias mais consumidas eram a *cannabis* (96,4%), a heroína (84,1%) e a cocaína (84,4%). Relativamente ao consumo em meio prisional, 39% dos reclusos inquiridos declararam consumir *cannabis*, 27% heroína e 20% cocaína. Globalmente, 47% dos reclusos declararam

que consumiam pelo menos uma destas drogas, mas admitiram que o faziam com menos regularidade do que se estivessem em liberdade. O início de consumo de substâncias na prisão foi apenas referido por um número reduzido de indivíduos (4,4% na *cannabis*, 4,9% na heroína, 3,1% na cocaína), tendo apenas algum significado no caso do consumo de psicofármacos de uso comum (17,9%). Quanto às modalidades de consumo, 11% do total dos reclusos inquiridos declarou já se ter injectado na prisão, apesar da tendência verificada para passar dos consumos injectáveis à inalação, nomeadamente no caso da cocaína e da heroína (Torres et al., 2001).

Num estudo mais recente enquadrado no 'Plano de Acção Nacional para Combate à Propagação de Doenças Infecciosas em Meio Prisional', foi realizada uma avaliação do tipo de consumo em dez EPs Centrais, dois EPs Especiais e oito EPs Regionais (n=10.182) que constatou o seguinte: (i) 40% dos reclusos consumiam drogas, (ii) a *cannabis* era a droga mais consumida (52,5%), (iii) metade dos consumidores consumia várias drogas, (iv) 31,8% dos consumidores usava cocaína e (v) 30,5% dos consumidores usava heroína (GTJS, 2006).

Estes resultados indicam um agravamento do consumo de drogas nas prisões tendo em conta os resultados anteriores de mais de uma década do estudo de Rodrigues (1989).

A complexidade da problemática das dependências químicas ilícitas e dos comportamentos criminais exige um dispositivo com uma diferenciação específica.

Uma estratégia actual a valorizar neste desafio consiste na larga cooperação entre serviços de saúde mental civis e prisionais. Neste sentido foram criados protocolos com o Instituto da Droga e Toxicodependência (IDT) de forma a facilitar o acesso de reclusos toxicodependentes a programas de tratamento promovidos pelas Equipas Terapêuticas e Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS).

No contexto prisional existe um total de sete Unidades Livres de Droga em vários EPs (Leiria, Lisboa, Porto, Santa Cruz do Bispo e Tires). Estas Unidades são espaços físicos diferenciados e independentes das zonas prisionais comuns, para onde são encaminhados reclusos toxicodependentes que estão motivados para a abstinência de drogas. O programa de tratamento nestas unidades residenciais tem uma duração média de 18 meses e integra actividades educativas, ocupacionais e terapêuticas. Desenvolve-se num contexto grupal, sendo o grupo simultaneamente instrumento e objecto de trabalho, propiciando um contexto de aprendizagem e de experimentação de competências pessoais e sociais que facilitam e promovem a organização de um projecto de vida sem drogas (Xavier et al., 2007).

No campo do tratamento são ainda desenvolvidas outras acções como:

- Programa de motivação para o tratamento. Este programa pretende estruturar e consolidar a adesão do toxicodependente a um futuro tratamento orientado para a mudança de estilo de vida e abstinência de drogas.
- Programa de substituição com metadona. O programa pretende travar a deterioração provocada pelo consumo de drogas face à impossibilidade de mudança de comportamento do toxicodependente, ou pela presença de doenças graves que tornam difícil essa mudança.

- Programas de antagonistas opioides. No programa de antagonistas é utilizado um medicamento que bloqueia no organismo os receptores opiáceos, impedindo que a heroína e/ou outros opiáceos façam efeito. A abordagem farmacológica é em vários estabelecimentos prisionais complementada com apoio psicológico/psicoterapêutico.

Relativamente aos agentes de crimes sexuais não existem neste momento programas específicos dirigidos a este grupo: no entanto, a DGSP tem participado no Projecto sobre Delinquentes Sexuais, criado em 2002 pelo Comité Europeu para os Problemas Criminais do Conselho da Europa, o qual deverá apresentar as linhas orientadoras de boas práticas no domínio da abordagem terapêutica dos reclusos condenados por crimes sexuais.

Do mesmo modo não existem programas especiais para os reclusos com diagnóstico de perturbação de comportamento alimentar ou de perturbações de personalidade, designadamente, perturbação estado-limite ou dissocial.

Apesar do esforço de melhoria efectuada nos últimos anos, a oferta de cuidados de saúde mental nas prisões tem limitações muito significativas, nomeadamente a nível das valências psicoterapêutica, psicossocial e de programas específicos dirigidos a reclusos com perturbações de personalidade ou com comportamentos agressores particularmente nefastos (e.g. crimes sexuais) (Xavier et al., 2007).

1.2.3. População Prisional

O sistema prisional português tem enfrentado diversos desafios nas últimas décadas, de natureza política, administrativa e financeira, decorrentes em grande medida do aumento da população prisional. O número de reclusos elevou-se de 2519, em 1974, para cerca de 6000, em 1980, e para 13152, em 2004. Ou seja, em três décadas a população prisional aumentou mais de 5 vezes (Preâmbulo do DL 268/81, 1981; DGSP, 2006).

A criminalidade associada ao tráfico de substâncias ilícitas e a imigração de jovens adultos, provenientes de vários continentes, terá contribuído para um maior número de indivíduos detidos. Apesar de um esforço para o aumento anual da lotação dos EPs, especialmente desde 2000, constata-se que o aumento da população prisional foi sendo superior às vagas disponíveis até ao ano de 2007 (Quadro 1).

A partir deste ano assiste-se a uma viragem da taxa de ocupação que passa a ser inferior a cem por cento. Esta alteração significativa decorre de um decréscimo da população prisional, de cerca de um milhar de reclusos e de um aumento do número de vagas, sensivelmente, da mesma ordem entre os anos de 2000 e 2007.

Em relação à proporção relativa do sexo dos reclusos, observa-se que entre o ano de 2000 e 2010 existiu uma redução importante da percentagem de mulheres na população prisional. No início da década representavam 9,2% e no ano de 2010 representavam 5,4%. Em relação ao total de reclusos observa-se uma diminuição de 5,1% do sexo masculino, mas de 48,1% do sexo feminino. Esta redução particularmente acentuada no sexo feminino poderá não

ser fortuita e revelar uma mudança da criminalidade associada ao sexo ou da relação do sistema judicial com o sexo feminino. Esta questão é interessante e poderá ser esclarecida por um estudo que aborde as questões de sexo e justiça.

Quadro 1 – Evolução da população prisional de Portugal entre 1998 e 2010

Ano	Homens	Mulheres	Total ^b	Lotação ^a	Taxa de Ocupação
1998	*	*	14.598	*	
1999	*	*	12.808	*	
2000	11.565	1.206	12.771	11.371	112,3
2001	11.995	1.117	13.112	11.371	115,3
2002	12.660	1.112	13.772	11.465	120,1
2003	12.668	967	13.635	11.465	118,9
2004	12.213	939	13.152	12.789	102,8
2005	12.014	875	12.889	12.696	101,5
2006	11.751	885	12.636	12.115	104,3
2007	10.790	797	11.587	12.416	93,3
2008	10.160	647	10.807	12.294	87,9
2009	10.486	613	11.099	11.921	93,1
2010	10.986	627	11.613	11.921	97,4

Fonte: Estatísticas (DGSP, 2011), acessido em Março de 2012

A respeito da taxa de reclusos por 100.000 habitantes, Portugal registou em 2009 um valor de 104,4, situado entre o valor da França (103,1) e o da Itália (106,6) e consideravelmente abaixo da média europeia de 143,8 e da média mundial de 146 (Council of Europe, Space I, 2009; Walmsley, 2011).

Noutra estatística importante, países com uma taxa de ocupação nas prisões inferior a 100%, Portugal (93,1%) encontra-se à frente de muitos países europeus, nomeadamente da Suécia (103,4%), da França (114,9%) e da Espanha (153%) (Council of Europe, Space I, 2009).

Quanto a fugas de reclusos, Portugal registou uma taxa de 16,7 por 10.000 reclusos, muito próxima da média europeia de 17,7 (Council of Europe, Space I, 2009).

No entanto, existem indicadores em que a posição de Portugal se afastou da média europeia de modo negativo. A taxa de mortalidade por 10.000 reclusos de 62,9 quase duplicou a média europeia de 32,2. Contudo, a proporção de suicídios na mortalidade total (10,3%) foi menos de metade da proporção média europeia (21,9%). A taxa de suicídios por 10.000 reclusos foi de 6,5, um valor sobreponível à taxa média europeia: 6,6 (Council of Europe, Space I, 2009).

Com o intento de efectuar uma caracterização mais detalhada da evolução recente de alguns indicadores da população prisional foram utilizados os dados da DGSP, registados a 31 de Dezembro de 2009 (data intermédia do período de colheita de dados - Abril 2009/Abril 2010), e os dados de 2004, constantes no Relatório *Mentally Disordered Persons in European*

Prison Systems- Needs, Programmes and Outcome (EUPRIS)²² (Xavier, Talina, & Morais, 2007; DGSP, 2009).

Em 2009 o número total de reclusos nas prisões era de 11.099, a que correspondeu uma lotação de 93,1%. Verificou-se um ligeiro aumento da população reclusa (mais 292 reclusos [2,7%]) em relação ao ano anterior. Este acréscimo interrompeu uma tendência de redução do número de reclusos que se verificava desde 2004.

Em 2004, a percentagem dos detidos preventivos foi de 22,8 e, em 2009, diminuiu para 19,3%. Este dado traduz a redução da proporção dos presos preventivos que se verificou ao longo desta década.

Em 2004, o sexo feminino representava 7,1%. Em 2009, essa percentagem reduziu-se para 5,5 um valor que se aproxima da percentagem média europeia: 4,9 (Council of Europe, Space I, 2009).

Quanto à nacionalidade, os reclusos estrangeiros representavam 17,3% em 2004. Já em 2009, os reclusos estrangeiros representaram 20,4% do total. Em relação à sua proveniência, os africanos, em particular dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP) surgem em primeiro lugar (57,5%), seguidos pelos europeus (24,3%), com destaque para os espanhóis, romenos e ucranianos. Finalmente, os sul-americanos (16,4%) com predomínio dos brasileiros e venezuelanos.

A percentagem de reclusos de nacionalidade estrangeira na população prisional tem vindo a crescer gradualmente. Entre 2004 e 2009 aumentou 3,1 pontos, mas, de acordo com dados de 2001, o aumento verificado foi de 8,5%.

Entre 2004 e 2009 constata-se uma tendência de envelhecimento da população reclusa, com as percentagens dos escalões etários abaixo dos 40 anos a diminuírem e o inverso a ocorrer nos outros escalões. Tal facto é traduzido na elevação da idade média de 35,4 para 37,8 anos. Segundo dados mais antigos constata-se que entre o ano de 2000 e 2009 a idade média dos reclusos elevou-se mais de quatro anos.

A respeito das habilitações académicas, 72,1% dos reclusos não possuía o nível de escolaridade obrigatória (3º ciclo) em 2004. Cinco anos depois os dados mostram uma ligeira diminuição dos reclusos sem escolaridade e uma tendência para o aumento do nível de

²² Em 2006 foi iniciado um inquérito europeu, coordenado pelo Prof. Hans Joachim Salize e financiado pela União Europeia, designado por *"Treatment of Mentally Ill or Disordered Persons in European Prison Systems – Needs, Programmes and Outcomes"* (EUPRIS). Este projecto transnacional pretendia conhecer a situação dos indivíduos com perturbações mentais detidos nos sistemas prisionais dos países participantes, os serviços destinados a esta população e indicadores de evolução, como a taxa de suicídios, AAV, abuso de drogas e álcool, etc.

O questionário elaborado para recolher a informação pretendida foi endereçado a 23 países da União Europeia e à Islândia, Noruega e Bulgária. As questões diziam respeito aos dados nacionais e à sua disponibilidade, especialmente sobre aspectos de saúde, dos reclusos adultos. Ficou fora do âmbito desta investigação a população das crianças e adolescentes e dos indivíduos considerados inimputáveis.

escolaridade. No entanto mesmo as percentagens de 2009 ilustram bem a reduzida escolaridade dos reclusos face á população geral - em 2007 27% da população portuguesa com idades compreendidas entre os 25 e os 64 anos possuía o ensino secundário completo (Alves, Centeno, & Novo, 2010).

Quadro 2 – Comparação de algumas características da população reclusa entre os anos de 2004 e 2009

	2004	2009
Número total de Reclusos	13.152	11.099
Lotação	102,8%	93,1%
Taxa de Detidos por 100.000 habitantes	101,8	104,9
Reclusos Condenados (%)	77,2%	80,7%
Reclusos Preventivos (%)	22,8%	19,3%
Reclusos Masculinos (%)	92,9%	94,5%
Reclusos Femininos (%)	7,1%	5,5%
Reclusos Estrangeiros	17,3%	20,4%
Média de idades dos reclusos (anos)	35,4	37,8
Escalões Etários		
16-18 anos (%)	1	0,7
19-24 anos (%)	14,8	12,5
25-39 anos (%)	54,6	51,3
40 - 59 anos (%)	26,4	32,2
>60 anos (%)	3,3	3,4
Escolaridade		
Sem escolaridade (%)	10,5	9,7
1º Ciclo (%)	38,4	78,8
2º Ciclo (%)	23,2	
3º Ciclo (%)	17,2	
Secundário	6,9	10
Superior	1,3	1,1
Crimes Contra Pessoas	24,2%	29,4%
Crimes Contra Património	32,5%	30,5%
Crimes Associados a Estupefacientes	28,8%	22,7%
Óbitos	80	56
Suicídios (% dos óbitos)	22 (27,5%)	16 (28,6%)

Em 2004, os crimes contra o património foram os mais frequentes (32,5%), seguidos pelos crimes associados a estupefacientes (28,8%), e em último lugar, os crimes contra pessoas (24,2%). Em 2009, os crimes contra o património permaneceram os mais frequentes

(30,5%), mas os crimes contra pessoas foram mais frequentes (29,4%) do que os crimes associados a estupefacientes (22,7%) (**Quadro 2**).

Esta diferença revela a tendência de um aumento da proporção dos crimes contra pessoas, e de uma diminuição na proporção dos crimes associados a estupefacientes.

De salientar que Portugal ocupava em 2007 o primeiro lugar europeu na percentagem de mulheres reclusas condenadas por crimes associados ao tráfico de drogas: 71%. Possivelmente esta elevada percentagem está associada à utilização de mulheres como "correios" de substâncias ilícitas (Wetton & Sprackett, 2007).

Relativamente às penas aplicadas, em 2004 mais de metade da população prisional (57,6%) cumpria penas entre os 3 e os 9 anos, e destes, uma proporção substancial (34,9%) cumpria penas entre os 3 e os 6 anos. Verificava-se também que o peso relativo dos reclusos condenados a penas inferiores a 3 anos (19 %) era menor do que o peso dos reclusos com penas superiores a 9 anos (21%).

Em 2009, aproximadamente metade dos reclusos condenados (49,4%) recebeu uma pena entre 3 e 9 anos de prisão, e 28,6% entre 6 e 9 anos. A proporção relativa dos reclusos condenados a penas inferiores a 3 anos (24,7%) foi maior que a proporção dos reclusos com penas superiores a 9 anos (23%). Deste modo, observa-se a tendência para um aumento da proporção das penas mais reduzidas.

As medidas de segurança foram aplicadas a 256 indivíduos, em 2009.

A respeito da mortalidade, em 2004 o total de óbitos foi de 80 e registaram-se 22 suicídios, que representaram 27,5% dos óbitos. Cinco anos depois, o total de óbitos foi de 56 e registaram-se 16 suicídios que representaram 28,6% da mortalidade. A percentagem de suicídios em 2009 foi consideravelmente mais elevada em relação a 2007 e 2008, que foi de 13,2% e 11,5%, respectivamente.

Os dados mostram uma clara diminuição da mortalidade global entre 2004 e 2009, todavia, a percentagem de suicídios em 2009 não confirmou a tendência de decréscimo de 2007 e 2008, e em relação a 2004 não houve uma variação assinalável.

A estatística mais detalhada de suicídios será apresentada adiante (ver secção "Suicídio nas prisões, contexto nacional").

Formatada: Tipo de letra: Times New Roman, Negrito

Formatada: Tipo de letra: Times New Roman, Negrito

1.3. Estabelecimentos Prisionais Envolvidos no Estudo

Seguidamente serão descritos de forma sucinta os estabelecimentos onde decorreu o trabalho de campo: Hospital Prisional de São João de Deus (HPSJD); EP Caxias, e EP de Tires.

São apresentados dados de 2004 e 2009, de forma a fornecer uma perspectiva da evolução recente. As fontes de informação utilizadas foram os Relatórios de Actividades da DGSP, e outros dados estatísticos, acedidos no sítio da DGSP (<http://www.dgsp.mj.pt/>). Verificaram-se algumas diferenças entre as fontes dos dados referentes às taxas de ocupação dos EPs, quando tal ocorreu optou-se por citar os dados dos Relatórios de Actividades.

O HPSJD, onde o trabalho de campo foi mais extenso, encontra-se próximo da localidade de Caxias, no Concelho de Oeiras, Distrito de Lisboa. Foi inaugurado em 8 de Março de 1962. Até Abril de 1974, recebeu inúmeros presos políticos que necessitavam de cuidados médicos e outros reclusos. Trata-se da única estrutura hospital-prisão do país e por esse motivo recebe reclusos provenientes de todos os EPs do território. Tem uma capacidade de 185 camas para servir o universo da população prisional que se situa, aproximadamente, nos 11.000 detidos. Possui um conjunto de especialidades médicas que prestam assistência aos reclusos em internamento (Serviços de Infecciologia, de Medicina, de Cirurgia e de Psiquiatria) e em consulta externa, além dos serviços de apoio próprios de um hospital (Laboratório de Patologia Clínica, Serviço de Radiologia, de Fisioterapia, Farmácia). A Clínica Psiquiátrica possui 20 camas para homens e oito para mulheres. O pessoal da área da saúde teve uma ligeira redução entre 2004 e 2009. O número de médicos diminuiu de 25 para 18, assim como o número de enfermeiros de 30 para 28, mas o número de auxiliares elevou-se de 23 para 25.

Entre 2004 e 2009, segundo os Relatórios citados, registou-se um aumento de internamentos de 657 para 707 (7,6%). Por Serviços, observa-se que existiu uma elevação de 113 para 173 (53,1%) internamentos na Psiquiatria, de 127 para 138 (8,7%) na Infecciologia, de 93 para 132 (42%) na Cirurgia. Na Medicina ocorreu uma estabilização do número de internamentos: de 136 para 132. Todavia, se adicionarmos estes números verifica-se uma elevação de 469 para 575 internamentos (22,6%). Na valência de consulta externa verificou-se um decréscimo de um quarto do total de consultas entre 2004 e 2009: de 7.475 para 5.536 (25,9%). As consultas de Estomatologia aumentaram de 965 para 1293 (34%), mas as de Infecciologia diminuíram de 692 para 507 (menos 26,7%), tal como as consultas de Psiquiatria de 1.168 para 699 (menos 40,2%). As mudanças de consultas de diferentes especialidades neste período de tempo não permitem comparações de outras áreas médico-cirúrgicas.

O EP de Caxias é um estabelecimento Central no Concelho de Oeiras, Distrito de Lisboa, instalado num antigo forte militar e que já foi uma prisão militar. Está vocacionado essencialmente para reclusos preventivos, embora aproximadamente 40% dos reclusos se encontrem a cumprir uma pena. Em 31 de Dezembro de 2004 existiam 524 reclusos o que representava uma taxa de ocupação de 143%. Cinco anos depois, em 2009, o número de detidos tinha diminuído para 391 e a taxa de ocupação para 117%. No Relatório da DGSP de

2004 são referidas as dificuldades decorrentes da deterioração dos edifícios e da limitação de recursos humanos que se manifesta na relação de técnico/recluso de 1/75. Em 2004, na área da saúde, o estabelecimento possuía um contrato de prestação de serviços médicos e de enfermagem, e contava ainda com um médico de clínica geral, mais dedicado ao tratamento de dependências químicas, dois enfermeiros, um estomatologista e um psicólogo clínico. Nesse ano foram efectuadas 5.194 consultas de clínica geral, 217 consultas de psiquiatria no HPSJD e 1.651 consultas de psicologia. A respeito da adição a opiáceos, 43 reclusos receberam tratamento de substituição ou de antagonista. Em 2009, os cuidados de saúde passaram a ser fornecidos por uma entidade externa. Foram contabilizadas 3.532 consultas de clínica geral, 299 consultas de psiquiatria e 326 consultas de psicologia do serviço externo. Os reclusos com adições receberam o apoio dos Centros de Atendimento a Toxicodependentes (CAT) de Oeiras e Xabregas.

O EP de Tires, é um estabelecimento Especial, particularmente dedicado a receber as mulheres em prisão preventiva e condenadas. Foi fundado em 1953, com a designação de Cadeia Central das Mulheres, para substituir a Cadeia das Mónicas, Lisboa. O EP localiza-se na proximidade da localidade de Tires, no Concelho de Sintra, Distrito de Lisboa. A 31 de Dezembro de 2004 encontravam-se detidos 676 indivíduos a que correspondia uma taxa de ocupação de 125,5%, contudo, cinco anos depois, o seu número tinha diminuído para 425, assim como a taxa de ocupação para 67%. No seu recinto existe a “Casa das Mães” e a Creche, estruturas que possibilitam que as reclusas possam estar acompanhadas dos seus filhos entre os 6 meses e três anos de idade, e possui uma unidade livre de drogas para as reclusas em programa terapêutico. O ensino, da escolaridade obrigatória, foi frequentado por 119 reclusas e actividade laboral dos Regimes Abertos Virados para o Interior e Exterior (RAVI e RAVE) ocupou 349 reclusas. Os serviços de saúde contam com três médicos de clínica geral, dois estomatologistas, um psiquiatra, um psicólogo e uma técnica de psicomotricidade. A valência de enfermagem está a cargo de uma empresa externa. A actividade de consultas no EP contabilizou 5.719 de clínica geral, 624 de psiquiatria e 725 de psicologia.

O conceito fundamental à volta do qual gravita toda a Psiquiatria é o da liberdade.

Henry Ey (1900-1977)

Capítulo 2 - Reclusos e Saúde Mental

Neste Capítulo são abordadas os principais problemas de saúde mental que atingem os reclusos: as perturbações mentais e o risco de suicídio.

2.1. Prevalência de Perturbações Mentais

A população prisional é constituída por indivíduos sujeitos a uma medida de prisão preventiva, enquanto aguardam a conclusão do processo judicial, e indivíduos julgados e condenados a cumprir uma pena de prisão. Diversos estudos têm revelado que os reclusos são indivíduos mais frequentemente sujeitos a alguma forma de exclusão social em comparação com a comunidade em geral e que possuem problemas mais graves de saúde mental, saúde física e abuso de substâncias em relação à restante população (Harris, Hek, & Condon, 2007; Brugha, Singleton, & Meltzer, 2005; Butler, Allnutt, Cain, Owens, & Muller, 2005; Nielssen & Misrachi, Prevalence of psychoses on reception to male prisons in New South Wales, 2005; Fazel & Danesh, 2002).

Estas conclusões são congruentes com os resultados de estudos longitudinais sobre o fenómeno da delinquência e factores associados. O Estudo de Desenvolvimento da Delinquência de Cambridge, iniciado em 1961, com uma amostra de 411 crianças residentes numa área pobre a sul de Londres e a rondar os 8 anos mostrou que os preditores independentes da delinquência se agruparam nas seguintes situações presentes na infância: comportamento anti-social, impulsividade, menor inteligência ou rendimento escolar, criminalidade familiar, pobreza e cuidados parentais inadequados (Farrington, 2004, pp. 73,121-122). Citando Farrington (2004) a principal implicação política deste estudo é que para reduzir a transgressão e o comportamento anti-social é necessário intervir precocemente em quatro preditores associados a causalidade e potencialmente modificáveis: maus resultados escolares, fracas competências educativas dos pais, impulsividade e pobreza. Além da possível redução da delinquência, a intervenção precoce pode diminuir outros comportamentos sociais nefastos, como o abuso de álcool e drogas, a promiscuidade sexual, a violência familiar, o insucesso escolar, o desemprego e os conflitos de casal.

Esta preocupante realidade é reconhecida desde o séc XVIII e tem originado, em diferentes décadas, perspectivas que associam a doença mental, a criminalidade, os serviços prisionais e de saúde.

Em 1939, Lionel Penrose (1898-1972), importante investigador (geneticista, matemático) e psiquiatra britânico, publicou um estudo comparativo do número de camas dos hospitais psiquiátricos, da população prisional e do nível de gravidade dos crimes em 18 países europeus. A principal conclusão, conhecida como a Lei de Penrose, referia a existência de uma

correlação negativa ($r=-0,62$) entre a proporção de indivíduos presos e a proporção de indivíduos internados em estabelecimentos psiquiátricos. Na sua opinião, a oferta de camas naqueles estabelecimentos diminuía a incidência do crime e, conseqüentemente, a população prisional.

A conclusão de Penrose, apesar de encerrar uma aparente sobre-simplificação de complexas mudanças na sociedade, tem sido confirmada noutros trabalhos posteriores: um estudo transversal australiano (Biles & Mulligan, 1973), e por estudos longitudinais em Inglaterra e País de Gales (Gunn, 2000) e na Noruega (Hartvig & Kielsberg, 2009).

A partir dos anos 50, nos países ocidentais mais industrializados, e a par de um amplo movimento de defesa dos direitos individuais e forte contestação aos valores tradicionais, foi iniciada uma política de desinstitucionalização psiquiátrica, em especial nos EUA e Reino Unido.

A saída dos doentes dos estabelecimentos psiquiátricos originou a preocupação de poder vir a ocorrer uma “criminalização” destas pessoas que eram colocadas numa situação de maior vulnerabilidade social e de maior probabilidade de entrarem em contacto com o sistema judicial e de serem detidos (Torrey, 1995).

Em contrapartida, a ideia de uma associação entre a doença mental e a violência ou crime era fortemente criticada por diversos autores. Os fundamentos das críticas eram de duas ordens: em primeiro lugar, não existiam evidências científicas daquela associação e, em segundo lugar, os resultados de estudos prospectivos dos doentes desinstitucionalizados foram interpretados como uma demonstração da falsidade daquela ideia (Monahan, 1981; Rabkin, 1979).

Um dos investigadores críticos da associação entre doença mental e violência, Linda Teplin (1985), afirmava que os resultados obtidos eram suficientes para derrotar a hipótese de associação. No entanto, outros autores defendiam uma posição inversa, que a “ausência de prova” não era uma “prova de ausência” da menor perigosidade dos doentes mentais. Salientavam que alguns estudos se baseavam apenas em registos policiais e que as taxas de prisão dos doentes tinham um valor limitado porque os agressores com perturbações mentais podiam ser mais frequentemente hospitalizados do que presos (Lagos, Perlmutter, & Saexinger, 1977; McNiel & Binder, 1986).

Para Monahan e Steadman (1983) a principal limitação para uma conclusão definitiva, neste campo, era a ausência de estudos epidemiológicos que avaliassem em simultâneo a prevalência de morbilidade mental e os comportamentos violentos.

Existia ainda uma circunstância relevante que não tinha sido antecipada: com o avanço da desinstitucionalização, um número superior de doentes mais jovens e em fases menos crónicas das suas patologias também recebia alta hospitalar, o que modificava as características dos doentes inicialmente desinstitucionalizados e invalidava as conclusões dos primeiros estudos sobre a inexistência de maior risco de violência (Rice, Harris, & Quinsev, 2002).

Em 2001, foi publicado um estudo prospectivo, de um ano, que avaliou a associação entre factores de risco “clínicos” e “criminológicos” e a prática de violência em doentes mentais

da autoria de Monahan, Steadman, Silver, Appelbaum e outros (2001). Os principais factores predictivos de violência foram o abuso de álcool ou drogas, o comportamento anti-social (pontuado pela escala *Hare Psychopathy Checklist-SV*) e o comportamento colérico (pontuado pelo instrumento *Novaco Anger Scale*).

No mesmo ano, no Canadá, Stuart e Arboleda-Flórez (2001) conduziram um trabalho sobre a associação entre categorias diagnósticas e a gravidade dos crimes numa amostra de 1.151 reclusos preventivos. A avaliação diagnóstica era realizada à entrada através da aplicação do *Structured Clinical Interview for DSM-III-R*. Sessenta e um por cento dos reclusos revelaram pelo menos um diagnóstico de perturbação mental e consumo de substâncias. Os crimes violentos praticados por indivíduos com diagnóstico de perturbação mental, excluindo os consumos de substâncias, representaram 3%. No caso dos indivíduos com um diagnóstico primário de abuso/dependência a proporção de crimes violentos levava-se para 7%. Os autores concluíram que a grande maioria dos crimes violentos identificados pelas autoridades não eram cometidos por indivíduos com perturbação mental ou perturbações associadas aos consumos tóxicos.

A respeito de dados portugueses no campo da psiquiatria forense importa citar os trabalhos de Fernando Almeida sobre a criminalidade homicida (Almeida, 1999; Almeida, 1998, cit. in Almeida, 1999, p. 252; Almeida e Pinto da Costa, 1992, cit. in Almeida, 1999, p. 252). Os resultados destes estudos indicam que a perturbação de personalidade e a intoxicação alcoólica são as perturbações mentais mais frequentes nos homicidas. Também importa referir que a taxa de homicídios entre pacientes com psicoses crónicas (esquizofrenia e psicose paranóide) foi claramente superior à da população em geral, com uma estimativa de 13-14 vezes superior à da população com idade igual ou superior a 15 anos. No entanto, o autor sublinha que no estudo de homicídios ocorridos no Porto, entre 1988 e 1990, no grupo de homicidas com psicoses (n=16) praticamente a totalidade não se encontrava em tratamento (n=15; 93,8%) e manifestava sintomas positivos da doença (Almeida, 1999).

Segundo Chiswick (2000), a súmula da investigação realizada permite cinco conclusões: 1) os indivíduos com perturbações mentais graves têm maior probabilidade de serem condenados por crimes violentos e outros crimes do que os indivíduos da população em geral; 2) esta probabilidade aumentada é modificada por factores locais como a taxa de crimes e variáveis sociodemográficas; 3) a perturbação anti-social da personalidade e o abuso de substâncias têm associações mais fortes com a agressão do que a doença mental; 4) a combinação de perturbações mentais (especialmente com o abuso de substâncias) pode ser mais relevante do que qualquer categoria de perturbação psiquiátrica isolada; 5) a maioria das agressões provenientes de pessoas com perturbações psiquiátricas tem uma natureza ligeira e quando ocorre é mais provável que seja dirigida para um familiar.

Relativamente à morbilidade psiquiátrica dos reclusos, antes da década de 90, as investigações frequentemente revelavam inconsistências metodológicas que inviabilizavam as comparações entre estudos e entre a população prisional e civil.

O trabalho de Teplin (1990) procurou ultrapassar essas dificuldades. Esta autora norte-americana seleccionou uma amostra aleatória de indivíduos recém-detidos a quem foi aplicado

o instrumento *Diagnostic Interview Schedule* (DIS). Em seguida, comparou a prevalência de diagnósticos dos detidos com a prevalência de perturbações mentais da população civil, obtida através do mesmo instrumento DIS, no âmbito do estudo norte-americano *Epidemiological Catchment Area Project*. A comparação, entre amostras aleatórias, de dados obtidos com o mesmo instrumento diagnóstico demonstrou uma prevalência significativamente superior de duas a três vezes dos diagnósticos de Depressão Major, Mania e Perturbações Esquizofrénicas (Perturbação Esquizofreniforme incluída) entre os reclusos, em relação à população geral.

A prevalência superior de perturbações mentais, nomeadamente de depressão e de psicoses, nos reclusos em relação à população civil é um dado consistente da investigação. Múltiplos trabalhos, seguindo uma metodologia epidemiológica, têm contribuído para esta evidência.

Os motivos para esta situação são, de acordo com Reed (2003), essencialmente quatro e, provavelmente explicam este facto no Reino Unido e no resto do mundo: (i) a maior probabilidade de uma pessoa com perturbação mental ser detida se, alegadamente, cometeu um delito, (ii) existência de falhas ou ausência de avaliação pelos tribunais do estado mental do arguido, (iii) serviços de psiquiatria com poucas camas, (iv) reduzida identificação de casos à entrada na prisão.

Contudo, recorda-se a importância de alguns factores intra-prisionais para a eclosão de patologia mental. O contexto prisional é, em regra, mais nefasto para a saúde mental do que o contexto civil (as excepções existem nos casos de extrema adversidade) e a proporção de indivíduos a consumir tóxicos é substancialmente superior na prisão do que na comunidade.

Em seguida serão descritos, sumariamente, os principais resultados de alguns estudos realizados na Austrália, em França, na Holanda, no Reino Unido, na Nova Zelândia e nos EUA sobre a prevalência de perturbações mentais nos reclusos.

No estudo francês, foi seleccionada uma amostra representativa da população prisional (n=800) e aplicado o MINI Plus complementado com uma entrevista clínica. Observou-se uma prevalência de 6,2% de esquizofrenia, de 24% de depressão, de 17,7% de ansiedade generalizada e 14,6% de perturbações associadas a substâncias, excluindo o álcool. O abuso/dependência de álcool estava presente em 11,7% (Falissard, Loze, & Gasquet, 2006).

Na Holanda foi seleccionada uma amostra aleatória de reclusos masculinos (n=191), detidos em alas não-especiais na prisão de Vught, para aplicação do MINI, da versão holandesa do *Symptom Checklist – 90* (SCL-90) e do *Revised NEO Personality Inventory* (NEO-PI-R). Constatou-se que a categoria diagnóstica actual mais frequente foi a Perturbação Anti-social da Personalidade (PASP) (37%), seguida da Dependência de Drogas (30%). A Depressão Major actual e o Risco de Suicídio Elevado estavam presentes na mesma proporção: 9%. A perturbação psicótica apenas foi pontuada num recluso (0,5%). Na totalidade da amostra, 57% dos reclusos apresentavam pelo menos um diagnóstico do eixo I, e destes, 70% não se encontravam a receber ajuda profissional (Bulten, Nijman, & Staak, 2009).

O estudo britânico comparou a prevalência de psicoses na população prisional (n=3.142) com a população civil (10.108). Este trabalho beneficiou da selecção aleatória dos

participantes civis, incluídos nos inquéritos oficiais de saúde mental, e dos reclusos instalados nas prisões do País de Gales e Inglaterra. Foi observado que a prevalência de psicoses entre os reclusos foi mais de dez vezes superior à dos civis (4,5/1.000 *versus* 52/1.000). Um, em quatro reclusos com sintomas psicóticos não-afectivos, apresentava estes sintomas como efeito de uma intoxicação ou privação de substância psicoactiva (Brugha et al., 2005).

Na Austrália, citam-se dois estudos, ambos efectuados na região de Sidney, o primeiro para avaliar a prevalência de perturbações mentais (Butler et al., 2005) e o segundo para avaliar a prevalência de psicoses em reclusos preventivos masculinos (Nielssen & Misrachi, Prevalence of psychoses on reception to male prisons in New South Wales, 2005). No primeiro estudo, que envolveu 953 reclusos preventivos e 579 reclusos condenados, de ambos os sexos, verificou-se, na globalidade das perturbações mentais, que os reclusos preventivos apresentavam uma maior prevalência de perturbações, em relação aos reclusos condenados (46% *versus* 38%). As mulheres também possuíam maior morbilidade mental do que os homens (61% *versus* 39%). Sobre a frequência de psicoses, 9% de todos os reclusos tinham experimentado sintomas psicóticos no último ano. Nas perturbações do humor observou-se que 20% de todos os reclusos tinham tido pelo menos um episódio no último ano. As reclusas tinham sofrido mais frequentemente depressão em relação aos reclusos (20% *versus* 14%). Relativamente às perturbações de ansiedade, estas foram mais frequentes nas mulheres em comparação com os homens (55% *versus* 32%) sendo a Perturbação Pós-Stress Traumático a mais comum de todas (44% nas mulheres e 20% nos homens). O segundo estudo envolveu consecutivamente todos os homens detidos em prisão preventiva (n=788), sendo apurada uma prevalência de 5,3% de casos com perturbação psicótica.

Na Nova Zelândia, o estudo incluiu mulheres (n=158), homens detidos preventivamente (n=405), e uma amostra aleatória de reclusos condenados (n=592), através da aplicação do *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI) e do *Personality Disorders Questionnaire* (PDQ 4+). Foram apuradas as seguintes frequências: Esquizofrenia e perturbações afins entre 2,2% (reclusos condenados) e 4,2% (reclusas); Depressão Major entre 5,9% (reclusos condenados) e 11,1% (mulheres); de Perturbação Pós-Stress Traumático entre 8,5% (reclusos condenados) e 16,6% (reclusas); Abuso/Dependência de Substâncias (excluindo o álcool) entre 6,1% (reclusos condenados) e 14,7% (reclusos preventivos) (Brinded, Simpson, Laidlaw, & et al, 2001).

Na Europa, um estudo sobre as perturbações mentais nas prisões envolvendo treze países revelou que, em relação à totalidade dos presos, cerca de 5% preenchia os critérios para uma perturbação psicótica e cerca de um quarto revelava uma perturbação afectiva ou da ansiedade. Ao associar as percentagens dos presos que apresentavam uma perturbação de consumo de substâncias, verificou-se que 63% do total dos detidos preenchiam os critérios para uma perturbação mental (Blaauw, Roesch, & Kerkhof, 2000).

O panorama nos EUA é, sensivelmente, mais complexo porque é, simultaneamente, o país com a maior população prisional do mundo e um longo percurso de desinstitucionalização psiquiátrica. As estatísticas da população prisional e da população internada em serviços de psiquiatria nos EUA mostraram que, entre 1988 e 2000, a primeira aumentou 114,5% e a

segunda decresceu 50%. O número de reclusos que beneficiaram de cuidados de saúde mental (de 24 horas) e de medicação psiquiátrica elevou-se 408% e 278%, respectivamente (Manderscheid, Gravesande, & Goldstrom, 2004). De acordo com o editorial de Torrey (1995) várias entidades chamaram a atenção para o facto de alguns estabelecimentos prisionais albergarem mais doentes mentais do que instituições psiquiátricas vizinhas.

A designada “epidemia de perturbações psiquiátricas” no sistema prisional norte-americano é atribuída, por um lado, à criminalização dos consumidores de substâncias ilícitas a partir dos anos 80, que fez disparar o número de reclusos, e por outro lado à limitada disponibilidade de serviços de saúde mental de base comunitária, que não acompanhou a redução maciça de vagas dos hospitais psiquiátricos (*state mental hospitals*) (Baillargeon, Binswanger, Penn, Williams, & Murray, 2009; Lamb & Bachrach, 2001).

O sistema prisional norte-americano contempla prisões locais (*jails*), prisões estaduais (*state prison*) e prisões federais (*federal prison*). Nas prisões locais ficam instalados os indivíduos detidos por indício de crime, reclusos em regime preventivo ou que receberam penas inferiores a um ano de prisão. Também podem ser detidos nas prisões locais doentes que aguardam transferência para serviços de saúde mental. Nas prisões estaduais e federais encontram-se os reclusos a cumprir penas superiores a um ano. Nestes estabelecimentos existem maiores condições para a prestação de cuidados de saúde mental (James & Glaze, 2006). Nas próximas linhas serão revistos estudos de prevalência de perturbações mentais em alguns Estados norte-americanos e, no fim, serão apresentados alguns dados da estatística oficial do Departamento de Justiça dos EUA.

Um estudo conduzido no Estado de New Jersey (EUA) sobre reclusos com perturbação mental do eixo I, com uma amostra de 3.073 indivíduos, mostrou que o diagnóstico de esquizofrenia foi colocado em 20,5%, a depressão major em 25,2%, perturbação bipolar em 16,4%, depressão em 13,6%, perturbação psicótica em 4,5%, perturbação de ajustamento em 7,7%, perturbação de ansiedade em 3,8%, perturbação pós-stress traumático em 2,9%, e restantes perturbações em 5,2%. O diagnóstico de dependência química registou-se em 47% dos reclusos (Pogorzelski, Nancy, Pan, & Blitz, 2005).

Com a finalidade de melhorar a triagem à entrada do sistema prisional do Estado de Iowa (EUA), um trabalho exploratório aplicou o MINI-Plus numa amostra consecutiva de detidos (n=67). O estudo revelou que 81% dos indivíduos apresentavam critérios para, no mínimo, uma perturbação mental ao longo da vida. Em relação às diferentes categorias diagnósticas, no passado e presente, 39% dos reclusos apresentou uma perturbação de humor, 30% uma perturbação de ansiedade, 18% uma perturbação psicótica, 79% uma perturbação de adição e 19% uma personalidade anti-social. Um elevado risco de suicídio foi detectado em 7% dos detidos (Black, Arndt, Hale, & Rogerson, 2004).

Um trabalho de características semelhantes foi efectuado no Estado de Connecticut (EUA) a fim de avaliar a frequência de perturbações mentais, actuais e ao longo da vida, nos reclusos recém-admitidos no sistema prisional (n=508). No protocolo foram utilizados os seguintes instrumentos: *Structured Clinical Interview for DSM-IV, Patient Version* (SCIDP), *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II* (SCID II), GAF, e o *Clinician Administered PTSD*

scale (CAPS). Os resultados globais mostraram que mais de metade dos reclusos apresentava perturbações de ansiedade, mais de um terço apresentava uma perturbação afectiva e, globalmente, mais de dois em três reclusos possuíam critérios para, no mínimo, um diagnóstico psiquiátrico ao longo da vida. Relativamente à morbilidade actual, as perturbações psicóticas foram encontradas em 1%, as perturbações afectivas em 21%, as perturbações de ansiedade (excluindo PPST) em 32%. A PPST estava presente em 5,7 dos homens e em 21,5 das mulheres. No eixo II, 34,6% dos participantes pontuaram uma Perturbação Anti-social da Personalidade (PASP) e 16,6% uma Perturbação Estado-limite da Personalidade. De uma forma geral, as reclusas pontuaram mais frequentemente perturbações mentais, com excepção da PASP. O funcionamento psicossocial foi significativamente inferior entre os reclusos com perturbação mental ao longo da vida, em comparação com os reclusos sem perturbação. Os reclusos masculinos do primeiro grupo pontuaram, em média, no GAF 60,2 (d.p. 15,1), e as reclusas do primeiro grupo pontuaram, em média, no GAF 54,0 (d.p. 13,4) (Trestman, Ford, Zhang, & Wiesbrock, 2007).

Em 2006, o *Bureau of Justice Statistics* do Departamento de Justiça dos EUA emitiu o relatório *Mental Health Problems of Prison and Jail Inmates* (James & Glaze, 2006), onde dá conta dos principais resultados de dois inquéritos nacionais sobre a morbilidade psiquiátrica nas prisões norte-americanas: *Survey of Inmates in State and Federal Correctional Facilities, 2004*; e *Survey of Inmates in Local Jails, 2002*. As amostras foram seleccionadas aleatoriamente e foram avaliados os sintomas (segundo os critérios DSM-IV) e a história recente de um número elevado de reclusos: nas prisões estaduais realizaram-se 14.499 entrevistas (10,2% de recusas), nas prisões federais realizaram-se 3.686 entrevistas (13,3% de recusas), e nas prisões locais realizaram-se 6.982 entrevistas (9,9% de recusas). Os resultados revelaram a existência de algum problema de saúde mental em 56% dos reclusos estaduais, em 45% dos reclusos federais e em 64% dos reclusos locais. As reclusas apresentaram problemas de saúde mental mais frequentemente do que os reclusos (prisões estaduais: 73% versus 55%; prisões locais: 75% versus 63%).

A presença de sintomas necessários para o diagnóstico de Depressão Major, no último ano, foi observada em 23,5% dos reclusos estaduais, em 16% dos reclusos federais e em 29,7% dos reclusos locais. Os sintomas para perturbação maníaca, no último ano, foram encontrados em 43,2% dos reclusos estaduais, em 35,1% dos reclusos federais e em 54,5% dos reclusos locais. No caso da perturbação psicótica, os sintomas de alucinações ou delírio no último ano, foram pontuados em 15,4% dos reclusos estaduais, em 10,2% dos reclusos federais e em 23,9% dos reclusos locais. O abuso/dependência de substâncias presente em reclusos com problema de saúde mental verificou-se em 74,1% dos reclusos estaduais, em 63,6% dos reclusos federais e em 76,4% dos reclusos locais. Os reclusos das prisões locais, com problemas de saúde mental, referiram três vezes mais abuso físico/sexual, em relação aos reclusos sem problemas. Os reclusos nas prisões estaduais com problemas de saúde mental receberam sentenças, em média, cinco meses mais longas do que os reclusos sem problemas de saúde mental. Relativamente ao tratamento na prisão, cerca de um terço dos reclusos

estaduais (34%), um quarto dos reclusos federais (24%) e 17% dos reclusos locais tinham recebido algum tratamento psiquiátrico desde a admissão.

Os estudos de meta-análise, coordenados por Seena Fazel da Universidade de Oxford e publicados em 2002 e 2012, vieram trazer uma contribuição muito relevante neste campo.

O primeiro trabalho incluiu 63 estudos de prevalência de perturbações mentais em 22.790 reclusos de 12 países ocidentais (América do Norte, Europa, Oceânia). A prevalência do conjunto de psicoses foi de 3,7% nos homens e de 4% nas mulheres. A Depressão Major foi registada em 10% nos homens e 12% nas mulheres. A respeito de Perturbação Anti-social da Personalidade apurou-se uma prevalência de 47% nos homens e de 21% nas mulheres. Estes dados permitiram concluir que um em cada sete prisioneiros nos países ocidentais apresentava uma perturbação psicótica ou uma depressão major, perturbações que podem ser tratadas e que elevam o risco de suicídio (Fazel & Danesh, 2002). Dez anos depois, o segundo trabalho incluiu 109 estudos (entre 1966 e 2010) que envolveram 33.588 reclusos de 24 países (de todos os continentes). Apurou-se uma prevalência de psicoses de 3,6% nos homens e de 3,9% nas mulheres. A Depressão Major foi registada em 10,2% nos homens e 14,1% nas mulheres. Os autores salientam uma maior prevalência de psicoses nos países de menores rendimentos e de depressão nos EUA, e concluem que não se verificou globalmente uma tendência de elevação da morbilidade psiquiátrica entre os reclusos nas quatro décadas anteriores (Fazel & Seewald, 2012).

De modo a salientar a amplitude da diferença de prevalência de perturbações mentais nas prisões e na população geral refere-se que os inquéritos populacionais estimam uma prevalência anual de 0,5% de psicoses e de 2,8% de episódio depressivo (Grã-Bretanha) (Singleton, Bumpstead, O'Brien, Lee, & Meltzer, 2000) e uma prevalência durante a vida de 3,4% de psicoses e de 21,4% de depressão major (Finlândia) (Perälä, Suvisaari, Saarni, & Kuoppasalmi, 2007).

Um trabalho de revisão no Reino Unido, com o objectivo de identificar evidências dos cuidados de saúde mental nos prisioneiros, encontrou 12-15% de indivíduos com 4/5 categorias de perturbações mentais em simultâneo (Brooker, Sirdifield, & Gojkovic, 2007). A incidência de perturbações mentais era ainda superior nas mulheres, nos mais idosos e em elementos de minorias étnicas. Cerca de 30% dos reclusos tinham história de auto-agressão prévia. Os autores destacaram a escassa informação sobre o impacto das intervenções propostas nos reclusos e a ausência de demonstração de intervenções efectivas no meio prisional. A demonstração de efectividade poderá estar limitada por vários motivos: a metodologia de ensaios randomizados e controlados pode ser inviabilizada pela dificuldade do consentimento informado e pelas sucessivas transferências de reclusos de estabelecimentos, mas, sobretudo, pelo reduzido limiar de detecção de perturbações mentais nas prisões.

Segundo Gunn (2000) os reclusos com perturbação mental constituem um grupo em que o tratamento e a supervisão são essenciais para prevenir défices e comportamentos problemáticos. No seu trabalho concluiu que a maioria dos presos com psicoses tinha necessitado de internamento hospitalar pelo risco de violência, por uma auto-agressão com risco de vida, por vitimização ou por dificuldades na prestação de outros tratamentos.

É muito importante salientar que o tratamento para as perturbações mentais, atrás referidas, é geralmente eficaz e pode prevenir comportamentos de violência, auto-agressão e suicídio no meio prisional.

A elevada prevalência de perturbações mentais nas prisões não é recente e não poderá ser explicada de uma forma simples, segundo Reed (2002). Este autor, nomeado em 1996, *Chief Medical Inspector of Prisons* (Reino Unido), afirma que atribuir esta situação à desinstitucionalização psiquiátrica é uma hipótese que nunca poderá ser testada. E adianta algumas razões para este quadro: a maior probabilidade de detenção de um delinquentes com perturbação mental *versus* sem perturbação mental, uma insuficiente avaliação pelos Tribunais, uma inadequada identificação de casos na prisão, e a dificuldade em transferir pacientes para serviços públicos ou para o programa de internamento psiquiátrico de segurança.

Neste quadro de elevada proporção de reclusos com perturbações mentais, não é surpreendente que diversos trabalhos de investigação tenham concluído que as necessidades de cuidados na área da psiquiatria e saúde mental sejam elevadas e que frequentemente não estejam satisfeitas (Blaauw et al., 2000; Fazel & Danesh, 2002). Em determinados grupos, designadamente nas mulheres, nos jovens, nos adultos seniores e de minorias étnicas, verificam-se necessidades de saúde mais significativas e específicas, comparando com a população prisional global (Fazel & Lubbe, 2005; Harris et al., 2007; Chitsabesan, et al., 2006).

Um aspecto essencial na evolução dos reclusos com perturbação mental é a recidiva delinvente. Apesar da percentagem importante deste grupo na população prisional não existem muitos trabalhos, com amostras de grande dimensão, que analisem a prática de novos delitos após o cumprimento da pena. Feder (1991) (1991a) constatou que, num prazo de 18 meses após a libertação, 64% (n=94) dos indivíduos com perturbação mental regressaram à condição de detidos, em comparação com 60% dos ex-reclusos sem perturbação mental, e 48 (n=70) por cento foram hospitalizados nesse período contra 1% dos ex-reclusos sem perturbação mental.

No estudo de Lovell, Gagliardi e Peterson (2002) foram seleccionados, a partir dos registos oficiais, todos os reclusos com doença mental libertados das prisões estaduais do Estado de Washington (EUA), em 1996 e 1997 (n=337; homens=236 e mulheres=101). Os diagnósticos clínicos foram registados nas seguintes percentagens: 31% de esquizofrenia e outras psicoses, 21% de depressão e 17% de perturbação bipolar. As reclusas *versus* reclusos da amostra mostraram uma probabilidade três vezes superior de terem depressão e perto de duas vezes antecedentes de toxicoddependência. A comparação entre a amostra e a totalidade da população libertada (n=4.967) revelou algumas diferenças demográficas e forenses: a principal diferença consistiu em que a proporção de mulheres (30%) foi cerca de três vezes maior em relação à proporção na totalidade das reclusas libertadas (9%). Os sujeitos da amostra registaram uma proporção inferior de delitos associados a drogas, uma proporção maior de delitos sexuais e tinham cumprido uma pena superior, em relação à totalidade dos reclusos libertados. Após a libertação, num período médio de vida civil de 39 meses, a grande maioria (70%) dos sujeitos foi condenado por violação das medidas de supervisão e delitos

menores. Crimes com violência contra pessoas foram praticados por 10% (n=32) dos sujeitos e 2% (n=6) cometeram crimes muito graves (incluindo um homicídio e dois estupros). Não se verificaram diferenças de frequência de novos crimes entre a amostra e a totalidade dos reclusos libertados. Os factores de risco, para a reincidência criminal, nos sujeitos da amostra foram: o sexo masculino, a idade jovem, a frequência de delitos anteriores e problemas de comportamento na prisão.

Outros autores norte-americanos, Baillargeon, Binswanger, Penn, Williams, & Murray (2009), estudaram a delinquência e a reincidência dos Delinquentes com Perturbação Mental (DPM), no Estado do Texas (EUA). A amostra abrangeu todos os reclusos condenados entre Setembro de 2006 e Agosto de 2007 (n=79.211). Neste trabalho constataram uma proporção, significativamente superior, de crimes violentos entre os reclusos com perturbações mentais major (n=7.878) *versus* reclusos sem estas perturbações (71.333). O crime de agressão foi significativamente superior nos reclusos com diagnósticos de perturbações bipolares, esquizofrenia e perturbações psicóticas não-esquizofrénicas, os crimes de homicídio e roubo foram significativamente superiores nos reclusos com diagnósticos de esquizofrenia e perturbações psicóticas não-esquizofrénicas. No âmbito dos crimes não-violentos, os delitos de furto foram significativamente superiores nos reclusos com depressão major, perturbações bipolares, esquizofrenia e perturbações psicóticas não-esquizofrénicas. A posse de drogas, a sua posse foi significativamente superior entre os reclusos com esquizofrenia e perturbações psicóticas não-esquizofrénicas, mas o delito de tráfico não mostrou diferenças significativas entre reclusos com perturbação mental *versus* sem perturbação. A condução automóvel sob a influência de substâncias mostrou ser significativamente inferior nos reclusos com depressão major, esquizofrenia e perturbações psicóticas não-esquizofrénicas. Como conclusão, referem que os reclusos com perturbação mental apresentam maior probabilidade para antecedentes de penas de prisão, em relação aos delinquentes sem perturbação mental, e recomendam o alargamento de intervenções para diminuir a reincidência neste grupo.

Na abordagem deste problema complexo é essencial, em primeiro lugar, caracterizar os reclusos com perturbações mentais e avaliar as necessidades de cuidados. Posteriormente à avaliação será possível estabelecer critérios e prioridades para a atribuição de recursos quer ao tratamento, quer à segurança do ambiente prisional.

2.2. Suicídio e auto-agressão nas prisões

O suicídio é um grave problema de Saúde Pública e a Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que em cada minuto ocorra um suicídio. Deste modo o número de mortes por suicídio pode suplantar o número de vítimas de conflitos armados (WHO, 2007). Por este motivo a redução do suicídio foi eleita como um objectivo de saúde internacional (WHO, 1999). Em 1999 foi lançado por esta organização a iniciativa SUPRE (Suicide Prevention) com os objectivos de reduzir a mortalidade e morbilidade associadas ao comportamento suicidário, favorecer o debate sobre o tema e unir as autoridades nacionais de saúde e o público na resolução dos problemas associados.

A necessidade de acções dirigidas à prevenção do suicídio nas prisões tem sido repetidamente salientada pela OMS (WHO, 2007; WHO, 2008) e a redução da sua incidência constitui um dos objectivos enunciados na política de saúde mental de vários países ocidentais: EUA, Reino Unido, Irlanda (Rivlin, Hawton, Marzano, & Fazel, 2010).

É consensual que as taxas de suicídio nas prisões, ajustadas ao sexo e idade, são mais elevadas do que as taxas da população em geral, embora existam grandes variações entre países.

Nos indivíduos condenados e nos detidos a aguardar julgamento existe uma probabilidade de seis e de sete vezes e meia superior, respectivamente, de ocorrer um suicídio, em relação à população em geral (WHO, 2007).

Segundo Perry, Marandos, Coulton, & Johnson (2010) os reclusos masculinos com idade entre os 20-35 anos deverão ser considerados um grupo de alto risco porque foi observado que o número de suicídios, nesta faixa etária, quase duplicou em 2005 face aos anos anteriores em Inglaterra e País de Gales. De igual modo, os indivíduos que entram na prisão pela primeira vez, ou que se encontram detidos preventivamente, constituem subgrupos de alto risco (Lader, Singleton, & Meltzer, 2003; Shaw, Baker, Hunt, Moloney, & Appleby, 2004).

Na população reclusa feminina a probabilidade de morte por suicídio pode ser 20 vezes maior em comparação com as mulheres da mesma idade da população geral (Marzano, Fazel, Rivlin, & Hawton, 2010), e nos reclusos recentemente libertados o excesso de suicídio poderá ser oito vezes superior (Pratt, Piper, Appleby, Webb, & Shaw, 2006; Rivlin, Hawton, Marzano, & Fazel, 2010).

As explicações propostas para o excesso de suicídios na população prisional provêm de dois campos distintos: o criminológico e o psicológico (Fazel, Grann, Kling, & Hawton, 2011). De modo sucinto, a explicação criminológica enfatiza a importância dos factores sociais e ambientais do ambiente exterior no recluso. Ou seja, o recluso importa para a prisão o nível de risco associado à sua condição anterior, como por exemplo, pertencer ao sexo masculino, ter sofrido eventos traumáticos, fazer consumo de substâncias, padecer de outro problema de saúde mental, possuir um fraco enquadramento social ou outras desvantagens ou já ter agido

algum acto auto-agressivo. Outro factor relevante poderá ser a taxa de encarceramento²³ no país porque a sobrepopulação nas prisões pode agravar o risco de suicídio. A explicação psicológica baseia-se nas características das vítimas, utilizando a autópsia psicológica, e tem constatado frequências elevadas de morbilidade psiquiátrica, auto-agressão anterior e acontecimentos recentes stressantes. Dooley (1990) constatou que em 22% das vítimas de suicídio não terá sido a culpa pelo crime ou a incapacidade para lidar com o ambiente prisional que motivou o acto mas a existência de uma perturbação mental.

As condições de reclusão, a vitimização, os cuidados de saúde, o suporte psicossocial são alguns dos múltiplos determinantes, subjacentes ao fenómeno do suicídio no ambiente prisional, para além dos factores de risco bem conhecidos da população em geral, designadamente, a presença de perturbação mental.

Relativamente a dados concretos citam-se, preferencialmente, as estatísticas federais norte-americanas. Os EUA são um país com uma das maiores populações prisionais, logo a seguir à China, e publicam estatísticas fidedignas, sujeitas a um amplo escrutínio. A sua taxa de encarceramento é a mais elevada no mundo: em 2009 foi de 743 reclusos por 100.000 habitantes (Walmsley, 2011).

No sistema prisional do Estado do Texas, Baillargeon et al. (2009) estudaram, prospectivamente durante um ano, a associação entre o suicídio e perturbações mentais graves. Das 41 vítimas de suicídio, 21 possuíam um diagnóstico de perturbação mental grave. O Risco Relativo (RR) de suicídio foi o mais elevado para o diagnóstico de perturbação psicótica não-esquizofrénica (RR=13,8; IC: 5,8-32,9), seguido pelo do diagnóstico de esquizofrenia (RR=7,3; IC: 1,7-15,9), depois pelo diagnóstico de depressão (RR=5,1; IC: 1,9-13,8) e por último pelo diagnóstico de perturbação bipolar (RR=4,6; IC: 1,3-15,9)

As taxas de suicídio nas prisões norte-americanas mostram diferenças importantes entre as prisões locais (*jails*) e as prisões estaduais (*state prisons*)²⁴. No período compreendido entre 2001 e 2009 a taxa de suicídio nas prisões locais decresceu de 48/100.000 reclusos para 41/100.000 reclusos, entre aqueles anos, variando entre o valor mínimo de 30 e o máximo de 49/100.000. Nas prisões estaduais a taxa foi consideravelmente inferior, mantendo-se estável com uma variação entre 14 e 17/100.000 reclusos (Noonan & Carson, 2011).

A prevenção do suicídio na prisão exige a coordenação de múltiplas intervenções, todavia é consensual a recomendação de uma acção precoce constituída por uma avaliação sistemática de perturbações mentais e do risco de suicídio ou de auto-agressão voluntária (AAV) à entrada da prisão.

No estudo de Birmingham et al. (2000), os resultados da avaliação-padrão do estado mental de 546 reclusos consecutivos admitidos na prisão de Durham, Reino Unido, foi

²³ A taxa de encarceramento expressa-se pelo número de reclusos por 100.000 habitantes.

²⁴ Nos EUA as designações "*jails*" e "*prisons*" referem-se a estabelecimentos com funções diferentes. Nos primeiros a grande maioria dos detidos encontra-se a aguardar julgamento ou foram condenados a penas de prisão inferiores a um ano, nos segundos encontram-se indivíduos condenados a penas superiores a um ano.

comparada com uma avaliação independente. Os autores concluíram que a avaliação-padrão necessitava de ser revista e melhorada e recomendaram que a avaliação de rastreio fosse executada por um profissional de saúde treinado e que incluísse as quatro variáveis que mostraram ser os melhores preditores de doença mental nesta população: (i) antecedentes de auto-agressão, (ii) antecedentes de cuidados psiquiátricos, (iii) uma acusação de homicídio, (iv) prescrição de antidepressivos anterior à prisão preventiva (Birmingham, Gray, Mason, & Grubin, 2000).

Um inquérito nacional em Inglaterra e País de Gales a todos os suicídios ocorridos entre Janeiro de 1999 e Dezembro de 2000 (n=172) mostrou que em 49% dos casos eram reclusos preventivos e que perto de um terço (32%) das mortes ocorreram na primeira semana de custódia. O enforcamento ou auto-estrangulamento foi o método em 92% dos casos. O sexo masculino constituiu a grande maioria da amostra (92%) e a maior proporção de casos do sexo feminino (14%) registou-se nas idades inferiores a 21 anos, inclusive. Os antecedentes de perturbação mental encontravam-se presentes em 72% dos casos, sendo o diagnóstico de dependência de substâncias o mais frequente (39%). Mais de metade destes reclusos (57%) apresentava sintomas de perturbação mental à entrada. Os autores recomendam que, além da avaliação à entrada, o risco de suicídio deverá ser monitorizado continuamente, especialmente na primeira semana e que as celas permitam vigilância e não possuam condições para concretizar o enforcamento (Shaw *et al.*, 2004).

Um estudo de caso-controlo efectuado a partir dos suicídios verificados nas prisões austríacas entre 1975 e 1999 (220 casos e 440 controlos) mostrou que os factores preditores de suicídio foram: (i) a história de tentativa anterior ou ameaças de suicídio, (ii) a presença de diagnóstico psiquiátrico, (iii) a prescrição de psicotrópicos, (iv) um crime-índice muito violento e v. a cela individual (Früewald, Matschnig, Koenig, Bauer, & Frottier, *Suicide in custody: case-control study*, 2004).

A investigação de Blaauw, Kerhof e Hayes (2005) procurou identificar as características associadas aos indivíduos de maior risco suicidário, à entrada da prisão, numa amostra de 95 casos de suicídio nas prisões holandesas. A combinação de seis características (idade superior a 40 anos, condição de sem-abrigo, antecedentes de tratamento psiquiátrico, antecedentes de abuso de substâncias, uma pena de prisão anterior, crime com violência) foi capaz de assinalar correctamente 82% das vítimas de suicídio (especificidade 82%). Contudo estas características revelaram uma especificidade inferior em amostras de vítimas de suicídio dos EUA e Reino Unido.

A importância da presença de perturbações mentais nas tentativas graves de suicídio e de auto-agressão nos reclusos e reclusas foi explorada em dois trabalhos dos investigadores do Centre for Suicide Research da Universidade de Oxford. Tratou-se de estudos caso-controlo, com emparelhamento 1:1, em reclusos masculinos (n=60) e femininos (n=60) com actos quase-letais de suicídio/auto-agressão. Na colheita dos dados foi aplicado o MINI e uma entrevista semi-estruturada. Nos reclusos masculinos constatou-se que todos apresentavam alguma perturbação mental. As perturbações mentais mais frequentes neste grupo foram a depressão major (OR=42,0; IC95%:5,8-305), a psicose (OR=15,0; IC95%:2,0-113), as

perturbações de ansiedade ($OR=6,0$; $IC95\%:2,3-15,5$) e o abuso/dependência de substâncias ($OR=2,9$; $IC95\%:1,3-6,4$). A Depressão Major destaca-se como factor de risco como se verifica pela força de associação registada (*odds-ratio* [OR]). A Perturbação Anti-social da Personalidade foi mais frequente nos casos, em relação aos controlos, mas a diferença não foi estatisticamente significativa (Rivlin, Hawton, Marzano, & Fazel, 2010). No segundo trabalho envolvendo reclusas, verificou-se que as associações de risco mais fortes foram com a depressão actual (OR , ajustado para a idade= $23,7$; $IC95\%:9,0-62,3$) e a presença de dois ou mais diagnósticos MINI (OR , ajustado para a idade= $18,3$; $IC95\%:5,9-56,9$). No âmbito das perturbações de ansiedade observou-se que o Pânico, a Ansiedade Social e a Perturbação Pós-stress traumático elevavam o risco de auto-agressão entre 5,1 a 7,6 vezes mais. A Perturbação Anti-social da Personalidade, o abuso de substâncias e as perturbações do comportamento alimentar não mostraram associação com a auto-agressão quase-letal (Marzano, Fazel, Rivlin, & Hawton, 2010).

O trabalho de revisão de Seena Fazel e Colegas (2008), a partir de trinta e quatro estudos com 4780 casos de suicídio na prisão, revelou que diversas variáveis demográficas, clínicas e forenses estavam significativamente associadas à ocorrência de suicídio. As variáveis demográficas identificadas foram a etnia caucasiana ($OR=1,9$; $IC 95\%:1,7$ a $2,2$), o sexo masculino ($OR=1,9$; $IC 95\%:1,4$ a $2,5$) e ser casado ($OR= 1,5$; $IC 95\%:1,3$ a $1,7$). As variáveis forenses foram a ocupação de uma cela a sós ($OR=9,1$; $IC 95\%:6,1$ a $13,5$) estar detido preventivamente ($OR=4,1$; $IC 95\%:3,5$ a $4,8$), e ter uma pena perpétua ($OR=3,9$; $IC 95\%:1,1$ a $13,3$). As variáveis clínicas mais importantes foram a ideação suicida recente ($OR=15,2$; $IC 95\%:8,5$ a $27,2$), uma tentativa de suicídio anterior ($OR=8,4$; $IC 95\%:6,2$ a $11,4$), um diagnóstico psiquiátrico actual ($OR=5,9$; $IC 95\%:2,3$ a $15,4$), receber medicação psicotrópica ($OR=4,2$; $IC 95\%:2,9$ a $6,0$), e antecedentes de problemas com álcool ($OR=3,0$; $IC 95\%:1,9$ a $4,6$). Os autores enfatizam que alguns factores ambientais e clínicos são, potencialmente, modificáveis pelo que devem ser incluídos nas estratégias de prevenção do suicídio nas prisões (Fazel, Cartwright, Norman-Nott, & Hawton, 2008).

Noutro trabalho de Seena Fazel e Colegas (2011) foram analisadas as taxas de suicídio nas prisões, as taxas de suicídio na população geral e as taxas de encarceramento em 9 países da Europa, Canadá, Austrália e Nova Zelândia, entre 2003 e 2007, inclusive. Neste período verificaram-se 861 vítimas de suicídio (94% homens). Constatou-se que as taxas de suicídios na prisão foram, entre três a oito vezes, superiores à das populações em geral. As taxas de suicídios na prisão de mulheres foram mais de seis vezes superiores às taxas de suicídio das mulheres nas populações em geral. Não se verificou nenhuma associação, estatisticamente significativa, entre as taxas analisadas. O Canadá, Austrália e Nova Zelândia obtiveram taxas de suicídio nas prisões, consideravelmente, mais baixas, pelo que devem ser objecto de estudo (Fazel, Grann, Kling, & Hawton, 2011).

Alguns autores salientaram a existência de factores protectores para o suicídio, como a presença de um filho, particularmente nas mulheres, ou a etnia não-caucasiana, que deverão ser igualmente considerados na determinação do risco de suicídio (Perry, Marandos, Coulton, & Johnson, 2010; Fazel, Cartwright, Norman-Nott, & Hawton, 2008).

Apesar de o suicídio e a AAV representarem um dos maiores problemas de saúde, nos adultos da população geral com idade inferior a 35 anos, e existirem muitos trabalhos de avaliação de resultados de intervenções para a prevenção do suicídio, constata-se a falta de uma clara evidência sobre a metodologia mais efectiva para a prevenção destes comportamentos (Perry, Marandos, Coulton, & Johnson, 2010; Guo, Scott, & Bowker, 2003; Guo & Harstall, 2004).

No contexto prisional verificam-se dificuldades semelhantes para a prevenção do suicídio. A primeira diz respeito à metodologia que deverá ser empregue na detecção do risco: não existe um instrumento consensualmente consagrado para esta população (um teste-padrão) e os instrumentos utilizados poderão não se encontrar suficientemente validados. A aplicação, na população prisional, de instrumentos desenvolvidos e validados para a população geral sob cuidados psiquiátricos (p.e. *Beck Depression Inventory* e *Beck Hopelessness Scale*) levanta muitas reservas tendo em conta as características do ambiente e dos indivíduos reclusos. A segunda dificuldade é que o suicídio, apesar de ocorrer numa proporção superior à população em geral, apresenta uma ocorrência muito reduzida em grupos com dezenas ou poucas centenas de sujeitos. Por fim, segundo Perry *et al.* (2010), existe a questão crucial de saber se os reclusos avaliados obterão algum benefício, em comparação com os indivíduos não avaliados, que ainda não tem resposta e constitui um desafio para futuras investigações.

Relativamente à primeira dificuldade, atrás referida, existem actualmente alguns instrumentos dirigidos à detecção do risco de suicídio na população forense. O trabalho de revisão de Perry, Marandos, Coulton, Johnson (2010) identificou quatro instrumentos: 1) *Suicide Checklist*, 2) *Suicide Probability Scale*, 3) *Suicide Concerns for Offenders in Prison Environment* (SCOPE), e 4) *Suicide Potential Scale* (SPS). Contudo, apenas dois questionários (SCOPE e SPS) apresentaram níveis de sensibilidade e especificidade interessantes, pelo que apenas estes dois serão descritos de modo sucinto.

O instrumento SCOPE, da autoria de Amanda Perry, investigadora da Universidade de York, Reino Unido, é o instrumento mais recente e conta com um trabalho de validação considerável. Este auto-questionário pretende avaliar a vulnerabilidade para o risco de suicídio e AAV em delinquentes jovens de ambos os sexos. Os três estudos de validação envolveram um total de 1.166 delinquentes em seis prisões britânicas. Consiste em 28 itens distribuídos por duas escalas: "Rede Protectora Social", e "Optimismo". Os itens são cotados numa escala de Likert de seis pontos. O instrumento registou uma sensibilidade de 72% e especificidade de 74%.

O SPS foi desenvolvido no Canadá por Wichmann, Serin e Motiuk com a intenção de padronizar a avaliação pelos profissionais aos reclusos que manifestavam ideação suicida. A escala contém nove itens: 1) Tentativa de suicídio anterior, 2) Intervenção psiquiátrica ou psicológica recente, 3) Perda de cónjuge ou familiar recente, 4) Problemas graves actuais, 5) Álcool 6) Drogas, 7) Depressão, 8) Ideação suicida, 9) Plano de suicídio. Cada item é cotado em "1" se presente, ou "0" se ausente. O SPS registou uma sensibilidade de 86% e especificidade de 80%.

Em relação ao impacto do fim da pena de prisão na sobrevivência dos ex-reclusos, estudos retrospectivos conduzidos nos EUA (Binswanger, et al., 2007), Reino Unido (Pratt, Piper, Appleby, Webb, & Shaw, 2006) e Austrália (Kariminia, et al., 2007), obtiveram dados preocupantes. Os investigadores daqueles três países recorreram aos registos informáticos de dezenas de milhares de ex-reclusos e calcularam as taxas de suicídio dos reclusos na prisão e após a sua saída.

Os resultados revelaram um pico de suicídios nas primeiras semanas após a libertação, especialmente nas duas primeiras semanas. A taxa de suicídios era ainda agravada nos ex-reclusos com internamento psiquiátrico durante a pena.

Na província de Nova Gales do Sul, Austrália, entre os anos de 1988 e 2002, o suicídio representou a causa de morte em 16.9% dos homens e 11.6% das mulheres. Os suicídios ocorreram, na sua grande maioria, depois da libertação: em 85% nos homens e em 94% nas mulheres. As taxas de suicídio calculadas foram superiores nos homens em relação às mulheres, durante a pena (129 *versus* 56 por 100 000 indivíduos-ano) e após a libertação (135 *versus* 82 por 100 000 indivíduos-ano). A idade média à data da morte foi de 33,6 (d.p. 9,6) nos homens e de 33,5 (d.p. 9,8) nas mulheres. A respeito dos métodos de suicídio o enforcamento, na prisão, foi o método utilizado em 94% dos homens e 100% das mulheres. Após a libertação, os métodos mais utilizados foram o enforcamento em 50% dos homens e 35% das mulheres, e as intoxicações em 29% dos homens e 52% das mulheres. De salientar que o suicídio nos homens atingiu um pico nas primeiras duas semanas depois da libertação, atingindo uma taxa de 507 por 100 000 indivíduos-ano, e diminuiu para uma taxa de 118 por 100 000 indivíduos-ano após os seis meses, que se aproxima da taxa de suicídio observada na prisão. Nas mulheres não se registaram suicídios nas primeiras duas semanas (Kariminia *et al.*, 2007).

Na Inglaterra e País de Gales, entre 2000 e 2002, a taxa de suicídios dos reclusos após a libertação foi de 156 por 100 000 indivíduos-ano. Durante os primeiros 28 dias ocorreram 21% do total de suicídios. De acordo com os autores, esta taxa aproxima-se da taxa verificada nos doentes psiquiátricos após a alta hospitalar. O risco (*odds-ratio*) global de mortalidade, ajustado à idade, dos reclusos recentemente libertados foi de 8,3 (IC 95%: 7,5-9,3) para os homens, e de 35,8 (IC 95%: 25,4-50,2) para as mulheres (Pratt *et al.*, 2006).

No Estado de Washington, EUA, entre Julho de 1999 e Dezembro de 2003, foi calculada uma taxa de mortalidade global de 777 mortes por 100 000 indivíduos-ano. O risco (*odds-ratio*) ajustado de morte para os ex-reclusos foi 3,5 (IC 95%: 3,2-3,8) vezes superior em relação aos indivíduos da comunidade. No entanto, durante as primeiras duas semanas após a libertação o risco de morte foi 12,7 (IC 95%: 9,2-17,4) vezes superior em relação aos indivíduos da comunidade. As causas principais de mortalidade entre os ex-reclusos foram a *overdose*, doença cardiovascular, homicídio e suicídio (Binswanger *et al.*, 2007)

As elevadas taxas de mortalidade dos ex-reclusos, que incluem taxas de suicídio muito superiores à da população geral, em três países desenvolvidos do mundo ocidental (EUA, Reino Unido e Austrália) enfatizam a vulnerabilidade do grupo populacional que recebeu uma pena de prisão. Ou seja, os reclusos possuem uma vulnerabilidade marcada, longitudinal, no período anterior à detenção, durante a reclusão e depois da libertação.

Do mesmo modo que a taxa de suicídios na prisão representa um indicador na avaliação do sistema penitenciário, a taxa de suicídios nos reclusos recém-libertados pode constituir um indicador do nível de articulação entre os serviços prisionais e os serviços comunitários e da qualidade dos cuidados disponibilizados.

Procurando ultrapassar a controvérsia sobre qual a melhor metodologia na prevenção do suicídio nas prisões, adaptam-se as recomendações de Jenny Shaw e Colegas, presentes no relatório *Safer Prisons* (Shaw *et al.*, 2004):

(1) Os reclusos considerados de risco à entrada devem ser supervisionados em celas reservadas para esse efeito.

(2) Celas sem barras nas janelas devem ser atribuídas aos reclusos de alto risco.

(3) Os Estabelecimentos devem fornecer roupa de cama que não possa ser utilizada para suspensão ou auto-asfixia.

(4) A partilha de informação deve constituir uma rotina de serviço; sempre que a avaliação inicial revela um anterior contacto com serviços de saúde mental, uma informação relevante complementar deve ser obtida nas 24 horas seguintes.

(5) Estruturas para a desintoxicação deverão ser disponibilizadas para os reclusos com história de abuso ou dependência de álcool ou drogas.

(6) Os reclusos que recebem alta de internamentos devem ser acompanhados no mínimo 7 dias.

(7) Todos os profissionais, incluindo os elementos para as escoltas, devem receber formação regular para a identificação, avaliação e intervenção do risco de suicídio; com ênfase no risco dos detidos preventivamente.

2.2.1. Suicídio de Reclusos no Contexto Europeu e Nacional

Na Europa, a França é apontada como um dos países com maior número de suicídios nas prisões. A estatística oficial francesa mostra que os suicídios na prisão têm sofrido um aumento assinalável nos últimos cinquenta anos, desde quatro suicídios por 10.000 reclusos em 1960, até dezanove em 2008. Este acréscimo de perto de cinco vezes não parece estar associado às variações das taxas de ocupação nas prisões ou da taxa de suicídios na população em geral, nem à maior idade média dos reclusos (Duthé, Hazard, Kensey, & Shon, 2009). No período de 2002-2006, este país apresentou uma média de vinte suicídios por 10.000 reclusos por ano, que foi a maior entre quinze países da União Europeia. Os suicídios ocorreram em maior proporção nos primeiros meses de detenção, entre os reclusos condenados por crimes mais graves (homicídio, violação) e foi duas vezes superior nos detidos preventivos (Duthé *et al.*, 2009). No quadro desta estatística Portugal surge no quarto lugar, com uma taxa de 12 suicídios por 10.000 reclusos, atrás da Dinamarca com 13,5, e da Bélgica com 13. A Espanha regista um dos valores mais baixos: seis suicídios por 10.000 reclusos.

Contudo, a comparação, entre países, de taxas de suicídios na prisão deve ter em conta múltiplos aspectos importantes para a interpretação dos dados nacionais. A definição de

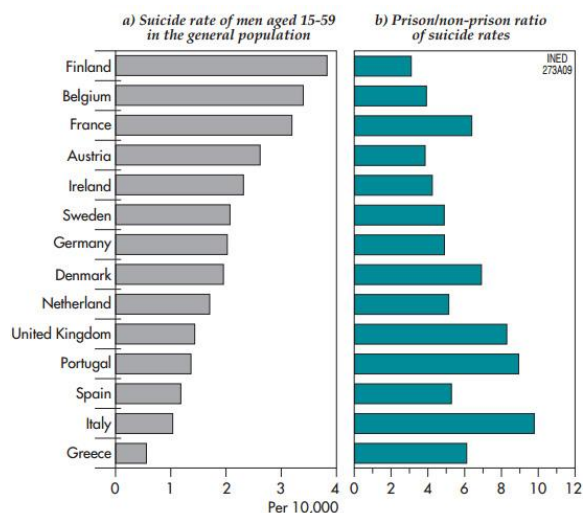
suicídio, a inclusão das mortes ocorridas fora dos estabelecimentos prisionais, a composição relativa de presos preventivos e condenados, a sua idade e sexo, a duração média da estadia na prisão, são algumas potenciais diferenças entre países que podem enviesar as taxas de suicídio nas prisões. Segundo Duthé *et al.* (2009), o cálculo da taxa de suicídio nas prisões deve ter em conta a taxa de suicídios da população nacional e o número de reclusos entrados por ano nos sistemas penitenciários. Para avaliar a diferença entre a taxa de suicídios na população em geral e na população prisional é conveniente utilizar a taxa de suicídio na população em geral do sexo masculino com idades compreendidas entre os 15 e 59 anos. Esta população é mais aproximada à população prisional, onde os homens idosos e as mulheres têm uma expressão muito reduzida. A diferença entre estas duas taxas é designada por “o excesso” de suicídios nas prisões em relação à população geral de cada país. Por via destes cálculos ajustados a posição relativa dos países na estatística dos suicídios de reclusos pode alterar-se notoriamente.

Uma fonte importante de dados penitenciários da Europa consiste nas estatísticas do Conselho da Europa (*Annual Penal Statistics of the Council of Europe, SPACE I*) elaboradas, desde 1982, a partir de um inquérito aos Estados Membros. Em 2009, o questionário para a recolha dos dados foi modificado e, pela primeira vez, foi acedido por via electrónica. O questionário recolhe dados demográficos e forenses das populações reclusas dos vários Estados. Estas estatísticas constituem um elemento fundamental para conhecer a realidade penitenciária dos diferentes países e estabelecer comparações. Os inquéritos anuais têm o cuidado de explicitar as diversas particularidades das estatísticas nacionais, embora não apresentem as taxas de suicídios ajustadas em relação ao total de reclusos entrados nas prisões ou o excesso de suicídios na prisão em relação à população em geral. A última estatística disponível para consulta refere-se ao ano de 2008.

No período de 2002 a 2006, na Europa dos Quinze, verifica-se que os três países com um maior excesso de suicídios nas prisões foram a Itália, com dez vezes mais suicídios na prisão em relação à população geral, Portugal com perto de nove vezes mais e o Reino Unido com oito vezes mais (Duthé, Hazard, Kensey, & Shon, 2009) ([Figura 9](#)~~Figura 9~~~~Figura 9~~).

No entanto, quando se calcula a taxa de suicídios em relação ao número de reclusos entrados nas prisões por ano, Portugal surge em primeiro lugar, com oito suicídios por 10.000 reclusos entrados por ano, seguido pela França com sete e a Bélgica com cinco. A Espanha encontra-se entre os países com esta taxa mais reduzida, com quatro suicídios (Duthé *et al.*, 2009), embora a Catalunha, isoladamente, registe taxas superiores (7,1 em 2008) (Council of Europe, SPACE I, 2008).

Figura 9 – Taxas de suicídio nos homens, entre os 15 e os 59 de idade, e quocientes das taxas de suicídio nos reclusos e nos civis, na União Europeia, 2002-2006



Fonte: *Population & Societies*, N. 462 (Duthé et al., 2009)

Nas prisões portuguesas o registo de óbitos por suicídio mostra um curso ondulante, ou seja, após anos com números mais elevados seguem-se anos com valores mais reduzidos, seguidos, novamente, por anos com números mais elevados (Quadro 3). A interpretação deste facto não é clara, ficando a dúvida se estamos perante um acaso ou se existem causas subjacentes. Relativamente à auto-agressão não foi possível obter dados sobre a frequência de episódios que não culminaram em morte.

Nos últimos catorze anos, o número de suicídios variou ente 7 e 23 suicídios/ano. A média deste período foi de 14,7 suicídios/ano e a taxa média de suicídios por 10.000 reclusos/ano foi de 11,0.

Nos anos de 2007 e 2008 não se encontra acessível o registo da mortalidade pelo que não foi possível calcular a percentagem de suicídios. O número de suicídios nesses anos foi de 10 e 7, respectivamente. Este decréscimo permitiu registar uma taxa de 6,5 suicídios por 10.000 reclusos, em 2008, muito inferior às taxas da Bélgica (15,6), da Dinamarca (14,5), da Itália (8,2), e da Holanda (7). Nos anos de 2009 e 2010, o número de suicídios elevou-se para 16 e 19, respectivamente, elevando a percentagem de suicídios para valores sobreponíveis à daqueles países. Em 2011 o número de suicídios voltou a cair para 8 e a percentagem de suicídios reduziu-se para 6,4 (Quadro 3).

Quadro 3 – Frequência e taxas de suicídio nas prisões portuguesas entre os anos de 1998 e 2011.

Ano	Mortalidade Total	Número de homicídios	Número de suicídios	Percentagem de suicídios	Suicídios por 10.000 reclusos
1998	119		20	16,8	13,7
1999	109		13	11,9	10,2
2000	81		10	12,3	7,8
2001	106	3	23	21,7	9,9
2002	97	2	19	19,6	13,8
2003	100		16	16	11,7
2004	80		22	27,5	16,7
2005	93		9	9,7	7,0
2006	91	3	14	15,4	11,1
2007	(a)		10		8,6
2008	(a)		7		6,5
2009	56		16	28,6	14,6
2010*	64		19	29,7	16,6
2011	64	1	8	12,5	6,4
Média			14,7	18,5	11,0

* Os suicídios por sexo foram contabilizados em 2010 e 2011 tendo ocorrido um suicídio de uma mulher em 2010. (a) Ausência de registos (Fonte: dados do HPSJD e Estatística da DGSP, disponível em <http://www.dgsp.mj.pt>).

Capítulo 3 - Avaliação de Necessidades de Cuidados

Neste Capítulo será abordado o desenvolvimento da metodologia de avaliação de necessidades de cuidados de saúde, em geral, e na população prisional em particular.

3.1. Enquadramento da necessidade de cuidados de saúde

A avaliação de necessidades de cuidados de saúde radica-se em dois planos de natureza diferente, embora complementares: o plano valorativo e o plano pragmático.

O primeiro plano decorre da definição de Saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS): “Saúde é um estado de completo bem-estar físico, psicológico e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”²⁵. A mestria desta definição, para além da benevolência que encerra, é o reenquadramento de antigos conceitos na visão contemporânea dos valores humanistas – os direitos à vida, à saúde, à realização pessoal. Deste modo, os binómios doença *versus* saúde, e tratamento *versus* cuidados, não pressupõem antagonismos mas a abrangência de leitura, mais local ou mais sistémica, conforme o ponto de vista do observador.

Neste quadro, para alcançar e manter a “saúde”, é essencial ir além dos “tratamentos” dirigidos a “doenças” e propiciar “cuidados” em campos que extrapolam a dimensão física dos indivíduos. Ou seja, a “saúde” depende da satisfação de “necessidades de cuidados de saúde”, mas também da satisfação de “necessidades de saúde”. As primeiras são as necessidades que, potencialmente podem beneficiar dos cuidados prestados pelos serviços de saúde (educação para a saúde, profilaxia de doenças, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos). As segundas são mais abrangentes e englobam os determinantes sociais e ambientais da saúde (p.e. a condição socioeconómica, a educação, o emprego, a dieta, a habitação) (Wright, Williams, & Wilkinson, 1998). No campo da saúde mental esta conceptualização é particularmente adequada porque as perturbações mais graves determinam incapacidades e desvantagens que, para além da vertente biomédica, beneficiam das intervenções nas vertentes psicológica e de recuperação social (Caldas de Almeida & Xavier, 1995).

O plano pragmático decorre da impossibilidade do crescimento exponencial de cuidados. Nas sociedades ocidentais, orientadas pelos princípios democráticos – igualdade de direitos e deveres entre os cidadãos – e pela racionalização de recursos, um terceiro binómio custo *versus* benefício é incontornável. Devido ao impacto crescente na despesa originado pelos avanços dos meios de diagnóstico e de terapêutica, a racionalização da oferta de

²⁵ Organização Mundial de Saúde. 1946. Preâmbulo da Constituição da OMS adoptada pela Conferência Internacional da Saúde, Nova Iorque, 19-22 Junho de 1946; assinada pelos representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100).

cuidados de saúde, em função da sua necessidade e da relação custo/benefício, é cada vez mais debatida.

De acordo com Xavier (1999) o valor custo, numa óptica financeira, não deverá constituir, por si só, o elemento determinante no acesso a cuidados, porque devem ser atendidos os ganhos no funcionamento global e na qualidade de vida dos indivíduos. Outra consequência deste paradigma é que a avaliação dos cuidados de saúde deverá abranger três aspectos essenciais: o funcionamento social, como complemento das variáveis clínicas, a multiplicidade das dimensões em causa e a subjectividade da medição. A valorização das perspectivas do utente e dos cuidadores no processo de avaliação constitui um dos avanços mais importantes nesta área. Citando o autor: "(...) se as perspectivas do doente e dos seus familiares mais próximos não forem incluídas no processo de avaliação, dificilmente deixará de ocorrer um enviesamento na apreciação do resultado final de qualquer intervenção, induzido pela percepção isolada do profissional de saúde." (Xavier F. , 1999).

À luz destes princípios, os vários níveis de decisão, no campo da saúde, têm o dever de compatibilizar os direitos das pessoas com a limitação dos recursos existentes para a prestação dos cuidados e, idealmente, atribuírem os recursos após uma avaliação de necessidades das populações (Xavier F. , 1999).

O tema da avaliação de necessidades é indissociável do desenvolvimento do sistema de saúde no Reino Unido e, por este motivo, será traçado um breve resumo da sua evolução.

O SNSB foi criado no final da II Guerra Mundial (1946) como um sistema de saúde cujo financiamento era essencialmente público. Este sistema foi extremamente importante para a psiquiatria porque trouxe uma equiparação dos psiquiatras e serviços de psiquiatria aos outros médicos e serviços de saúde. Na opinião de Bennett , pela primeira vez na história os doentes de psiquiatria foram tratados como todos os outros. Outros aspectos do Estado Social foram igualmente importantes, como o subsídio de doença que possibilitou que as pessoas doentes pudessem subsistir e serem cuidadas fora do hospital.

Em 1971 a publicação do *White Paper on Hospital Services* confirmou a integração da psiquiatria nos serviços médicos ao determinar que todos os doentes com psicose deveriam ser tratados nos hospitais gerais .

Nos anos seguintes, um grupo de trabalho, (*Resource Allocation Working Party*) com o propósito de garantir uma melhor equidade de cuidados, elaborou uma estimativa de necessidades de saúde das populações com base numa fórmula que integrava as taxas de mortalidade estandardizadas e o desfavorecimento socioeconómico. Nas suas conclusões o grupo recomendou que os recursos de saúde deveriam ser distribuídos tendo em conta estes resultados (*Department of Health and Social Security, 1976*).

Na década de 90, o SNSB recebeu uma nova e importante reforma através da promulgação da lei *The National Health Service & Community Care Act 1990* (*Secretary of State for Health, 1990*). Nesta reforma foi aplicada uma política de descentralização e de separação entre as entidades financiadoras e as entidades prestadoras de cuidados de saúde. A publicação do documento *The Health of the Nation: a strategy for health in England*

(*Department of Health*, 1992) elegeu, definitivamente, a avaliação de necessidades de saúde como o modelo de distribuição dos recursos de saúde e fixou metas para os serviços de saúde.

A definição de “necessidade” adoptada foi a seguinte: “a ‘necessidade’ de serviços para uma população depende da capacidade de beneficiar de um ganho de saúde proporcionado pelo serviço (incluindo desde serviços preventivos até reabilitativos). A capacidade total da população para beneficiar depende da medida em que o problema existe (prevalência/incidência), e no que pode ser feito a seu respeito (efectividade).” (NHS Management Executive, 1991, cit. in Cohen e Eastman, 2000, p. 49)

Nesta definição de “necessidade” é incluído o conceito de “efectividade” porque não é possível satisfazer permanentemente ou, em definitivo, uma necessidade se não existir uma intervenção que apresente uma relação custo/benefício positiva.

A avaliação de resultados da intervenção (*outcome*) é, naturalmente, um componente essencial desta metodologia, por ser o meio de medir o benefício/ganho proporcionado pelos serviços.

Actualmente, a avaliação de necessidades é um componente essencial do planeamento e da prestação de cuidados de saúde. O financiamento dos serviços de saúde segue esta orientação, de modo que, as intervenções sem eficácia demonstrada não são financiadas.

A saúde mental constituiu uma das cinco áreas prioritárias desta estratégia e a primeira meta, neste campo, foi a melhoria da saúde e do funcionamento social dos pacientes com doenças mentais .

Desde o ano 2000, a determinação de necessidades de cuidados de saúde é efectuada através de um modelo colaborativo entre as partes interessadas. As administrações de saúde a nível local (*District Health Authorities* (DHA)) assumem um papel de “compradores” de serviços a terceiras entidades, como sejam os médicos generalistas (*General Practitioners*), os hospitais e outras entidades, que representam os “fornecedores”. As DHA têm a obrigação de avaliar as necessidades de cuidados da população da sua área geográfica e, com base nesta avaliação, contratar os serviços necessários. A aplicação deste princípio (*needs-led planning*) possibilita que os recursos (e os custos) sejam proporcionalmente aplicados consoante as necessidades dos indivíduos (Asadi-Lari et al., 2003).

O modelo de avaliação de necessidades seguido pelo SNSB tem originado diversas críticas. A conceptualização económica de “necessidade” como “a capacidade para beneficiar dos cuidados de saúde” pode ser utilizado pela administração como uma mera justificação para reduzir os custos de saúde; somente os indivíduos com problemas de saúde que podem beneficiar das intervenções devem receber tratamento . Outra consequência lógica deste racional é que a capacidade para beneficiar das intervenções poderá ser inversamente proporcional à gravidade do quadro de saúde. Um paciente com um quadro menos grave poderá ter uma necessidade superior em relação a um paciente mais grave, porque o primeiro poderá ter um benefício com o tratamento superior ao segundo. Este exemplo salienta o perigo para o princípio de equidade de acesso aos cuidados de saúde ao preterir os pacientes com

doenças mais graves e de prognóstico mais reservado, em relação aos restantes (Asadi-Lari et al., 2003).

Para estes autores, o modelo adoptado pelo SNSB é inadequado para a avaliação de necessidades de ordem clínica para pacientes individuais, que são um meio privilegiado para a melhoria de qualidade dos serviços de saúde. Por outro lado, esta definição não envolve os leigos, concentra-se nos “cuidados de saúde” e não na “saúde” e subentende a existência de um modelo causal.

O trabalho de revisão de Gilbody, House, e Sheldon , incluído na base *Cochrane*, salientava que, até à data, nos doentes com esquizofrenia, não existia nenhum estudo randomizado e controlado publicado sobre o valor da avaliação de necessidades, pelo que, as vantagens na utilização desta metodologia nos cuidados de saúde mental eram incertas.

3.2. Conceptualização de necessidade de cuidados

O conceito operacional de “necessidade” não se encontra isento de discussão e tem recebido contribuições de várias disciplinas (economia, sociologia, medicina e filosofia). Na verdade, este conceito, na aparência simples, é extremamente difícil de definir devido à sua intrínseca subjectividade e relatividade (Fryers e Greatorex, 1992; Robinson e Elkan, 1996, cit. *in* Cohen e Eastman, 2000, p.31).

Uma das definições mais citadas, embora especialmente orientada para o diagnóstico médico e tratamento, trata-se da definição de Graham Matthew: “Existe uma necessidade de cuidados médicos quando um indivíduo apresenta uma doença ou incapacidade para a qual existe tratamento ou cuidados efectivos e aceitáveis. (...) Uma procura de cuidados existe quando um indivíduo considera que tem uma necessidade e deseja receber cuidados. A utilização ocorre quando um indivíduo recebe realmente os cuidados” (Matthew, 1971, cit. *in* Wing, 1993, p.92)

Para além da diversidade na sua expressão este conceito tem evoluído nas últimas décadas em relação ao seu alcance. Actualmente é aceite que as necessidades de saúde de um indivíduo, ou de uma população, são mutáveis, extrapolam o domínio médico e os serviços de saúde e envolvem o vasto campo da organização social e política de uma comunidade (Asadi-Lari, Packhan, & Gray, 2003).

Nos anos 70 e 80, deu-se uma particular atenção ao planeamento racional e atribuição de recursos ao nível das populações. Medidas do estado de saúde, por vezes indirectas, como as taxas de mortalidade, de prevalência de doença, de nível socioeconómico, ou de utilização de serviços têm sido utilizadas como uma aproximação à determinação de necessidades de uma população (Cohen & Eastman, 2000; Asadi-Lari et al., 2003).

Nos anos 90, verificou-se uma transição do foco sobre as “necessidade de saúde” para a avaliação da “necessidade de cuidados de saúde”, conceito algo mais restrito e enfatizando o papel dos serviços de saúde (Cohen & Eastman, 2000).

A partir desta data, o alvo da avaliação passa a incluir, também, as necessidades individuais medidas directamente através de instrumentos.

No campo da economia da saúde, existem vozes críticas sobre o papel da “necessidade” e da “avaliação de necessidade”, que garantem que as “avaliações económicas” apresentam vantagens superiores (Mooney, 1994, cit. *in* Cohen e Eastman, 2000, p.37). As avaliações económicas ponderam, obviamente, o custo dos recursos e poderão maximizar os benefícios obtidos (Donaldson e Mooney, 1991, cit. *in* Cohen e Eastman, 2000, p.37). De outro modo, na ausência de uma análise formal de custos *versus* benefícios, o desperdício e a perda de benefícios potenciais será uma regra (Stevens e Raftery, 1994, cit. *in* Cohen e Eastman, 2000, p.37). Os tipos de custos considerados pelos economistas da saúde são, geralmente, quatro: (i) os custos directos (financeiros e recursos humanos) produzidos pelo contacto do utente com os serviços, (ii) os custos indirectos causados pelos contactos com serviços exteriores à saúde mental (serviços sociais, sistema judicial), (iii) os custos ocultos originados

pelo desemprego, pelos cuidados prestados pelos familiares e cuidadores, outros decorrentes do tratamento (p.ex. transporte), e finalmente, iv. os custos não-mensuráveis, de natureza ética ou outra a que não pode ser atribuído um custo.

No campo da sociologia, Bradshaw (1972, cit. in Cohen e Eastman, 2000, p.41) desenvolveu uma nomenclatura de “necessidade” com quatro tipos, embora com algum grau de sobreposição entre si: (i) a necessidade normativa (*normative need*) corresponde à diferença entre o que é, actualmente, oferecido e o padrão desejável (norma) estabelecido pelos profissionais, (ii) a necessidade comparativa (*comparative need*) corresponde à diferença da oferta de serviços entre duas regiões, com ponderação das diferenças de morbilidade, (iii) a necessidade sentida (*felt need*) corresponde à percepção do indivíduo da existência de um problema, iv. a necessidade expressa (*expressed need*) que é necessidade sentida que é manifestada como “procura”

Esta conceptualização engloba outros conceitos, além de “necessidade”, que têm definições próprias e que importa clarificar, tais como: “procura” (*demand*), “utilização” (*utilization*) e “oferta” (*supply*).

A “procura” é uma medida da quantidade de serviços que os consumidores procuram obter. De acordo com Matthew (1971; cit. in Wing, 1993, p. 92): “Uma procura de cuidados existe quando um indivíduo considera que tem uma necessidade e deseja receber cuidados (...) Necessidade não é necessariamente expressa como procura e procura não é necessariamente seguida por utilização, enquanto, por outro lado, pode existir procura e utilização sem verdadeira necessidade para a utilização daquele serviço particular”.

Os conceitos “procura” e “necessidade” estão intimamente ligados mas não são equivalentes, nem é possível assumir que exista sempre uma relação directa e previsível entre eles. No campo das perturbações mentais é muito claro que não se pode aplicar tal postulado. Rabkin (1986; cit. in Cohen e Eastman, 2000, p.42) alerta para que, frequentemente, são os pacientes mais graves que menos procuram os serviços, devido à sua vulnerabilidade, incapacidades e falta de crítica.

A “utilização” de serviços ocorre quando o indivíduo recebe, realmente, os cuidados proporcionados pelos serviços. Habitualmente é medida por indicadores, tais como taxas de internamento, duração de internamentos, número de consultas e outros, recolhidos pelas entidades coordenadoras ou responsáveis pelo pagamento.

A “utilização”, a “procura”, e a “necessidade” de serviços não apresentam uma relação directa entre si. A “utilização” é, em grande medida, mediada pela “procura” e “oferta” de serviços (Rabkin, 1986; cit. in Cohen & Eastman, 2000, p. 44). A “utilização” de serviços de saúde não depende, exclusivamente, das orientações clínicas e da efectividade das intervenções, mas igualmente do interesse dos profissionais, das prioridades políticas e do conjunto de recursos disponíveis.

Os factores que condicionam a “utilização” de serviços podem agrupar-se, segundo Breakey (2000), do seguinte modo: 1- Prática profissional local: quando um serviço local não é especialmente valorizado poderá ser subutilizado (ex. alternativas ao internamento completo, como o hospital-de-dia). 2- Disponibilidade: quando um serviço não existe não pode ser

utilizado (ex. falta de unidade de electroterapia). 3- Acessibilidade: quando existem barreiras à utilização dos serviços (ex. o preço, o tempo despendido, a distância, o estigma, a ignorância, a comunicação). 4- Aceitabilidade: quando o indivíduo considera inaceitável determinada intervenção não a irá utilizar (ex. injeções, terapia de grupo)

A “oferta” refere-se às intervenções, aos profissionais e estruturas disponíveis, quer sejam utilizadas ou não. A oferta é influenciada, não apenas pela necessidade e procura mas igualmente pelas condições, e pressões, públicas, políticas, económicas e profissionais, além da influência do padrão tradicional de oferta de serviços (Cohen e Eastman, 2000; Stevens e Raftery, 1994, cit. in Cohen e Eastman, 2000, p.46)

De um modo geral podemos afirmar que a “oferta” é, geralmente, inferior à “procura”, e esta inferior às “necessidades” (Asadi-Lari et al., 2003). Por outro lado, uma maior “oferta” de serviços de saúde também promove o aumento da “procura” (Wright et al., 1998).

Com o intuito de facilitar a compreensão das áreas de “sobreposição” destes conceitos Crown (1991, cit. in Cohen e Eastman, 2000,p.46) propôs um esquema visual (ver Figura 10 e Figura 11). Na Figura 10 os círculos de “necessidade”, “procura” e “oferta” encontram-se parcialmente sobrepostos, com áreas de “oferta” fora de “necessidade” e de “procura”. Na Figura 11 representa-se a situação ideal com a total “sobreposição” de áreas.

Figura 10 - Necessidade, procura e oferta: a situação actual. Adaptado de Crown (1991, cit. in Cohen e Eastman, 2000, p.45)

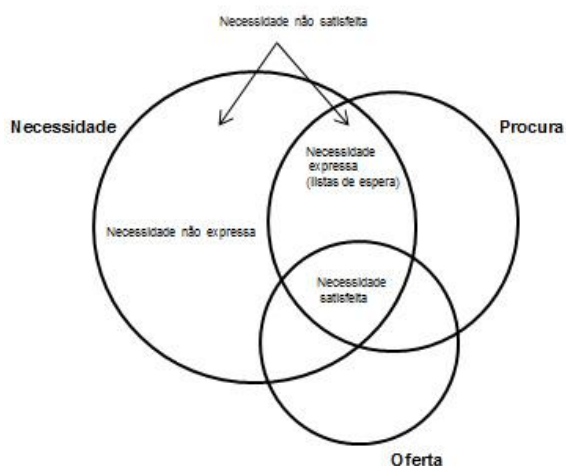
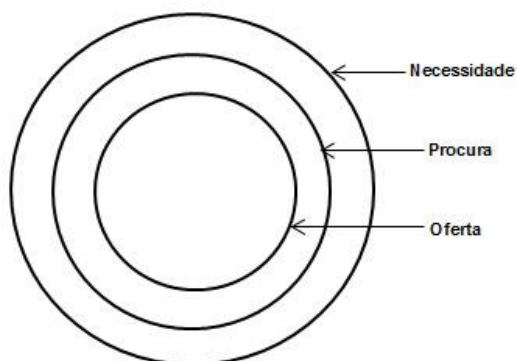


Figura 11 - Necessidade, procura e oferta: a situação ideal. Adaptado de Crown (1991, cit. in Cohen e Eastman, 2000,p.45)



Uma abordagem hierárquica, na definição das finalidades e dos dados necessários para cada nível de “necessidade”, foi proposta por Fryers (1979, cit. in Cohen e Eastman, 2000, p.46-47). Esta conceptualização estabelece a existência de quatro níveis: (i) as necessidades nacionais são calculadas a partir das estatísticas oficiais (p.ex. taxas de mortalidade) de modo a orientar a administração central na distribuição de recursos, (ii) as necessidades regionais são calculadas a partir de dados locais e epidemiológicos e servem para orientar as redes de serviços de saúde de uma região, (iii) as necessidades de grupos são mensuradas com base em dados sociodemográficos e epidemiológicos referentes a subpopulações com o intuito de planejar e organizar os serviços de saúde, de menor escala, orientados para grupos de pacientes específicos (p.ex. seniores, portadores de debilidade mental ou de esquizofrenia, delinquentes com perturbação mental, etc.), (iv) as necessidades individuais podem ser mensuradas através de várias abordagens, incluindo os instrumentos de avaliação de necessidades, a fim de determinar a efectividade dos cuidados experienciados pelo paciente.

Um importante autor neste campo, John K. Wing (1994, cit. in Cohen e Eastman, 2000, p.47-48) defende uma abordagem multifactorial ou “mista” na formulação de “necessidade”. Nesta abordagem cada doente pode ser alocado a um determinado nível de necessidades de cuidados e custos correspondentes. Os problemas e contextos habituais são os seguintes: (i) problemas autolimitados, frequentes na população geral, que geralmente não originam necessidades de cuidados do Serviço Nacional de Saúde, (ii) problemas assistidos nos cuidados primários sem necessidade de especialista, (iii) problemas mais sérios que podem ser acompanhados em serviços especializados de diversas configurações, (iv) necessidade de cuidados de maior intensidade e de curta-duração (hospitalização total ou parcial, cuidados no domicílio), (v) necessidade de cuidados de maior intensidade e com duração intermédia (novos crónicos), (vi) necessidade de cuidados de longa duração devido a elevado e persistente grau de dependência.

Cada paciente pode transitar de um nível para outro conforme o seu estado, embora os doentes mais graves tendam a progredir para os dois últimos níveis.

3.3. Operacionalização de necessidade de cuidados

De acordo com Breakey (2000), a avaliação de necessidades possui vertentes complementares que importa sublinhar. A sua concretização engloba duas perspectivas: centrada na pessoa ou centrada no serviço (no profissional) e é dirigida a dois planos de prestação de cuidados: o individual ou o do sistema de serviços.

A perspectiva centrada na pessoa considera a opinião do utente relevante para a definição das necessidades. A perspectiva centrada no serviço (no profissional) utiliza o conhecimento científico existente à data para definir as necessidades e os serviços que devem ser oferecidos.

No plano individual, necessidade de serviços é o conjunto de serviços de saúde mental cujos profissionais e utentes crêem que devam ser oferecidos durante um período relevante de tempo, de modo que o utente permaneça ou se torne tão saudável como o permitido pelo conhecimento médico do momento, com fundamento nos melhores resultados possíveis conhecidos, tais como a redução de sintomas e o atingir do funcionamento social.

Esta definição inclui algumas dificuldades: na psiquiatria os padrões de cuidados (*standards of care*) não se encontram indiscutivelmente estabelecidos, o que dificulta a avaliação objectiva da satisfação das necessidades. As linhas de orientação (*guidelines*) elaboradas por diversas organizações profissionais abordam predominantemente o tratamento biológico e não são assumidas como definidoras de padrões de cuidados.

No plano do sistema de serviços, necessidade de serviços é a quantidade de serviços de saúde mental cujo consenso de profissionais, utentes e da opinião pública informada crêem que é exigida pela população durante um período relevante de tempo, de modo que os seus membros permaneçam ou se tornem tão saudáveis como o permitido pelo conhecimento médico do momento, segundo resultados epidemiológicos objectivos (Breakey, 2000).

Geralmente as prioridades de necessidades definidas pelos utentes e profissionais têm uma ordem muito diferente. Os utentes mostram tendência para valorizar dimensões físicas básicas (alimentação, alojamento) seguindo a hierarquia de necessidades de Maslow²⁶. Os profissionais valorizam matérias clínicas como os sintomas, os comportamentos de risco, a autonomia pessoal, ou os consumos de substâncias (Cohen & Eastman, 2000).

No ambiente clínico, a avaliação de necessidades dos indivíduos concretos é uma parte integrante do trabalho médico. A partir da formulação diagnóstica, baseada na anamnese, na observação e nos exames complementares, é proposta uma intervenção dirigida aos problemas detectados (necessidades) segundo as vertentes biológica, psicológica e social.

²⁶ Abraham Maslow publicou, em 1943, o artigo "A Theory of Human Motivation" onde expõe um modelo hierárquico de necessidades humanas, também conhecido como a pirâmide de necessidades de Maslow. Os diferentes níveis de necessidades são designados, a partir da base, deste modo: fisiologia, segurança, relacionamento e amor, estima e auto-realização. Acedido em Novembro de 2012. <http://psychclassics.yorku.ca/Maslow/motivation.htm>.

O tratamento e as intervenções propostas são ajustados ao indivíduo particular, naquele momento, em coerência com o estado-da-arte, e administradas após consentimento expresso do paciente. As diferentes perspectivas, centrada no utente e centrada no profissional, tendem a ser ultrapassadas pela persuasão e negociação.

A valorização do plano individualizado de cuidados está estreitamente associado ao desenvolvimento, na medicina e na enfermagem, do modelo de cuidados e de registos “dirigidos ao problema” (*problem-oriented*) (Weed, 1971; Roper, Logan, & Tierney, 1980) cuja conceptualização é similar e contemporânea ao modelo de “necessidades de cuidados”.

No plano do sistema de serviços, quando se planeiam cuidados para uma população, desenvolve-se igualmente uma negociação envolvendo organizações de utentes/familiares, os profissionais, e as administrações que detêm os meios de financiamento.

Segundo Wright *et al.* (1998) dois factores principais têm impulsionado a generalização da avaliação de necessidades de cuidados. Em primeiro lugar, o crescimento exponencial dos custos com a saúde, em comparação com outros sectores de despesa pública. Esta situação é incompatível com os recursos limitados, mesmo dos países mais desenvolvidos. Em segundo lugar, a consciencialização dos utentes/consumidores dos seus direitos ao acesso e à qualidade dos cuidados de saúde. As assimetrias de acesso e de qualidade dos cuidados de saúde não são aceitáveis nos países de regime democrático. De acordo com estes autores, a avaliação de necessidades deverá ter em conta as considerações clínicas, éticas e económicas envolvidas no estabelecimento das prioridades, e responder pragmaticamente às seguintes questões: o que deverá ser feito, o que pode ser feito, e o que podemos pagar.

A metodologia geralmente empregue utiliza uma abordagem qualitativa e epidemiológica sobre a efectividade clínica e de custo das intervenções, além de incorporar a perspectiva dos utentes.

As definições de “necessidade” de cuidados de saúde têm variado ao longo do tempo e conforme os modelos subjacentes dos diferentes autores. Na literatura podemos encontrar definições de “necessidade” segundo um modelo social, filosófico, pragmático ou económico.

No âmbito deste estudo interessa sobretudo focar as definições presentes em visões orientadas para a governação de serviços de saúde.

No âmbito populacional Jeffers, Bognanno e Bartlett (1971) definiram “necessidade de cuidados” de uma população como a quantidade de serviços médicos que devem ser consumidos, de acordo com a opinião médica especializada, durante um período de tempo relevante, de modo que os seus membros permaneçam ou se tornem tão saudáveis quanto o permitido pelo conhecimento médico existente à data. Desta definição ressalta que a “necessidade” é expressa em termos quantitativos e que a presença de “necessidade” é baseada numa opinião especializada.

A crítica formulada por Breakey (2000) é que esta definição não tem em conta a opinião de outros interessados, como sejam os pacientes, as suas famílias ou outras pessoas, que a “saúde” é definida de uma forma vaga, sem metas objectiváveis e não prevê a existência de constrangimentos que podem afectar as decisões envolvidas.

O *Medical Research Council* (Reino Unido) propõe que uma necessidade existe quando o funcionamento do indivíduo diminui, ou pode diminuir, abaixo de um determinado nível, e existe uma causa remediável (Brewin, Wing, Mangen, Brugha, & MacCarthy, 1987).

A perspectiva dos serviços de saúde é expressa por Buchan, Gray, Hill e Coulter (1990) para quem “necessidades” são as situações para as quais existe uma intervenção que produz um benefício com um risco razoável e um custo aceitável.

A conceptualização de Stevens (1991) formula “necessidade” como a capacidade de beneficiar dos cuidados de saúde (*ability to benefit*) e foi adoptada no modelo de reforma do Serviço Nacional de Saúde Britânico (SNSB) dos anos 90.

Esta definição valoriza um aspecto importante do ponto de vista do paciente que é a melhoria alcançada. Contudo, encontra-se implícito que no caso de não se verificar benefício, pela inexistência de uma intervenção conhecida ou por falta de efectividade dos tratamentos conhecidos, não existe “necessidade”. Tal constatação, se não é satisfatória para um paciente em particular, tem um valor operacional importante para uma perspectiva centrada no serviço.

De acordo com Cohen e Eastman (2000) os ganhos em saúde mental são multidimensionais e difíceis de definir e medir. Para ultrapassar estas dificuldades propõem três níveis de necessidade: 1) Ausência de necessidade (*no need*), quando não existe intervenção ou o seu benefício não está demonstrado para essa necessidade; 2) Necessidade atingida ou satisfeita (*met need*), quando as dificuldades do indivíduo foram reduzidas com a intervenção recebida; e 3) Necessidade não-atingida ou não-satisfeita (*unmet need*), quando o problema persiste apesar de uma qualquer intervenção recebida.

Para Breakey (2000) a “necessidade não-satisfeita” (*unmet need*) é a diferença entre “necessidade” e “utilização”, quando a “necessidade” é superior à “utilização”. O inverso, quando a “utilização” excede a “necessidade”, significa um excedente de oferta.

Como se verificou a definição de “necessidade” encerra considerável controvérsia entre diferentes pontos de vista. Todavia, é igualmente pertinente clarificar o âmbito do conceito “avaliação de necessidades”.

Os métodos de “avaliação de necessidades” podem ser caracterizados em “directos” e “indirectos”. A avaliação directa pressupõe uma investigação dirigida, desde o início, para a finalidade de avaliar as necessidades de saúde mental. Os métodos indirectos baseiam-se na recolha de dados provenientes de outras fontes, alheias (p.ex. dados de censos) ou não ao campo da saúde mental (p.ex. estatísticas de utilização de serviços psiquiátricos) mas sem aquele propósito concreto (Cohen & Eastman, 2000).

A avaliação de necessidades pode ser baseada em dados de uma população ou baseada em dados individuais. Os dados recolhidos de uma determinada população são utilizados como um meio para planear serviços e distribuir recursos num sector ou entre sectores geodemográficos. Os dados da avaliação individual são frequentemente utilizados como um instrumento para identificar necessidades clínicas e sociais de pacientes concretos, mas que podem ser agregados para obter uma medida de necessidades de uma população (Cohen & Eastman, 2000).

Outra característica relevante é se a avaliação de necessidades é “quantitativa” ou “qualitativa”. Por “quantitativa” significa que são utilizados dados quantitativos que reflectem as necessidades (p.ex. dados de incidência e prevalência, de oferta e utilização de serviços, de efectividade de serviços e características socio-demográficas da população). A abordagem qualitativa refere-se à obtenção de dados a partir de fontes individuais, sejam pessoas directamente envolvidas (p.ex. utentes, cuidadores, profissionais) ou relevantes membros da comunidade que possuem uma percepção das necessidades de uma comunidade particular ou de um grupo de pacientes (Warheit *et al*, 1977, cit. *in* Cohen e Eastman, 2000, p. 63).

Os meios pelos quais podem ser obtidos os dados para a avaliação de necessidades foram sistematizados por Warheit *et al* (1977, cit. *in* Cohen e Eastman, 2000, p. 61): (i) inquérito (inspirado nos inquéritos epidemiológicos), (ii) índices sob tratamento (dados sobre utilização de serviços), (iii) indicadores sociais (exploram a influência das condições socioeconómicas adversas na saúde), (iv) informadores-chave (elementos bem informados sobre as necessidades de saúde mental locais) e (v) fórum comunitário/métodos de opinião (auscultação da opinião do público).

Estas abordagens não podem ser consideradas mutuamente exclusivas, pelo contrário, porque as limitações de cada método podem ser ultrapassadas por uma abordagem múltipla. Dados de vários tipos podem ser divergentes entre si e criar alguma perplexidade, o que, de todo o modo, é previsível num campo de fronteiras difusas como é o estado-da-arte da avaliação de necessidades (Royse e Drude, 1982, cit. *in* Cohen e Eastman, 2000, p. 63).

3.4. Instrumentos de avaliação de necessidades de cuidados

No campo da saúde mental, a partir da década de 60, observa-se o desenvolvimento de instrumentos capazes de efectuar uma avaliação estruturada e padronizada. Estes instrumentos, frequentemente questionários auto-administrados, podiam ser utilizados para o rastreio de um potencial diagnóstico (p.e. *General Health Questionnaire* (Goldberg, 1972)), para determinar níveis de psicopatologia global (p.e. *Brief Psychiatric Rating Scale* (Overall & Gorham, 1962) ou restrita a campos concretos (p.e. *Beck Depression Inventory* (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961); *Zung Depression Scale* (Zung, 1965)).

No âmbito da avaliação de necessidades individuais foram igualmente criados e testados vários instrumentos. As versões originais são provenientes do Reino Unido, onde foram inicialmente validados. Compreende-se que sejam todos originários do mesmo país, porque o SNSB como estrutura centralizada carecia de uma medida de “necessidade” no âmbito da reforma da década de 90.

As vantagens de utilização de instrumentos estandardizados são múltiplas: permite comparações ao longo do tempo e entre diferentes contextos, aumenta a fiabilidade interavaliador, reduz o custo de criação de novos instrumentos e permite a agregação de dados quantitativos de forma a obter um perfil de necessidades de uma população.

De acordo com Johnson *et al.* (1996; cit. in Slade & McCrone, 2001, p. 293) as características ideais para um instrumento de avaliação de necessidades de cuidados no contexto clínico seriam a facilidade e rapidez de apreensão, um tempo curto de aplicação pelos profissionais, a validade e a fiabilidade.

Descrevem-se, sumariamente, três instrumentos que mereceram uma análise crítica de Evans, Greenhalgh e Connelly (2000) com o propósito de fornecer uma orientação prática para os potenciais utilizadores de escalas de avaliação de necessidades em doentes mentais graves:

- *Avon Mental Health Measure* (AMHM) (Avon Measure Working Group, 1996);
- *Cardinal Needs Schedule* (CNS) (Marshall *et al.*, 1995);
- *Camberwell Assessment of Needs* (CAN) (Phelan *et al.*, 1995).

Os três instrumentos acima referidos foram concebidos com a mesma finalidade e englobam aspectos similares da vida diária. No entanto existem entre eles diferentes definições de “necessidades”, do grau de contribuição de utentes e de cuidadores, dos contextos onde podem ser aplicados, do tempo e facilidade de aplicação e da forma como os dados podem ser agregados e analisados. A falta de um instrumento-padrão dificulta a validação inquestionável nos três casos.

O AMHM é, de todos, o instrumento mais orientado para o utente. Foi criado para uma utilização essencialmente clínica e recorre ao autopreenchimento pelo utente. Possui 25 áreas de vida para serem pontuadas. O trabalho de validação está limitado a um estudo-piloto e tem sido pouco utilizado (Hunter, Cameron, & Norrie, 2009).

O CNS representa a versão modificada de um instrumento anterior, o *MRC Needs for Care Assessment Schedule* (Brewin *et al.*, 1987) e, de acordo com os seus autores, permite uma aplicação mais simples e rápida, regista as perspectivas do utente, do cuidador e do técnico, e define e identifica "necessidade" de uma forma concisa e fácil de interpretar. Este instrumento foi criado especialmente para o contexto de investigação e a sua aplicação é consideravelmente mais demorada. O entrevistador necessita de receber treino no instrumento e tem à sua disposição um programa de computador (*Autoneed*) que auxilia a utilização. Engloba quinze áreas de funcionamento. Estão publicados o estudo de validação (Marshall, Hogg, Gath, & Lockwood, 1995) e outros trabalhos de aplicação todos originários do Reino Unido.

Procurando sintetizar a análise efectuada, verifica-se que o CAN foi criado para poder ser aplicado nos contextos da clínica e da investigação. Este instrumento engloba as perspectivas do utente e do técnico porque é pontuado por ambos de forma independente. Deste modo, o viés potencial entre a perspectiva do utente e do profissional é registado e pode ser objecto de estudo. É constituído por 22 domínios de funcionamento psicossocial, subdivididos em secções. No caso de ser pontuada uma necessidade, as secções seguintes avaliam o nível de ajudas recebidas e necessárias. As definições claras de "necessidade satisfeita/ não satisfeita", um pequeno tempo de aplicação e a ausência de necessidade de treino formal, favorecem a sua utilização e explicam a extensa utilização do CAN. Foi realizado o estudo de validação da versão original (Phelan, *et al.*, 1995) e encontram-se publicados os resultados de validação no âmbito do estudo europeu EPSILON (McCrone, Leese, Thornicroft, Schene, & *et al.*, 2000).

Existem, igualmente, estudos de validação para as versões em Castelhana (Rosales Varo, Torres-González, Luna Del Castillo, Jiménez Estevez, & Martínez Montes, 2002), e Português do Brasil (Schlithler, Scazufca, Busatto, Coutinho, & Menezes, 2007).

Neste ponto importa referir o envolvimento do grupo de investigação de Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas, na validação para Portugal de instrumentos de avaliação de necessidades de cuidados. Gago (1996), no âmbito da sua Dissertação de Mestrado (Universidade Nova de Lisboa) realizou um trabalho de validação da versão em Português europeu do CAN-R, com bons resultados a nível da validade facial, de conteúdo e de critério, embora o autor refira a necessidade de complementar este trabalho com uma amostra maior. No campo da Gerontopsiquiatria, Gonçalves-Pereira, a par com outros relevantes trabalhos, participou na validação do *Camberwell Assessment of Need for the Elderly* (CANE), outro instrumento inspirado na matriz CAN (Fernandes, Gonçalves-Pereira, Leuschner *et al.*, 2009).

No âmbito dos instrumentos concretizados para medir a saúde e funcionamento social de utentes com perturbação mental grave é imprescindível citar as escalas *Health of Nation Outcome Scales* (HoNOS) (Wing, Curtis, & Beevor, 1996). Em 1993, na sequência da reforma do SNSB, o Departamento de Saúde do Reino Unido encarregou a Unidade de Investigação do *Royal College of Psychiatrists* de desenvolver instrumentos capazes de registar o cumprimento de uma das metas da reforma: "Melhorar significativamente a saúde e o funcionamento social dos portadores de doença mental".

A partir de uma matriz de 12 escalas, pontuadas de 0 a 4, que cobrem aspectos da saúde mental e funcionamento, foram desenvolvidas diversas versões: para adultos (HoNOS), para crianças e adolescentes (HoNOSCA), para adultos seniores (HoNOS65+), para indivíduos com dificuldades de aprendizagem (HoNOS-LD), para indivíduos com lesão cerebral adquirida (HoNOS-ABI), e para utentes em ambientes de segurança (HoNOS-Secure)

Estes instrumentos são questionários estruturados para aplicação pelo clínico, antes e depois das intervenções, de forma a medir as mudanças produzidas e constituem o método de avaliação de resultados mais utilizado na prática clínica dos serviços de saúde mental do Reino Unido (*Royal College of Psychiatrists web-site*) (RCP, 2012). Actualmente existem inúmeras versões validadas para outras Línguas.

O desenvolvimento deste sistema de avaliação integra o modelo de financiamento de serviços designado "*payment by results*" (PbR) que será estendido brevemente à saúde mental no Reino Unido (RCP, 2012).

3.5. Avaliação de necessidades de cuidados de saúde mental em contexto forense e prisional

Na revisão da literatura anglo-saxónica surge frequentemente a designação de “delinquentes mentalmente perturbados”²⁷ para identificar genericamente um grupo de indivíduos que recebem acompanhamento por parte de dois sistemas, o da saúde mental e o da justiça, de forma alternada ou coincidente no tempo. Esta designação não pressupõe uma causalidade entre a perturbação mental e a concretização de delitos, mas apenas que se encontram presentes dois problemas, graves, no mesmo indivíduo. Tão pouco se encontram excluídos os indivíduos reclusos com perturbação mental, embora possa ser questionável se esta designação se deveria aplicar aos reclusos sem perturbação mental anterior à detenção prisional (Peay, 1993). Contudo, convém sublinhar que no caso de perturbações mentais de evolução crónica e/ou recidivante a existência de uma detenção ou condenação anterior ou posterior à eclosão da perturbação não altera a realidade de que o indivíduo necessita de uma atenção especial dirigida à patologia e à probabilidade de reincidência criminal.

De acordo com Peay (1993) seria preferível as designações de “delinquentes com perturbações mentais” (DPM) e de “indivíduos com perturbações mentais que cometem crimes”, ou até de “indivíduos que cometeram crimes e experimentam uma perturbação mental” do que a designação global de “delinquentes mentalmente perturbados”. No presente trabalho optou-se por utilizar a designação de “delinquentes com perturbações mentais” (DPM) pela sua clareza e proximidade com a designação original da língua inglesa.

A definição de DPM presente no Relatório Reed identifica-os como “uma pessoa com perturbação mental que infringe a lei”. Esta definição assume a associação entre uma perturbação mental e uma condenação, embora, implicitamente não aceite uma relação cronológica ou causal entre as duas situações (Cohen & Eastman, 2000).

Para Watson e Grounds (1993) os DPM são um grupo marginalizado cujos elementos entram e saem de numerosas esferas de influência, incluindo os tribunais, a polícia, as prisões, os serviços de reinserção social, os serviços de saúde públicos e as instituições de solidariedade social.

A definição “legalista” de Reed dos DPM pode suscitar algumas questões. Em primeiro lugar, alguns pacientes que infringem a lei podem não ser acusados pelo sistema judicial porque se encontram no âmbito do sistema de saúde. Por outro lado, alguns indivíduos com perturbação mental são acusados por delitos menores. A maioria destes indivíduos não apresenta comportamentos particularmente perigosos e não necessita de intervenções especiais para além dos serviços para os doentes psiquiátricos comuns. Alguns autores referiram outros factores exteriores (acaso, tendência local) que podem impelir o DPM para o sistema judicial ou para o sistema de saúde (James e Hamilton, 1991; Cripps *et al.*, 1995, cit. *in*

²⁷ Tradução livre de “*mentally disordered offenders*”.

Cohen e Eastman, 2000, p. 54). O epíteto de delinquente num paciente agrava o estigma e pode contribuir para ser rejeitado por serviços psiquiátricos civis (Coid, 1991, cit. in Cohen e Eastman, 2000, p. 54).

Como é sublinhado por Cohen e Eastman (2000), tal como um paciente pode ter necessidades especiais, apesar de não ter acusações ou condenações, os indivíduos em contacto com o sistema judicial podem ter necessidades de saúde mental que não justificam o seu encaminhamento para serviços psiquiátricos. É tão importante evitar a “psiquiatrização” dos delinquentes, como a “criminalização” dos pacientes com perturbação mental.

Do ponto de vista diagnóstico os DPM constituem um grupo muito heterogéneo. Além de poderem apresentar qualquer categoria diagnóstica, orgânica e não-orgânica, possuem duplos diagnósticos e comportamentos problemáticos. Neste grupo são muito frequentes a comorbilidade com o abuso/dependência de substâncias, a presença de perturbações da personalidade graves e os comportamentos ilícitos. Desse modo, possuem as necessidades sociais e clínicas similares aos doentes psiquiátricos civis, mas associadas às necessidades decorrentes da comorbilidade, do desfavorecimento social, educacional e da conduta associal e violenta (Cohen & Eastman, 2000).

Além destas dimensões há a considerar ainda a necessidade de um nível de segurança adequado nos serviços de saúde e judiciários e a necessidade política, entendida como a avaliação da repercussão pública do crime ou da potencial recorrência criminosa (Shaw, 2002).

A avaliação dos resultados (*outcome*) nesta população significa medir a melhoria do estado físico e mental, a integração social e a extinção de actividade ilícita. Cohen e Eastman (2000) propõem que na avaliação dos ganhos sejam consideradas duas dimensões: 1) O comportamento delinquente dos DPM poderá estar associado, para além da perturbação mental, a factores criminogénicos semelhantes aos da população em geral; 2) Neste contexto, a avaliação de resultados das intervenções (*ability to benefit*) deverá incluir, além do benefício individual, o benefício para a sociedade de confinar e tratar determinados indivíduos que atentam contra a segurança pública.

Anteriormente aos anos noventa, a avaliação de necessidades incidia especialmente nas necessidades de segurança dos serviços, segundo a perspectiva dos profissionais, e não nas necessidades de cuidados dos reclusos. O Relatório de Reed (*Review of Health and Social Services for Mentally Disordered Offenders and Others Requiring Similar Services*, 1992 cit. in Cohen e Eastman, 2000, p.3), realizado a pedido do *Department of Health & Home Office*, Reino Unido, constituiu uma viragem ao concluir que os serviços deveriam ser orientados para as necessidades de cuidados dos reclusos com perturbações mentais.

Actualmente verifica-se um consenso generalizado entre as entidades responsáveis do dever de proporcionar aos reclusos cuidados de saúde, de prevenção e de tratamento, equivalentes aos cuidados disponíveis para a população civil. O Comité de Ministros do Conselho da Europa elaborou Recomendações para as Normas das Prisões Europeias em que assume claramente o princípio de equivalência de cuidados para a população prisional (Council of Europe, 2006).

Da revisão de estudos de avaliação de necessidades na população prisional destacamos os trabalhos que utilizaram instrumentos estandardizados, inicialmente criados para a população em geral, sob cuidados de saúde mental.

O estudo de Hardie, Bhui, Brown, Watson e Parrott (1998) avaliou as necessidades de indivíduos em detenção preventiva através do *MRC Needs for Care Assessment* (Brewin *et al.*, 1987). Este instrumento avalia onze áreas-problema: sintomas psicóticos, sintomas neuróticos, incapacidade cognitiva, abuso de substâncias, violência e auto-agressão voluntária, alojamento, recursos financeiros, social e pessoal, efeitos colaterais dos medicamentos, sintomas físicos e contactos sociais. Os resultados mostraram que 74% dos prisioneiros apresentavam de uma a quatro necessidades não satisfeitas e que apenas 12% não revelavam necessidades não-satisfeitas.

A investigação de Baxter, Rabe-Hesketh e Parrott (1999) propôs-se quantificar as novas condenações e os novos crimes num grupo de doentes (n=63) com esquizofrenia previamente tratados numa unidade de segurança intermédia, durante um período de 10 anos. Os autores aplicaram um desenho de estudo retrospectivo histórico e no final administraram o CAN, versão pesquisa, aos pacientes (n=32) e técnicos de referência para avaliar as necessidades de cuidados sociais e de saúde. As médias do número de necessidades e as pontuações de necessidades não diferiram significativamente entre pacientes e técnicos. A média do número de necessidades totais não diferiu significativamente entre os pacientes e os técnicos, 7,60 e 7,84, respectivamente. A concordância de necessidades nos diferentes domínios variou consideravelmente: a menor concordância ocorreu no domínio Risco para Outros (kapa=0,04), Risco para o Próprio (kapa=-0,04) e Álcool (kapa=-0,03) (necessidades associadas a riscos); e a melhor concordância foi obtida nos domínios Alojamento (kapa=0,63), Alimentação (kapa=0,66) (necessidades básicas), Cuidados Parentais (kapa=0,87), e Literacia (kapa=0,71) (necessidades funcionais). Observaram-se novas condenações em 30% dos indivíduos (n=19), mas 67% da amostra final (n=41) recorreram em crimes, embora sem violência grave. As variáveis com maior predição para o recidivismo criminal foram o abuso de álcool e antecedentes de perturbação da conduta em jovens.

No trabalho de Harty *et al.* (2004), através da aplicação do CAN foram avaliadas e comparadas, pela primeira vez, as necessidades de cuidados dos reclusos com perturbações mentais (MDO) com as necessidades dos pacientes assistidos nos serviços de psiquiatria civis. Os MDO referiram um maior número significativo de necessidades não-satisfeitas e necessidades totais, em relação aos pacientes civis. Os autores concluíram que os MDO embora apresentassem um maior número de necessidades recebiam um nível inferior de cuidados, em comparação com os utentes civis. Esta constatação foi designada por "princípio de inversão de cuidados" (*inverse care law*).

A importância da avaliação de necessidades, na perspectiva dos utentes dos serviços de psiquiatria forense, e as especificidades dos indivíduos detidos justificava a criação de um instrumento adequado para esse fim. Uma equipa de investigadores do Instituto de Psiquiatria londrino (*Institute of Psychiatry, King's College*) desenvolveu a partir do CAN, uma versão

destinada a ser utilizada no contexto da psiquiatria forense, designada por *Camberwell Assessment of Need - Forensic Version* (CANFOR) (Thomas, Harty, Parrot, & et al., 2003).

Cerca de um ano depois, Harty *et al.* (2004) utilizaram as versões curtas do CANFOR e CANDID (versão do CAN para indivíduos com problemas de saúde mental e de aprendizagem, (Xenitides, et al., 2000)) para a avaliação de necessidades individuais e de colocação da população (n=1255) dos três hospitais psiquiátricos de alta segurança de Inglaterra (*Ashworth, Broadmoor e Rampton*). A pontuação de necessidades foi efectuada pelos enfermeiros e verificou-se que nos homens as necessidades não-satisfeitas mais frequentes eram as “Actividades diárias” (25%), “Agressão Sexual” (24%), “Drogas” (23%), e “Álcool” (23%). Nas mulheres as necessidades não-satisfeitas mais frequentes eram as “Actividades diárias” (25%), “Álcool” (23%), “Drogas” (21%), e “Contactos Sociais” (20%). O conjunto dos pacientes pontuaram uma média de nove necessidades em 25, e em cerca de três quartos da amostra as necessidades estavam satisfeitas pelas intervenções em curso. O grupo dos pacientes detidos na categoria de “incapacidade mental/ incapacidade mental grave” possuíam o maior número de necessidades (média de 10,8) e o grupo de pacientes com perturbações mentais possuíam o menor (média de 8,7). Os pacientes com duplo diagnóstico e “perturbação psicopática” pontuaram necessidades naquele intervalo, médias de 9,8 e 8,7, respectivamente.

Ainda em relação ao mesmo trabalho de campo, Thomas *et al.* (2004) observaram que os pacientes que deveriam permanecer nos hospitais de alta segurança apresentavam um perfil de necessidades complexo, do qual se destacavam os problemas de abuso de substâncias, de agressão sexual (nos homens) e de fogo posto (nas mulheres). Os pacientes que poderiam ser transferidos para unidades de moderada segurança dividiam-se em três grupos: os mais idosos com necessidades médicas simples; um grupo “vulnerável” com uma combinação de necessidades físicas e emocionais; e um grupo “complexo” com necessidades de saúde mental, de funcionamento social e de comportamentos ilícitos.

A avaliação individual das necessidades de cuidados na população forense constitui o primeiro passo para desenhar as intervenções mais adequadas e medir os seus resultados. A investigação tem mostrado que os DPM apresentam necessidades ao longo de uma variedade de áreas que incluem a autonomia e qualidade de vida, a personalidade disfuncional, as perturbações mentais e o abuso de drogas e álcool. Avaliar as intervenções, para conhecer o que resultou e com quem, é a única forma de aperfeiçoar os serviços e as intervenções e atingir resultados efectivos num campo muito relevante para a coesão e bem-estar de uma sociedade.

3.6. Questões actuais na Saúde Mental em contexto forense e prisional

A análise da literatura científica sobre esta matéria permite identificar com alguma acuidade os problemas centrais que se colocam na prestação de cuidados de saúde mental em contexto forense e prisional.

Nesta secção será enunciado um leque de questões pertinentes que se colocaram desde o início do projecto. Embora muitos pontos não tenham podido ser abordados ou respondidos, considerou-se ser importante sintetizar as principais questões para a investigação neste campo.

No âmbito da população prisional, os estudos de prevalência de morbilidade mental constataam a presença de múltiplas perturbações de gravidade variável entre os reclusos. Verifica-se um predomínio de perturbações da personalidade e de abuso/dependência de substâncias, como se poderia antecipar nesta população, mas igualmente de outras patologias, vincadamente psiquiátricas, como psicoses, perturbações do humor e da ansiedade.

Existindo tratamentos psiquiátricos efectivos, a situação ideal seria que qualquer recluso com perturbação mental fosse identificado e recebesse o tratamento adequado. No entanto, que proporção dos reclusos com indicação de tratamento é referenciada e obtém intervenção? Anteriormente foram referidas as falhas na identificação, e outros problemas do sistema prisional, que podem dificultar o acesso aos cuidados psiquiátricos. Em Portugal, pela ausência de estudos de prevalência de perturbações mentais na população reclusa, esta questão permanece sem resposta.

A questão seguinte é saber como se operacionaliza a identificação de casos. Através de entrevista ou de instrumentos? A entrevista com profissional clinicamente habilitado não tem sido um meio favorecido, tendo em conta os custos que tal actividade comportaria para o sistema. A opção de aplicação de instrumentos conduz-nos às decisões de seleccionar os mais adequados, de definir o limiar de "caso", em que momento e por quem devem ser utilizados.

A aplicação de instrumentos validados para a população em geral na população reclusa não é uma opção correcta. Esta população possui características especiais e está inserida num contexto naturalmente adverso: a prisão. Actualmente existem inúmeros instrumentos dedicados à população reclusa com diferentes finalidades, designadamente sobre questões de segurança, risco de auto-agressão e alteração do estado mental, dos quais se deu breve nota. Contudo, importa não esquecer que não é suficiente avaliar os detidos apenas à entrada da prisão. É necessário reavaliá-los periodicamente e utilizar esse momento de avaliação para obter uma informação bastante alargada sobre o seu estado. As avaliações periódicas são essenciais para informar o plano/projecto individual e indicar os ajustamentos necessários. Por outro lado, nas elaborações e reavaliações dos planos/projectos de reabilitação devem ser tidas em conta as perspectivas individuais dos reclusos e não registar unicamente as considerações dos técnicos.

Uma via pragmática para a solução destes problemas poderá ser a avaliação individual de necessidades. Esta avaliação foca-se na identificação de problemas experienciados pelos indivíduos reclusos, não de patologias, e permite identificar qualitativa e quantitativamente os diferentes domínios e níveis de necessidades de cuidados não-satisfeitas. A partir da avaliação de necessidades poderá ser estabelecida uma intervenção pluridisciplinar orientada segundo as prioridades adequadas a cada indivíduo.

A aplicação sistemática de instrumentos de avaliação de necessidades individuais aos reclusos permitirá conhecer quais as necessidades de cuidados mais prevalentes e estudar as variáveis demográficas, sociais, clínicas, forenses associadas.

O fenómeno da auto-agressão e suicídio nas prisões apresenta características diferentes em relação à comunidade civil. O cruzamento da avaliação de necessidades de cuidados e estes comportamentos poderá permitir uma estratégia preventiva mais efectiva. No âmbito do presente estudo, não foi possível obter informação sobre a incidência da auto-agressão deliberada sem finalidade letal (parasuicídio), lacuna que poderá ser preenchida em trabalhos futuros e, relativamente ao suicídio, esta causa de morte tem apresentado um curso flutuante e não uma tendência decrescente, apesar da diminuição da mortalidade global.

A população prisional no mundo é largamente constituída por homens adultos relativamente jovens. Por este motivo, os reclusos de minorias étnicas, as mulheres e os muito jovens ou idosos são considerados grupos especiais no interior do sistema prisional. Para atender às especificidades destes grupos existem estabelecimentos ou alas exclusivos para eles. No presente estudo foi incluído um EP especialmente dedicado a mulheres e que está preparado para acolher a reclusa e filho(a) em idade infantil (EP de Tires). Esta diversidade coloca a questão de se existem necessidades de cuidados diferentes, nomeadamente entre sexos, e a respeito de reintegração, se as dificuldades são diferentes entre homens e mulheres.

Outra questão decisiva é que papel pode ter a patologia mental na delinquência. O delinquente é doente? De acordo com o conhecimento actual, a actividade delincente não é um "sintoma" da perturbação mental nem existe uma relação de causalidade entre as duas situações. Os factores criminogéneos, identificados pela investigação de índole criminológica como determinantes para a prática de crimes podem estar presentes nos indivíduos com ou sem patologia mental.

Entretanto, se a delinquência não é uma doença, que contributos futuros virão das neurociências a propósito da transgressão e da reincidência criminal?

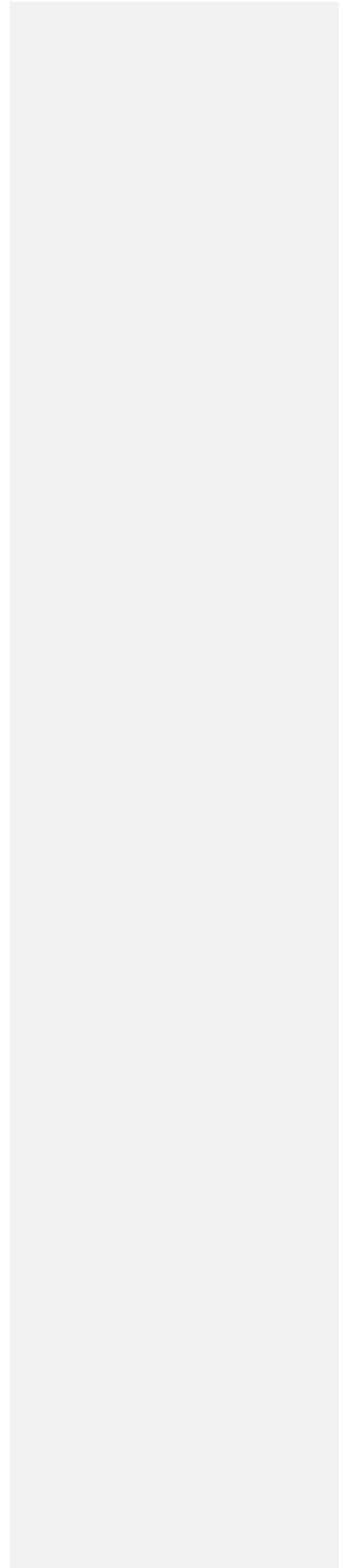
No âmbito dos serviços de saúde dirigidos aos reclusos, que organização de cuidados será a mais efectiva para esta população de reclusos/pacientes com perturbação mental? Deverão ser serviços incluídos na estrutura do sistema prisional ou deverão ser serviços autónomos com esta missão? E, neste caso, deverão ser os serviços públicos orientados para a população civil ou serviços exteriores contratados? A consagração do princípio da equivalência dos cuidados de saúde entre reclusos e civis pelas mais altas instâncias oficiais vai a par com a tendência internacional para a passagem dos cuidados de saúde dos reclusos para os serviços públicos civis. No entanto, qualquer prestação de cuidados que seja

organizada deverá atender às especificidades dos receptores, à sua motivação e à articulação de serviços. Por estes motivos, afigura-se preocupante que os cuidados de saúde mental nos reclusos sejam entregues a entidades privadas externas, segundo um contrato que pode não envolver suficientemente matérias tão importantes como a continuidade de cuidados antes e depois da libertação, participação no plano/projecto individual de reabilitação, articulação com os serviços de reabilitação e de reinserção.

Ligada à questão anterior coloca-se a pergunta se os utentes de serviços psiquiátricos prisionais e civis são "equivalentes". Os dados presentes na literatura, e os contributos deste estudo, mostram que existem diferenças muito relevantes de problemas, de patologias e de necessidades. Ou seja, não será possível alcançar a equivalência de cuidados de saúde entre reclusos e civis admitindo que são indivíduos com necessidades "equivalentes" e passíveis de serem cuidados do mesmo modo e pelos mesmos serviços.

No fim, colocam-se questões de âmbito mais geral cujas respostas têm merecido e irão continuar a merecer reflexão e trabalho científico: Qual é o impacto da delinquência na Saúde Pública? A prevenção da reincidência criminal é possível? De que forma a pena de prisão pode constituir uma oportunidade terapêutica?

O contributo do presente trabalho insere-se no caminho de procura de dados que permita responder, a estas e outras questões, com uma fundamentação científica sólida.



Parte II - Contribuição Pessoal

Capítulo 1 - Fundamentação, Objectivos e Hipóteses do Estudo

Neste Capítulo serão desenvolvidas a fundamentação, os objectivos e as hipóteses colocadas neste estudo.

1.1. Fundamentação do Estudo

Os reclusos com perturbação mental representam um grupo de indivíduos cuja problemática possui duas vertentes: a primeira refere-se ao comportamento delituoso/criminal, e a segunda à perturbação mental. Estes problemas concorrem a par para uma evolução pessoal mais sombria.

O cometimento de um delito encerra uma probabilidade mais elevada de recidiva criminal, em comparação com um indivíduo sem delito anterior, e um percurso de delinquência encontra-se frequentemente associado a múltiplos desfavorecimentos pessoais, familiares e sociais.

A presença de uma perturbação mental constitui, frequentemente, um problema de saúde prolongado ou crónico que tende a afectar a capacidade de autonomia e de integração familiar e social dos pacientes. A idade jovem da maioria dos reclusos, as disfunções de personalidade, o duplo estigma e outras desvantagens que os aguardam após a sua libertação são outros factores igualmente importantes que vão condicionar o seu futuro.

O grupo dos reclusos com perturbação mental inclui uns indivíduos que à data do delito já apresentavam uma patologia mental e outros indivíduos que a desenvolveram posteriormente à detenção. O efeito adverso do ambiente prisional sobre a saúde mental e a vulnerabilidade individual são determinantes na eclosão da patologia mental nestes reclusos.

A respeito da imputabilidade criminal dos delinquentes com perturbação mental (DPM) importa sublinhar que no quadro jurídico-penal português a presença de uma perturbação mental no momento da prática do crime não é suficiente para excluir a “culpa” do transgressor. É necessário demonstrar que a perturbação mental concreta impediu ou diminuiu sensivelmente a capacidade do transgressor em avaliar a ilicitude do seu acto ou de alterar o seu comportamento de modo a não praticar o acto ilícito. O Código Penal (CP) no seu Artº 20º define a inimputabilidade em razão de anomalia psíquica nos seguintes termos:

“1 - É inimputável quem, por força de uma anomalia psíquica, for incapaz, no momento da prática do facto, de avaliar a ilicitude deste ou de se determinar de acordo com essa avaliação.

2 - Pode ser declarado inimputável quem, por força de uma anomalia psíquica grave, não acidental e cujos efeitos não domina, sem que por isso possa ser censurado, tiver, no momento da prática do facto, a capacidade para avaliar a ilicitude deste ou para se determinar de acordo com essa avaliação sensivelmente diminuída.

3 - A comprovada incapacidade do agente para ser influenciado pelas penas pode constituir índice da situação prevista no número anterior.

4 - A imputabilidade não é excluída quando a anomalia psíquica tiver sido provocada pelo agente com intenção de praticar o facto.” (Ministério da Justiça, 1995).

O conceito de “anomalia psíquica” empregue no texto legal tem um sentido, e uma tradição, eminentemente jurídica e não clínica (técnico-científica) (Latas & Vieira, 2004) e, intencionalmente, não será aqui discutido porque tal aprofundamento desviar-se-ia do propósito desta secção. O que importa reter desta formulação jurídica é que se não for demonstrada uma associação de causalidade entre a patologia mental e o delito, contida na expressão “por força”, o delincente (agente) será imputado criminalmente e ser-lhe-á aplicado uma pena de prisão ou uma multa. Assim sendo, é admissível que à entrada na prisão exista uma fracção de reclusos com perturbação mental que pode estar identificada ou não. No caso de já se encontrar identificada é provável que o recluso seja mais rapidamente referenciado para os cuidados psiquiátricos, do que se não estiver identificada.

Para o delincente considerado inimputável por anomalia psíquica mas que exponha um “fundado receio de que venha a cometer outros factos da mesma espécie” (Artº 91 do CP, Ministério da Justiça, 1995) estão reservadas medidas de segurança privativas de liberdade. Estas medidas correspondem ao internamento em estabelecimentos especiais com condições de tratamento e de segurança, genericamente designados por serviços para inimputáveis, sob a tutela do Ministério da Justiça e da Saúde.

O CP prevê nos Artº 104 e 105 (Ministério da Justiça, 1995) que, no caso do delincente com uma “anomalia psíquica” anterior ou posterior à prática do crime, se a detenção em estabelecimento prisional lhe for prejudicial, ou se esse indivíduo perturbar seriamente o regime prisional, o tribunal pode decidir pelo internamento do delincente em estabelecimento de inimputáveis pelo tempo correspondente à duração da pena.

Embora neste articulado o CP pretenda proteger o agravamento da morbilidade mental dos detidos pelo regime de prisão, a sua aplicação necessita de ultrapassar alguma inércia própria de um sistema altamente regulamentado, além de outros factores ligados à avaliação do estado mental do recluso, da melhor defesa dos seus direitos e até das vagas existentes nos serviços para inimputáveis.

A população prisional, em todo o mundo, é constituída por mais de 10,1 milhões de pessoas e revela uma tendência para aumentar (Walmsley, 2011). A existência de uma importante morbilidade psiquiátrica entre os reclusos é reconhecida há mais de um século e continua a justificar um forte desenvolvimento dos cuidados psiquiátricos nesta população (Fazel & Lubbe, 2005). Estima-se que possam existir, aproximadamente, 400.000 reclusos com psicoses nas prisões (Fazel & Rongqin, 2011). Nos países de baixo e médio rendimento, a prevalência de psicose entre os reclusos pode atingir os 5,5%, de acordo com a meta-análise de Fazel e Seewald (2012). No caso de outras perturbações mentais, como a Depressão Major, o estudo anterior revelou uma prevalência de 10,2% nos homens e de 14,1% nas mulheres. Dito de outro modo, um em cada sete prisioneiros apresenta uma depressão ou psicose.

Esta realidade levanta várias implicações práticas: a primeira é que o sistema prisional necessita de estar preparado para lidar com a morbilidade psiquiátrica dos reclusos. Embora seja admissível que uma parte substancial de transgressores com psicoses graves seja detida

fora das prisões comuns, existirá ainda a emergência de novos quadros psicóticos numa população essencialmente jovem, além das outras perturbações mentais do humor e da ansiedade, mais frequentes na população em geral. Os problemas de saúde mental (e física) associados ao abuso/dependência de substâncias são outra faceta especialmente importante nesta problemática. Não só constituem factores de risco, e de pior prognóstico, para a patologia mental dos indivíduos, como têm um impacto negativo ao nível do ambiente prisional, da reabilitação e da reincidência criminal.

A segunda é que não é viável reduzir a incidência do suicídio e da auto-agressão nas prisões sem reforçar a capacidade de tratamento das perturbações acima referidas. Este reforço de recursos pode ser enquadrado no âmbito dos serviços prisionais ou no âmbito do SNS, desde que sejam criadas condições para esta missão. A par do reforço do tratamento psiquiátrico é essencial desenvolver a identificação precoce das perturbações e do risco de suicídio por parte de profissionais não-médicos.

A terceira implicação é que a preparação da libertação do recluso com patologia mental tem de ser articulada com outros serviços, sociais e de saúde, na comunidade. É reconhecido que o período pós-libertação é um período de risco para o suicídio, além de constituir uma fase decisiva para o processo de reintegração social. O estigma e a marginalização do ex-recluso favorecerão a repetição do comportamento delincente.

Na preparação do plano de acção, com a finalidade de melhorar os aspectos referidos, é essencial conhecer os problemas de saúde mental e as necessidades de cuidados da população prisional, de modo a estabelecer uma linha orientadora e prioridades.

Neste trabalho aludimos frequentemente a “cuidados” e a “necessidade de cuidados” no sentido proposto por John Wing e Colegas em que “cuidados” são definidos pela integração de intervenções médicas, psicológicas e sociais segundo o “estado-da-arte” (Wing, Brewin, & Thornicroft, 2001, p. 5). Esta conceptualização nuclear para a psiquiatria de inspiração comunitária é igualmente vantajosa no contexto prisional. Poder-se-à mesmo propor uma analogia entre os objectivos do tratamento nos indivíduos com doença mental grave e os objectivos do sistema judiciário para os delinquentes. O tratamento dos sintomas da doença é uma etapa essencial para alcançar o objectivo mais elevado da reintegração social do doente. Do mesmo modo, a pena aplicada ao indivíduo delincente não deve pretender, apenas, a retribuição do dano à sociedade mas favorecer o regresso do indivíduo à comunidade em melhores condições que lhe facultem a liberdade de optar pela não-delinquência. Este modelo para ser mais efectivo necessita de ser servido por uma perspectiva de “cuidados” e de “avaliação de necessidades”.

Na continuidade do paralelismo entre os campos psiquiátrico e judiciário recordamos o pessimismo terapêutico reinante nas instituições psiquiátricas na era pré-farmacológica e os efeitos nefastos decorrentes. Nas prisões, e apesar dos inúmeros constrangimentos, é decisivo criar activamente um ambiente custodial seguro com uma forte componente reabilitadora. A violência, sob a forma de auto-agressão ou de vitimização, os consumos e os tráficos de substâncias ilícitas, são comportamentos indesejados num contexto com um propósito

primordial de recuperação dos reclusos para um percurso de vida mais saudável e socialmente integrado.

No conjunto da população prisional, o grupo de indivíduos com patologia mental, embora heterogéneo, possui uma vulnerabilidade acrescida para eventos nefastos (suicídio, auto-agressão, vitimização) e apresenta necessidades intra e pós-reclusão específicas.

Os investigadores Brooker e Ulmann (2008) do Reino Unido referem que, apesar da estimativa de uma elevada prevalência de perturbações mentais na prisão (nove em dez reclusos com um ou mais diagnósticos do eixo I e II), verifica-se um subfinanciamento para os cuidados necessários, porque os fundos atribuídos não são baseados nas necessidades. Como consequência, as equipas de saúde mental possuem um número reduzido de profissionais, além de uma sobrecarga de 30% de casos que não apresentam patologia que justifique o seguimento. Outro aspecto salientado é a desproporção de meios entre os cuidados na comunidade e nas prisões (a fracção do orçamento total para a saúde mental é de 15% na comunidade, mas apenas de 11% nas prisões) que não tem em conta a maior prevalência de perturbações mentais na prisão.

O conhecimento das necessidades individuais dos reclusos fornece um contributo valioso para o seu plano de reabilitação, favorece a articulação entre os sistemas prisional, judicial, de saúde, e de segurança social, essencial para um resultado efectivo, e alerta as autoridades para os recursos humanos e materiais indispensáveis para responder às necessidades de cuidados dos reclusos.

Por outro lado, salientamos o alcance que a satisfação de necessidades de cuidados dos reclusos poderá ter na prevenção da delinquência. Não descaramos que este tema se trata de uma matéria vasta envolvendo múltiplas instâncias sociais, direitos fundamentais dos cidadãos e a acção política. É uma matéria propensa a controvérsia e até a demagogia, onde se podem confundir opiniões, preconceitos e informação científica. Por todos estes motivos constitui um tema muito sensível junto dos actores políticos e da opinião pública.

No Reino Unido, as estatísticas judiciais mostram que, por ano, perto de 100.000 jovens contactam o sistema judicial pela primeira vez. Uma estimativa do *National Audit Office* refere que, se se subtraísse um em cada dez jovens delinquentes, que são sujeitos a medidas de custódia, tal representaria uma redução de despesa de 100 milhões de libras (Chambers, Ullmann, & Waller, 2009). Estes dados mostram sumariamente as vantagens do investimento público em programas de prevenção do crime junto dos jovens em risco, e embora existam resultados que demonstram a efectividade de vários programas, as entidades responsáveis não têm desenvolvido medidas que permitam desenvolver sustentadamente tais programas. Na monografia de Chambers *et al.* (2009) são identificadas dez intervenções com resultados demonstrados, em vários países, inclusive por ensaios randomizados e controlados, nos jovens entre os 0 e 18 anos.

A prevenção eficaz da reincidência criminal deve basear-se na reinserção social dos delinquentes, e neste âmbito a avaliação de necessidades é decisiva. Uma informação fiável e actualizada sobre as necessidades desta população é a melhor forma de orientar as decisões políticas e administrativas. Contudo, Lindqvist e Skipworth (2000) recordam que ainda não se

encontra estabelecido o impacto dos serviços forenses de reabilitação psiquiátrica no risco de comportamento criminal (Lindqvist & Skipworth, 2000).

Nesta perspectiva é importante ter em conta que a reincidência nos delinquentes com patologia mental é comum: 60 a 70% por ano, muito semelhante ao dos indivíduos sem patologia mental (Feder, 1991a; Lovell, Gagliardi, & Peterson, 2002). Contudo, os autores salientam que somente uma minoria dos delinquentes com patologia mental (10%) irá praticar crimes contra pessoas e dois por cento cometerão crimes muito graves.

No entanto, trabalhos mais recentes mostram resultados mais sombrios. A investigação retrospectiva de Baillargeon *et al.* (2009) no Estado do Texas (EUA), abrangendo todos os reclusos de um ano (n=79.211) concluiu que os indivíduos com perturbação mental *major* (depressão major, perturbação bipolar, esquizofrenia e perturbações psicóticas não-esquizofrénicas) tinham uma probabilidade significativa de múltiplas penas de prisão (quatro ou mais), em comparação com os reclusos sem perturbação mental ($OR=2,7$; IC95%: 2,1-2,9). O estudo de revisão e meta-análise sobre a reincidência criminal de indivíduos com psicose, efectuado por Fazel e Rongqin (2011) mostrou que este grupo apresentava um risco ligeiramente superior de reincidência ($OR=1,6$; IC95%: 1,4-1,8), em relação aos indivíduos sem patologia psiquiátrica, embora esta conclusão apenas tenha sido baseada em quatro estudos. A comparação da reincidência entre indivíduos com psicose *versus* outra patologia psiquiátrica não mostrou uma diferença significativa.

As medidas de prevenção, ou melhor dizendo, de atenuação da delinquência podem ser postas em marcha em dois níveis. O primeiro nível abrange os factores associados à emergência do fenómeno criminal, e o segundo nível abrange os factores associados à reincidência criminal. Dito de outro modo, pretende-se diminuir a entrada de novos indivíduos no “reservatório da delinquência” e a reentrada daqueles indivíduos que, por alguma razão (e.g. condenação) entretanto saíram, (Figura 12Figura 12Figura 12).

Figura 12 – Delinquência e o ciclo da reincidência

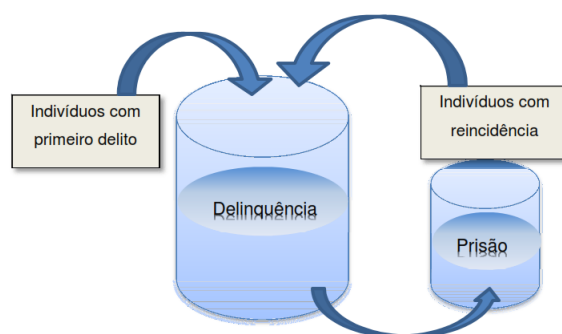
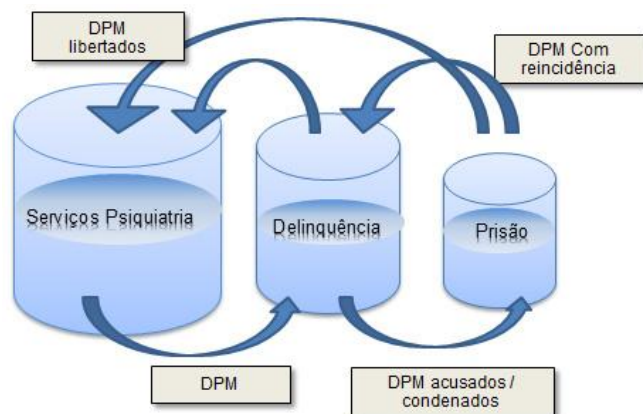


Figura 13 - Delinquentes com perturbação mental (DPM) e transições entre a psiquiatria e a justiça



No caso dos DPM, os trajectos entre os serviços de psiquiatria e os serviços prisionais imprimem maior complexidade no seu acompanhamento. Na Figura 13 procura-se, esquematicamente, mostrar os movimentos que poderão ocorrer entre os dois sistemas.

Os serviços de psiquiatria podem desempenhar um papel-chave na prevenção de delitos por parte de indivíduos com patologia mental. O acompanhamento assertivo e a recuperação de pacientes para o tratamento, a avaliação de necessidades, a participação numa rede de cuidados abrangentes, que incluam serviços para dependências e de reinserção social, e a articulação próxima com os serviços de saúde prisionais são acções decisivas para melhorar a evolução reservada dos DPM.

É reconhecido que, no momento da libertação, o ex-recluso enfrenta inúmeras dificuldades. As restrições de acesso a profissões, a residência, a assistência social, ou à limitação de direitos parentais, decorrem da condenação anterior ou do tipo de crime cometido.

Estas dificuldades, também designadas por "castigos invisíveis", atingem necessidades essenciais para uma adequada reintegração social e limitam direitos fundamentais, por exemplo, de acesso ao trabalho e à residência (Pogorzelski, Nancy, Pan, & Blitz, 2005).

A constatação destas desvantagens impulsionou nos EUA o *Second Chance Act of 2005* que propõe o reforço dos serviços comunitários de apoio ao ex-recluso de cariz social, de alojamento, de saúde geral e mental, de educação e de treino profissional. A legislação inclui, igualmente, a recomendação de serem fornecidos serviços e programas durante o cumprimento da pena, assim como a manutenção do contacto com familiares e descendentes.

Embora seja largamente recomendado que os estabelecimentos prisionais elaborem, para cada recluso, um plano de reentrada na comunidade, frequentemente, os reclusos com perturbação mental recebem, apenas, uma referência para um serviço e um fornecimento de medicação. Em Portugal, a legislação contempla a elaboração de um processo individual de reabilitação por cada recluso. No entanto, se não existirem recursos para efectivar este plano o seu resultado será nulo.

Num terceiro plano, procuramos conhecer as especificidades das necessidades dos reclusos face aos utentes civis de serviços de psiquiatria. Esta abordagem aproxima-se da

avaliação de necessidades comparativa definida por Bradshaw (1972 in Cohen & Eastman, 2000, p. 41) em que se avalia a diferença da prestação de cuidados em duas áreas geodemográficas tendo em conta as diferenças de morbilidade. No estudo presente comparamos as necessidades de cuidados numa população especial (reclusos com acompanhamento psiquiátrico) com uma população de âmbito mais geral (utentes civis de serviços de psiquiatria). Esta abordagem poderá fornecer ainda uma indicação sobre a concretização do princípio de equivalência de cuidados entre a população reclusa e a população civil.

O trabalho exploratório de Raposo e Carapinheiro (2005) assinala as dificuldades dos serviços de saúde prisionais em acompanharem a crescente complexidade dos problemas clínicos dos reclusos e de disporem de meios técnicos e humanos equivalentes aos serviços de saúde civis. Este contexto de dificuldades favorecerá, a prazo, a transferência da responsabilidade da prestação de cuidados de saúde do sistema prisional para o sistema de saúde público, tal como ocorreu no Reino Unido a partir de 2006. Sem descurar as vantagens de tal situação, importará rever a experiência de outros países e aprender com essa experiência.

Na expectativa que ocorra, nos serviços prisionais portugueses, a transição de um modelo de prestação de cuidados de saúde mental (quase) auto-suficiente para outro essencialmente externo considerámos pertinente, num primeiro tempo, avaliar as diferenças entre os reclusos e os utentes dos serviços civis actuais, segundo uma perspectiva objectiva e externa ao meio prisional. Num segundo tempo, de política de serviços públicos, deveriam ser preparados e reorganizados os serviços que darão resposta a uma nova população de utentes (reclusos) com características e necessidades especiais comprovadas por dados científicos.

Em suma, é nossa convicção que o conhecimento das necessidades de cuidados dos reclusos poderá ter um impacto positivo no meio prisional e na comunidade, do seguinte modo:

- i. Os serviços prisionais poderão definir as intervenções mais necessárias e adequadas;
- ii. Promoverá a criação de um ambiente seguro e reabilitador na prisão.
- iii. Permitirá manter a continuidade de cuidados de saúde, após o cumprimento parcial ou total da pena.
- iv. Permitirá adequar a oferta de cuidados aos indivíduos com maior risco de reincidência.
- v. Na transição dos cuidados aos reclusos para o sistema público, preparará os serviços para lidar com indivíduos portadores de patologia grave da personalidade, do comportamento e com carências psicossociais substantivas.

A obrigatoriedade de permanência no estabelecimento, a concentração de recursos técnicos, e a motivação dos profissionais e dos reclusos podem operar mudanças significativas no percurso pessoal de muitos indivíduos. Através de cuidados adequados existe a possibilidade de reduzir a vulnerabilidade individual, a exclusão social, o desfavorecimento transgeracional e a recidiva de actos ilícitos. Estes ganhos, presentes e futuros, para a comunidade justificam o investimento junto desta população.

Fundamentação, Objectivos e Hipóteses do Estudo

Sem querer promover uma visão idílica da realidade, a pena de prisão pode constituir uma oportunidade especial de avaliação e de prestação de cuidados aos indivíduos detidos. Um autor com uma profunda experiência neste campo refere:

“A entrada na prisão oferece uma oportunidade única para avaliar e iniciar a satisfação de necessidades de cuidados de saúde de uma população com níveis elevados de morbilidade física e psiquiátrica, muitos dos quais raramente contactam o Serviço Nacional de Saúde” (Reed, 2003).

1.2. Objectivos do Estudo

Objectivos

Gerais

- I. Caracterizar os reclusos assistidos em serviços de psiquiatria nas dimensões sociodemográfica, clínica e forense.
- II. Avaliar as necessidades de cuidados nos reclusos assistidos em serviços de psiquiatria.
- III. Comparar as necessidades de cuidados destes reclusos com as necessidades de cuidados dos indivíduos civis assistidos em serviços de psiquiatria.
- IV. Validar o instrumento de avaliação de necessidades de cuidados - *Camberwell Assessment of Need - Forensic Version (Research Version)*.

Específicos

- i) Comparação de reclusos em regime de pena *versus* regime preventivo.
- ii) Comparação de reclusos femininos *versus* masculinos.
- iii) Análise da associação entre psicopatologia global e necessidades não-satisfeitas.
- iv) Análise dos factores associados ao risco de suicídio nos reclusos.
- v) Análise dos factores associados às condenações múltiplas (reclusos)
- vi) Análise dos factores associados à necessidade não-satisfeita de cuidados para o consumo de substâncias entre os reclusos.
- vii) Análise da concordância entre as pontuações de necessidades não-satisfeitas dos participantes reclusos e civis *versus* respectivos técnicos.

1.3. Hipóteses do Estudo

Em consonância com os Objectivos do estudo foram formuladas as seguintes hipóteses:

A. Amostra de reclusos assistidos em serviços de psiquiatria

- i. Existem diferenças na dimensão sociodemográfica, clínica, e forense entre reclusos condenados e preventivos.
- ii. Existem diferenças na dimensão sociodemográfica, clínica e forense entre reclusos do sexo feminino e masculino.
- iii. Existem diferenças na pontuação das necessidades não-satisfeitas entre subgrupos de reclusos.
- iv. Existem diferenças na pontuação das necessidades não-satisfeitas entre os reclusos e os técnicos.

B. Comparação entre reclusos e civis assistidos em serviços de psiquiatria

- i. Existem diferenças na pontuação das necessidades não-satisfeitas entre reclusos e civis.
- ii. Os reclusos apresentam um nível mais elevado de necessidades não-satisfeitas, em relação aos civis.
- iii. Existem diferenças na pontuação das necessidades não-satisfeitas entre os civis e os técnicos.

Capítulo 2 - Materiais e Métodos

Neste Capítulo será descrita a metodologia da investigação realizada. Na secção Instrumentos será apresentado o estudo de validação da versão portuguesa do CANFOR-R.

2.1. Descrição do Protocolo de Investigação

2.1.1. Desenho do Estudo

O estudo de avaliação e comparação de reclusos e civis assistidos em serviços de psiquiatria, foi desenvolvido como um estudo transversal, observacional, descritivo e analítico.

2.1.2. População-alvo

Foi considerada como população-alvo todos os indivíduos assistidos nos serviços seleccionados e nos períodos de tempo determinados. Os Serviços de Psiquiatria Forense, seleccionados por conveniência no Concelho de Oeiras e Cascais foram: o Serviço de Psiquiatria do Hospital Prisional de S. João de Deus (HPSJD), a Consulta de Psiquiatria nos Estabelecimentos Prisionais de Caxias e de Tires (Enfermaria ou Consulta de Psiquiatria).

Os Serviços de Psiquiatria civis foram seleccionados, por conveniência, entre as valências do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (DPSM/CHLO).

2.1.3. População estatística ou amostral

Foi seleccionada uma amostra não-probabilística, de tipo incidental, constituída de forma consecutiva por todos os reclusos utentes do Serviço de Psiquiatria do HPSJD, ou das consultas de Psiquiatria no EP Caxias e EP de Tires, num período de 12 meses (entre 1 de Abril de 2009 a 31 de Março de 2010).

A amostra de pacientes civis foi seleccionada entre os utentes assistidos na Unidade de Internamento de Doentes Agudos (UIDA) e na consulta externa da Equipa Comunitária de Lisboa, no período de 1 de Maio a 31 de Julho de 2010. A selecção seguiu um critério de emparelhamento entre sujeitos reclusos e civis, na proporção de um para um.

2.1.4. Critérios de inclusão:

Indivíduos reclusos que recebam acompanhamento psiquiátrico nos Estabelecimentos Prisionais seleccionados.

Indivíduos civis que recebam acompanhamento psiquiátrico no DPSM/CHLO.

Consentimento informado e esclarecido do sujeito e consentimento do respectivo psiquiatra assistente para a participação no estudo.

2.1.5. Critérios de exclusão:

Indivíduos sem capacidade para compreenderem os questionários (p. ex. indivíduos com debilidade mental ou demência).

Indivíduos que não forneçam consentimento ou cujo médico considere a participação contraproducente.

2.1.6. Critérios de emparelhamento:

O emparelhamento foi efectuado, sequencialmente, segundo as variáveis de Sexo, Idade, Tipo de Serviço (Internamento ou Ambulatório), e Diagnóstico Clínico.

2.1.7. Dimensões e variáveis em estudo

A investigação, de índole epidemiológica numa população especial, avaliou quatro dimensões, decorrentes dos seus objectivos: dimensão sociodemográfica, clínica, forense e de necessidades de cuidados.

2.1.7.1. Selecção das Variáveis

Dimensão Sociodemográfica: Sexo, Idade, Estado Civil, Nacionalidade, Nível de Escolaridade, Escolaridade Obrigatória, Situação Laboral, Agregado Familiar, Cuidador Informal, Propriedade do Alojamento, Fonte do Rendimento, Região da Residência Habitual, Distância à Residência Habitual, Distância aos Familiares/Amigos.

Dimensão Clínica: Local de Assistência, Motivo de Referência Actual para Psiquiatria, Diagnóstico Clínico, Categoria Diagnóstica (DSM-IV), Risco de Suicídio, Idade de Início da Doença, Duração da Doença, Contacto com Serviços de Psiquiatria ao Longo da Vida, Contacto com Serviços de Psiquiatria no Último Ano, Idade no Primeiro Contacto com Psiquiatria, Idade no Início de Tratamento, Número de Internamentos Psiquiátricos na Prisão, Número de Internamentos Psiquiátricos Civis, Internamento Compulsivo, Tipo de Serviços Psiquiátricos Utilizados ao Longo da Vida, Tipo de Tratamentos Psiquiátricos Efectuados ao Longo da Vida, Medicação Actual, Classe da Medicação Actual, Classe dos Antipsicóticos, Abuso de Substâncias no Mês Anterior, Tipo de Substâncias de Abuso, Tratamento para o Abuso de Substâncias, Consequência do Abuso de Substâncias, Antecedentes de Auto-agressão, Antecedentes de Auto-agressão na Prisão, Antecedentes de Auto-agressão na Vida Civil, Tipo de Meio de Auto-agressão Utilizado, Letalidade do Meio de Auto-agressão, Sequela

da Auto-agressão, Antecedentes Familiares Psiquiátricos, Nível de Incapacidade Psicossocial, Nível de Psicopatologia Global.

Dimensão Forense: Tipo de Detenção, Condenações Anteriores, Condenações Múltiplas, Tipo de Crime Actual, Tipo de Crime Anterior, Antecedentes Familiares Penais.

Dimensão de Necessidades de Cuidados: Número de Necessidades Satisfeitas, Número de Necessidades Não-satisfeitas, Número de Necessidades Totais, Necessidade Não-satisfeita por domínio de Necessidade, Nível de Ajuda Informal, Nível de Ajuda Formal Fornecida, Nível de Ajuda Formal Necessária, Nível de Satisfação do Utente.

2.1.7.2. Operacionalização de variáveis

As variáveis Categoria Diagnóstica, Nível de Incapacidade Psicossocial, Nível de Psicopatologia Global, e o conjunto de variáveis de “Necessidades” e “Ajudas” foram operacionalizadas através das pontuações dos instrumentos MINI 5.0.0, GAF, BPRS e CANFOR/CAN, respectivamente. A sua definição será feita no momento da descrição destes instrumentos (ver Instrumentos de Avaliação) (~~Quadro 4~~~~Quadro 4~~Quadro 4).

Quadro 4 - Variáveis do estudo operacionalizadas pela pontuação de instrumentos

Variáveis	Instrumentos	Estrutura	Referências
Categoria Diagnóstica (DSM-IV)	MINI	19 Secções – 18 categorias diagnósticas + Risco de Suicídio (4 níveis)	Sheehan et al. (1998); Amorim (2000); Black et al. (2004)
Nível de Incapacidade Psicossocial	GAF	Escala contínua Pontuação entre 1 (pior) e 100 (melhor)	Hall (1995); Jones, Thornicroft, Coffey e Dunn (1995)
Nível de Psicopatologia Global	BPRS	24 Escalas de tipo ordinal de sintomas e sinais psicopatológicos. Pontuação entre 24 (melhor) e 168 (pior)	Overall & Gorham (1962; 1988); Lukoff, Nuechterlein, Ventura (1986); Ventura, Green, Shaner, Liberman (1993)
Necessidades de Cuidados (Reclusos)	CANFOR-R	25 Domínios; 3 secções Pontuação: Número de Necessidades; Nível de Ajudas e Satisfação	Thomas, Harty, Parrot et al. (2003); Romeva <i>et al.</i> (2010)
Necessidades de Cuidados (Civis)	CAN-R	22 Domínios; 4 secções Pontuação: Número de Necessidades; Nível de Ajudas, Adequação e Satisfação	Phelan et al. (1995); McCrone et al. (2000); Wennstrom, Sorbom, Wiesel (2004).

Formatada: Tipo de letra: Times New Roman, Negrito

Formatada: Tipo de letra: Times New Roman, Negrito

Entre as variáveis estudadas (independentes e dependentes) foram seleccionadas três variáveis, designadas “variáveis-resultado”, que traduziam aspectos particularmente nefastos para os reclusos, mas relevantes para os objectivos do estudo, nomeadamente, o Risco de

Suicídio, as Condenações Múltiplas e a Necessidade Não-satisfeita no domínio 13. Drogas (CAN/CANFOR). Estas variáveis foram operacionalizadas do seguinte modo:

- Risco de Suicídio: operacionalizada segundo a pontuação do Item C - Risco de Suicídio do instrumento-diagnóstico MINI. A pontuação do Item C diferencia quatro níveis de risco: o risco ausente, o risco reduzido, o risco moderado, e o risco elevado. Através da agregação das pontuações “risco ausente”/“risco reduzido” e “risco moderado”/“risco elevado” a variável Risco de Suicídio (RS) foi transformada em variável binária com as categorias: RS Nulo/Reduzido e RS Moderado/Elevado.
- Condenações Múltiplas: operacionalizada segundo a contagem do número de Condenações Anteriores no instrumento Questionário. As contagens 0 e 1 originaram a categoria “Condenações Múltiplas Ausente”; as contagens 2 ou superiores originaram a categoria “Condenações Múltiplas Presente”.
- Necessidade Não-satisfeita no domínio 13. Drogas: operacionalizada segundo a pontuação da secção 1) do domínio 13. do CANFOR. A pontuação de Necessidade Não-satisfeita originou a categoria “Necessidade Não-satisfeita Presente”; outra pontuação originou a categoria “Necessidade Não-satisfeita Ausente”.

Num primeiro passo, procedeu-se à análise bivariável entre variáveis-resultado e variáveis das dimensões sociodemográfica, clínica e forense. Posteriormente, procedeu-se à análise multivariável entre cada uma das variáveis-resultado e todas as variáveis que revelaram uma associação estatisticamente significativa ou uma tendência estatística significativa ($p \leq 0,20$) na análise bivariável.

A operacionalização das restantes variáveis encontra-se descrita no Anexo 2 – Operacionalização das Variáveis.

2.2. Instrumentos de Avaliação

No protocolo do estudo foram aplicados os seguintes instrumentos (**Anexo 2**):

- i. Questionário de tipo semi-estruturado para a colheita de dados socio-demográficos, clínicos e forenses, propositadamente elaborado para o efeito
- ii. CANFOR-R, Versão Portuguesa
- iii. CAN-R, Versão Portuguesa
- iv. Mini International Neuropsychiatric Interview 5.0.0 (MINI), Versão Brasileira
- v. Global Assessment of Functioning (GAF) - Disability Scale
- vi. Brief Psychiatric Rating Scale 4.0 (BPRS)

2.2.1. Mini International Neuropsychiatric Interview 5.0.0 (MINI)

2.2.1.1. Aspectos gerais

O instrumento constitui uma entrevista estruturada capaz de gerar dezassete diagnósticos de acordo com os critérios do DSM-IV e CID-10 (versões distintas) e que pode ser utilizada na prática clínica e na investigação. No entanto, apresenta a limitação de apenas pontuar uma perturbação do Eixo II: a Perturbação Anti-Social da Personalidade. A versão MINI 5.0.0 é a versão mais actual que inclui modificações introduzidas após um trabalho de validação com outros instrumentos. As suas principais vantagens, face a outros instrumentos diagnósticos [PSE (*Present State Examination*), SCAN (*Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry*), DIS (*Diagnostic Interview Schedule*), SADS (*Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia*), CIDI (*Composite International Diagnostic Interview*) e SCID (*Structured Clinical Interview for DSM-III-R*)] residem na sua maior simplicidade e rapidez de aplicação e na necessidade de treino muito breve. Existe igualmente uma versão mais extensa, designada MINI *Plus*, que explora todos os critérios de inclusão e exclusão, assim como o seu curso, de 23 categorias diagnósticas do DSM-IV.

A primeira utilização do MINI (versão *Plus*) em ambiente prisional terá ocorrido em 2001 no *Iowa Department of Corrections*, como um instrumento de rastreio para Perturbações do Eixo I e Perturbação Anti-social da Personalidade (Black, Arndt, Hale, & Rogerson, 2004). Apesar de alguns estudos referirem a possibilidade de ocorrência de sobrediagnóstico em algumas situações (Black *et al.*, 2004; Falissard *et al.*, (2006); Gunter *et al.*, (2008) o instrumento tem sido frequentemente utilizado no contexto prisional para a identificação de perturbações mentais em reclusos, tanto na Europa (Falissard *et al.*, 2006; Bulten *et al.*, 2009; Rivlin *et al.*, 2010; Marzano *et al.*, 2010), como nos EUA (Gunter *et al.*, 2008).

2.2.1.2. Estrutura

O MINI é composto por 19 secções diagnósticas independentes de forma a explorar 17 perturbações do Eixo I do DSM-IV, o Risco de Suicídio e a Perturbação Anti-social da Personalidade. A entrevista é orientada para a exploração das perturbações presentes na actualidade e cada questão é pontuada dicotomicamente (Sim/Não). No início de todas as secções, excepto na secção Perturbação Psicótica, existem uma ou duas questões que permitem excluir o diagnóstico no caso de respostas negativas. No caso de resposta afirmativa o entrevistador é guiado através de um algoritmo de questões que percorrem os critérios de cada categoria diagnóstica. Por motivos de simplificação e economia de aplicação não são exploradas causas somáticas e/ou tóxicas dos sintomas na versão mais reduzida do MINI.

2.2.1.3. Administração e propriedades psicométricas

A aplicação do instrumento tem um tempo de aplicação considerado relativamente breve (15-30 minutos), tal como o tempo de treino necessário (entre 1 e 3 horas). Contudo, a sua aplicação em ambiente prisional poderá ser mais longa (média de 41 minutos) (Black *et al.*, 2004).

No artigo de revisão de Amorim (2000) são apresentados quatro estudos de validação, conduzidos em França e EUA. Os resultados da fiabilidade interavaliador e teste-reteste mostraram concordância superior ou igual a 0,75, excepto na secção Episódio Maníaco Actual (0,35). O estudo das validades convergentes entre o MINI e os instrumentos CIDI, SCID, mostrou uma concordância (Coeficiente Kappa) superior a 0,50 em todas as secções, excepto nas secções Fobia Específica, Perturbação de Ansiedade Generalizada e Abuso/Dependência de Drogas. Estes resultados foram considerados satisfatórios e comparáveis aos dos outros instrumentos diagnósticos mais complexos e longos.

2.2.1.4. Variáveis em estudo

As secções foram pontuadas apenas para categorias diagnósticas actuais (sintomas do último mês).

Cada secção, e respectiva categoria diagnóstica, foi tratada como uma variável dicotómica (Presente/Ausente).

2.2.1.5. Comentário

No presente estudo foi utilizada a versão MINI 5.0 em Português do Brasil da autoria de Patrícia Amorim (Amorim, 2000). A versão aplicada não se encontra validada na população portuguesa. As diferenças linguísticas encontradas no texto foram muito reduzidas e não criaram dificuldades na sua aplicação. Na construção de Tabelas de Resultados referentes ao MINI optou-se por manter a designação das categorias diagnósticas conforme a versão brasileira. Em suma, e de acordo com Rivlin *et al.* (2010), este instrumento possui qualidades

importantes, que incluem a validade, o tempo de administração, a aceitabilidade dos participantes, a facilidade de aplicação, e a utilização no contexto prisional.

2.2.2. Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS 4.0)

2.2.2.1. Aspectos gerais

A primeira versão do instrumento de avaliação psicopatológica *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS) foi criada por Overall e Gorham em 1962 (1988). O instrumento era composto por 16 itens, pontuados numa escala ordenada de sete pontos, que correspondiam aos sintomas frequentes nas perturbações psicóticas. Cerca de três anos mais tarde, os autores acrescentaram os itens: “Excitabilidade” e “Desorientação” (Overall & Gorham, 1988). Originalmente o BPRS continha uma descrição breve de cada sintoma, mas não possuía um guia de entrevista.

Desde a sua criação o BPRS tem sido utilizado na maioria dos ensaios clínicos farmacológicos e na avaliação da eficácia de intervenções farmacológicas e psicossociais nos EUA e Europa. Também foi utilizado como protótipo para o desenvolvimento de outras escalas psicopatológicas como a *Positive and Negative Syndrome Scale* e a *Psychiatric Symptom Assessment Scale* (Ventura, Green, Shaner, & Liberman, 1993).

Segundo Ventura *et al.* (1993), as vantagens mais importantes do BPRS são as sensibilidades às modificações de gravidade de sintomas isolados e da doença global. Para De Girolamo, Bellini, Bocchia e Ruggeri (1995), a presente versão do BPRS parece estar particularmente indicada para a prática clínica quotidiana ou para a investigação.

2.2.2.2. Estrutura

A versão aplicada no presente estudo é a versão ampliada do BPRS (4.0) (Lukoff, Nuechterlein, & Ventura, 1986; Ventura *et al.*, 1993). É constituída por um manual de aplicação, uma entrevista semiestruturada e 24 escalas (ver Anexo 2). Cada escala corresponde a um sinal ou sintoma psicopatológico com a respectiva definição. As escalas são pontuadas numa escala ordinal, com valores entre 1 e 7. Cada pontuação possui uma descrição sucinta do nível de gravidade envolvido. A pontuação é efectuada do seguinte modo: o valor 1 corresponde a ausência do sintoma; 2 ou 3 representam sintomatologia observável ligeira, não patológica; 4 ou 5 representam sintomatologia clinicamente significativa moderada; 6 ou 7 representam sintomatologia clinicamente significativa grave. Os itens 1 a 14 são pontuados com base nas respostas do doente à entrevista. Os itens 7 (Humor Elevado), 12 (Comportamento Bizarro) e 13 (Negligência Pessoal) também são pontuados segundo o comportamento observado na entrevista. Os itens 15 a 24 são pontuados de acordo com o comportamento e linguagem observados.

2.2.2.3. Administração e propriedades psicométricas

O BPRS pode ser aplicado a qualquer indivíduo com ou sem perturbação mental. O período ou o intervalo de tempo de sintomas a pontuar pode variar entre uma semana e um mês, conforme o objectivo da avaliação.

Para efectuar a pontuação deverão ser utilizadas todas as fontes de informação disponíveis. As fontes poderão ser entrevistas e observações do comportamento dos profissionais, familiares ou outros cuidadores, registos clínicos e a própria entrevista. Os autores do BPRS encorajam mesmo a utilização de fontes de informação adicionais sobre a psicopatologia do doente para complementar a entrevista, o que é particularmente importante quando o doente nega sintomas.

O instrumento original não apresentava descrições de critérios (pontos de ancoragem), necessários para atribuir um determinado nível de gravidade, nem uma entrevista padronizada, o que poderia originar ambiguidades interpretativas e inconsistências de pontuações pelos avaliadores (De Girolamo *et al.*,1995; Gabbard, Coyne, Kennedy, Beasley, *et al.*,1987; Ventura *et al.*,1993; Woerner, Mannuzza, & Kane, 1988). Apesar destas limitações, o BPRS original mostrou possuir uma boa fiabilidade interavaliadores com coeficientes médios de Pearson e de Correlação Intraclasse, variando entre 0,67 e 0,88 (Bech, Larsen, & Andersen, 1988; Hedlund & Vieweg, 1980; Tarrel & Schulz, 1988).

A partir dos finais dos anos 80, a fiabilidade do BPRS foi melhorada através de várias modificações estruturais: linhas precisas de condução da entrevista ao paciente, definição de sintomas e pontos de ancoragem (Gabbard *et al.*,1987; Lukoff *et al.*,1986; Woerner *et al.*, 1988).

Ventura *et al.* (1993) descrevem detalhadamente um programa de treino na aplicação do instrumento e procedimentos de garantia de qualidade, que são essenciais para a validade e fiabilidade do instrumento. Nesse trabalho relatam uma fiabilidade inter-avaliador aceitável em 22 dos 24 itens. Os dois únicos itens problemáticos são os referentes ao comportamento bizarro (item 12) e maneirismos e postura (item 24). Em geral, a fiabilidade é superior para os itens baseados no relato dos doentes, em comparação com aqueles itens baseados na observação do comportamento do doente.

A respeito da estrutura factorial do BPRS, versão de 24 escalas, existem vários estudos publicados, cuja maioria aponta a existência de quatro factores. Não existindo uma indicação clara da supremacia de um estudo em relação a outros, foi decidido aceitar a estrutura proposta por Ventura, Nuechterlein, Subotnik, Gutkind e Gilbert (2000). Estes autores propõem as seguintes designações e composição dos factores: Factor Sintomas Positivos (escalas 12-Comportamento Bizarro, 11-Conteúdo Insólito do Pensamento, 14-Desorientação, 10-Alucinações, 9-Desconfiança), Factor Sintomas Negativos (escalas 16-Embotamento Afectivo, 18-Lentificação Motora, 17-Ressonância Afectiva, 13-Negligência da Própria Pessoa), Factor Mania/Excitação (escalas 23-Hiperactividade Motora, 7-Humor Exaltado, 21-Excitabilidade, 22-Distractibilidade, 6-Hostilidade, 8-Grandiosidade), Factor

Depressão/Ansiedade (escalas 3-Depressão, 2- Ansiedade, 4-Tendências Suicidárias, 5-Sentimentos de Culpa).

2.2.2.4. Variáveis em estudo

A variável “Psicopatologia Global” foi operacionalizada recorrendo à média aritmética das pontuações das 24 escalas do BPRS 4.0, considerando um intervalo de tempo de um mês.

2.2.2.5. Comentário

A tradução portuguesa da versão BPRS 4.0 foi efectuada por uma equipa do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do CHLO (Caldas de Almeida, Ricardo Gusmão, Miguel Talina, Miguel Xavier). Na tradução foram utilizadas a versão original e italiana (Ventura *et al.*,1993; De Girolamo *et al.*,1995). O autor participou na formação para a aplicação do BPRS, coordenada pelo Prof. Miguel Xavier.

Posteriormente, esta versão do BPRS foi utilizada pelo autor no estudo “Internamento Compulsivo em Psiquiatria: estudo comparativo de doentes internados compulsivamente versus voluntariamente na Grande Lisboa” (Talina, 2004), no âmbito da Dissertação de Mestrado.

A opção pelo BPRS decorreu de se tratar de um instrumento amplamente difundido na avaliação psicopatológica, e da experiência do autor na sua utilização em investigações anteriores.

2.2.3. Global Assessment of Functioning Scale (GAF)

2.2.3.1. Aspectos gerais

O GAF (APA, 2000) propõe-se avaliar o funcionamento psicossocial dos pacientes psiquiátricos. O instrumento actual é um desenvolvimento da *Global Assessment Scale*, da autoria de Endicott, Spitzer, Fleiss e Cohen (1976). Posteriormente este instrumento foi aperfeiçoado e integrado no sistema de diagnóstico psiquiátrico DSM-IV (APA, 1994), de forma a pontuar o Eixo V.

Gaite *et al.* (2005) estudaram, numa amostra agregada de 404 doentes com esquizofrenia de cinco países europeus, os preditores clínicos e psicossociais da pontuação do GAF e concluíram que os factores clínicos (e.g. BPRS) eram mais importantes na determinação das pontuações GAF que os factores psicossociais (e.g. CAN), embora se tenham registado algumas diferenças entre os países participantes.

A maioria dos doentes em internamento psiquiátrico recebe uma pontuação de 10 a 40.

2.2.3.2. Estrutura

A avaliação do funcionamento do sujeito é efectuada segundo um modo dimensional, recorrendo a uma escala de valores contínuos entre 1 (pior pontuação) e 100 (melhor pontuação). O valor "0" é reservado, por convenção a situações de insuficiência de informação.

Na sua apresentação, o instrumento contém "pontos de ancoragem" (breve descrição dos critérios de gravidade dos sintomas e do grau de incapacidade) de dez em dez pontos que facilitam a pontuação pelo avaliador. Desta forma, o instrumento pode ser considerado como contendo duas escalas paralelas. O sujeito pode receber uma pontuação pela gravidade de sintomas psicopatológicos e outra pelo seu funcionamento social e ocupacional. Alguns autores propõem a transformação da escala contínua em escala ordinal, com valores a intervalos de 10 em 10 pontos. O avaliador não deverá pontuar as alterações produzidas por problemas físicos ou ambientais.

2.2.3.3. Administração e propriedades psicométricas

Encontram-se publicados estudos sobre a sua validade e propriedades psicométricas (Hall, 1995; Jones, Thornicroft, Coffey, & Dunn, 1995).

2.2.3.4. Variáveis em estudo

O Nível de Incapacidade Psicossocial foi operacionalizado segundo a pontuação da escala de incapacidade social e ocupacional do GAF referente ao último mês.

2.2.3.5. Comentário

Neste estudo foi aplicada a versão constante na tradução portuguesa do DSM IV-TR (APA, 2002) a Escala de Avaliação Global de Funcionamento.

2.2.4. Camberwell Assessment of Need (CAN)

2.2.4.1. Aspectos gerais

O *Camberwell Assessment of Need (CAN)* (Phelan, et al., 1995) foi publicado em 1994 para poder avaliar a constelação de necessidades sociais e clínicas dos pacientes com perturbações mentais graves.

Segundo os autores, quatro princípios gerais presidiram à sua criação: i. Todos os indivíduos possuem necessidades e, embora os indivíduos com problemas de saúde mental tenham necessidades específicas, a maioria das suas necessidades são similares aos indivíduos sem doença mental, ii. Os indivíduos com perturbação mental grave apresentam múltiplas necessidades e é vital que todas sejam identificadas. A prioridade do CAN é

identificar e não descrever as necessidades cruciais, iii. A avaliação de necessidades deve ser uma parte integrante da avaliação clínica de rotina e de avaliação do serviço e deve ser utilizado por um leque alargado de profissionais, iv. a necessidade é um conceito subjectivo e frequentemente percepções válidas de necessidades podem diferir. Deste modo são registadas separadamente as perspectivas do paciente e do profissional (Slade & McCrone, 2001).

O CAN possui duas versões para aplicação nos contextos da clínica e da investigação. A versão clínica destina-se ao planeamento de cuidados oferecidos pelos profissionais, e a versão de investigação é primordialmente um instrumento de avaliação de serviços de saúde mental. A criação do CAN encontra-se estreitamente associada à reforma do Serviço Nacional de Saúde Britânico corporizada no diploma *Community Care Act 1990*. Esta reforma propunha que os critérios de financiamento tivessem em conta as necessidades da população e a capacidade para beneficiar das intervenções de saúde. Esta nova realidade promoveu uma investigação exponencial sobre necessidades e resultados em saúde.

Uma das características mais interessantes deste instrumento é a possibilidade de ser pontuado segundo as perspectivas do utente e do profissional de forma independente. As definições claras de “necessidade satisfeita/não satisfeita”, um pequeno tempo de aplicação e a ausência de necessidade de treino formal têm favorecido a sua extensa utilização.

2.2.4.2. Estrutura

O CAN avalia 22 domínios de potenciais necessidades clínicas e psicossociais através de um questionário semi-estruturado. Os domínios contidos no CAN R2.0 (Gago, 1996) foram designados do seguinte modo: 1– Alojamento, 2– Alimentação, 3– Tarefas Domésticas Básicas, 4– Autocuidado, 5- Actividades Diárias, 6- Saúde Física, 7– Sintomas Psicóticos, 8- Informação Sobre a Doença e Tratamento, 9– Sofrimento Psicológico, 10- Risco de Danos Para o Próprio, 11- Risco de Danos Para os Outros, 12-Álcool, 13- Drogas, 14- Contactos Sociais, 15- Relações Íntimas, 16- Relacionamento Sexual, 17- Cuidar dos Filhos, 18- Educação Básica, 19- Utilização do Telefone, 20-Utilização de Transportes, 21- Dinheiro, 22- Subsídios / Benefícios Sociais.

Cada domínio possui quatro secções que recebem as pontuações. Na primeira secção são efectuadas as pontuações de Necessidades numa escala de três valores de gravidade (0, “sem problema”, indica que não existe Necessidade; 1, “sem problema ou problema moderado devido a ajuda”, indica uma Necessidade Satisfeita; 2, “problema grave”, indica uma Necessidade Não-satisfeita). No caso de ser pontuada uma Necessidade (1 ou 2), o entrevistador prossegue para as secções seguintes que avaliam o nível de ajuda informal recebida, o nível de ajuda formal recebida e o nível de ajuda formal necessária. As pontuações destas secções obedecem à seguinte operacionalização: 0, “nenhuma ajuda”; 1, “pouca ajuda”; 2, “alguma ajuda”; 3, “muita ajuda”; 9, “desconhecido”. A última secção avalia a adequação da ajuda e a satisfação do utente nesse domínio e é pontuada dicotomicamente (sim/não).

Da avaliação das Necessidades (primeira secção) podem ser extraídas três pontuações totais: as Necessidades Totais (número de pontuações “1” e “2”); as Necessidades

Satisfeitas (número de pontuações “1”); e as Necessidades Não-satisfeitas (número de pontuações “2”).

2.2.4.3. Administração e propriedades psicométricas

Os autores recomendam, previamente à utilização do instrumento, uma formação breve descrita no Manual que acompanha o instrumento.

O estudo de validação da versão original (Phelan, et al., 1995) mostrou valores elevados da fiabilidade interavaliador (0,99) e de teste-reteste (0,78) na identificação das necessidades totais.

Os resultados da validação da versão CAN-EU, no âmbito no estudo *European Psychiatric Services: Inputs Linked to Outcome Domains and Needs* (EPSILON), que incluiu 404 participantes de cinco centros (Amsterdão, Copenhaga, Londres, Santander e Verona), mostraram concordâncias similares. A fiabilidade interavaliador variou entre 0,93 (necessidades totais) e 0,79 (necessidades não-satisfeitas). A fiabilidade teste-reteste variou entre 0,85 (necessidades totais) e 0,69 (necessidades satisfeitas) (McCrone, et al.,2000).

Encontram-se ainda publicados estudos de validação em Castelhana (Rosales et al., 2002), e em Português do Brasil (Schlithler, et al., 2007).

Wennstrom, Sorbom e Wiesel (2004) estudaram a estrutura factorial do CAN, numa amostra de conveniência de 741 pacientes com doença mental grave em ambulatório, e mostraram a existência de três factores constituídos por 13 dos 22 domínios: 1) “Incapacidade funcional”, constituído por seis domínios (Tarefas Domésticas Básicas, Alimentação, Autocuidado, Dinheiro, Alojamento, Utilização de Transportes, Utilização do Telefone); 2) “Solidão Social”, constituído por três domínios (Contactos Sociais, Actividades Diárias, Sofrimento Psicológico); 3) “Solidão Emocional”, constituído por três domínios (Relacionamento Sexual, Relações Íntimas, Risco de Danos para os Outros). Os autores reconhecem que esta estrutura factorial poderá não ser generalizável a outras populações, mas sugerem que os três factores poderão ser mais úteis para planear intervenções e monitorizar a evolução do que as pontuações totais de Necessidades.

2.2.4.4. Variáveis em estudo

Pontuações de Necessidade de Cuidados Satisfeita (NCS), de Necessidade de Cuidados Não-satisfeitas (NCNS), de Necessidade de Cuidados Total (NCT), de Ajuda Informal Recebida, Ajuda Formal Recebida, de Ajuda Formal Recebida e Satisfação do Utente.

A pontuação de Necessidade da Secção 1. em cada domínio foi operacionalizada de forma dicotómica (NCNS/ Outra pontuação (OP)) de forma a permitir o cálculo de *odds-ratio*.

2.2.4.5. Comentário

A versão CAN R2.0 empregue no presente estudo trata-se da versão adaptada e validada para Portugal por Gago (1996). As vantagens em utilizar a versão portuguesa com

qualidade demonstrada, e anteriormente aplicada no seio do grupo de investigação da Faculdade de Ciências Médicas, contribuíram para a decisão de utilizar esta versão no presente estudo.

2.2.5. Camberwell Assessment of Need – Forensic version (CANFOR)

2.2.5.1. Aspectos gerais

No quadro da Psiquiatria Forense registou-se a partir de 2000 um interesse em estudar, além das necessidades dos serviços prisionais, as necessidades dos indivíduos detidos. A crescente evidência da elevada prevalência de perturbações mentais, da vulnerabilidade e do recidivismo criminal desta população acentuou a importância da avaliação de necessidades. Contudo, as especificidades dos indivíduos detidos com perturbação mental justificavam a criação de um instrumento adequado. Stuart Thomas e uma equipa de investigadores do Instituto de Psiquiatria londrino (*Institute of Psychiatry, King's College*) desenvolveram a partir do CAN, uma versão destinada a ser utilizada no contexto da Psiquiatria Forense, designada por *Camberwell Assessment of Need - Forensic Version* (CANFOR) (Thomas, Harty, Parrot, & et al., 2003).

O instrumento disponibiliza três versões: a versão de investigação, mais extensa, a versão clínica e a versão breve.

A versão breve tem sido aplicada em unidades forenses de alta e baixa (Long, Webster, Waite, Motal, & Hollin, 2008) segurança com bons resultados. É especialmente valorizada a brevidade da aplicação e o registo das pontuações do utente e técnico.

2.2.5.2. Estrutura

A estrutura geral e pontuação do CAN (ver acima) foram mantidas no CANFOR, e introduziram-se as seguintes alterações: foram adicionados três domínios aos 22 do CAN, e a secção 4 (Adequação da Ajuda) foi retirada. Os novos domínios introduzidos foram “*Treatment*” (aquiescência ao tratamento), “*Sexual Offences*” (risco de concretização de crimes sexuais), “*Arson*” (risco de fogo posto).

2.2.5.3. Administração e propriedades psicométricas

Os autores recomendam, previamente à utilização do instrumento, uma formação breve descrita no Manual que acompanha o instrumento.

O estudo de validação da versão original mostrou coeficientes de concordância²⁸ próximos de 1 na fiabilidade interavaliador para as Necessidades, sejam Satisfeitas ou Não-

²⁸ Coeficientes de Correlação Intra-classe (min. 0; máx. 1)

satisfeitas (0,991) e Necessidades Não-satisfeitas (0,985), obtida na pontuação dos utentes. A fiabilidade interavaliador obtida na pontuação dos técnicos foi igualmente elevada para as Necessidades (0,998), (Satisfeitas ou Não-satisfeitas) e Necessidades Não-satisfeitas (0,972). A fiabilidade teste-reteste revelou valores de concordância ligeiramente inferiores. Na pontuação dos utentes foram atingidos coeficientes de 0,795 e 0,813 para as Necessidades, sejam Satisfeitas ou Não-satisfeitas e Necessidades Não-satisfeitas, respectivamente. Na pontuação dos técnicos, a fiabilidade teste-reteste obteve coeficientes de 0,852 e 0,699 nas Necessidades, sejam Satisfeitas ou Não-satisfeitas e Necessidades Não-satisfeitas, respectivamente.

Em relação aos domínios, especificamente, os avaliadores obtiveram menor concordância entre si nos domínios 23-Tratamento e 10-Risco Para o Próprio, na pontuação dos utentes, e nos domínios 9-Sofrimento Psicológico e 6-Saúde Física, na pontuação dos técnicos.

A fiabilidade teste-reteste foi inferior nos domínios 21-Dinheiro, 6-Saúde Física, 16-Relacionamento Sexual e 7-Sintomas Psicóticos, na pontuação dos utentes, e nos domínios 11-Risco Para os Outros, 12-Álcool, 15-Relações Íntimas, e 7-Sintomas Psicóticos, na pontuação dos técnicos.

No sentido de melhorar a fiabilidade da aplicação do instrumento os autores recomendam maior atenção aos domínios com menores concordâncias e um treino formal dos avaliadores.

A validação convergente foi estudada recorrendo ao GAF e a uma escala de necessidades globais criada para o efeito, de tipo ordinal com cinco valores (1- muito baixo, 2- baixo a moderado, 3- moderado, 4- moderado a elevado, 5- elevado nível de necessidades). Observaram-se correlações (Pearson) significativas entre as Necessidades Totais e as pontuações do GAF e a escala de cinco pontos. As correlações entre as Necessidades Não-satisfeitas e os outros instrumentos não alcançaram significado estatístico.

Em 2010 foi publicada a validação da versão Castelhana do CANFOR (Romeva et al, 2010). Os resultados do estudo de fiabilidade foram próximos aos da versão original. No estudo da validade convergente foram utilizados o GAF e a escala *Life Skills Profile* (LSP) que avalia cinco áreas: auto-cuidado, comportamento social interpessoal, comunicação e contacto social, comportamento social não-interpessoal e independência de vida. Os autores concluíram que o maior número de Necessidades se correlacionava com um menor funcionamento global e social.

2.3. Validação da Versão Portuguesa do CANFOR-R

A versão empregue no presente estudo foi desenvolvida e validada pela equipa de investigação do projecto "Avaliação de necessidades de cuidados em reclusos com perturbação psiquiátrica", Investigador Principal Prof. Doutor Miguel Xavier, financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (PIC/IC/83257/2007).

O manuscrito deste trabalho foi aceite para publicação na *BioMedCentral Psychiatry* (publicação electrónica com *peer-review* e Factor de Impacto: 2.55) em 9 de Abril de 2013 (Anexo 4) e pode ser consultado no final da Dissertação (Apêndice 1).

A síntese dos procedimentos e dos resultados desse trabalho são apresentados a seguir.

2.3.1. Desenho do Estudo

No estudo de validação da versão Portuguesa do CANFOR foi seguido um desenho de tipo observacional, prospectivo (teste e re-teste), descritivo e analítico, de acordo com a metodologia recomendada (Streiner & Norman (2008); Moreira (2004)) e semelhante à metodologia de validação do instrumento original (Thomas, et al., 2008).

2.3.2. Tradução e retroversão do instrumento

A tradução da versão original em Língua Inglesa (*CANFOR-Research version*) para a Língua Portuguesa foi realizada pelo autor e discutida num grupo-foco. Este grupo foi constituído pela equipa de investigação e profissionais do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prisional de S. João de Deus (SP-HPSJD). Os profissionais envolvidos foram cinco psiquiatras, duas enfermeiras, um psicólogo e uma técnica de Serviço Social. O grupo-foco produziu uma versão adaptada ao contexto prisional e cultural português. Esta versão preliminar foi aplicada num teste-piloto com dez reclusos internados no SP-HPSJD o que originou algumas modificações de modo a facilitar a compreensão do questionário. Subsequentemente foi realizada a retroversão para Inglês com a colaboração de um estudante universitário bilingue. A versão retrovertida foi submetida a análise pelo primeiro autor do instrumento original (Stuart Thomas), Após a sua aprovação, foi fixada a versão definitiva do CANFOR-R, Versão Portuguesa (CANFOR-VP), e iniciado o estudo de validação.

2.3.3. Participantes

Para a aplicação do instrumento pretendeu-se recrutar indivíduos assistidos em serviços de psiquiatria forense diversificados. Foram seleccionados, por conveniência, quatro Serviços, nos Concelhos de Lisboa e Oeiras: 8ª Enfermaria (Enfermaria de Inimputáveis) no

Hospital Miguel Bombarda (HMB), Serviço de Psiquiatria do Hospital Prisional de S. João de Deus (SP-HPSJD), Consulta de Psiquiatria nos Estabelecimentos Prisionais de Caxias (EP Caxias) e de Tires (EP Tires).

2.3.4. População amostral

A selecção dos participantes foi de tipo incidental, não-probabilística (sem aleatorização), efectuada através do recrutamento sucessivo da totalidade dos indivíduos assistidos nos Serviços seleccionados, e no período de tempo compreendido entre Abril de 2009 e Abril de 2010 (12 meses).

Os indivíduos que obedeceram aos critérios de inclusão e exclusão foram incluídos no estudo e designados como participantes.

Foram incluídos 143 reclusos/utentes e respectivo técnico de referência. Foi considerado técnico de referência o elemento da equipa que possuía maior conhecimento sobre o estado do participante (geralmente Enfermeiros, Técnicos de Reeducação ou de Serviço Social).

A origem dos participantes foi a seguinte: 68 do internamento do Serviço de Psiquiatria do HPSJD, 24 do EP Caxias, 22 do EP Tires e 29 da Enfermaria de Inimputáveis do HMB.

Trinta e sete sujeitos (20,6%) não foram incluídos no estudo (35 provenientes do internamento do HPSJD e 2 da Enfermaria de Inimputáveis, HMB) devido a recusa, alta do serviço ou por dificuldades cognitivas.

2.3.5. Fiabilidade Inter-avaliador e Teste-reteste

O estudo de fiabilidade inter-avaliador foi realizado através da pontuação simultânea por dois entrevistadores: um entrevistador conduzia a entrevista e efectuava as pontuações, enquanto o segundo entrevistador presente efectuava a sua pontuação de forma independente, permanecendo em silêncio e não intervindo na entrevista. Os entrevistadores alternavam estes papéis na entrevista seguinte. Foram entrevistados, segundo este procedimento 96 utentes.

Para a avaliação da fiabilidade teste-reteste foi realizada uma segunda pontuação com o instrumento após um intervalo que variou entre 7 a 14 dias após a primeira pontuação. A segunda pontuação foi efectuada pelo mesmo entrevistador que tinha conduzido a primeira entrevista. As entrevistas, na sua totalidade, foram realizadas pelos mesmos dois entrevistadores.

2.3.6. Validade Convergente

A validade convergente do CANFOR-VP foi estudada com a aplicação de dois instrumentos: a Avaliação Global de Funcionamento - Escala de Incapacidade (GAF-Disability Scale) (Endicott et al.,1976), à semelhança dos estudos de validação anteriores (Thomas et al.,

2000; Romeva et al., 2010), e o BPRS (Ventura et al., 1993). A opção pelo BPRS neste estudo de validação deveu-se a duas ordens de razões. Em primeiro lugar o BPRS poderia lançar luz sobre a forma como o nível global de psicopatologia, ou de áreas específicas (somatoforme, afectiva, psicótica, etc.), poderiam influenciar a percepção de necessidades do paciente. Em segundo lugar, vários domínios do CANFOR incidem directamente na emergência de problemas criados por alterações mentais (e.g. 7. Sintomas Psicóticos, 9. Sofrimento Psicológico, 10. Segurança para o Próprio) pelo que seria especialmente pertinente avaliar a convergência entre as escalas psicopatológicas e estes domínios de necessidade.

2.3.7. Procedimentos Estatísticos

A estatística descritiva das variáveis sociodemográficas, clínicas e forenses incluiu as frequências e medidas de tendência central e dispersão.

Na análise da fiabilidade inter-avaliador e de teste-reteste foi empregue o Coeficiente *Kappa* (Cohen, 1960), que se justifica tendo em conta a natureza nominal das variáveis em estudo. De acordo com Landis e Koch (1977), o Coeficiente *Kappa* com um valor entre 0,4 e 0,6 indica um nível de concordância moderado. Um valor entre 0,6 e 0,8 indica uma concordância elevada, e um valor entre 0,8 e 1 indica uma concordância praticamente total.

No estudo de validade convergente entre as pontuações totais do CANFOR, do GAF e do BPRS foram empregues testes não-paramétricos (Correlação de Spearman, Testes de Kruskal-Wallis e Mann-Whitney), devido a que os valores das variáveis não assumiram uma distribuição Normal.

Os dados foram analisados através do *software* estatístico *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows, version 17.0.0*.

2.3.8. Aspectos Éticos

O projecto de investigação foi submetido e aprovado pelo Conselho Científico da Faculdade de Ciências Médicas e pela Direcção-Geral dos Serviços Prisionais, Ministério da Justiça.

Todos os participantes incluídos no estudo subscreveram o documento de Consentimento Informado (Anexo 2).

2.3.9. Variáveis em estudo

Pontuações de Necessidade de Cuidados Satisfeita (NCS), de Necessidade de Cuidados Não-satisfeitas (NCNS), de Necessidade de Cuidados Total (NCT), de Ajuda Informal Recebida, Ajuda Formal Recebida, de Ajuda Formal Recebida e Satisfação do Utente.

A pontuação de Necessidade da Secção 1. em cada domínio foi operacionalizada de forma dicotómica (NCNS/ Outra pontuação (OP)) de forma a permitir o cálculo de *odds-ratio*.

2.3.10. Comentário

No estudo de validação as fiabilidades interavaliador e teste-reteste foram calculadas através do Coeficiente *Kappa*²⁹, utilizando a pontuação dos utentes. A fiabilidade interavaliador foi de 0,913 para as Necessidades, sejam Satisfeitas ou Não-satisfeitas e de 0,835 para as Necessidades Não-satisfeitas. A fiabilidade teste-reteste foi de 0,555 para as Necessidades, sejam Satisfeitas ou Não-satisfeitas e de 0,482 para as Necessidades Não-satisfeitas. A menor concordância na fiabilidade teste-reteste, em relação à fiabilidade interavaliador, foi igualmente constatada no estudo de validação original e na validação da versão Castelhana (Thomas *et al.*, 2008; Romeva *et al.*, 2010).

A validade convergente desta versão foi testada com o GAF e BPRS. Observaram-se correlações negativas (Spearman) significativas entre a pontuação do GAF e as pontuações totais de Necessidades Não-satisfeitas, Necessidades Totais, e de Ajuda Formal Necessária obtidas nas entrevistas aos utentes e técnicos. Estes resultados revelam que o aumento da incapacidade psicossocial está significativamente associado ao aumento de Necessidades e de Ajuda técnica.

A respeito da convergência entre o BPRS e as pontuações totais do CANFOR observou-se uma correlação positiva significativa entre a pontuação total do BPRS e as Necessidades Não-satisfeitas, Necessidades Totais, obtidas a partir dos utentes, e com as Necessidades Não-satisfeitas, Necessidades Totais, Ajuda Formal Fornecida e Ajuda Formal Necessária, obtidas a partir dos técnicos. Estes dados mostram uma relação directa, estatisticamente significativa, entre o aumento da psicopatologia global e o aumento das Necessidades e as Ajudas técnicas oferecidas e necessárias.

O tempo de administração do CANFOR-VP variou entre 20 a 40 minutos.

²⁹ O Coeficiente *Kappa* é equivalente ao Coeficiente de Correlação Intra-classe na tabela 2x2 (Landis & Koch, 1977).

2.4. Análise estatística

O plano de análise foi desenvolvido em três passos: a estatística descritiva, a análise bivariável e a análise multivariável.

Aplicou-se como limiar de significância estatística o valor de $p=0,05$, com a notação convencional na apresentação dos resultados (Altman, 1991). Também se determinaram os intervalos de confiança a 95% (I.C. 95%) para a medida de associação e de efeito: Rácio de Produtos Cruzados (*odds-ratio*).

A análise foi efectuada através do *software* estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) for Windows, *version 17.0.0*.

2.4.1. Estatística descritiva

A descrição das variáveis em estudo foi efectuada segundo o seu tipo: nas variáveis nominais e ordinais efectuou-se o cálculo de proporções e a tabulação de frequências.

As variáveis que correspondiam às pontuações dos instrumentos aplicados (escalas ordinais) foram tratadas como variáveis escalares, seguindo a indicação de Streiner e Norman (1995).

Nas variáveis de tipo escalar foi analisada a hipótese de normalidade da distribuição com os Testes de Kolmogorov-Smirnov, Shaphiro-Willks e observação do histograma. Devido à rejeição da hipótese de normalidade da distribuição ter ocorrido em, praticamente, todas as variáveis deste tipo não foram calculadas os parâmetros de dispersão, de assimetria e de achatamento, mas apenas os parâmetros de tendência central (mediana e média).

2.4.2. Análise Bivariável

No âmbito desta análise foi efectuada uma comparação entre reclusos, em relação ao sexo e regime prisional, nas quatro dimensões propostas (sociodemográfica, clínica, forense e de necessidades).

Os subgrupos de reclusos definidos através das variáveis-resultado (Risco de Suicídio, Condenações Múltiplas e Necessidade Não-satisfeita no domínio 13. Drogas) foram igualmente comparados entre si.

Finalmente foi efectuada a comparação entre participantes reclusos e participantes civis.

A comparação de variáveis foi efectuada com base nas seguintes regras:

- a) Nas comparações de variáveis nominais por variáveis nominais foi aplicado o teste do Qui-quadrado de Pearson (X^2), respeitando as suas condições de aplicabilidade (percentagem de células com frequência esperada inferior a 5, superior a 20% do total de células) ou Teste Exacto de Fisher na ausência de aplicabilidade do X^2 (Altman, 1991).
- b) Quando se verificava uma associação entre variáveis nominais binárias, estatisticamente significativa, foi calculado o *Odds-ratio* e intervalo de confiança a 95%, como medida quantificadora da força da associação entre as variáveis em análise (Rothman et al., 2008; Haynes et al., 2006; Last, 2001; Pocock, 1983).
- c) A análise de concordância entre as variáveis categóricas binárias foi realizada através do cálculo do Coeficiente *Kappa* (Cohen, 1960). Nos casos em que não foi possível calcular este coeficiente foi calculado o Coeficiente de Concordância³⁰.
- d) Nas comparações de variáveis nominais por variáveis ordinais e escalares foi aplicado o Teste não-paramétrico de Mann-Whitney.

2.4.3. Análise Multivariável

No âmbito das dimensões clínica, forense e de necessidades de cuidados foi seleccionada uma variável categórica binária que representava um resultado relevante para os objectivos do estudo, designada variável-resultado. Na dimensão clínica foi seleccionada a variável Risco de Suicídio, na dimensão forense a variável Condenações Múltiplas, e na dimensão de necessidades de cuidados foi seleccionada a variável Necessidade Não-satisfeita no domínio Drogas.

Com a finalidade de obter um modelo dos factores de risco associados às variáveis-resultado foi aplicada a análise de regressão logística múltipla binária (Rothman et al., 2008; Haynes et al., 2006). Esta análise permite determinar o efeito de um dado factor de risco ou

³⁰ Coeficiente de Concordância: rácio entre os casos concordantes sobre total de casos.

factor protector sobre uma dada variável resultado binária, ajustado para eventuais confundimentos de outras variáveis independentes e, conseqüentemente, determinar quais os factores estatisticamente mais importantes (Aguar, 2007).

Em termos de estratégia de selecção de variáveis para integrar o modelo estatístico foram incluídas todas as variáveis estatisticamente significativas ($p < 0,05$) ou com tendência de significado estatístico ($p \leq 0,10$) na análise bivariável. Segundo Altman (1991) podem ser incluídas num modelo múltiplo as variáveis com $p < 0,20$ (ou ainda maior) da análise bivariável. Para este autor, ao entrar-se em conta com as inter-relações entre as variáveis independentes num modelo multivariável, uma variável independente que não era estatisticamente significativa no início pode vir a sê-lo neste modelo.

A colinearidade entre variáveis foi testada através do coeficiente de correlação R de Spearman (variáveis numéricas com desvios de normalidade ou sem relação linear) e Qui-quadrado de Pearson (variáveis nominais). Nos casos em que se verificou a existência de colinearidade foi seleccionada para a análise multivariável a variável que apresentou o valor p de maior significado estatístico.

A selecção das variáveis obedeceu a estes critérios que, apesar de ser uma opção discutível, é preferível à opção de incluir todas as variáveis envolvidas na análise bivariável, ou de só incluir as variáveis que se revelaram estatisticamente significativas nesta análise. De acordo com Hosmer e Lemeshow (1989), não é conveniente colocar todas as variáveis de uma investigação num modelo múltiplo, sem qualquer critério de pré-selecção, porque poderão produzir-se modelos múltiplos muito instáveis em termos de estimativas e respectivos erros-padrão.

A respeito do método de extracção das variáveis utilizou-se o método "*backward*" do investigador, eliminando-se sempre a variável com o maior valor de p.

A validade do modelo foi determinada pelo Teste da Razão de Verossimilhanças, Teste de Hosmer e Lemeshow, Taxa de Validade do Modelo Face aos Eventos e área sob a curva ROC (Aguar, 2007).

Capítulo 3 - Resultados

Neste Capítulo serão apresentados os resultados da investigação referentes à avaliação dos participantes reclusos e à comparação destes com os participantes civis. O Capítulo foi dividido em secções segundo os passos da análise estatística efectuada: estudo descritivo, análise bivariável e análise multivariável.

3.1. Estudo Descritivo

Nesta primeira secção serão apresentados dados de tipo descritivo relativos aos participantes reclusos (PRs) e aos participantes civis (PCs) e dados analíticos relativos aos PRs.

3.1.1. Participantes reclusos e civis

A população seleccionada de reclusos foi constituída por 151 indivíduos, dos quais foram excluídos 37 (24,5%) por não cumprirem os critérios de inclusão/exclusão descritos anteriormente no Capítulo 2 - Materiais e Métodos.

O grupo dos reclusos não incluídos foi composto por 36 homens (23,8%) e uma mulher (0,7%), com uma média de idades de 34,9 anos (d.p. 11,4). As médias de idades não foram significativamente diferentes ($p=0,447$; Teste t para amostras independentes) entre os reclusos incluídos e excluídos do estudo; no entanto, a proporção de mulheres na amostra final elevou-se de 28,4% para 30,7%.

Os principais motivos de exclusão foram: a impossibilidade de avaliação por alta do hospital ($n=23$; 15,2%), incapacidade cognitiva para a entrevista ($n=13$; 8,6%) e recusa em participar ($n=1$; 0,7%). Em relação ao tipo de crime praticado por estes reclusos foi registado o seguinte: crime contra pessoas em 45,9% ($n=17$), crime contra o património em 43,2% ($n=16$) e outro crime ou desconhecido em 10,8% ($n=4$). A proporção de crime contra pessoas não foi significativamente diferente entre os reclusos incluídos e excluídos ($p=0,424$; Teste Qui-quadrado).

A amostra final de participantes reclusos (PRs) ficou constituída por 114 indivíduos, 79 (69,3%) do sexo masculino e 35 (30,7%) do sexo feminino, provenientes de três Estabelecimentos (HPSJD, EP de Caxias e EP de Tires).

A amostra seleccionada de civis foi constituída por 121 indivíduos, 76 homens (62,8%) e 45 mulheres (37,2%). Não foram registadas recusas para a participação no estudo.

Dos participantes civis (PCs), 45 foram provenientes do ambulatório (37,2%) e 76 da unidade de internamento (62,8%). A caracterização da amostra de PCs é apresentada no curso da comparação entre estes pacientes e os PRs.

Na Tabela 1 apresentam-se os dados de proveniência das amostras de PRs e PCs.

Tabela 1 – Local de Proveniência e Sexo dos PRs e PCs

Local de Proveniência	Sexo Feminino		Sexo Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
HPSJD - internamento (PRs)	13	16,3%	55	35,5%	68	28,9%
EP Caxias - consulta (PRs)	0	0%	24	15,5%	24	10,2%
EP Tires - consulta (PRs)	22	27,5%	0	0%	22	9,4%
DPSM/HSFX - consulta (PCs)	26	32,5%	19	12,3%	45	19,1%
DPSM/HSFX- internamento (PCs)	19	23,8%	57	36,8%	76	32,3%
Total	80	100%	155	100%	235	100%

3.1.2. Caracterização sumária dos participantes reclusos

O HPSJD, como hospital de referência do sistema prisional, recebe reclusos provenientes de múltiplos Estabelecimentos do país. Por regra, o EP de Caxias não recebe mulheres e o EP de Tires recebe maioritariamente mulheres, o que explica a inclusão de reclusos de um sexo, apenas provenientes destes Estabelecimentos. Na Tabela 1 apresenta-se a distribuição dos reclusos por sexo e locais de detenção.

A maioria dos reclusos encontrava-se detida por cumprimento de pena (n=77; 67,5%) e aproximadamente um terço da amostra estava detida em regime de prisão preventiva (n=37; 32,5%).

A idade média dos reclusos era de 36,4 anos (d.p. 10,6). O sexo feminino representava 30,7 por cento, o que é uma proporção muito elevada em relação à população prisional em geral.

A maioria dos reclusos (n=61;53,5%) encontrava-se arguida ou condenada por crimes com violência contra pessoas (crimes contra a vida, a integridade física, roubo, etc.), aproximadamente um quarto dos reclusos (n=27; 23,7%) estava envolvido em crimes contra a propriedade (furtos, etc.) e perto de outro quarto (n=26;22,8%) estava envolvido em outros tipos de crimes.

Uma descrição sucinta das características da amostra de reclusos é apresentada nas [Tabela 2](#)~~Tabela 2~~~~Tabelas 2~~, 3, 4 e 5. As restantes variáveis independentes e dependentes serão apresentadas sucessivamente à medida que forem sendo mostrados os resultados do estudo.

Tabela 2 – Idade dos PRs

Participantes Reclusos (n=114)	Mínimo	Máximo	Mediana	Média	Testes de Normalidade*
Idade (anos)	19	72	35	36,4	Não assumido

* Testes de Kolmogorov-Smirnof e Shapiro-Wilks.

Tabela 3 – Variáveis sociodemográficas dos PRs

Variáveis	Categorias	n	%
Sexo	Masculino	79	69,3%
	Feminino	35	30,7%
Estado Civil	Solteiro	69	60,5%
	Casado/União de facto	24	21,1%
	Divorciado	17	14,9%
	Viúvo	4	3,5%
Habilitações	<1º ciclo	16	14,0%
	1º ciclo	33	28,9%
	2º ciclo	18	15,8%
	3º ciclo	26	22,8%
	Secundário	15	13,2%
	Ensino superior	6	5,3%
Situação Laboral	Sem emprego	42	36,8%
	Emprego a tempo parcial <20h semanais	16	14,0%
	Emprego a tempo inteiro >= 20h semanais	54	47,4%
	Reformado	2	1,8%
Nacionalidade	Portuguesa	87	76,3%
	País Lusófono	17	14,9%
	País CE	7	6,1%
	Outro	3	2,6%
Alojamento	Próprio	49	43,0%
	Família/amigos	55	48,2%
	Alojamento a cargo da SS ou outra entidade	3	2,6%
	Sem abrigo	2	1,8%
	Unidade hoteleira	5	4,4%
Região da residência habitual	Região Norte	13	11,4%
	Região Centro	9	7,9%
	Região Sul	83	72,8%
	Região Autónomas	4	3,5%
	Outra (fora do País)	5	4,4%
Agregado familiar	Sozinho	17	15,0%
	Cônjuge/companheiro(a)	48	42,5%
	Progenitores	39	34,5%
	Outras pessoas	9	8,0%

Tabela 4 – Variáveis clínicas dos PRs

Variáveis	Categorias	n	%
Motivo de referência	Psicopatologia	63	55,3%
	Risco para o próprio	33	28,9%
	Risco para os outros	0	0,0%
	Desabituação de substância	12	10,5%
	Outro motivo	6	5,3%
Diagnóstico clínico	Esquizofrenia	1	0,9%
	Perturbação bipolar - mania	3	2,6%
	Perturbação bipolar - depressão	1	0,9%
	Depressão unipolar	67	58,8%
	Outras psicoses	7	6,1%
	Perturbação da ansiedade/neurose	11	9,6%
	Perturbação da personalidade	15	13,2%
	Dependência química	9	7,9%
Cuidador informal	Ausente	22	19,3%
	Cônjuge/companheiro(a)	44	38,6%
	Progenitor	39	34,2%
	Outra pessoa	9	7,9%

Tabela 5 – Variáveis forenses dos PRs

Variáveis	Categorias	n	%
Tipo Detenção	Pena de prisão	77	67,5%
	Detenção preventiva	37	32,5%
Crime actual	Crime contra pessoas	61	53,5%
	Crime contra propriedade	26	22,8%
	Outros crimes	27	23,7%
Crime anterior	Ausente	58	50,9%
	Crime contra pessoas	26	22,8%
	Crime contra propriedade	14	12,3%
	Outros crimes	16	14,0%
Condenação Anterior	Ausente	56	49,1%
	Condenado com Pena Suspensa	13	11,4%
	Condenado com Pena de Prisão	45	39,5%
Número de Condenações Anteriores	Uma	4	3,5%
	Duas a cinco	39	34,2%
	Mais de cinco	15	13,2%
Condenações Múltiplas	Ausente (<=1)	60	52,6%
	Presente (>=2)	54	47,4%

3.1.3. Avaliação da psicopatologia e funcionamento global dos participantes reclusos

Os resultados globais da avaliação do nível de psicopatologia (BPRS) e do funcionamento psicossocial (GAF, escala de incapacidade) são apresentados na Tabela 6.

Tabela 6 - Pontuações do BPRS e GAF, escala de incapacidade, nos PRs

Instrumentos (n=114)	Mínimo	Máximo	Mediana	Média ± d.p.	Testes de Normalidade*
BPRS¹	26	61	38	38,1 ± 6,85	Não assumido
GAF²	10	85	40	44,4 ± 19,90	Não assumido

¹ – amplitude da pontuação: 24- 168 (pior). ² – amplitude da pontuação: 1-100 (melhor).

* Testes de Kolmogorov-Smirnof; Shapiro-Wilks

3.1.4. Avaliação diagnóstica dos participantes reclusos

A Perturbação Anti-social da Personalidade foi a categoria diagnóstica mais frequentemente pontuada no MINI (57,9%), seguida pelo Episódio Depressivo Major actual (56,1%) e a Perturbação de Ansiedade Generalizada actual (50,0%).

As percentagens registadas do diagnóstico clínico principal - Depressão Unipolar e categoria - Episódio Depressivo Major foram as mais semelhantes entre si (58,8% e 56,1%, respectivamente). No entanto, o cálculo de parâmetros de concordância revelou um Coeficiente *Kappa* de 0,301 (nível fraco) e um Coeficiente de Concordância de 0,658 (existiu concordância diagnóstica em perto de 66% dos reclusos).

A Dependência/Abuso de substâncias foi pontuada em 47,4% e a Síndrome Psicótica em 17,5% dos reclusos.

As restantes categorias diagnósticas avaliadas com o MINI na amostra global dos reclusos são apresentadas na Tabela 7.

Tabela 7 - Categorias diagnósticas do MINI pontuadas pelos participantes reclusos (PRs)

MINI, Categorias Diagnósticas (n=114)	n	%
A. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAJOR	64	56,1%
A1. EDM c/características melancólicas	23	20,2%
B. DISTIMIA	9	7,9%
C. RISCO DE SUICÍDIO	52	45,6%
Ligeiro	13	11,4%
médio	6	5,3%
elevado	33	28,9%
D. EPISÓDIO (HIPO)MANÍACO	11	9,6%

MINI, Categorias Diagnósticas (n=114)	n	%
E. PERTURBAÇÃO DE PÂNICO	10	8,8%
F. AGORAFOBIA	4	3,5%
G. FOBIA SOCIAL	2	1,8%
H. PERTURBAÇÃO OBSESSIVO-COMPULSIVA	5	4,4%
I. TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO	23	20,2%
J. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE ÁLCOOL	10	8,8%
K. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE SUBSTÂNCIA(S)	54	47,4%
Haxixe	36	31,6%
Cocaína	33	28,9%
Heroína	32	28,1%
Ácidos	6	5,3%
L. SÍNDROME PSICÓTICA	20	17,5%
M. ANOREXIA NERVOSA	1	0,9%
N. BULÍMIA NERVOSA	2	1,8%
O. PERTURBAÇÃO DE ANSIEDADE GENERALIZADA	57	50,0%
P. PERTURBAÇÃO ANTI-SOCIAL DA PERSONALIDADE	66	57,9%

O número de categorias diagnósticas apuradas com o MINI na amostra de reclusos variou entre zero (n=3; 2,6%) e onze (n=1; 0,9%). A média foi de 2,96 e a mediana de 2 categorias diagnósticas (Tabela 8).

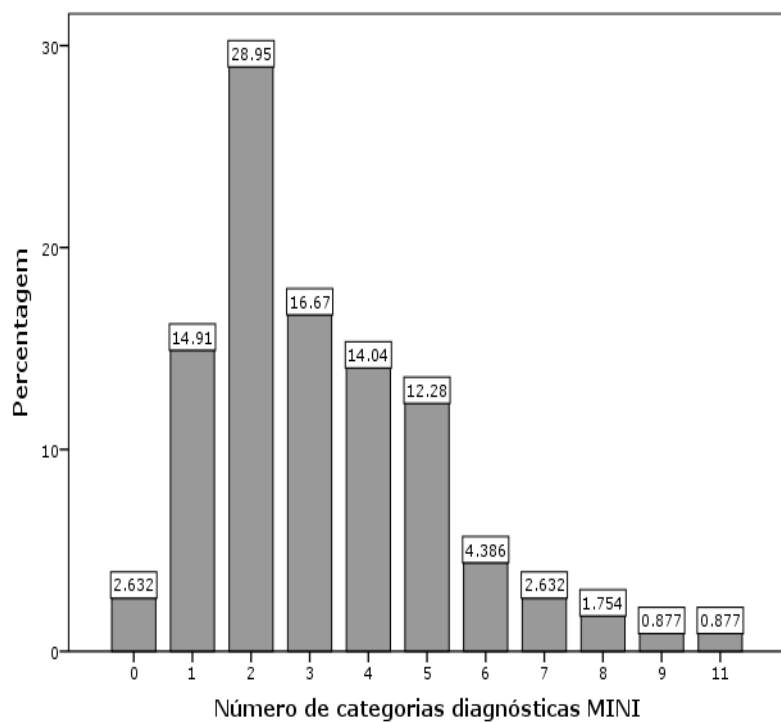
Tabela 8 - Número de categorias diagnósticas do MINI pontuadas pelos PRs

MINI (n=114)	Mínimo	Máximo	Mediana	Média	Testes de Normalidade*
Número de categorias diagnósticas ¹	0	11	2	2,96	Não assumido

¹ – amplitude da pontuação: 0 – 17. *- Testes de Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilks

Mais de metade da amostra (53,5%) pontuou três ou mais categorias do MINI (Quadro 5).

Quadro 5 - Número de categorias diagnósticas do MINI na amostra de reclusos



3.1.5. Avaliação de Necessidades de Cuidados dos participantes reclusos

Os parâmetros estatísticos da distribuição das pontuações totais das Secções do CANFOR (valor p dos testes de Kolmogorov-Smirnov e de Shapiro-Wilk) mostram, na generalidade das pontuações, um afastamento da Normalidade. Por esse motivo, o estudo estatístico descritivo e inferencial aplicará métodos não-paramétricos (Anexo 3 – Tabela 1).

Os resultados totais das várias secções do CANFOR (Necessidades e Ajudas) mostraram que existia uma diferença estatisticamente significativa entre as pontuações dos reclusos e dos técnicos nos itens seguintes: Necessidades Não-satisfeitas; Necessidades Totais; Ajuda Informal Recebida e Ajuda Formal Necessária. Não se verificou uma diferença significativa entre as pontuações dos reclusos e técnicos no número total de Necessidades Satisfeitas e no nível da Ajuda Formal Recebida. Observa-se que, de uma forma geral, os técnicos atribuíram valores de Necessidades e de Ajudas inferiores às dos reclusos (Tabela 9).

Tabela 9 - Pontuações totais das Secções do CANFOR dos PRs e dos técnicos

CANFOR, Secções (n=114)	Pontuação	Mín.	Máx.	Mediana	Média	Valor p (Teste Mann-Whitney)
Necessidades satisfeitas ¹	Reclusos	0	8	2	2,58	n.s.
	Técnicos	0	9	2	2,40	
Necessidades não satisfeitas ¹	Reclusos	1	11	6	5,71	<0,001
	Técnicos	0	10	3,5	3,66	
Necessidades totais ¹	Reclusos	2	16	8,5	8,29	<0,001
	Técnicos	1	15	6	6,06	
Ajuda informal recebida ²	Reclusos	0	18	5	6,17	<0,001
	Técnicos	0	14	4	3,80	
Ajuda formal recebida ²	Reclusos	0	15	5	5,62	n.s.
	Técnicos	0	14	6	6,60	
Ajuda formal necessária ²	Reclusos	0	41	19	17,81	<0,001
	Técnicos	0	30	13	13,08	
Total de satisfação ¹	Reclusos	0	9	2	2,70	

¹ - Amplitude da pontuação: 0-25 (pior). ² - Amplitude da pontuação/varição: 0-75 (pior). n.s. - p>0,05

As pontuações da Secção 1 nos 25 domínios do CANFOR, obtidas nas entrevistas aos reclusos e aos seus técnicos de referência encontram-se no Anexo 3 - Tabela 2. Estas pontuações foram agregadas em duas categorias (Necessidade Não-satisfeita e Outras Pontuações) de modo a colocar em evidência as Necessidades Não-satisfeitas pontuadas pelos reclusos e técnicos, e permitir a análise de concordância através do cálculo do Coeficiente *Kappa* (Anexo 3 – Tabela 3).

Os reclusos, numa proporção igual ou superior a cinquenta por cento, atribuíram uma pontuação de Necessidade Não-satisfeita aos seguintes domínios: **Actividades Diárias**;

Sofrimento Psicológico; Relacionamento Sexual e Subsídios Sociais. Na pontuação dos técnicos o único domínio com Necessidade não-satisfeita em mais de 50% dos casos foi o **Relacionamento Sexual**.

Domínio a domínio, a concordância entre reclusos e técnicos revelou-se fraca nos domínios: **Alojamento, Cuidados com o Alojamento, Actividades diárias, Saúde Física, Informação sobre a Doença e Tratamento, Sofrimento Psicológico, Segurança para os Outros (excluindo crimes sexuais e fogo posto), Contactos Sociais, Relações Afectivas com Parceiro(a), Relacionamento Sexual, Literacia Básica, Dinheiro, Subsídios Sociais e Tratamento.** Atingiu um grau moderado (Coeficiente Kappa entre 0,4 a 0,6) nos domínios **Cuidados Pessoais, Sintomas Psicóticos, Segurança para o Próprio, Drogas, Cuidados Parentais e Fogo Posto.** Os domínios **Alimentação e Crimes Sexuais** alcançaram um nível de concordância elevado (Coeficiente Kappa entre 0,6 a 0,8). No domínio **Álcool** existiu uma concordância total (Coeficiente Kappa entre 0.8 a 1).

A média dos Coeficientes *Kappa* na pontuação de Necessidade Não-satisfeita foi de 0,367, que corresponde a um nível de Fraca Concordância (Coeficiente *Kappa* <0,4).

3.2. Estudo Analítico da Amostra dos Reclusos

Nesta secção serão apresentados os dados de tipo analítico relativos aos participantes reclusos.

3.2.1. Análise Bivariável

3.2.1.1. Comparação entre reclusos preventivos (RPs) e condenados (RCs)

Os participantes reclusos (n=114) encontravam-se em regime de prisão preventiva (reclusos preventivos - RPs) (n=37; 32,5%), ou em regime de condenados a uma pena de prisão (reclusos condenados - RCs) (n=77; 67,5%).

Nesta secção é apresentada a comparação entre os reclusos nestes dois regimes de detenção.

3.2.1.1.1. Dimensão Sociodemográfica dos RPs e RCs

Não se observaram diferenças significativas entre RPs e RCs na generalidade das variáveis sociodemográficas, designadamente: Idade, Sexo, Estado Civil, Nacionalidade, Habilitações Académicas, Agregado Familiar, Cuidador Informal, Propriedade do Alojamento, Situação Laboral, Fontes de Rendimento, Distância à Residência Habitual, Distância aos Familiares/Amigos ([Tabela 10](#)~~Tabela 10~~~~Tabelas 10~~ e [Tabela 11](#)~~Tabela 11~~~~11~~). A totalidade das categorias encontra-se no Anexo 3 – Tabela 4.

Tabela 10 – Idade dos reclusos condenados (RCs) e preventivos (RPs)

Idade	n	Mín.	Máx.	Mediana	Média	Valor p (T. de Mann-Whitney)
RCs	77	19	66	35	35,7	0,108
RPs	37	19	72	38	38,0	

Tabela 11 – Variáveis sociodemográficas dos reclusos condenados (RCs) e preventivos (RPs)

Variáveis Sociodemográficas (n=114)		RCs (0) (n=77)		RPs (1) (n=37)		Valor p (Qui-quadrado)	Odds ratio (IC 95%)
		n	%	n	%		
Sexo	Feminino (0)	25	32,5%	10	27,0%	0,555	1,298 (0,545-3,093)
	Masculino (1)	52	67,5%	27	73,0%		
Estado Civil	Outro Estado civil (0)	29	37,7%	16	43,2%	0,568	0,793 (0,357-1,760)
	Solteiro (1)	48	62,3%	21	56,8%		
	Outro Estado civil (0)	61	79,2%	29	78,4%	0,918	1,017 (0,741-1,396)
	Casado/União de facto (1)	16	20,8%	8	21,6%		

Resultados

Variáveis Sociodemográficas (n=114)		RCs (0) (n=77)		RPs (1) (n=37)		Valor p (Qui-quadrado)	Odds ratio (IC 95%)
		n	%	n	%		
Nacionalidade	Não Portuguesa (0)	16	20,8%	11	29,7%	0,293	0,620 (0,253-1,516)
	Portuguesa (1)	61	79,2%	26	70,3%		
Habilitações Escolares	Sem esc. obrigatória (0)	48	62,3%	19	51,4%	0,265	1,568 (0,710-3,464)
	Com esc. obrigatória (1)	29	37,7%	18	48,6%		
Agregado Familiar	Acompanhado (0)	67	87,0%	30	81,1%	0,405	1,563 (0,543-4,501)
	Sozinho (1)	10	13,0%	7	18,9%		
Cuidador Informal	Ausente (0)	12	15,6%	10	27,0%	0,147	0,498 (0,192-1,291)
	Presente (1)	65	84,4%	27	73,0%		
Alojamento	Outra situação (0)	45	58,4%	20	54,1%	0,658	1,195 (0,543-2,633)
	Próprio(a) (1)	32	41,6%	17	45,9%		
Situação Laboral	Inactiva (0)	31	40,3%	13	35,1%	0,599	1,244 (0,551-2,809)
	Activa (1)	46	59,7%	24	64,9%		
Fontes de Rendimento ^a	Outra (0)	26	33,8%	11	29,7%	0,666	1,205 (0,516-2,815)
	Trabalho (1)	51	66,2%	26	70,3%		
Distância à Residência Habitual	<150km (0)	50	64,9%	28	75,7%	0,248	0,595 (0,246-1,442)
	>150 km (1)	27	35,1%	9	24,3%		
Distância aos Familiares/Amigos	<150km (0)	50	64,9%	26	70,3%	0,572	0,783 (0,336-1,826)
	>150 km (1)	27	35,1%	11	29,7%		

3.2.1.1.2. Dimensão Clínica dos RPs e RCs

Os RPs mostraram uma probabilidade 2,4 vezes inferior de terem recebido tratamento psiquiátrico ao longo da vida, e uma probabilidade 3,6 vezes inferior de terem sido referidos à Psiquiatria por risco para o próprio, em relação aos RCs. Os RPs mostraram, igualmente, um número significativamente inferior de internamentos anteriores na prisão.

A respeito de medicação actual, os RPs revelaram uma prescrição significativamente inferior de antipsicóticos e de estabilizadores de humor e uma prescrição significativamente superior de ansiolíticos, em relação aos RCs.

Os comportamentos de auto-agressão serão analisados em secção própria porque são particularmente relevantes no meio prisional.

As restantes variáveis (Contacto c/ Psiquiatria no Ano Anterior à Detenção, Utilização de Serviços Psiquiátricos ao Longo da Vida, Internamentos Psiquiátricos Cíveis Anteriores, Diagnóstico Clínico, Tipo de Anti- psicóticos) não mostraram diferenças significativas ([Tabela 12](#); [Tabela 12](#); Tabela completa no Anexo 3 – Tabela 5).

Tabela 12 – Variáveis clínicas categoriais dos RCs e RPs

Variáveis Clínicas (n=114)		Condenados (0) (n=77)		Preventivos (1) (n=37)		Valor p (Qui- quadrado/* T. Exacto de Fisher)	Odds ratio (I.C. 95%)
		n	%	n	%		
Contacto c/ Psiquiatria no Ano Anterior à Detenção	Ausente (0)	58	75,3%	29	78,4%	0,720	0,842 (0,329-2,153)
	Presente (1)	19	24,7%	8	21,6%		
Utilização de Serviço(s) Psiquiátrico(s) ao Longo da Vida ^a	Ausente (0)	23	29,9%	16	43,2%	0,159	0,559 (0,248-1,261)
	Presente (1)	54	70,1%	21	56,8%		
Tratamento(s) Psiquiátrico(s) ao Longo da Vida ^a	Ausente (0)	20	26,0%	17	45,9%	0,033	0,413 (0,181-0,940)
	Presente (1)	57	74,0%	20	54,1%		
Motivo de referência actual para a Psiquiatria	Outro motivo (0)	49	63,6%	32	86,5%	0,012	0,273 (0,096-0,782)
	Risco para o próprio (1)	28	36,4%	5	13,5%		
Internamentos Psiquiátricos na Prisão	Nenhum	37	48,1%	32	86,5%	0,001	
	1	13	16,9%	3	8,1%		
	2 a 5	20	26,0%	1	2,7%		
	>5	7	9,1%	1	2,7%		
Diagnóstico clínico	Outro diagnóstico (0)	30	39,0%	17	45,9%	0,478	0,751 (0,340-1,659)
	Depressão unipolar (1)	47	61,0%	20	54,1%		
	Outro diagnóstico (0)	64	83,1%	35	94,6%	0,138*	0,281 (0,060-1,318)
	Perturbação da Personalidade (1)	13	16,9%	2	5,4%		
Medicação Actual ^a	Antipsicótico	42	54,5%	12	32,4%	0,027	0,640 (0,189-2,171)
	Antidepressivo	19	24,7%	11	29,7%	n.s.	
	Estabilizador do humor	33	42,9%	7	18,9%	0,012	
	Ansiolíticos	29	37,7%	22	59,5%	0,028	
	Hipnóticos	13	16,9%	1	2,7%	0,034*	
	Ausente (0)	7	9,1%	5	13,5%	0,471	
	Presente (1)	70	90,9%	32	86,5%		

(0) – Categoria de referência nas comparações. ^a - Pode existir mais do que uma possibilidade. n.s. - Valor p >0,05.

As variáveis clínicas de tipo contínuo (Idade no Primeiro Contacto com Psiquiatria, Anos Decorridos desde o Primeiro Contacto, Idade no Início do Primeiro Tratamento de Psiquiatria, Anos Decorridos deste o Primeiro Tratamento de Psiquiatria) mostraram que os

Resultados

RPs possuíam uma idade significativamente superior no início do tratamento psiquiátrico e, logicamente, tinha decorrido um número de anos significativamente inferior desde o início do tratamento, em comparação com os reclusos condenados ([Tabela 13](#)~~Tabela 13~~~~Tabela 13~~).

Tabela 13 – Variáveis clínicas do tipo contínuo dos RCs e RPs

Variáveis Clínicas (n=114)	n	Mín.	Máx.	Mediana	Média	Testes de Normalidade*	Valor p (Teste de Mann-Whitney)
Idade no Primeiro Contacto com Psiquiatria							
Reclusos Condenados	77	6	65	25	27,1	Não assumido	n.s.
Reclusos Preventivos	37	6	56	27	29,2	Assumido	
Anos Decorridos Desde o Primeiro Contacto Com Psiquiatria							
Reclusos Condenados	77	1	35	6	8,6	Não assumido	n.s.
Reclusos Preventivos	37	1	42	2	8,8	Não assumido	
Idade no Início do Tratamento Psiquiátrico							
Reclusos Condenados	77	6	65	26	27,7	Não assumido	0,009
Reclusos Preventivos	37	13	56	34	33,2	Assumido	
Anos Decorridos Desde o Primeiro Contacto Com Psiquiatria							
Reclusos Condenados	77	0	35	6	8,0	Não assumido	0,006
Reclusos Preventivos	37	0	42	1	4,8	Não assumido	

*- Testes de Kolmogorov-Smirnof e Shapiro-Wilks. n.s.- $p > 0,05$.

3.2.1.1.3. Consumos de substâncias psicoactivas dos RPs e RCs

Os consumos de substâncias psico-activas foram abordados em três dos instrumentos aplicados (Questionário, MINI e CANFOR).

No Questionário os reclusos foram questionados sobre os consumos efectuados no mês anterior à detenção porque se pretendia conhecer os hábitos de consumos na vida civil previamente à sua entrada no sistema prisional.

O MINI, nas secções J. Álcool e K. Substâncias não-alcoólicas, questiona sobre os consumos no último ano e o CANFOR, nos domínios 12. Álcool e 13. Drogas, questiona sobre os consumos no último mês.

Na [Tabela 14](#)~~Tabela 14~~~~Tabela 14~~ apresentam-se os principais resultados obtidos no Questionário e nos dois instrumentos (MINI e CANFOR) de forma a favorecer uma visão abrangente dos consumos entre os RCs e RPs. Os resultados completos apresentam-se no Anexo 3 – Tabela 6.

Observaram-se consumos de substâncias, significativamente diferentes entre RCs e RPs no mês anterior à detenção. Os RPs referiram consumos de Cannabis ($OR=0,27$; $1/OR=3,72$; $p=0,003$) e de Heroína ($OR=0,30$; $1/OR=3,37$; $p=0,005$) com frequências de 3,7 e 3,4 vezes inferiores, respectivamente, em relação aos RCs. Contudo, poderá ter ocorrido uma maior relutância dos reclusos preventivos em admitirem consumos ilícitos na vida civil.

Não se observaram diferenças significativas de modalidades de tratamentos dirigidos aos consumos, entre RPs e RCs.

A respeito das consequências dos consumos, os RPs referiram 3,5 vezes menos penas de prisão ($OR=0,29$; $1/OR=3,45$; $p=0,003$), 5,4 vezes menos consequências pessoais ($OR=0,18$; $1/OR=5,44$; $p=0,005$), e 3,8 vezes menos consequências familiares ($OR=0,26$; $1/OR=3,80$; $p=0,002$), em relação aos RCs.

A avaliação com o MINI não mostrou diferenças na categoria J. Álcool, mas revelou uma tendência de significado estatístico ($p=0,052$) para uma menor frequência da categoria Dependência/Abuso de Outras Drogas nos RPs, em relação aos RCs.

Na avaliação com o CANFOR não se verificaram diferenças significativas no domínio 12. Álcool, mas registaram-se 4,2 vezes menos Necessidades Não-satisfeitas no domínio 13. Drogas, nos RPs em comparação com os RCs ($OR=0,24$; $1/OR=4,20$; $p=0,009$).

Tabela 14 - Variáveis relativas ao consumo de substâncias psicoactivas nos RCs e RPs

Variáveis Clínicas (n=114)		RCs (0) (n=77)		RPs (1) (n=37)		Valor p (Qui- quadrado / *T. Exacto de Fischer)	Odds ratio (I.C. 95%)
		n	%	n	%		
Consumos de Substâncias no Mês Prévio à Detenção ^a	Ausente (0)	20	26,0%	15	40,5%	n.s	
	Presente (1)	57	74,0%	22	59,5%		
Consumos de Substâncias no Mês Prévio à Detenção ^a	Outra (0)	38	49,4%	29	78,4%	0,003	0,269 (0,109-0,662)
	Cannabis (1)	39	50,6%	8	21,6%		
	Outra (0)	37	48,1%	28	75,7%	0,005	0,297 (0,124-0,713)
	Heroína (1)	40	51,9%	9	24,3%		
Tratamento(s) Prévio(s) Dirigido(s) ao(s) Consumo(s) ^a	Ausente (0)	19	24,7%	8	21,6%	n.s	
	Presente (1)	58	75,3%	29	78,4%		
Consequência(s) do(s) Consumo(s) ^a	Ausente (0)	23	29,9%	15	40,5%	n.s	
	Presente (1)	54	70,1%	22	59,5%		
Consequência(s) do(s) Consumo(s) ^a	Outra (0)	29	37,7%	25	67,6%	0,003	0,290 (0,127-0,664)
	Pena de prisão (1)	48	62,3%	12	32,4%		
	Outra (0)	52	67,5%	34	91,9%	0,005	0,184 (0,051-0,656)
	Pessoal (1)	25	32,5%	3	8,1%		
	Outra (0)	32	41,6%	27	73,0%	0,002	0,263 (0,112-0,620)
	Familiar (1)	45	58,4%	10	27,0%		
MINI							
J. Álcool - Dependência/Abuso	Ausente (0)	72	93,5%	32	86,5%	n.s.	
	Presente (1)	5	6,5%	5	13,5%		
K. Outras drogas -	Ausente (0)	35	45,5%	24	64,9%	n.s.	

Resultados

Variáveis Clínicas (n=114)		RCs (0) (n=77)		RPs (1) (n=37)		Valor p (Qui- quadrado / *T. Exacto de Fischer)	Odds ratio (I.C. 95%)
		n	%	n	%		
Dependência/Abuso ^a	Presente (1)	42	54,5%	13	35,1%	(0,052)	
CANFOR, pontuação reclusos							
12. Álcool	OP (0)	76	98,7%	36	97,3%	n.s.	
	NNS (1)	1	1,3%	1	2,7%		
13. Drogas	OP (0)	55	71,4%	33	89,2%	0,034	0,303 (0,096-0,956)
	NNS (1)	22	28,6%	4	10,8%		
CANFOR, pontuação técnicos							
12. Álcool	OP (0)	77	100,0%	36	97,3%	n.s.	
	NNS (1)	0	0,0%	1	2,7%		
13. Drogas	OP (0)	51	66,2%	33	89,2%	0,009	0,238 (0,076-0,744)
	NNS (1)	26	33,8%	4	10,8%		

(0)– Categoria de referência nas comparações. NCNS – Necessidade de Cuidados Não-satisfeita. OP- Outra pontuação

3.2.1.1.4. Categorias Diagnósticas dos RPs e RCs

A avaliação diagnóstica, efectuada através do MINI, mostrou que os RPs possuíam uma probabilidade 4,1 vezes inferior de pontuarem Perturbação Anti-social da Personalidade ($OR=0,25$; $1/OR=4,08$; $p=0,001$), em relação aos RCs.

Registou-se uma tendência de significado estatístico para os RPs possuírem 2,5 vezes menos probabilidades de pontuarem um Risco de Suicídio Moderado/Elevado ($OR=0,41$; $1/OR=2,45$; $p=0,05$), em relação aos RCs. As restantes categorias diagnósticas não revelaram diferenças significativas (Anexo 3 – Tabela 7).

O número de categorias diagnósticas do MINI pontuadas pelos RCs e RPs não foi significativamente diferente entre si ([Tabela 15](#)[Tabela 15](#)[Tabela 15](#)).

Tabela 15 – Número de Categorias Diagnósticas dos RCs e RPs

MINI Número de Categorias ^a	n	Mínimo	Máximo	Mediana	Média	Testes de Normalidade*	Valor p**
RCs	77	0	9	3	3,2	Não assumido	n.s.
RPs	37	0	11	3	3,2	Não assumido	

^a – amplitude: 0- 17. * Tesde de Kolmogorov-Smirnof e Shapiro-Wilks. ** Teste Mann-Whitney
n.s.- Valor $p>0,05$

3.2.1.1.5. Psicopatologia global dos RPs e RCs

A pontuação total do BPRS e dos quatro factores de psicopatologia não foi significativamente diferente entre RPs e RCs ([Tabela 16](#)[Tabela 16](#)[Tabela 16](#)).

Tabela 16 - Pontuação total e dos factores do BPRS dos RCs e RPs

BPRS		n	Mínimo	Máximo	Mediana	Média	Testes de Normalidade*	Valor p**
Pontuação total ^a	RCs	77	26	61	38	38,7	Não assumido	n.s.
	RPs	37	26	48	38	36,8	Não assumido	
Factor Sintomas Positivos ^b	RCs	77	5	23	6	7,6	Não assumido	n.s.
	RPs	37	5	15	6	7,1	Não assumido	
Factor Sintomas Negativos ^c	RCs	77	4	10	4	4,6	Não assumido	n.s.
	RPs	37	4	10	4	4,5	Não assumido	
Factor Mania / Excitação ^d	RCs	77	6	22	8	8,6	Não assumido	n.s.
	RPs	37	6	12	7	7,9	Não assumido	
Factor Depressão / Ansiedade ^e	RCs	77	5	18	11	11,2	Não assumido	n.s.
	RPs	37	5	18	11	10,7	Assumido	

^a – amplitude da pontuação: 24- 168 (pior). ^b – amplitude da pontuação: 5 - 35 (pior). ^c – amplitude da pontuação: 4 – 28 (pior). ^d – amplitude da pontuação: 6 – 42 (pior). ^e – amplitude da pontuação: 4 – 28 (pior). * Kolmogorov-Smirnov; Shapiro-Wilks. ** Teste Mann-Whitney. n.s.- Valor p>0,05.

3.2.1.1.6. Funcionamento psicossocial dos RPs e RCs

A pontuação do GAF, escala de incapacidade, não foi significativamente diferente entre RPs e RCs ([Tabela 17](#)[Tabela 17](#)[Tabela 17](#)).

Tabela 17 - Pontuação total do GAF, escala de incapacidade, dos RCs e RPs

GAF Escala de Incapacidade ^a	n	Mínimo	Máximo	Mediana	Média	Testes de Normalidade*	Valor p** (Teste Mann-Whitney)
RCs	77	10	85	40	43,8	Não assumido	n.s.
RPs	37	12	75	42	45,7	Assumido	

^a – amplitude da pontuação: 1-100 (melhor). * Testes de Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilks. **Teste Mann-Whitney. n.s.- Valor p>0,05

3.2.1.1.7. Dimensão Forense dos RPs e RCs

A respeito das variáveis forenses (Tipo de Crime Actual, Condenações Anteriores, Condenações Múltiplas, Tipo de Crime Anterior, Antecedentes Familiares Penais) observou-se que os RPs apresentavam uma probabilidade 4,5 vezes inferior de terem Condenações Anteriores ($OR=0,22$; $1/OR=4,46$; $p<0,001$), e uma probabilidade 6,7 vezes inferior de terem

Resultados

Condenações Múltiplas ($OR=0,149$; $1/OR=6,71$; $p<0,001$), em relação aos RCs. Não se registaram outras diferenças significativas ([Tabela 18](#)~~Tabela 18~~~~Tabela 18~~).

Tabela 18 – Variáveis forenses dos RCs e RPs

Variáveis Forenses (n=114)		RCs (0) (n=77)		RPs (1) (n=37)		Valor p (Qui- quadrado/ *T. Exacto de Fisher)	Odds ratio (I.C. 95%)
		n	%	n	%		
Crime Actual	Contra pessoas	45	58,4%	16	43,2%	0,128	0,542 (0,245-1,197)
	Contra propriedade	15	19,5%	11	29,7%		
	Outro tipo de crime	17	22,1%	10	27,0%		
	Outro (0)	32	41,6%	21	56,8%		
	Contra pessoas (1)	45	58,4%	16	43,2%		
Condenações Anteriores	Sem condenação	29	37,7%	27	73,0%	<0,001	0,224 (0,095-0,529)
	Condenado com pena suspensa	10	13,0%	3	8,1%		
	Condenado com prisão	38	49,4%	7	18,9%		
	Sem condenação (0)	29	37,7%	27	73,0%		
	Com condenação (1)	48	62,3%	10	27,0%		
Número de Condenações (n= 58)	1	2	4,1%	2	22,2%	<0,001	0,149 (0,058-0,382)
	2 a 5	33	67,3%	6	66,7%		
	>5	14	28,6%	1	11,1%		
Condenações Múltiplas (n=58)	< 2	30	39,0%	30	81,1%	<0,001	0,149 (0,058-0,382)
	>= 2	47	61,0%	7	18,9%		
Crime Anterior (n= 58)	Contra pessoas	22	28,6%	4	10,8%	1,000*	0,904 (0,217-3,777)
	Contra propriedade	13	16,9%	1	2,7%		
	Outro tipo de crime	14	18,2%	4	10,8%		
	Outro (0)	26	53,1%	5	55,6%		
	Contra pessoas (1)	23	46,9%	4	44,4%		
Antecedentes Familiares Penais ^a (n=78) ^a 36 desconhecidos	Ausentes	31	40,3%	16	43,2%	0,896	1,066 (0,412-2,759)
	1º Grau	19	24,7%	9	24,3%		
	Outro grau	1	1,3%	2	5,4%		
	Ausentes (0)	31	60,8%	16	59,3%		
	Presentes (1)	20	39,2%	11	40,7%		

(0)– Categoria de referência nas comparações.

3.2.1.1.8. Necessidades de Cuidados pontuadas pelos RPs e RCs

As pontuações da Secção 1, dos RCs e RPs nos diferentes domínios CANFOR encontram-se em Anexo 3 – Tabela 8. De modo a colocar em evidência as Necessidades Não-satisfeitas nos diferentes domínios as pontuações foram agregadas em duas categorias (Necessidade Não-satisfeita / Outra pontuação). As pontuações 8. (Não se aplica) e 9. (Desconhecido) foram incluídas na categoria “Outra pontuação” (Anexo 3 – Tabela 9).

Os RPs mostraram probabilidades de 2,6, 3,3 e 3,1 vezes inferiores de apresentarem Necessidades Não-satisfeitas nos domínios 10. **Segurança para o Próprio** ($OR=0,39$; $1/OR=2,59$; $p<0,03$), **13. Drogas** ($OR=0,30$; $1/OR=3,28$; $p<0,034$) e **22. Benefícios Sociais** ($OR=0,32$; $1/OR=3,14$; $p<0,008$), respectivamente, em relação aos RCs.

As pontuações totais nas secções do CANFOR dos RCs e RPs não apresentaram diferenças significativas entre si (Anexo 3 - Tabela 10).

3.2.1.1.9. Necessidades de Cuidados pontuadas pelos técnicos dos RPs e RCs

Segundo a pontuação dos técnicos, os RPs revelaram probabilidades de 2,8 e 2,5 vezes superiores de pontuarem Necessidades Não-satisfeitas nos domínios 14. **Contactos Sociais** ($OR=2,82$; $p=0,012$) e 17. **Cuidados Parentais** ($OR=2,50$; $p=0,03$), respectivamente, em relação aos RCs.

Nos domínios 13. **Drogas** ($OR=0,24$; $1/OR=4,20$; $p=0,009$) e 24. **Crimes Sexuais** ($OR=0,30$; $1/OR=3,33$; $p=0,01$) observou-se uma situação inversa com os RPs a mostrarem probabilidades de 4,2 e 3,3 vezes inferiores de pontuarem Necessidades Não-satisfeitas nesses domínios, respectivamente, em comparação com os RCs.

As pontuações dos técnicos na Secção 1 dos domínios CANFOR, não agregadas e agregadas encontram-se no Anexo 3 – Tabela 11 e 12.

As pontuações totais nas secções do CANFOR obtidas dos técnicos dos RCs e RPs não apresentaram diferenças significativas entre si (Anexo 3 - Tabela 13).

3.2.1.2. Comparação entre reclusos do sexo feminino (RF) e masculino (RM)

Nesta secção apresenta-se a análise comparativa entre reclusos femininos (RF) e masculinos (RM) nas várias dimensões e com ênfase especial para as diferenças de Necessidades.

A análise dos comportamentos auto-agressivos será efectuada em secção própria (ver 3.3 Reclusos e Risco de Suicídio).

3.2.1.2.1. Dimensão Sociodemográfica dos RF e RM

Constatou-se que na distribuição de idades os reclusos masculinos eram, ligeiramente, mais velhos em relação às mulheres, embora sem significado estatístico (Tabela 19Tabela 19Tabela 19).

A respeito das restantes variáveis sociodemográficas (Estado Civil, Nacionalidade, Habilitações Académicas, Agregado familiar, Cuidador Informal, Propriedade do alojamento, Situação Laboral, Fontes de rendimento, Distância à residência habitual, Distância aos familiares/amigos), apenas o estado de Solteiro mostrou ser 2,4 vezes mais frequente no sexo masculino em relação ao feminino (OR=2,42; p=0,031) (Anexo 3 – Tabela 14)

Tabela 19 – Idade dos reclusos femininos (RF) e masculinos (RM)

Idade (n=114)	n	Mín.	Máx.	Mediana	Média	Valor p (Teste Mann-Whitney)
RF	35	20	65	32	35,2	n.s.
RM	79	19	72	36	37,0	

3.2.1.2.2. Dimensão Clínica dos RF e RM

O estudo das variáveis clínicas revelou que os RM possuíam uma probabilidade 5,2 vezes inferior de receberem um diagnóstico clínico de Depressão Unipolar, relativamente às RF (OR=0,19; 1/OR= 5,21; p=0,001).

As restantes variáveis de tipo categorial (Contacto com Psiquiatria no Ano Anterior à Detenção, Utilização de Serviços de Psiquiatria ao Longo da Vida, Tipos de Serviços Psiquiátricos Utilizados ao Longo da Vida, Tratamento Psiquiátrico ao Longo da Vida, Tipos de Tratamentos Psiquiátricos ao Longo da Vida, Internamentos Psiquiátricos Cíveis Anteriores, Antecedentes Psiquiátricos na Família, Motivo de Referência Actual Para a Psiquiatria, Internamentos Psiquiátricos na Prisão, Medicação Actual, Tipo de antipsicóticos) não mostraram diferenças significativas entre RM e RF e encontram-se descritas no Anexo 3 – Tabela 15.

As variáveis clínicas de tipo contínuo (Idade no primeiro contacto com Psiquiatria, Anos decorridos desde o primeiro contacto, Idade no início do primeiro tratamento de Psiquiatria, Anos decorridos deste o primeiro tratamento de Psiquiatria) não mostraram diferenças significativas entre RM e RF (Anexo 3 – Tabela 16).

3.2.1.2.3. Consumos de substâncias psicoactivas dos RF e RM

Os RM mostraram probabilidades de 3,2 vezes mais elevadas de terem consumido substâncias psicoactivas em geral (OR=3,20; p=0,006), e de 5,2 vezes mais elevadas de terem consumido cocaína (OR=5,22; p=0,001) no mês anterior à detenção actual, em relação às RF.

Um tratamento, no mínimo, dirigido à toxicoddependência foi cerca de 4,7 vezes menos frequente entre os RM (OR=0,22; 1/OR= 4,65; p=0,012), do mesmo modo as consultas de

psicologia foram 5,2 vezes menos frequentes nos RM (OR=0,19; 1/OR= 5,24; p=0,023), em comparação com as RF.

Relativamente às consequências associadas aos consumos, os RM registaram probabilidades de 4,5 vezes superiores de verbalizarem algum tipo de consequências (OR=4,52; p<0,001) e 3 vezes superiores de terem sido condenados a uma pena de prisão (OR=2,97; p=0,009), em comparação com as RF.

Os resultados do MINI e CANFOR foram congruentes com os dados do Questionário. Os RM mostraram uma probabilidade 2,3 vezes superior de pontuarem a categoria diagnóstica de Abuso/Dependência de Drogas (OR=2,29; p=0,047) e uma probabilidade de 15,7 vezes superior de pontuarem uma Necessidade Não-satisfeita no domínio **Drogas** (OR=15,74; p=0,001), em relação às RF. No entanto, na pontuação dos técnicos não se observou uma diferença significativa entre RM e RF neste domínio.

A totalidade dos resultados obtidos no Questionário, no MINI e no CANFOR referentes aos consumos de substâncias entre os reclusos dos dois sexos estão descritos no Anexo 3 – Tabela 17.

3.2.1.2.4. Categorias Diagnósticas dos RF e RM

Na avaliação diagnóstica estruturada com o MINI constatou-se que os RM apresentaram uma probabilidade 2,3 vezes superior de pontuarem Dependência/Abuso de Substâncias (OR=2,29; p=0,047), em relação às RF. Não se confirmou uma diferença significativa entre RF e RM na categoria Episódio Depressivo Major (MINI A.) ao contrário do que ocorreu no diagnóstico clínico de Depressão Unipolar.

As restantes categorias diagnósticas não mostraram diferenças significativas entre RM e RF (Anexo 3 – Tabela 18).

O número total de categorias diagnósticas do MINI obtidas pelos RM e RF não foi significativamente diferente entre si ([Tabela 20](#)[Tabela 20](#)[Tabela 20](#)).

Tabela 20 - Número de Categorias Diagnósticas nos RF e RM

MINI Nº de Categorias Diagnósticas ^a	n	Mínimo	Máximo	Mediana	Testes de Normalidade*	Valor p**
RM	79	1	9	3	Não assumido	n.s.
RF	35	0	11	2	Não assumido	

^a – amplitude: 0- 17. * Testes de Kolmogorov-Smirnof e Shapiro-Wilks. ** Teste Mann-Whitney. n.s.- Valor p>0,05

3.2.1.2.5. Psicopatologia global dos RF e RM

As pontuações totais do BPRS e do Factor Sintomas Positivos foram significativamente superiores nos RM, em relação aos RF ([Tabela 21](#)[Tabela 21](#)[Tabela 21](#)).

Tabela 21 - Pontuação total e factorial do BPRS nos RF e RM

BPRS		n	Mínimo	Máximo	Mediana	Média	Testes de Normalidade*	Valor p**
Pontuação total ^a	RM	79	26	53	39	38,6	Não assumido	0,034
	RF	35	26	61	34	36,9	Não assumido	
Factor Sintomas Positivos ^b	RM	79	5	19	7	7,7	Não assumido	0,006
	RF	35	5	23	6	6,9	Não assumido	
Factor Sintomas Negativos ^c	RM	79	4	10	4	4,7	Não assumido	n.s.
	RF	35	4	7	4	4,3	Não assumido	
Factor Mania / Excitação ^d	RM	79	6	22	7	8,4	Não assumido	n.s.
	RF	35	6	19	7	8,3	Não assumido	
Factor Depressão / Ansiedade ^e	RM	79	5	18	11	11,3	Assumido	n.s.
	RF	35	6	17	10	10,3	Assumido	

^a – amplitude da pontuação: 24- 168 (pior). ^b – amplitude da pontuação: 5 - 35 (pior). ^c – amplitude da pontuação: 4 – 28 (pior). ^d – amplitude da pontuação: 6 – 42 (pior). ^e – amplitude da pontuação: 4 – 28 (pior).
* Kolmogorov-Smirnof; Shapiro-Wilks. ** Teste Mann-Whitney. n.s.- Valor p>0,05.

3.2.1.2.6. Funcionamento Psicossocial dos RF e RM

A pontuação do GAF, escala de incapacidade, foi significativamente inferior nos RM em relação às RF, traduzindo uma maior incapacidade psicossocial no sexo masculino (

[Tabela 22](#)

[Tabela 22](#)

[Tabela 22](#)).

Tabela 22 - Pontuação do GAF, escala de incapacidade, nos RF e RM

GAF Escala de Incapacidade ^a	n	Mínimo	Máximo	Mediana	Média	Testes de Normalidade*	Valor p**
RM	79	10	75	39	41,7	Não assumido	0,034
RF	35	12	85	55	51,5	Assumido	

^a – amplitude da pontuação: 1-100 (melhor). * Testes de Kolmogorov-Smirnof e Shapiro-Wilks.
** Teste Mann-Whitney.

3.2.1.2.7. Dimensão Forense dos RF e RM

Na comparação das variáveis referentes à situação judicial e penal dos reclusos masculinos e femininos (Tipo de detenção, Tipo de crime actual, Antecedentes penais, Tipo de crime anterior, Antecedentes familiares penais) observou-se que os RM possuíam uma probabilidade três vezes superior, às RF, de já terem recebido uma condenação anterior. A

Formatada: Avanço: Primeira linha: 1.25 cm

Formatada: Tipo de letra: Arial, Não Negrito

Formatada: Tipo de letra: Arial, Não Negrito

Formatada: Avanço: Primeira linha: 0 cm

descrição completa das variáveis e respectivas categorias é apresentada no Anexo 3 – Tabela 19.

3.2.1.2.8. Necessidades de Cuidados pontuadas pelos RF e RM

As Necessidades pontuadas pelos reclusos revelaram que os RM apresentavam probabilidades de Necessidades Não-satisfeitas significativamente superiores nos domínios **Actividades Diárias** (OR=2,54; p=0,026), **Drogas** (OR=15,74; p=0,001), **Relações Afectivas com Parceiro(a)** (OR=12,11; p<0,001) e **Relacionamento Sexual** (OR=7,55; p<0,001), em comparação com as RF.

Nos restantes domínios não se verificaram diferenças significativas de pontuação entre RM e RF. As Tabelas de pontuações completas e agregadas apresentam-se no Anexo 3 – Tabela 20 e 21.

Nas pontuações totais das secções do CANFOR, os RM registaram valores significativamente superiores de **Necessidades não-satisfeitas** (p<0,001; T. Mann-Whitney), de **Necessidades totais** (p<0,001; T. Mann-Whitney) e de **Ajuda formal necessária** (p<0,001; T. Mann-Whitney), em relação às RF (Anexo 3 – Tabela 22).

3.2.1.2.9. Necessidades de Cuidados pontuadas pelos técnicos dos RF e RM

Na pontuação dos técnicos, somente o domínio 16. **Relacionamento Sexual** mostrou uma diferença significativa entre os RM e RF. Os RM possuíam uma probabilidade 6,5 vezes superior de necessidade não-satisfeita nesse domínio, em relação às RF (OR=6,52; p<0,001).

As Tabelas de pontuações completas e agregadas apresentam-se no Anexo 3 – Tabelas 23 e 24.

Nas pontuações totais nas secções do CANFOR obtidas dos técnicos, os RM revelaram um valor significativamente superior de **Necessidades Não-satisfeitas** (p=0,028; T. Mann-Whitney), em relação às RF. Embora sem significado estatístico, os RM apresentaram maior necessidade de Ajuda Formal, mas receberam menos Ajuda Informal e Formal, em comparação com as RF, na pontuação dos técnicos (Anexo 3 – Tabela 25).

3.2.1.3. Análise das Necessidades de Cuidados Não-satisfeitas, pontuadas pelos reclusos e Factores do BPRS

Um dos objectivos principais do estudo consistiu na avaliação de relações entre as necessidades de cuidados dos reclusos e outras variáveis. Tratando-se de uma amostra de indivíduos referenciados para os cuidados psiquiátricos presumiu-se que existiria um nível de psicopatologia considerável e que seria pertinente avaliar a presença de diferenças de psicopatologia entre os reclusos com Necessidades de Cuidados Não-satisfeitas *versus* reclusos com outro estado de necessidade.

Com este intuito foi efectuada uma análise das diferenças das pontuações dos Factores do BPRS nos dois grupos de reclusos. Quanto maior for a média de pontuação do Factor maior é a gravidade/intensidade da psicopatologia.

Num primeiro tempo a análise incluiu as pontuações dos reclusos sobre Necessidades Não-satisfeitas.

A pontuação do Factor 1- Sintomas Positivos (FSP) foi significativamente superior nos reclusos com Necessidades Não-satisfeitas nos domínios: 5. Actividades Diárias, 7. Sintomas Psicóticos, 8. Informação sobre a Doença e Tratamento, 9. Sofrimento Psicológico, 15. Relações Afectivas com Parceiro(a), 16. Relacionamento Sexual, 23. Tratamento, em comparação com os reclusos com outro estado de necessidade,

A respeito do Factor 2- Sintomas Negativos (FSN) a sua pontuação foi significativamente superior nos reclusos com Necessidades Não-satisfeitas, em relação aos reclusos com outro estado de necessidade, nos domínios: 5. Actividades Diárias, 7. Sintomas Psicóticos, 10. Segurança Para o Próprio, 14. Contactos Sociais, 19. Telefone e 22. Subsídios Sociais.

A pontuação do Factor 3- Mania/Excitação (FME) foi significativamente superior nos reclusos com Necessidades Não-satisfeitas, em relação aos reclusos com outro estado de necessidade, nos domínios: 2. Alimentação, 11. Segurança Para os Outros, 13. Drogas, 14. Contactos Sociais, 16. Relacionamento Sexual, 23. Tratamento, 25. Fogo Posto.

A pontuação do Factor 4- Depressão/Ansiedade (FDA) foi significativamente superior nos reclusos com Necessidades Não-satisfeitas, em relação aos reclusos com outro estado de necessidade, nos domínios: 5. Actividades Diárias, 9. Sofrimento Psicológico, 10. Segurança Para o Próprio, 13. Drogas, 14. Contactos sociais.

No sentido de assinalar a congruência entre a pontuação dos reclusos de Necessidades de Cuidados Não-satisfeitas, nos domínios mais relevantes para a Saúde e Segurança, e a psicopatologia destacam-se os seguintes resultados entre os reclusos com Necessidades Não-satisfeitas e os reclusos com outro estado de necessidade: os reclusos com Necessidades Não-satisfeitas no domínio 7. **Sintomas Psicóticos** mostraram valores significativamente superiores no FSP e no FSN. Os reclusos com Necessidades Não-satisfeitas no domínio 9. **Sofrimento Psicológico** mostraram valores significativamente superiores no FSP e no FDA. Os reclusos com Necessidades Não-satisfeitas no domínio 10. **Segurança Para o Próprio** mostraram valores significativamente superiores no FSN e no FDA. Os

reclusos com Necessidades Não-satisfeitas no domínio 11. **Segurança Para os Outros** apresentaram valores significativamente superiores no FME. Os reclusos com Necessidades Não-satisfeitas no domínio 13. **Drogas** apresentaram valores significativamente superiores no FME e no FDA. Os reclusos com Necessidades Não-satisfeitas no domínio 14. **Contactos Sociais** apresentaram valores significativamente superiores no FSN, no FME e no FDA. Os reclusos com Necessidades Não-satisfeitas no domínio 25. **Fogo Posto** mostraram valores significativamente superiores no FME.

Na Tabela 23 assinalam-se as associações directas e inversas estatisticamente significativas da análise bivariável. A globalidade dos resultados é apresentada no Anexo 3 – Tabela 26.

3.2.1.4. Análise das Necessidades de Cuidados Não-satisfeitas, pontuadas pelos técnicos e Factores do BPRS

Num segundo tempo foi efectuado uma análise similar com as pontuações dos técnicos de Necessidades Não-satisfeitas.

Observou-se que a pontuação do FSP foi significativamente superior nos reclusos com Necessidades Não-satisfeitas nos domínios 7. Sintomas Psicóticos e 8. Informação sobre a Doença e Tratamento, em comparação com os reclusos com outro estado de necessidade. No domínio 18. Literacia Básica ocorreu o inverso. Os reclusos com Necessidade Não-satisfeita neste domínio obtiveram uma pontuação significativamente inferior, em relação aos reclusos com outro estado de necessidade.

A pontuação do FSN foi significativamente superior nos reclusos com Necessidades Não-satisfeitas, em relação aos reclusos com outro estado de necessidade, nos domínios 7. Sintomas Psicóticos, 8. Informação sobre a Doença e Tratamento e 9. Sofrimento Psicológico. No domínio 11. Segurança Para os Outros, os reclusos com Necessidades Não-satisfeitas obtiveram uma pontuação significativamente inferior, em relação aos reclusos com outro estado de necessidade.

A pontuação do FME foi significativamente superior nos reclusos com Necessidades Não-satisfeitas, em relação aos reclusos com outro estado de necessidade, nos domínios 4. Cuidados Pessoais, 11. Segurança Para os Outros, 15. Relações Afectivas com Parceiro(a), 16. Relacionamento Sexual, 21. Dinheiro e 23. Tratamento. Nos domínios 14. Contactos Sociais, 22. Subsídios Sociais e 24. Crimes sexuais, os reclusos com Necessidades Não-satisfeitas obtiveram uma pontuação significativamente inferior, em relação aos outros reclusos.

No FDA, a pontuação foi significativamente superior nos reclusos com Necessidades Não-satisfeitas, em relação aos reclusos com outro estado de necessidade, nos domínios 5. Actividades Diárias, 9. Sofrimento Psicológico, 10. Segurança Para o Próprio e 13. Drogas.

No Anexo 3 – Tabela 27 é apresentada a globalidade dos resultados e são realçados a negrito os dados estatisticamente significativos.

Resultados

Estes dados mostram algumas diferenças consoante as Necessidades Não-satisfeitas foram pontuadas por reclusos ou por técnicos.

Todavia, é de salientar a consistência verificada entre as Necessidades Não-satisfeitas de vários domínios, pontuadas por reclusos e técnicos, e as diferenças significativas das médias dos Factores do BPRS. Designadamente, nos seguintes domínios: domínio 7. Sintomas Psicóticos e os Factores de Sintomas Positivos e Negativos; no domínio 11. Segurança Para os Outros e o Factor Mania/Excitação; e finalmente, entre os domínios 9. Sofrimento Psicológico, 10. Segurança Para o Próprio e o Factor Depressão/Ansiedade. A globalidade destes resultados é apresentada na no Anexo 3 – Tabela 24. Na [Tabela 25](#) apresenta-se a síntese dos resultados mais relevantes desta análise.

Estes resultados reforçam a validade de constructo do CANFOR, ao demonstrarem uma convergência entre as Necessidades de Cuidados Não-satisfeitas em vários domínios de disfunção mental e comportamental e a pontuação de psicopatologia.

Tabela 23 - Síntese da análise bivariável entre Necessidades de Cuidados Não-satisfeitas/Outra Pontuação, segundo a pontuação de reclusos e técnicos, e Factores do BPRS

CANFOR (n=114)	Pontuação	Factores BPRS			
		Sintomas Positivos	Sintomas Negativos	Mania/Excitação	Depressão/Ansiedade
7. Sintomas Psicóticos	NCNS (reclusos)	(+)	(+)		
	NCNS (técnicos)	(+)	(+)		
9. Sofrimento Psicológico	NCNS (reclusos)	(+)			(+)
	NCNS (técnicos)		(+)		(+)
10. Segurança Para o Próprio	NCNS (reclusos)		(+)		(+)
	NCNS (técnicos)				(+)
11. Segurança Para os Outros	NCNS (reclusos)			(+)	
	NCNS (técnicos)		(-)	(+)	
13. Drogas	NCNS (reclusos)			(+)	(+)
	NCNS (técnicos)				(+)
24. Crimes Sexuais	NCNS (reclusos)			(+)	
	NCNS (técnicos)			(+)	
25. Fogo Posto	NCNS (reclusos)			(+)	
	NCNS (técnicos)				

NCNS – Necessidade de Cuidados Não-satisfeita. (+) Pontuação significativamente superior. (-) Pontuação significativamente inferior

3.2.1.5. Variáveis-resultado e Dimensões Sociodemográfica, Clínica, Forense e de Necessidades

Entre as variáveis estudadas foram seleccionadas variáveis-resultado (ver Operacionalização de Variáveis, Materiais e Métodos) por reflectirem aspectos relevantes para os objectivos do estudo. Estas variáveis-resultado serão estudadas segundo métodos bivariáveis e multivariáveis.

No [Quadro 6](#) apresentam-se as variáveis-resultado seleccionadas para a análise bivariável, as respectivas categorias e as frequências nos RF e RM.

Formatada

Formatada

Quadro 6 - Variáveis-resultado e frequências nos RF e RM.

Variáveis-resultado (n=114)	Instrumentos	Categorias	RF		RM		Valor p (Qui-quadrado)	Odds Ratio (IC 95%)
			n	%	n	%		
Risco de Suicídio	MINI Seção C	Nulo/Reduzido (0)	25	71,4%	50	63,3%	0,398	1,450 (0,611-3,442)
		Moderado/Elevado (1)	10	28,6%	29	36,7%		
Condenações anteriores múltiplas (>=2)	Questionário	Ausente (0)	25	71,4%	35	44,3%	0,007	3,143 (1,334-7,407)
		Presente (1)	10	28,6%	44	55,7%		
Necessidade Não-satisfeita domínio Drogas	CANFOR	Outra pontuação (0)	34	97,1%	54	68,4%	0,001	15,741 (2,038-121,580)
		Necessidade Não-satisfeita (1)	1	2,9%	25	31,6%		

3.2.1.6. Risco de Suicídio nos Reclusos

3.2.1.6.1. Risco de Suicídio e Dimensões Sociodemográfica, Clínica e Forense

A amostra de participantes reclusos foi estratificada em dois grupos, segundo a variável Risco de Suicídio (RS): reclusos com “Risco de Suicídio Nulo/Reduzido” (n=75; 65,8%), e reclusos com “Risco de Suicídio Moderado/Elevado” (n=39; 34,2%) (Quadro 6 e ver Operacionalização de Variáveis, Métodos).

As variáveis sociodemográficas estudadas (Idade, Sexo, Estado Marital, Escolaridade Obrigatória, Nacionalidade, Emprego Prévio, Cuidador Informal, Agregado Familiar, Alojamento Próprio, Contacto com Psiquiatria no ano prévio) não mostraram associações significativas ao Risco de Suicídio, com excepção da Distância à Residência Habitual, que quando era superior a 150km elevava cerca de duas vezes a probabilidade do recluso apresentar Risco de Suicídio Moderado/Elevado ($OR=2,3$; $IC95\%:1,004-5,168$) (Anexo 3 – Tabela 28 e 29).

Na dimensão clínica, os reclusos com um diagnóstico clínico de Depressão Unipolar ($OR= 2,35$; $IC95\%:1,02-5,40$) e Consumos de Substâncias Anteriores à Detenção ($OR=2,72$; $IC95\%: 1,06-6,99$) mostraram um aumento da probabilidade do Risco de Suicídio Moderado/Elevado superior a duas vezes, em relação aos outros reclusos.

A variável Antecedentes de Auto-agressão revelou um *odds-ratio* elevado ($OR=14,69$; $IC95\%: 4,72-45,71$) em relação ao Risco de Suicídio porque na pontuação desta variável os antecedentes de Auto-agressão são um componente muito importante (efeito de colinearidade).

A Letalidade da Auto-agressão Anterior não revelou uma associação estatisticamente significativa com o nível do Risco de Suicídio (Anexo 3 – Tabela 30).

Nas variáveis da dimensão forense (Regime de Detenção, Tipo de Crime Actual, Condenação Prévia e Condenação Anterior de Familiar) observou-se que os reclusos a cumprir Pena de Prisão ($OR=0,41$; $1/OR=2,45$; $p=0,05$) e com Crime Actual Contra Pessoa ($OR=3,24$; $p=0,005$) possuíam uma probabilidade 2,5 e 3,2 vezes superior, respectivamente, de apresentarem um Risco de Suicídio Moderado/Elevado, em relação aos outros reclusos (Anexo 3 – Tabela 31).

4.1.1. Risco de Suicídio e Categorias Diagnósticas

A avaliação com o MINI 5.0.0 mostrou que as categorias diagnósticas: “Episódio Depressivo Major” ($OR=13,9$; $IC95\%: 4,47-43,14$), “Episódio Depressivo Major com Características Melancólicas” ($OR=6,76$; $IC95\%: 2,47-18,48$), “Transtorno de Pânico” ($OR=5,25$; $IC95\%: 1,28-21,62$), Transtorno de Estresse Pós-Traumático ($OR=3,25$; $IC95\%: 1,27-8,33$), Síndrome Psicótica ($OR=2,88$; $IC95\%: 1,08-7,72$) e Transtorno da Personalidade

Anti-Social ($OR=2,48$; $IC95\%$: 1,08-5,69) estiveram associadas à elevação da probabilidade do Risco de Suicídio Moderado/Elevado.

Salienta-se que, a categoria diagnóstica de “Abuso/dependência de Substâncias” não revelou uma associação significativa com o Risco de Suicídio (Anexo 3 - Tabela 32).

3.2.1.6.2. Risco de Suicídio e pontuações do BPRS, GAF, CANFOR

A análise das pontuações global e dos Factores do BPRS, mostrou que os reclusos com Risco de Suicídio Moderado/Elevado apresentaram níveis significativamente superiores de Psicopatologia Global ($p<0,001$), do Factor Depressão/Ansiedade ($p<0,001$), particularmente, nas escalas Depressão ($p<0,001$), Ideação Suicida ($p<0,001$) e Sentimentos de Culpa ($p=0,001$), em comparação com os reclusos com Risco de Suicídio Reduzido. Estes dados indicam que o risco de suicídio encontra-se significativamente associado à maior gravidade de sintomas psicopatológicos, particularmente, da esfera afectiva como o humor depressivo, a ideação suicida, e a culpabilidade.

Os reclusos com Risco de Suicídio Moderado/Elevado mostraram pontuações significativamente menos elevadas na GAF, escala de incapacidade ($p<0,001$), em relação aos reclusos com Risco de Suicídio Reduzido, o que traduzia uma maior Incapacidade Psicossocial no primeiro grupo.

Os resultados totais das secções do CANFOR, pontuadas pelos reclusos, mostraram uma tendência para um maior nível de Necessidades Não-satisfeitas e de Ajuda Formal Necessária nos reclusos com Risco de Suicídio Moderado/Elevado, em relação aos reclusos com Risco de Suicídio Nulo/Reduzido, mas as diferenças encontradas não foram estatisticamente significativas. O nível de Ajuda Formal Recebida foi semelhante entre os reclusos dos dois grupos.

As pontuações totais das secções do CANFOR, atribuídas pelos técnicos, mostraram que os reclusos com Risco de Suicídio Moderado/Elevado apresentaram um número significativamente superior de Necessidades Não-satisfeitas, de Necessidades Totais e de Ajuda Formal Necessária, em comparação com os reclusos com Risco de Suicídio Nulo/Reduzido.

A descrição destes resultados é apresentada no Anexo 3 - Tabela 33.

Em relação à análise do Risco de Suicídio e Necessidades pontuadas pelos reclusos, as Necessidades Não-satisfeitas nos domínios 9. **Sufrimento Psicológico** ($OR=3,21$; $p=0,009$); 10. **Segurança para o Próprio** ($OR=11,60$; $p<0,001$); 13. **Drogas** ($OR=2,94$; $p=0,016$), e 14. **Contactos Sociais** ($OR=2,44$; $p=0,026$) elevaram a probabilidade de pontuação de Risco de Suicídio Moderado/Elevado em 3,2; 11,6; 2,9; e 2,4 vezes, respectivamente (Anexo 3 - Tabela 34).

A análise da pontuação dos técnicos mostrou que as Necessidades Não-satisfeitas nos domínios 9. **Sufrimento Psicológico** ($OR=2,68$; $p=0,015$), 10. **Segurança para o Próprio**

($OR=10,23$; $p<0,001$), e 13. **Drogas** ($OR=2,50$; $p=0,034$) elevavam a probabilidade da presença de Risco de Suicídio Moderado/Elevado em 2,7; 10,2 e 2,5 vezes, respectivamente Anexo 3 - Tabela 35).

Salienta-se a consistência das pontuações dos reclusos e técnicos em relação aos domínios cujas Necessidades Não-satisfeitas se encontravam significativamente associadas ao Risco de Suicídio Moderado/Elevado (Sofrimento Psicológico, Segurança para o Próprio e Drogas).

3.2.1.6.3. Risco de Suicídio nos Reclusos Femininos e Masculinos

De forma a evitar o efeito de sexo, decorrente da amostra de reclusos contemplar uma percentagem de mulheres muito superior ao que se verifica na população prisional global (30,7% versus 5,5%), efectuaram-se análises separadamente por sexo masculino e feminino.

Os dados obtidos dos instrumentos serão apresentados sequencialmente (Questionário, MINI, BPRS, GAF e CANFOR).

Não se registaram diferenças significativas entre RF e RM nas variáveis “Auto-agressão Anterior”, “Auto-agressão Anterior na Prisão”, “Meios de Auto-agressão”, e “Letalidade” da auto-agressão mais grave. A respeito das Sequelas da Auto-agressão, os RM revelaram probabilidades de 10 e 19,4 vezes superiores de referirem sequelas ($OR=10,00$; $p=0,001$) e cicatrizes ($OR=19,43$; $p<0,001$), respectivamente, em relação às RF (Anexo 3 – Tabela 36).

Em suma, tal como não se verificou uma diferença significativa do RS nos dois sexos, também não se observaram diferenças significativas a respeito da frequência, meios utilizados e letalidade dos actos auto-agressivos, excepto nas cicatrizes, entre os dois sexos.

Relativamente às categorias diagnósticas MINI, observou-se que as RF com Episódio Depressivo Major com Características Melancólicas possuíam uma probabilidade 11 vezes superior de apresentarem um RS Moderado/Elevado ($OR=11,00$; $p=0,007$), em relação às reclusas sem esta categoria diagnóstica. Inversamente, a presença de Transtorno de Ansiedade Generalizada mostrou um efeito protector face ao RS Moderado/Elevado. As RF com esta categoria diagnóstica registaram uma probabilidade de RS Moderado/Elevado 8,5 vezes menor ($OR=0,12$; $1/OR=8,47$; $p<0,001$), em relação às reclusas sem esta categoria diagnóstica (

Formatada: Justificado, Avanço:
Primeira linha: 1.25 cm, Espaçamento
entre linhas: 1.5 linhas

Formatada: Tipo de letra: Arial, Não
Negrito

[Tabela 24](#)

Formatada: Justificado,
Avanço: Primeira linha: 1.25
cm, Espaçamento entre linhas:
1.5 linhas

Formatada: Tipo de letra:
Arial, Não Negrito

[Tabela 24](#)~~Tabela 24~~). No sentido de melhor compreender este efeito compararam-se as pontuações do Factor Depressão/Ansiedade (BPRS) nas RF com e sem estas duas categorias diagnósticas. Observou-se a inexistência de diferenças significativas de pontuações no Factor Depressão/Ansiedade nas RF com e sem aquelas categorias diagnósticas. Estes resultados não são congruentes mas poderão ser devidos à reduzida dimensão da subamostra de RF com RS Moderado/Elevado (n=10) (Tabela 25).

Tabela 24 - Categorias Diagnósticas relevantes para o Risco de Suicídio nas RF

MINI RF (n=35)		Risco de Suicídio				Valor p (Qui- quadrado/ *T.Exacto de Fisher)	Odds Ratio (I.C. 95%)
		Nulo/ Reduzido (0) (n=25)		Moderado/ Elevado (1) (n=10)			
		n	%	n	%		
A1. E.D.M. c/características melancólicas	Ausente	22	88,0%	4	40,0%	*0,007	11,000 (1,915-63,178)
	Presente	3	12,0%	6	60,0%		
O. PERTURBAÇÃO DE ANSIEDADE GENERALIZADA	Ausente	8	32,0%	8	80,0%	*0,022	0,118 (0,020-0,686)
	Presente	17	68,0%	2	20,0%		

(0) – Variável de referência

Tabela 25 - Categorias diagnósticas relevantes para o Risco de Suicídio nas RF e pontuação do Factor Ansiedade/Depressão (BPRS)

Factor Ansiedade/Depressão RF (n=35)		n	Mín.	Máx.	Mediana	Média	Valor p*
A1. E.D.M. c/características melancólicas	Ausente	26	6	17	10	9,96	n.s. (0,073)
	Presente	9	10	15	11	11,44	
O. PERTURBAÇÃO DE ANSIEDADE GENERALIZADA	Ausente	16	6	17	10	10,63	n.s.
	Presente	19	7	14	10	10,11	

* Teste Mann-Whitney. n.s. – Valor p>0,05.

Nos RM observou-se que a presença de Episódio Depressivo Major ($OR=18,42$; $p<0,001$) e Episódio Depressivo Major com Características Melancólicas ($OR=6,05$; $p=0,003$) elevaram a probabilidade da pontuação do RS Moderado/Elevado em 18,4 e 6 vezes, respectivamente, em comparação com os RM sem aquelas categorias diagnósticas ([Tabela 26](#)).

Tabela 26 - Categorias diagnósticas relevantes para o Risco de Suicídio nos RM

MINI RM (n=79)		Risco de Suicídio				Valor p Qui-quadrado/ *T.Exacto de Fisher	Odds Ratio (I.C. 95%)
		Nulo/ Reduzido (0) (n=50)		Moderado/ Elevado (1) (n=29)			
		n	%	n	%		
A. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAJOR	Ausente	34	68,0%	3	10,3%	<0,001	18,417 (4,848-69,959)
	Presente	16	32,0%	26	89,7%		
A1. E.D.M. c/características melancólicas	Ausente	46	92,0%	19	65,5%	0,003	6,053 (1,688-21,699)
	Presente	4	8,0%	10	34,5%		

(0) – Variável de referência.

As RF com Risco de Suicídio Moderado/Elevado apresentaram níveis significativamente superiores de Psicopatologia Global e do Factor Depressão/Ansiedade,

particularmente na escala Ideação Suicida ($p < 0,001$), em comparação com as RF com Risco de Suicídio Nulo/Reduzido (Anexo 3 – Tabela 37).

Análise semelhante nos RM mostrou que os reclusos com RS Moderado/Elevado apresentaram níveis significativamente superiores nos níveis de Psicopatologia Global e Factor Depressão/Ansiedade, particularmente nas escalas Depressão ($p < 0,001$), Ideação Suicida ($p < 0,001$) e Sentimentos de Culpa ($p = 0,001$), em comparação com os RM com RS Nulo/Reduzido (Anexo 3 – Tabela 38).

Tanto os RF como os RM com RS Nulo/Reduzido mostraram pontuações significativamente mais elevadas na GAF, escala de incapacidade, traduzindo melhor Funcionamento Psicossocial, em relação aos reclusos do mesmo sexo e RS Moderado/Elevado Anexo 3 - Tabela 37 e 38).

Os resultados totais das secções do CANFOR pontuados pelas RF mostraram uma tendência, sem significado estatístico, para um maior número de Necessidades Não-satisfeitas nas reclusas com RS Moderado/Elevado, em relação às RF com RS Nulo/Reduzido. Os valores de Necessidades Satisfeitas ($p = 0,012$), de Necessidades Totais ($p = 0,002$), de Ajuda Informal Recebida ($p = 0,034$), de Ajuda Formal Recebida ($p = 0,05$), e de Ajuda Formal Necessária ($p = 0,003$) foram significativamente superiores nas reclusas com Risco de Suicídio Moderado/Elevado, em relação às reclusas com RS Nulo/Reduzido (Anexo 3 - Tabela 37).

Os resultados totais das secções do CANFOR pontuados pelos RM mostraram um número significativamente inferior de Necessidades Satisfeitas ($p = 0,036$) nos reclusos com RS Moderado/Elevado, em relação aos RM com RS Nulo/Reduzido. O nível de Ajuda Formal Recebida, pontuada pelos reclusos, mostrou uma tendência, sem significado estatístico, para ser inferior nos RM com RS Moderado/Elevado, em relação aos RM com RS Nulo/Reduzido, o que se destaca por ser uma situação inversa da que ocorre nas RF (Anexo 3 – Tabela 38).

A análise do Risco de Suicídio (RS) por domínios com Necessidades Não-satisfeitas, pontuadas pelos RF e RM separadamente, mostrou que nas RF não se verificou nenhuma associação significativa entre o RS e Necessidades Não-satisfeitas. Admiti-se que o reduzido “n” das reclusas na categoria RS Moderado/Elevado possa ter impedido o aparecimento de diferenças significativas entre as RF com diferentes categorias de risco (Tabela 27).

Nos RM as Necessidades Não-satisfeitas nos domínios 9. **Sofrimento Psicológico** ($OR = 4,43$; $p = 0,006$); 10. **Segurança para o Próprio** ($OR = 10,50$; $p < 0,001$) e 14. **Contactos Sociais** ($OR = 3,17$; $p = 0,016$) elevaram a probabilidade da presença de Risco de Suicídio Moderado/Elevado em 4,4; 10,5 e 3,2 vezes, respectivamente. A Necessidade Não-satisfeita nos Cuidados Parentais reduziu a probabilidade da presença de RS Moderado/Elevado em 4,4 vezes. A Necessidade Não-satisfeita no domínio Drogas não se encontrava significativamente associada ao Risco de Suicídio (

Formatada: Justificado, Avanço:
Primeira linha: 1.25 cm, Espaçamento
entre linhas: 1.5 linhas

Formatada: Tipo de letra: Arial, Não
Negrito

[Tabela 27](#)

Formatada: Justificado,
Avanço: Primeira linha: 1.25
cm, Espaçamento entre linhas:
1.5 linhas

Formatada: Tipo de letra:
Arial, Não Negrito

[Tabela 27](#) Tabela 27).

Tabela 27 - Necessidades de Cuidados Não-satisfeitas relevantes para o Risco de Suicídio nos RF e RM

CANFOR, domínios pontuação das RF (n=35)	Risco de Suicídio					Valor p	Odds Ratio
	Reduzido (0) (n=50)		Moderado/ Elevado (1) (n=29)				
	n	%	n	%			
As RF não pontuaram Necessidades Não satisfeitas significativamente diferentes, segundo o Risco de Suicídio, em nenhum dos 25 domínios.							
pontuação dos RM n=79							
9. Sofrimento psicológico	OP (0)	24	48,0%	5	17,2%	0,006	4,431 (1,458-13,469)
	NNS (1)	26	52,0%	24	82,8%		
10. Segurança para o próprio	OP (0)	40	80,0%	8	27,6%	<0,001	10,500 (3,604-30,588)
	NNS (1)	10	20,0%	21	72,4%		
14. Contactos sociais	OP (0)	36	72,0%	13	44,8%	0,016	3,165 (1,215-8,244)
	NNS (1)	14	28,0%	16	55,2%		
17. Cuidados parentais	OP (0)	26	52,0%	24	82,8%	0,006	0,226 (0,074-0,686)
	NNS (1)	24	48,0%	5	17,2%		

(0) – variável de referência

Relativamente aos resultados do CANFOR, pontuado pelos técnicos, observou-se que os RF com RS Moderado/Elevado obtiveram valores significativamente superiores de Necessidades Satisfeitas ($p=0,002$) e Necessidades Totais ($p=0,006$), em relação aos RF com RS Nulo/Reduzido (Anexo 3 – Tabela 39).

Os RM com RS Nulo/Reduzido e Moderado/Elevado não obtiveram valores totais das secções do CANFOR significativamente diferentes entre si. A pontuação dos técnicos mostrou uma tendência para atribuir valores mais elevados de Ajuda Formal Recebida e Necessária nos RF e RM com Risco de Suicídio Moderado/Elevado, em relação aos reclusos com Risco de Suicídio Nulo/Reduzido (Anexo 3 – Tabela 38).

A análise do Risco de Suicídio por domínios com Necessidades Não-satisfeitas, pontuadas pelos técnicos nos RF e RM, mostrou que as RF com Necessidades Não-satisfeitas nos domínios 10. **Segurança para o Próprio** ($OR=7,33$; $p=0,027$) e 16. **Relacionamento Sexual** ($OR=16,00$; $p=0,007$) tinham 7,3 e 16 vezes mais probabilidades, respectivamente, de apresentarem RS Moderado/Elevado, em relação às reclusas com outra pontuação.

Os RM com Necessidades Não-satisfeitas nos domínios 9. **Sofrimento Psicológico** ($OR=5,10$; $p=0,001$) e 10. **Segurança para o Próprio** ($OR=12,32$; $p<0,001$) tinham 5,1 e 12,3 vezes mais probabilidades, respectivamente, de apresentarem um RS Moderado/Elevado em relação aos reclusos com outra pontuação (Tabela 28).

Tabela 28 – Necessidades de Cuidados Não-satisfeitas, pontuadas pelos técnicos dos RF e RM relevantes para o Risco de Suicídio

CANFOR, domínios pontuação dos técnicos das RF (n=35)		Risco de Suicídio				Valor p Qui-quadrado/ *T.Exacto de Fisher	Odds Ratio (I.C. 95%)
		Nulo/ Reduzido (0) (n=50)		Moderado/ Elevado (1) n=29			
		n	%	n	%		
10. Segurança para o próprio	OP (0)	22	88,0%	5	50,0%	0,027*	7,333 (1,301-41,350)
	NNS (1)	3	12,0%	5	50,0%		
16. Relacionamento sexual	OP (0)	16	64,0%	1	10,0%	0,007*	16,000 (1,735-147,543)
	NNS (1)	9	36,0%	9	90,0%		
pontuação dos técnicos dos RM (n=79)							
9. Sofrimento psicológico	OP (0)	33	66,0%	8	27,6%	0,001	5,096 (1,869-13,889)
	NNS (1)	17	34,0%	21	72,4%		
10. Segurança para o próprio	OP (0)	46	92,0%	14	48,3%	<0,001	12,321 (3,513-43,210)
	NNS (1)	4	8,0%	15	51,7%		

(0) – variável de referência

Os resultados anteriores revelam diferenças significativas, e clinicamente relevantes, entre os reclusos com níveis de Risco de Suicídio diferentes. Os reclusos com RS Moderado/Elevado apresentaram uma probabilidade significativamente superior de preencherem os critérios para as categorias diagnósticas de Episódio Depressivo Major (EDM) e EDM com sintomas melancólicos; um nível de psicopatologia na esfera afectiva (síndrome depressivo) significativamente superior; e uma incapacidade psicossocial significativamente maior, em relação aos reclusos com Risco de Suicídio Nulo/Reduzido.

Na avaliação de Necessidades, os reclusos com RS Moderado/Elevado pontuaram um valor significativamente superior de Necessidades Totais, assim como as Necessidades Não-satisfeitas nos domínios **Sofrimento Psicológico**, **Segurança para o Próprio** e **Drogas** elevaram significativamente a probabilidade do RS Moderado/Elevado, em comparação com os reclusos com outras pontuações.

Entre os dois sexos observaram-se algumas diferenças. As RF com Risco de Suicídio Moderado/Elevado pontuaram um nível significativamente superior de Ajuda Informal e Formal, em relação às reclusas com Risco de Suicídio Nulo/Reduzido, mas nos RM não se verificou esta diferença significativa de pontuação a favor dos reclusos com Risco de Suicídio Moderado/Elevado. A respeito das diferenças de Necessidades Não-satisfeitas, pontuadas pelos reclusos, e o Risco de Suicídio observou-se que a Necessidade Não-satisfeita no Relacionamento Sexual aumentou a probabilidade da presença do Risco de Suicídio Moderado/Elevado nas RF, mas não nos RM. A situação inversa ocorreu com a Necessidade Não-satisfeita no domínio Contactos Sociais, que aumentou a probabilidade da presença do Risco de Suicídio Moderado/Elevado nos RM, mas não nos RF. A Necessidade Não-satisfeita no domínio Cuidados Parentais nos RM revelou um efeito protector para o Risco de Suicídio

porque diminuiu, significativamente, a probabilidade da presença do Risco de Suicídio Moderado/Elevado, em comparação com os RM com outra pontuação.

A análise do RS e dos valores totais das Secções do CANFOR revelaram diferenças com significado estatístico, embora divergentes conforme a pontuação foi efectuada por RF, RM ou técnicos. Deste modo, é difícil delinear uma interpretação entre o RS e as Secções do CANFOR. Pelo contrário, as associações significativas entre o RS e os domínios com Necessidades Não-satisfeitas foram praticamente sobreponíveis segundo as pontuações dos reclusos e técnicos (Tabela 27 e 28).

3.2.1.7. Reclusos com Condenações Múltiplas

3.2.1.7.1. Condenações Múltiplas e dimensões sociodemográfica, clínica e forense

A análise bivariável entre as Condenações Múltiplas (CM) e as dimensões sociodemográficas e clínicas mostrou que o Sexo Masculino ($OR=3,14$; $p=0,007$), a falta de Escolaridade Obrigatória ($OR=0,34$; $1/OR=2,97$; $p=0,006$), o Consumo de Substâncias Prévio à Detenção ($OR=5,88$; $p<0,001$) e a Perturbação Anti-social da Personalidade (PASP) ($OR=5,25$; $p<0,001$) elevavam em 3,1, 3, 5,9 e 5,3 vezes, respectivamente, a probabilidade dos reclusos possuírem Condenações Múltiplas, em relação aos reclusos sem aquelas características (Tabela 29).

As variáveis forenses Crime Anterior e Crime Actual Contra Pessoas não mostraram diferenças significativas entre os dois grupos de reclusos.

A descrição completa das variáveis e respectivas categorias encontra-se no Anexo 3 – Tabela 40.

Tabela 29 - Variáveis sociodemográficas e clínicas relevantes nos PRs com Condenações Múltiplas

Variáveis sociodemográficas e clínicas (n=114)		Condenações Múltiplas				Valor p (Qui-quadrado/ *T.Exacto de Fisher)	Odds Ratio (I.C. 95%)
		Ausente (0) (n=60)		Presente (1) (n=54)			
		n	%	n	%		
Sexo	Feminino	25	41,7%	10	18,5%	0,007	3,143 (1,334-7,407)
	Masculino	35	58,3%	44	81,5%		
Escolaridade Obrigatória	Ausente	28	46,7%	39	72,2%	0,006	0,337 (0,154-0,736)
	Presente	32	53,3%	15	27,8%		
Consumo de subs. prévio à detenção	Ausente	28	46,7%	7	13,0%	<0,001	5,875 (2,290-15,073)
	Presente	32	53,3%	47	87,0%		
PASP (MINI P.)	Ausente	36	60,0%	12	22,2%	<0,001*	5,250 (2,304-11,963)
	Presente	24	40,0%	42	77,8%		

3.2.1.7.2. Condenações Múltiplas e pontuações do BPRS, GAF e CANFOR

Os reclusos com Condenações Múltiplas, a respeito das pontuações do BPRS, GAF, escala de incapacidade e valores totais do CANFOR, pontuado pelos reclusos, não mostraram diferenças estatisticamente significativas, em relação aos reclusos sem Condenações Múltiplas (Anexo 3 – Tabela 41).

A pontuação do CANFOR pelos técnicos mostrou que os reclusos com Condenações Múltiplas apresentavam um valor de Necessidades Totais ($p=0,045$) e um total de Ajuda Formal Necessária ($p=0,045$) significativamente superiores aos reclusos sem Condenações Múltiplas. Estes dados indicam que o grupo de reclusos com Condenações Múltiplas possui uma maior necessidade de cuidados e de ajuda técnica, em comparação com os outros reclusos. Observa-se mais uma vez, a diferença de pontuação de valores totais de Necessidades e Ajudas entre reclusos e técnicos (Anexo 3 – Tabela 42).

A análise das Necessidades Não-satisfeitas, pontuadas pelos reclusos, mostrou que os reclusos com Condenações Múltiplas possuíam uma probabilidade 3 vezes superior de Necessidade Não-satisfeita no domínio 10. **Segurança Para o Próprio** ($OR=2,96$; $p=0,006$), uma probabilidade 3,6 vezes superior de Necessidade Não-satisfeita no domínio 11. **Segurança Para os Outros** ($OR=3,58$; $p=0,031$), 13. **Drogas** ($OR=3,25$; $p=0,011$), uma probabilidade 2,3 vezes superior de Necessidade Não-satisfeita no domínio 15. **Relações Afectivas com Parceiro(a)** ($OR=2,33$; $p=0,029$) e uma probabilidade 2,9 vezes superior de Necessidade Não-satisfeita no domínio 22. **Subsídios Sociais** ($OR=2,90$; $p=0,017$) em relação aos reclusos sem Condenações Múltiplas (Anexo 3 – Tabela 43)

A análise das Necessidades Não-satisfeitas, pontuadas pelos técnicos, mostrou que os reclusos com Condenações Múltiplas possuíam uma probabilidade 5,6 vezes superior de Necessidade Não-satisfeita no domínio 13. **Drogas** ($OR=5,62$; $p<0,001$), uma probabilidade 2,7 vezes superior de Necessidade Não-satisfeita no domínio 15. **Relacionamento Sexual** ($OR: 2,67$; $p=0,035$), uma probabilidade 8,8 vezes superior de Necessidade Não-satisfeita no domínio 22. **Subsídios sociais** ($OR: 8,79$; $p=0,026$), em relação aos reclusos sem Condenações Múltiplas. No domínio 17. **Cuidados parentais** ($OR: 0,34$; $1/OR=2,93$; $p=0,012$) apresentavam Necessidades Não-satisfeitas significativamente inferiores em relação aos reclusos sem Condenações Múltiplas (Anexo 3 – Tabela 44).

Salienta-se que as Necessidades Não-satisfeitas significativamente superiores nos domínios **Segurança Para o Próprio** e **Segurança Para os Outros** no grupo dos reclusos com Condenações Múltiplas foram pontuadas pelos reclusos e não pelos técnicos, o que revela que o grupo de reclusos possui uma percepção do risco auto e hetero-agressivo que não teve correspondência na pontuação dos técnicos.

3.2.1.8. Reclusos e Necessidade de Cuidados Não-satisfeita no Domínio Drogas

A respeito da dimensão sociodemográfica, a análise mostrou que os RM possuíam 15,7 vezes mais probabilidades de apresentarem uma Necessidade de Cuidados Não-satisfeita no domínio 13. **Drogas** (OR: 15,74; $p=0,001$), em relação às RF. Na realidade, apenas uma reclusa pontuou Necessidade Não-satisfeita neste domínio. Considerando que a inclusão do sexo feminino iria enviesar os resultados desta análise optou-se por excluir dos cálculos o sexo feminino.

A Idade ($p=0,007$) e a Idade no Início do Tratamento Psiquiátrico ($p=0,002$) foram significativamente inferiores nos RM com Necessidade Não-satisfeita neste domínio, em relação aos outros reclusos.

Na dimensão clínica, as variáveis Consumo de Substâncias Prévio à Detenção (OR=1,69; $p=0,001$), Consequências dos Consumos de Substâncias (OR=1,69; $p=0,001$), categorias Abuso/Dependência de Substâncias (MINI K.) (OR=7,64; $p<0,001$) e Perturbação Anti-social da Personalidade (MINI P.) (OR=7,33; $p=0,001$) estavam significativamente associadas à Necessidade Não-satisfeita no domínio Drogas.

O Risco de Suicídio mostrou uma tendência de significado estatístico de associação à Necessidade de Cuidados Não-satisfeita no domínio 13. **Drogas** ($p=0,055$).

Na dimensão forense, o regime de Prisão Preventiva (OR=0,26; $1/OR=3,85$; $p=0,02$) estava associado a uma diminuição de 3,9 vezes da probabilidade de Necessidade Não-satisfeita no domínio Drogas.

A descrição completa das variáveis referidas e respectivas categorias encontra-se no Anexo 3 – Tabela 45 e 46.

3.2.1.8.1. Reclusos com Necessidade de Cuidados Não-satisfeita no domínio Drogas e pontuações BPRS, GAF, CANFOR

As pontuações dos instrumentos BPRS, GAF, e CANFOR (pontuação dos reclusos) registaram que os RM com Necessidade de Cuidados Não-satisfeita no domínio Drogas pontuaram um valor do Factor Depressão/Ansiedade (BPRS) significativamente superior ($p=0,019$), em relação aos outros RM. O GAF, escala de incapacidade, e os valores totais das secções do CANFOR não mostraram diferenças significativas entre os grupos de reclusos com e sem Necessidade Não-satisfeita neste domínio (Anexo 3 – Tabela 47)

Os valores totais do CANFOR, pontuados pelos técnicos, não revelaram diferenças significativas entre os RM com e sem Necessidade Não satisfeita no domínio Drogas (Anexo 3 – Tabela 48).

A análise de associações, entre a Necessidade Não-satisfeita no domínio 13. **Drogas** e as Necessidades Não-satisfeitas nos restantes 24 domínios do CANFOR, pontuados pelos reclusos, mostrou que os RM com a primeira Necessidade Não-satisfeita possuíam uma probabilidade significativamente mais elevada de pontuarem Necessidades de Cuidados Não-

satisfeitas nos domínios 10. **Segurança Para o Próprio** (OR=2,77; p=0,038), 21. **Dinheiro** (OR= 16,74; p=0,003), 22. **Subsídios Sociais** (OR=11,03; p=0,007), em relação aos reclusos sem Necessidade Não-satisfeita no domínio 13. Drogas (Anexo 4 – Tabela 49).

As pontuações dos técnicos sobre as outras Necessidades Não-satisfeitas dos RM com Necessidade de Cuidados Não-satisfeita no domínio 13. **Drogas** mostraram uma elevação de 6,6 vezes da probabilidade de Necessidade Não-satisfeita no domínio 21. **Dinheiro** (OR= 6,61; p=0,009) e uma associação com tendência de significado estatístico com a Necessidade Não-satisfeita no domínio 11. **Segurança Para os Outros** (OR=3,77; p=0,053) Anexo 4 – Tabela 50).

A associação significativa entre as Necessidades Não-satisfeitas nos domínios 13. **Drogas** e 21. **Dinheiro**, nas pontuações dos reclusos e dos técnicos, provavelmente expressa a necessidade de financiamento para a aquisição de substâncias.

Salientam-se ainda os aumentos de 2,8 e 3,8 vezes das probabilidades de Necessidade de Cuidados Não-satisfeita nos domínios 10. **Segurança Para o Próprio** (pontuação dos reclusos) e 11. **Segurança Para os Outros** (pontuação dos técnicos), respectivamente, nestes reclusos (Anexo 4 – Tabela 49 e 50).

3.3. Análise Multivariável

Na sequência da análise bivariável envolvendo as dimensões sociodemográfica, clínica, forense e de necessidades de cuidados foi efectuada a análise multivariável, de forma a extrair os factores com maior relevância para as variáveis-resultado (Risco de Suicídio, Condenações Múltiplas, Necessidade de Cuidados Não-satisfeita no domínio Drogas).

A análise multivariável aplicou o método de regressão logística múltipla que permite determinar o contributo de cada variável seleccionada para o modelo estatístico ajustado para as restantes variáveis. A selecção das variáveis obedeceu aos critérios estabelecidos previamente no Capítulo 2 - Materiais e Métodos, Análise Estatística.

As tabelas representando a totalidade das variáveis introduzidas e respectivos parâmetros estatísticos são apresentadas no Anexo 3 (Tabela 51,52,53) de modo a não sobrecarregar a apresentação de resultados.

Os resultados a seguir apresentados referem-se aos modelos finais optimizados, no sentido de possuírem o maior número de factores estatisticamente significativos e com parâmetros de validade relevantes.

3.3.1. Análise multivariável para Risco de Suicídio

Seleção de variáveis

Na análise multivariável do **Risco de Suicídio** foram introduzidas no modelo estatístico as seguintes variáveis: Distância à Residência ($p=0,047$), Crime Actual Contra Pessoas ($p=0,005$), Regime de Detenção ($p=0,05$), Episódio Depressivo Major (MINI A.) ($<0,001$), Perturbação pós-Stress Traumático (MINI I.) ($p=0,012$), Síndrome Psicótica (MINI L.) ($p=0,031$), Perturbação Anti-social da Personalidade (MINI P.) ($p=0,030$), BPRS pontuação total ($p<0,001$), Total de Necessidades Não-satisfeitas pontuadas pelos técnicos, Total de Ajuda Formal Recebida pontuada pelos técnicos, Necessidades Não-satisfeitas, pontuadas pelos reclusos, nos domínios 9. Sofrimento Psicológico, 13. Drogas e 14. Contactos Sociais.

As variáveis Escolaridade Obrigatória ($p=0,102$) e Condenação Anterior ($p=0,057$) foram incluídas no modelo pela sua relevância e por mostrarem uma tendência de significado estatístico (Anexo 3 - Tabela 51).

Após a optimização do modelo, seguindo a metodologia anteriormente descrita, obtiveram-se os seguintes resultados: a presença de Depressão Major foi a variável com maior magnitude na elevação da probabilidade de Risco de Suicídio Moderado/Elevado ($OR=17,16$; $p<0,001$).

O regime de pena de prisão aumentava 3,7 vezes a probabilidade de Risco de Suicídio Moderado/Elevado, em relação à prisão preventiva ($OR=0,27$; $1/OR= 3,7$; $p=0,017$).

Resultados

A respeito da psicopatologia global (BPRS), a elevação de cada ponto na escala (o resultado varia entre 24 e 168 pontos) aumentava a probabilidade de Risco de Suicídio Moderado/Elevado 1,1 vezes ($OR=1,13$; $p=0,006$) (Tabela 30).

A área sob a curva ROC foi de 86% ($<0,001$) o que mostra um importante poder discriminante destas variáveis para o Risco de Suicídio Moderado/Elevado (Figura 14).

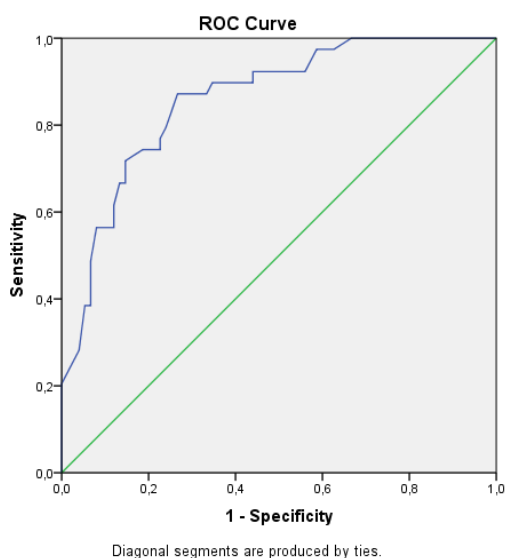
Os resultados da análise multivariável colocam em evidência a importância da presença do diagnóstico de Episódio Depressivo Major, da reclusão por pena de prisão *versus* a detenção preventiva, e a elevação da psicopatologia global para o aumento da probabilidade da existência do Risco de Suicídio Moderado/Elevado.

Tabela 30 - Análise de Regressão Logística Múltipla para extracção das variáveis mais relevantes para o Risco de Suicídio moderado/elevado nos PRs

Variáveis (n=114)	Categorias da variável	Valor p*	Odds Ratio	Odds Ratio IC (95%)	
Episódio Depressivo Major Actual (MINI A.)	Ausente (0) Ref.	<0,001	17,157	4,794	61,407
	Presente (1)				
Regime de Detenção	Pena (0) Ref.	0,017	0,270	0,092	0,794
	Preventivo (1)				
BPRS total	Variável contínua	0,006	1,126	1,035	1,224

Modelo de Regressão Logística com $p<0,001$ no Teste da Razão de Verossimilhanças e validade confirmada por: Teste de Hosmer e Lemeshow ($p=0,845$), Taxa de validade do modelo de 78,9%, e Área sob a curva ROC do modelo de 86% ($p<0,001$), *Teste de Wald da análise de Regressão Logística, Ref. – Categoria de referência/denominador da comparação.

Figura 14 - Área sob a curva ROC do Episódio Depressivo Major, da pena de prisão e da psicopatologia global para o Risco de Suicídio Moderado/Elevado nos PRs



3.3.2. Análise multivariável para as Condenações Múltiplas

Seleção de variáveis

Para a análise multivariável relativamente às Condenações Múltiplas foram seleccionadas as seguintes variáveis: Sexo ($p=0,007$), Escolaridade Obrigatória ($p=0,006$), Consumo de Substâncias Prévio à Detenção ($p<0,001$), Perturbação Anti-social da Personalidade ($p<0,001$), Factor Mania/Excitação (BPRS), Necessidades Totais e Ajuda Formal Necessária, pontuadas pelos técnicos, Necessidades Não-satisfeitas no domínio Drogas, pontuadas pelos técnicos e Necessidades Não-satisfeitas no domínio Subsídios Sociais, pontuadas pelos reclusos. A variável Estado civil Solteiro ($p=0,098$) mostrou uma tendência de significado estatístico e foi igualmente incluída na análise multivariável (Anexo 3 - Tabela 52).

O modelo optimizado revelou que a variável com maior contributo foi a presença de Perturbação Anti-social da Personalidade (MINI P.) que elevava em 3,3 vezes a probabilidade de existirem Condenações Múltiplas ($OR=3,26$; $p=0,016$).

O Sexo Masculino ($OR=2,63$; $p=0,054$) e o Consumo de Substâncias Prévio à Detenção ($OR=2,97$; $p=0,056$) mostraram uma tendência de significado estatístico para aumentarem a probabilidade da ocorrência de Condenações Múltiplas.

Em relação às Necessidades Totais (CANFOR, pontuação dos técnicos) observou-se que a elevação de cada ponto (resultado varia entre 0 e 25 pontos) aumentava a probabilidade de Condenações Múltiplas 1,2 vezes ($OR=1,21$; $p=0,013$), (

[Tabela 31](#)

[Tabela 31](#) ~~Tabela 31~~).

A área sob a curva ROC foi de 80% ($<0,001$) o que mostra um importante poder discriminante destas variáveis para as Condenações Múltiplas (Figura 15).

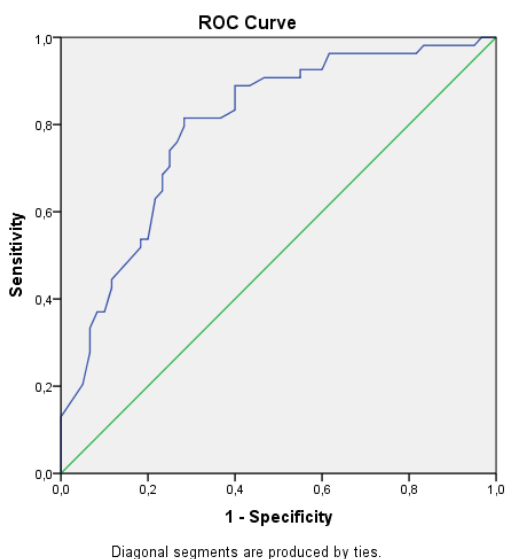
Os resultados da análise multivariável são consistentes com a evidência científica da associação entre o sexo masculino, a Perturbação Anti-social da Personalidade, o consumo de substâncias e a delinquência. Outro dado que se salienta é a relação directa, estatisticamente significativa, entre as Necessidades de Cuidados Totais, pontuadas pelos técnicos, e as Condenações Múltiplas.

Tabela 31 - Análise de Regressão Logística Múltipla para extracção das variáveis mais relevantes para as condenações múltiplas dos PRs

Variáveis (n=114)	Categorias da variável	Valor p*	Odds Ratio	Odds Ratio IC (95%)
Sexo	Feminino (0) Ref.	0,054	2,629	0,983-7,032
	Masculino (1)			
Consumo de substâncias prévio à detenção	Ausente (0) Ref.	0,056	2,972	0,971-9,101
	Presente (1)			
Perturbação Anti-social da Personalidade	Ausente (0) Ref.	0,016	3,287	1,246-8,669
	Presente (1)			
Necessidades Totais (Técnicos)	Variável contínua	0,013	1,212	1,041-1,411

Modelo de Regressão Logística com $p < 0,001$ no Teste da Razão de Verossimilhanças e validade confirmada por: Teste de Hosmer e Lemeshow ($p = 0,522$), Taxa de validade do modelo de 74,6%, e Área sob a curva ROC do modelo de 80% ($p < 0,001$). * Teste de Wald da análise de Regressão Logística, Ref. – Categoria de referência/denominador da comparação.

Figura 15 - Área sob a curva ROC do sexo, do consumo de substâncias prévio à detenção, da Perturbação Anti-social da Personalidade e das Necessidades Totais pontuadas pelos técnicos para as Condenações Múltiplas nos PRs



3.3.3. Análise multivariável para a Necessidade de Cuidados Não-satisfeita no domínio Drogas

Seleção de variáveis

A análise multivariável, relativamente à Necessidade Não-satisfeita no domínio Drogas, circunscreveu-se ao sexo masculino pelos motivos anteriormente referidos a propósito da análise bivariável.

No modelo estatístico inicial foram introduzidas as seguintes variáveis com significado estatístico ($p < 0,05$): a Idade no Início do Tratamento Psiquiátrico ($p = 0,002$), Consequências Anteriores dos Consumos ($0,001$), o Regime de Detenção ($p = 0,02$), a Perturbação Anti-social da Personalidade ($p = 0,001$), o Factor Depressão/Ansiedade (BPRS) ($p = 0,019$), e a Necessidade Não-satisfeita Segurança Para o Próprio ($p = 0,038$).

Das variáveis com tendência de significado estatístico foram seleccionadas as seguintes variáveis: Estado Civil Solteiro ($p = 0,097$), Nacionalidade ($p = 0,064$), Antecedentes Familiares Penais ($p = 0,065$), Antecedentes Familiares Psiquiátricos ($p = 0,073$), Tratamento dos Consumos Anterior à Detenção ($p = 0,059$).

As variáveis: Idade, Consumo de Substâncias Prévio à Detenção, Risco de Suicídio (MINI C.), Abuso/dependência de Substâncias (MINI K.), Pontuação total BPRS, Necessidade Não-Satisfeita nos domínios 21, Dinheiro e 22, Subsídios Sociais, não foram seleccionadas por revelarem colinearidades com variáveis de maior significado estatístico, ou por redundância em relação à variável-resultado (Anexo 3 - Tabela 53).

A Idade no Início do Tratamento Psiquiátrico ($OR = 0,94$; $1/OR = 1,06$; $p = 0,02$) foi a única variável que revelou uma força e sentido de associação significativos: a elevação de cada ano na idade diminuía a probabilidade da Necessidade Não-satisfeita no domínio Drogas em 1,06 vezes.

O Factor Depressão/Ansiedade (BPRS) ($OR = 1,18$; $p = 0,058$) mostrou uma tendência de significado estatístico para que cada ponto elevasse a probabilidade da Necessidade Não-satisfeita no domínio Drogas em 1,2 vezes. Do mesmo modo, o Regime de Detenção ($OR = 0,29$; $1/OR = 3,41$; $p = 0,057$) mostrou uma tendência de significado estatístico para que o regime de pena de prisão elevasse a probabilidade da Necessidade Não-satisfeita no domínio Drogas em 3,4 vezes, (

[Tabela 32](#)

[Tabela 32](#) ~~Tabela 32~~).

A área sob a curva ROC foi de 74,8% ($<0,001$) o que mostra um razoável poder discriminante destas variáveis para a Necessidade Não-satisfeita no domínio Drogas (Figura 16).

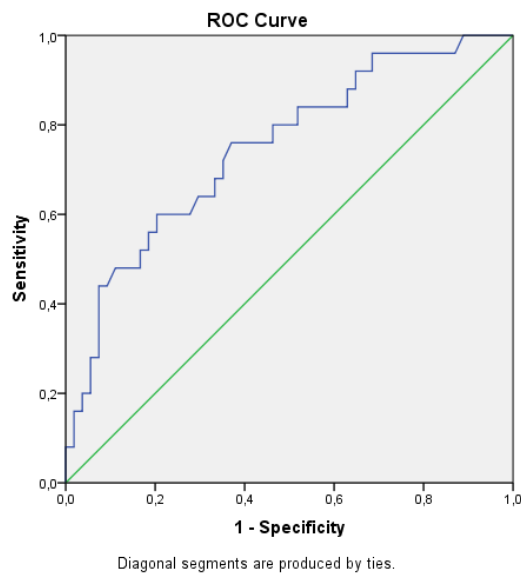
O modelo obtido sugere que os RM que iniciaram uma terapêutica psiquiátrica em idade mais jovem, que cumpriam uma pena de prisão e possuíam uma pontuação mais elevada no Factor Depressão/Ansiedade (BPRS) tinham uma maior probabilidade de pontuarem uma Necessidade de Cuidados Não-satisfeita no domínio 13. Drogas.

Tabela 32 - Análise de Regressão Logística Múltipla para extracção das variáveis mais relevantes para a necessidade não-satisfeita de cuidados no domínio Drogas nos PRs

Variáveis RM (n=79)	Categorias da variável	Valor p*	Odds Ratio	Odds Ratio IC (95%)
Idade no Início do Tratamento Psiquiátrico	Variável contínua	0,020	0,941	0,893-0,991
Factor Depressão/Ansiedade (BPRS)	Variável contínua	0,058	1,176	0,995-1,391
Regime de Detenção	Penal (0) Ref. Preventivo (1)	0,057	0,293	0,083-1,040

Modelo de Regressão Logística com $p=0,001$ no Teste da Razão de Verossimilhanças e validade confirmada por: Teste de Hosmer e Lemeshow ($p=0,737$), Taxa de Validade do Modelo de 70,9%, e Área sob a curva ROC do modelo de 74,8% ($p<0,001$), * Teste de Wald da análise de Regressão Logística, Ref. – Categoria de referência/denominador da comparação.

Figura 16 - Área sob a curva ROC da idade no início do tratamento psiquiátrico, do factor Depressão/Ansiedade (BPRS), e da pena de prisão para a necessidade não-satisfeita de cuidados no domínio Droga dos PRs



3.4. Estudo Comparativo entre Participantes Reclusos versus Civis

No período de recrutamento da amostra civil, e atendendo aos critérios de selecção (ver Métodos), foram recrutados 121 indivíduos. Quarenta e cinco indivíduos (37,2%) foram provenientes do ambulatório (Consulta da Equipa Comunitária de Lisboa) e 76 (62,8%) da Unidade de Internamento de Doentes Agudos. Não foram registadas recusas para a participação no estudo (Tabela 1)

Apesar de, inicialmente, os critérios de emparelhamento incluírem a variável Diagnóstico Clínico, este critério não foi aplicado estritamente porque existiam diferenças substanciais de Idade, Sexo e Diagnóstico Clínico entre a amostra de reclusos (PRs) e de civis (PCs). Por este motivo, foi dado prioridade ao emparelhamento por Sexo e Idade.

A caracterização da amostra de PCs é apresentada no curso da comparação entre estes pacientes e os PRs.

A avaliação das Necessidades individuais pela pontuação dos técnicos (CAN) em ambulatório não pôde ser efectuada devido à carga de actividades dos profissionais.

3.4.1. Dimensão sociodemográfica nos PRs versus PCs

3.4.1.1. Idade

A mediana da idade dos PRs (35 anos) foi inferior à mediana da idade dos PCs (39 anos), contudo sem significado estatístico (Tabela 33).

Tabela 33 - Idade dos PRs e dos PCs

Idade (n=235)	n	Mín.	Máx.	Mediana	Média	Normalidade	Valor p (Teste Mann-Whitney)
Reclusos	114	19	72	35	36,4	n.a.	n.s.
Civis	121	17	69	39	39,3	n.a.	

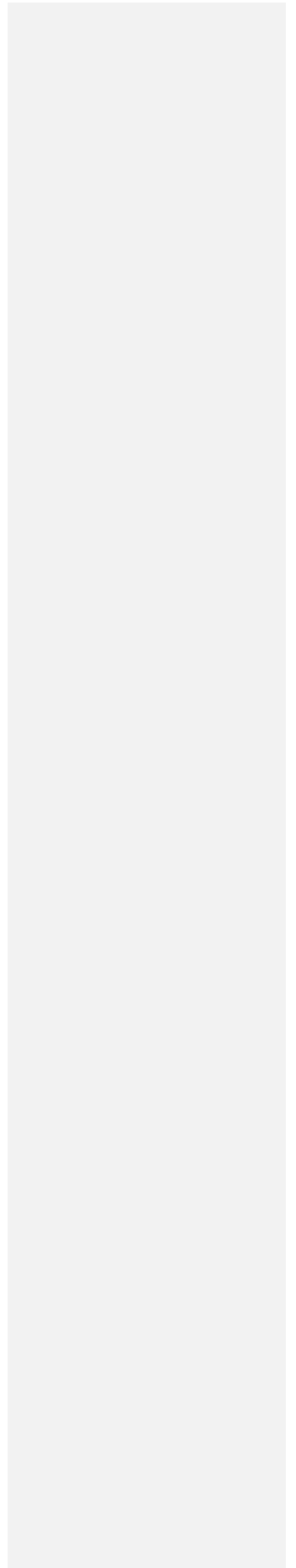
n.a. – não assumido. n.s. – valor p >0,05

3.4.1.2. Sexo

O sexo masculino foi predominante nas amostras de civis (n=76; 62,8%) e de reclusos (n=79; 69,3%). A diferença de proporções dos sexos entre as duas amostras não foi estatisticamente significativa (

[Tabela 34](#)

[Tabela 34](#) ~~Tabela 34~~ e Anexo 3 – Tabela 54).

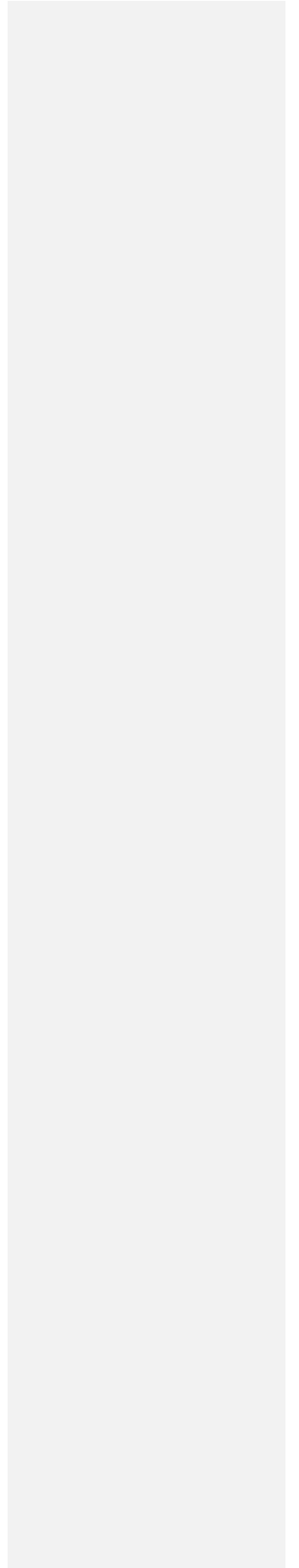


3.4.1.3. Nacionalidade

A nacionalidade Portuguesa foi a nacionalidade preponderante entre PCs (n=108; 89,3%) e PRs (n=87; 76,3%). As nacionalidades dos Países Lusófonos constituíram o segundo grupo mais frequente, mas em maior proporção entre os reclusos (n=17; 14,9%;) do que nos civis (n=12; 9,9%). As nacionalidades da União Europeia foram mais frequentes entre os reclusos (n=7; 6,1%;) do que nos civis (n=1; 0,8%). Outras nacionalidades remanescentes somente existiam entre os reclusos (n=3; 2,6%;).

A proporção de Nacionalidade Portuguesa *versus* Estrangeira foi significativamente diferente entre PCs e PRs. Os reclusos apresentaram uma probabilidade 2,6 vezes superior de pertencerem a uma Nacionalidade Estrangeira, em relação aos civis (

| [Tabela 34](#)

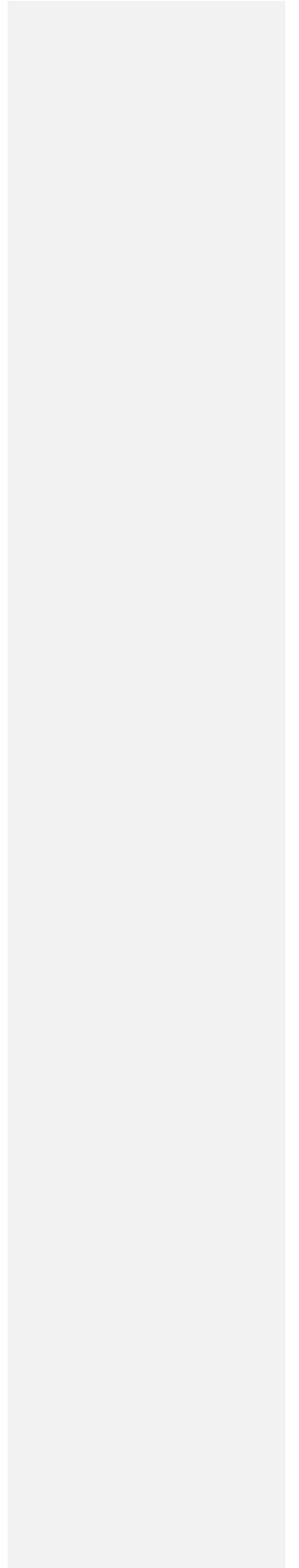


[Tabela 34](#) e Anexo 3 – Tabela 54). Este resultado decorre da proporção de nacionalidades estrangeiras na população prisional. Na amostra, os reclusos estrangeiros representaram 23,7% e na população prisional de 2009 representaram 20,4% (DGSP, 2009).

3.4.1.4. Estado civil

Os PRs apresentaram uma percentagem superior do estado de solteiro em comparação com os PCs (60,5% e 50,4%, respectivamente), contudo a diferença não foi significativa (

| [Tabela 34](#)

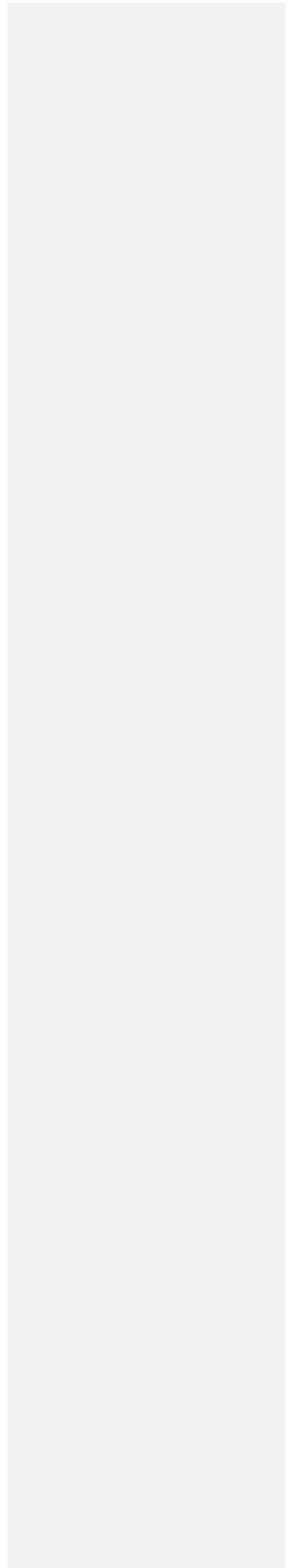


[Tabela 34](#) e Anexo 3 – Tabela 54).

3.4.1.5. **Escolaridade**

Os PRs apresentaram um nível de escolaridade significativamente inferior em relação aos PCs com uma probabilidade 1,8 vezes superior de não possuírem o nível de escolaridade obrigatória (OR= 0,56; 1/OR=1,77; p=0,029) (

| [Tabela 34](#)



[Tabela 34](#) e Anexo 3 – Tabela 54).

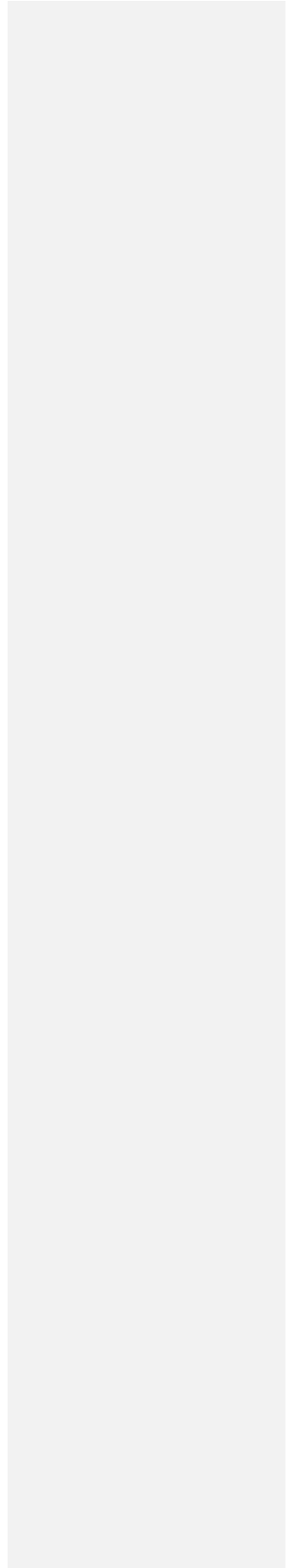
3.4.1.6. Situação laboral

À data da detenção, perto de metade da amostra dos PRs (n=54; 47,7%) encontrava-se empregada a tempo inteiro e 14,0% (n=16) encontrava-se empregada a tempo parcial; adicionando as duas percentagens verifica-se que a maioria dos reclusos (61,4%; n=70) encontrava-se activa. O desemprego afectava 36,8% (n=42) dos PRs e a situação de reforma representava uma proporção marginal (n=2; 1,8%) nesta amostra.

Na amostra dos PCs, constatou-se uma situação inversa: 35,5% (n=43) trabalhavam a tempo inteiro e 7,4% (n=9) trabalhavam a tempo parcial; no total 42,9% (n=52) encontravam-se activos. O maior grupo não possuía emprego (n=58; 47,9%) e 9,1% (n=11) encontrava-se reformado.

Os PRs, antes da detenção, mostraram uma probabilidade 2,1 vezes superior de se encontrarem activos, em relação aos PCcivis (OR= 2,11; p=0,005) (

| [Tabela 34](#)

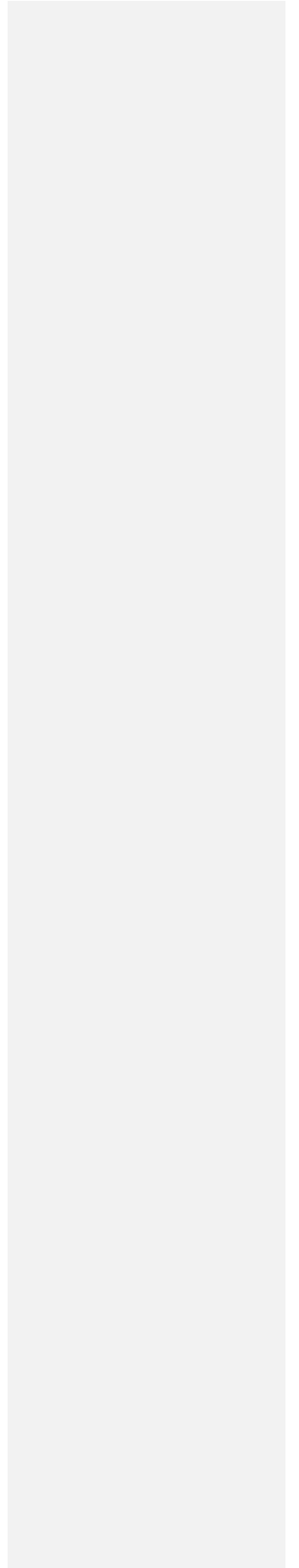


[Tabela 34](#) e Anexo 3 – Tabela 54).

3.4.1.7. Fonte de rendimento

Verificou-se que a maioria dos PRs possuía como principal fonte de rendimento o trabalho (n=77; 67,5%), mas a maioria dos PCs dependia de outras fontes (n=64; 52,9%), especialmente dos familiares (n=35; %). Os reclusos apresentaram uma probabilidade 2,3 vezes superior da sua principal fonte de rendimentos provir do trabalho, em comparação com os civis (OR= 2,34; p=0,002) (

| [Tabela 34](#)

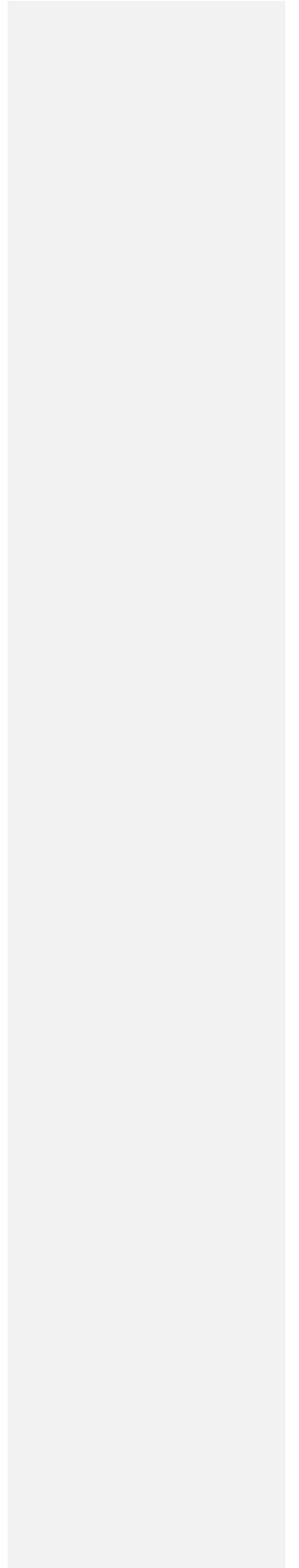


[Tabela 34](#)[Tabela 44](#) e Anexo 3 – Tabela 54).

3.4.1.8. Alojamento

Não se verificou uma diferença estatisticamente significativa nesta variável entre as duas amostras. A maior parte dos PRs habitava em residência pertencente a familiares/amigos (n=55; 48,2%;) e numa proporção considerável (n=49; 43,0%) habitava em casa própria. A maior parte dos PCs habitava em residência do próprio (n=58; 47,9%) e numa proporção ligeiramente inferior (n=56; 46,3%) habitava em casa dos familiares/amigos. Os outros tipos de alojamentos, hoteleiro ou a cargo de entidades oficiais e a condição de sem-abrigo registaram percentagens muito inferiores (

| [Tabela 34](#)



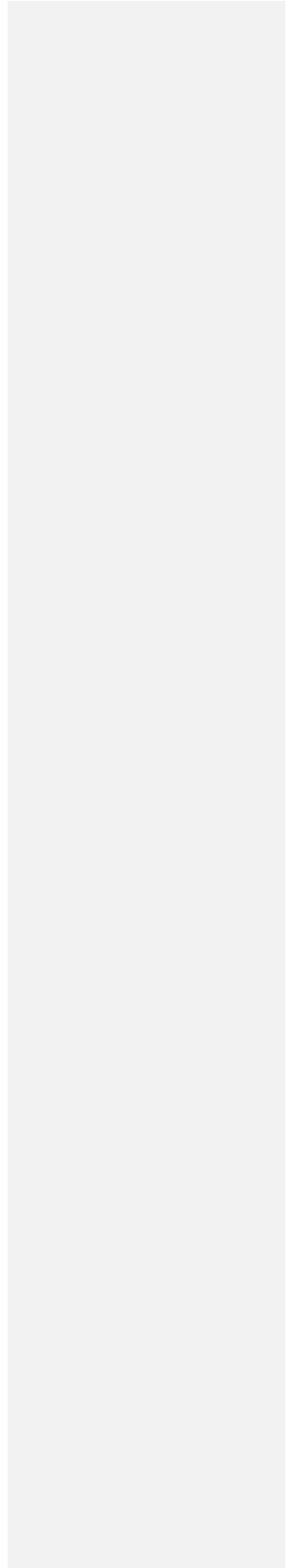
[Tabela 34](#) e Anexo 3 – Tabela 54).

3.4.1.9. Agregado familiar

Em relação à composição do agregado familiar, a maior proporção dos PRs vivia em situação marital (n=48; 42,5%), seguida da co-habitabilidade com progenitores (n=39; 34,5%) e a viver sozinho (n=17; 15,0%). Na companhia de outras pessoas encontrava-se uma percentagem mais reduzida (n=9; 8,0%). Entre os PCs a maior proporção vivia com os progenitores (n=49; 40,5%), a seguir sozinhos (n=31; 25,6%) e numa proporção próxima, com o(a) cônjuge ou companheiro(a) (n=28; 23,1%). A viver com outras pessoas encontravam-se 10,7% (n=13).

Verificou-se que os reclusos tinham perto de 2 vezes mais probabilidades de não viverem sozinhos, em comparação com os civis (OR= 0,51; 1/OR=1,96; p=0,042) (

| [Tabela 34](#)



[Tabela 34](#) e Anexo 3 – Tabela 54).

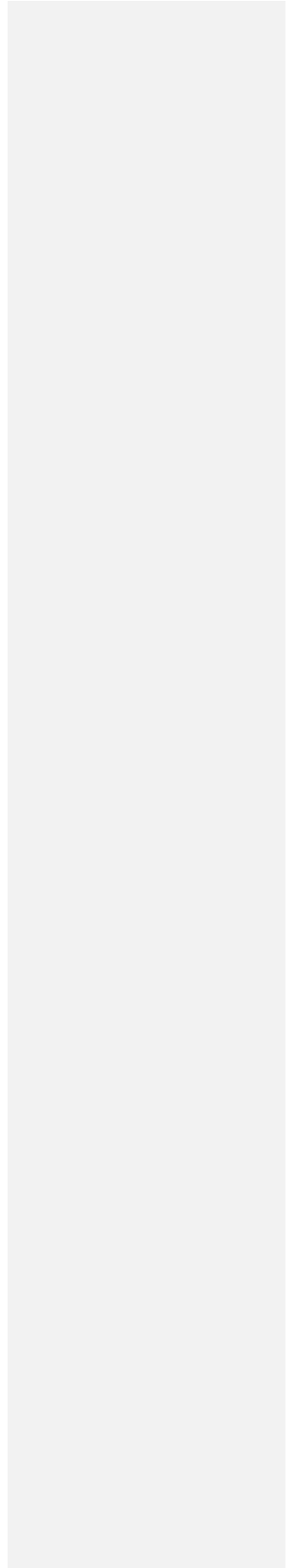
3.4.1.10. Cuidador informal

Nos PRs o papel de cuidador informal era desempenhado em primeiro lugar pelo cônjuge/companheiro(a) (38,6%; n=44) e de seguida por um progenitor em 34,2% (n=39) dos casos. Cerca de um quinto dos reclusos não possuía um cuidador (n=22; 19,3%) e numa proporção mais reduzida (n=9; 7,9%) esse papel pertencia a outra pessoa.

Na amostra dos PCs o cuidador informal era em primeiro lugar um progenitor (n=46; 38,0%). A segunda maior categoria correspondia à ausência de cuidador (n=38; 31,4%). Em aproximadamente um quinto da amostra surgia o cônjuge/companheiro(a) (n=26; 21,5%) e por fim surgia outra pessoa em 9,1% (n=11).

Os reclusos mostraram uma probabilidade 1,9 vezes superior de possuírem um cuidador informal, em relação aos civis (OR= 1,92; p=0,033) (

| [Tabela 34](#)



[Tabela 34](#)~~Tabela 34~~ e Anexo 3 – Tabela 54).

3.4.1.11. Antecedentes familiares psiquiátricos

Observaram-se, nos reclusos, antecedentes psiquiátricos em familiares de primeiro grau em 20,8%, e de outros graus de parentesco em 2,8%. Nos civis foram registados antecedentes em familiares de primeiro grau em 23,3%, e de outros graus de parentesco em 4,3%. Estas diferenças não foram estatisticamente significativas (~~Tabela 33~~~~Tabela 33~~~~Tabela 34~~ e Anexo 3 – Tabela 54).

3.4.1.12. Antecedentes familiares penais

No que concerne a antecedentes penais na família, observou-se uma probabilidade 3,6 vezes superior de existirem familiares com condenações anteriores entre os reclusos, em relação aos civis (OR= 3,63; $p < 0,001$) (~~Tabela 33~~~~Tabela 33~~~~Tabela 34~~ e Anexo 3 – Tabela 54).

Tabela 34 – Síntese das variáveis sociodemográficas dos PRs e dos PCs

Variáveis sociodemográficas (n=235)		PCs (0) (n=121)		PRs (1) (n=114)		Qui- quadrado	Odds-ratio (I.C. 95%)
		n	%	n	%		
Sexo	Feminino (0)	45	37,2%	35	30,7%	0,294	1,336 (0,777-2,299)
	Masculino (1)	76	62,8%	79	69,3%		
Nacionalidade	Estrangeira (0)	13	10,7%	27	23,7%	0,008	0,388 (0,189-0,796)
	Portuguesa (1)	108	89,3%	87	76,3%		
Estado Civil	Outro estado (0)	60	49,6%	45	39,5%	0,119	1,508 (0,899-2,531)
	Solteiro (1)	61	50,4%	69	60,5%		
Escolaridade Obrigatória	Ausente (0)	55	45,5%	68	59,6%	0,029	0,564 (0,336-0,946)
	Presente (1)	66	54,5%	46	40,4%		
Situação Laboral	Inactiva (0)	69	57,0%	44	38,6%	0,005	2,111 (1,253-3,555)
	Activa (1)	52	43,0%	70	61,4%		
Fontes de rendimento ^a	Outra (0)	64	52,9%	37	32,5%	0,002	2,337 (1,375-3,971)
	Próprio (1)	57	47,1%	77	67,5%		
Alojamento	Outro (0)	63	52,1%	65	57,0%	0,446	0,819 (0,490-1,370)
	Próprio (1)	58	47,9%	49	43,0%		
Agregado familiar	Outro (0)	90	74,4%	97	85,1%	0,042	0,509 (0,264-0,982)
	Sozinho (1)	31	25,6%	17	14,9%		
Cuidador informal	Ausente (0)	38	31,4%	22	19,3%	0,033	1,915 (1,047-3,499)
	Presente (1)	83	68,6%	92	80,7%		
Antecedentes familiares psiquiátricos (n=188)	Ausente (0)	84	72,4%	55	76,4%	0,546	0,811 (0,411-1,601)
	Presente (1)	32	27,6%	17	23,6%		
Antecedentes familiares penais (n=195)	Ausente (0)	99	84,6%	47	60,3%	<0,001	3,628 (1,844-7,137)
	Presente (1)	18	15,4%	31	39,7%		

3.4.2. Dimensão clínica nos PRs versus PCs

3.4.2.1. Idade no primeiro contacto, idade no primeiro tratamento e anos decorridos

As medianas das idades (em anos) no primeiro contacto e no início do tratamento foram praticamente iguais entre PRs e PCs. Contudo, os civis revelaram um número significativamente superior ($p=0,031$) de anos decorridos desde o início do tratamento, em relação aos reclusos (Tabela 35 e Anexo 3 – Tabela 56).

3.4.2.2. Contacto com Serviços de Saúde Mental no último ano de vida civil

Os PRs mostraram uma probabilidade 2,4 vezes inferior ($OR= 0,43$; $1/OR= 2,35$; $p=0,003$) de terem tido um contacto com serviços de psiquiatria no último ano de vida civil, em comparação com os PCs (Tabela 35 e Anexo 3 – Tabela 56).

3.4.2.3. Internamentos psiquiátricos anteriores

Em relação a internamentos psiquiátricos no passado os reclusos possuíam uma probabilidade 1,7 vezes inferior ($OR= 0,589$; $1/OR=1,70$; $p=0,044$) de terem sido internados anteriormente, em comparação com os civis (Anexo 3 – Tabela 56).

A respeito de Internamentos exclusivamente na Vida Civil e no Sistema Prisional observou-se que os PRs tinham uma probabilidade 7,6 vezes inferior de terem sido internados na vida civil ($OR=0,13$; $1/OR=7,58$; $p<0,001$) e uma probabilidade 78 vezes superior de terem sido internados durante os períodos de reclusão ($OR=78,26$; $p<0,001$), em comparação com os PCs (Tabela 35 e Anexo 3 – Tabela 56).

Tabela 35 - Variáveis clínicas de tipo categorial dos PRs e PCs

Variáveis Clínicas (n=235)		PCs (0) (n=121)		PRs (1) (n=114)		Qui- quadrado	Odds-ratio (I.C. 95%)
		n	%	n	%		
Contacto com a psiquiatria no último ano da vida civil	Não (0)	70	57,9%	87	76,3%	0,003	0,426 (0,243-0,748)
	Sim (1)	51	42,1%	27	23,7%		
Utilização de Serviços ao longo da vida ^a	Ausente (0)	17	14,0%	39	34,2%	<0,001	0,314 (0,165-0,598)
	Presente (1)	104	86,0%	75	65,8%		
Tratamentos ^a	Ausente (0)	15	12,4%	37	33,5%	<0,001	0,294 (0,151-0,574)
	Presente (1)	106	87,6%	77	67,5%		
Consumo de substâncias no último mês vida civil	Ausente (0)	78	64,5%	35	30,7%	<0,001	4,094 (2,374-7,061)
	Presente (1)	43	35,5%	79	69,3%		
Auto-agressão anterior (n=219)	Ausente (0)	70	57,9%	41	41,8%	0,018	1,908 (1,112-3,274)
	Presente (1)	51	42,1%	57	58,2%		
Letalidade (n=107)	Reduzida (0)	31	60,8%	7	12,5%	<0,001	10,850 (4,108-28,655)
	Elevada (1)	20	39,2%	49	87,5%		
Sequelas da auto-agressão ^a (n=107)	Ausente (0)	36	70,6%	26	46,4%	0,011	2,769 (1,245-6,158)
	Presente (1)	15	29,4%	30	53,6%		

(0) – variável de referência. ^a _ Pode existir mais do que uma categoria

3.4.2.4. Utilização de Serviços de Saúde Mental

Os PRs registaram uma probabilidade 3,2 vezes inferior de terem frequentado Serviços de Saúde Mental ao longo da vida (OR= 0,314; 1/OR=3,18; p<0,001), em comparação com os PCs.

Sobre os tipos de Serviços de Saúde Mental utilizados ao longo da vida verifica-se que as Consultas foram o serviço mais utilizado nos dois grupos, especialmente entre os PCs em relação aos PRs (85,1% versus 56,1%). O Hospital-de-Dia e o Fórum sócio-ocupacional foram, igualmente, serviços mais utilizados pelos PCs (23,1% e 7,4%), em comparação com os reclusos (1,8% e 0,9%). A Comunidade Terapêutica e o CAT foram mais utilizados pelos PRs, em relação aos PCs (8,8% e 10,5% versus 5,0% e 0,8%, respectivamente). Outros serviços, como Visitas Domiciliárias e Formação Profissional protegida registaram uma utilização marginal nas duas amostras (Tabela 35 e Anexo 3 – Tabela 56).

3.4.2.5. Tratamentos psiquiátricos efectuados

Os tratamentos psiquiátricos efectuados pelos indivíduos das duas amostras divergiram significativamente em vários aspectos. Os reclusos mostraram uma probabilidade 3,4 vezes inferior de terem efectuado tratamentos psiquiátricos, (OR: 0,294; 1/OR=3,40; p<0,001), em relação aos PCs (Tabela 35 e Anexo 3 – Tabela 56).

Em relação aos tipos de tratamento efectuados nas duas amostras: os reclusos mostraram uma probabilidade 3,8 vezes inferior de terem efectuado fármacos orais e 5,2 vezes inferior de terem efectuado fármacos injectáveis, em relação aos civis. Nas modalidades psicoterapêuticas os reclusos mostraram uma probabilidade 2,9 vezes inferior de terem recebido psicoterapia individual, em relação aos civis (Anexo 3 – Tabela 56).

Outras abordagens terapêuticas, como electroconvulsivoterapia, psicoeducação, psicoterapia de grupo e intervenção familiar foram aplicadas nas duas amostras em pequenas percentagens e sem diferenças significativas (Anexo 3 – Tabela 56).

Em relação à toma actual de Medicação constatou-se que os PRs tinham uma probabilidade 4,6 vezes inferior de se encontrarem a fazer Medicação (OR=0,216; 1/OR=4,63; $p=0,012$), em comparação com os PCs. Nas diferentes classes de psicofármacos observou-se que os Antipsicóticos encontravam-se menos frequentemente prescritos nos PRs (47,5%), em comparação com os PCs (58,7%), embora não significativamente. Os PRs apresentaram uma probabilidade 2,9 vezes inferior de receberem Antidepressivos (OR=0,351; 1/OR=2,85; $p<0,001$), em relação aos PCs. Os Estabilizadores de Humor encontravam-se mais frequentemente prescritos entre os PRs em relação aos PCs (35,1% versus 26,4%), mas não significativamente. Os Ansiolíticos foram prescritos com uma probabilidade 1,7 vezes inferior nos PRs (OR=0,590; 1/OR=1,70; $p=0,044$), em relação aos PCs. No entanto, a classe dos Hipnóticos foi prescrita numa probabilidade 8,3 vezes superior nos PRs (OR=8,33; $p=0,001$), em relação aos PCs.

Na classe dos Antipsicóticos procurou-se conhecer as proporções de fármacos de primeira e segunda geração (PG e SG) prescritos em ambas as amostras. Os antipsicóticos orais PG (15,7% versus 13,2%), orais SG (48,8% versus 36,8%), assim como os antipsicóticos *depot* PG (5,8% versus 5,3%) não foram prescritos em proporções significativamente diferentes entre PRs e PCs. Relativamente ao único antipsicótico *depot* SG disponível (risperidona) observou-se que não se encontrava prescrito em nenhum PRs. Efectuando o cálculo do *Odds-ratio* pela atribuição do valor mínimo (1) verificou-se que a probabilidade de prescrição deste fármaco seria 2 vezes inferior nos PRs (OR=0,50; 1/OR=1,99; $p=0,030$), em comparação com os PCs (Tabela 35 e Anexo 3 – Tabela 56).

3.4.2.6. Diagnósticos clínicos

Na amostra dos PRs os diagnósticos clínicos mais frequentemente registados foram a Depressão Unipolar em 58,8% (n=67), seguido da Perturbação da Personalidade em 13,2% (n=15), e depois a Perturbação da Ansiedade em 9,6% (n=11). A Dependência Química foi registada em 7,9% (n=9) e a Esquizofrenia e outras psicoses em 7% (n=8). Finalmente, o diagnóstico de Perturbação Bipolar foi colocado em 3,7% (n=4).

Na amostra dos PCs, os diagnósticos clínicos mais frequentemente registados foram a Depressão Unipolar em 36,4% (n=44), seguida da Esquizofrenia e outras psicoses em 29,8% (n=36) e da Perturbação da Ansiedade em 12,4% (n=15). A Perturbação Bipolar foi registada

em 10,7% (n=13). Por fim, os diagnósticos de Perturbação da Personalidade (5,8%; n=7), de Dependência Química (3,3%; n=4) e Outros (1,7; n=2) foram os menos frequentes (Anexo 3 – Tabela 56).

Verificou-se que os PRs apresentaram uma probabilidade de 2,5 vezes superior de receberem um diagnóstico clínico de Depressão (OR=2,50; p=0,001) e uma probabilidade de 5,6 vezes menos de receberem um diagnóstico clínico de Esquizofrenia e Outras Psicoses (OR=0,178; 1/OR=5,62; p<0,001), em relação aos PCs. Estes resultados indicam que as duas amostras não são homogêneas para a variável Diagnóstico Clínico. Os restantes diagnósticos não mostraram diferenças estatisticamente significativas entre as amostras (Anexo 3 – Tabela 56).

3.4.2.7. Consumo de substâncias

No que concerne ao consumo de substâncias, no último mês de vida civil, dos PRs 73,7% (n=84) responderam positivamente. Observa-se que as substâncias mais consumidas foram a heroína (39,5%), a cannabis (37,7%) e a cocaína (37,7%). As bebidas alcoólicas foram consumidas por mais de um quarto dos reclusos (28,1%). Os consumos de ecstasy, LSD e de fármacos não prescritos, tiveram uma expressão muito marginal, variando entre 0,9 e 1,8%.

Os PCs revelaram uma situação de consumos diferente: apenas 35,5% (n=43) afirmaram ter consumido no último mês. A substância mais consumida foi o álcool (27,3%), seguida pela cannabis (16,5%) e cocaína (7,4%). Os fármacos sem prescrição (4,1%) e a heroína (2,5%) obtiveram resultados bastante inferiores. Não se registaram consumos de ecstasy ou LSD (Anexo 3 – Tabela 56).

Os PRs apresentaram uma probabilidade 4,1 vezes superior de terem consumido substâncias (OR=4,09; p<0,001), em relação aos PCs (Tabela 35).

Por tipo de substância, os reclusos mostraram uma probabilidade 3 vezes superior de terem consumido Cannabis (OR=2,95; p<0,001), uma probabilidade 24,7 vezes superior de terem consumido Heroína (OR=24,72; p<0,001) e uma probabilidade 7,3 vezes superior de terem consumido Cocaína (OR=7,26; p<0,001), em comparação com os civis (Anexo 3 – Tabela 56).

3.4.2.8. Tratamentos orientados para os consumos

Sobre os tratamentos dirigidos aos consumos de tóxicos anteriores os PRs mostraram uma probabilidade 5,5 vezes superior de terem recebido um tratamento (OR=5,50; p<0,001), em relação aos PCs (Tabela 72).

Os serviços mais utilizados pelos reclusos, no exterior, tinham sido o CAT (15,8%) seguido pela Comunidade Terapêutica (CT) (13,2%). O tratamento na prisão foi referido em 10,5% dos casos. Os civis utilizaram mais frequentemente a CT (5,8%), a consulta de Psiquiatria (5,8%), o tratamento informal (5,0%), e o internamento hospitalar (5,0%) (Anexo 3 – Tabela 56).

3.4.2.9. Consequências dos consumos

As consequências registadas indicam os danos ocorridos e admitidos na entrevista pelos participantes. Os PRs revelaram uma probabilidade 5,2 vezes superior de referirem uma ou mais consequências dos consumos (OR=5,15; $p<0,001$), em relação aos PCs. Relativamente às consequências concretas, os reclusos apresentaram probabilidades de 43,7 e 13,2 vezes superiores de pena de prisão (OR=43,70; $p<0,001$) e de consequências familiares (OR=13,17; $p<0,001$), respectivamente, em comparação com os civis.

Entre os PCs, as consequências pessoais (17,4%) e as familiares (6,6%) foram as mais frequentemente referidas (Anexo 3 – Tabela 56).

3.4.2.10. Comportamentos de auto-agressão

Os PRs apresentaram uma probabilidade 1,9 vezes superior de actos auto-agressivos ao longo da vida (OR=1,90; $p=0,014$), em relação aos PCs (Tabela 35 e Anexo 3 – Tabela 56).

Em relação aos métodos utilizados, constatou-se que os PRs utilizaram o Enforcamento (OR=6,22; $p<0,001$) e os Ferimentos em áreas vitais (OR=5,64; $p<0,001$) 6,2 e 5,6 vezes mais, respectivamente, do que os PCs.

Os PCs utilizaram 2,5 vezes mais frequentemente a ingestão de medicamentos (OR=0,40; $1/OR=2,53$; $p=0,005$) em relação aos PRs.

Outros métodos, como os ferimentos em áreas não vitais, salto de altura, atropelamentos, ingestão de corpos estranhos não foram utilizados pelos participantes com diferenças significativas.

A agregação dos métodos de auto-agressão nas categorias de Reduzida Letalidade (ingestão medicamentos, ferimento em área não vital) e Elevada Letalidade (enforcamento, ferimento em área vital, salto, atropelamento) mostrou que os PRs tinham uma probabilidade 10,9 vezes superior de empregarem métodos de elevada letalidade (OR=10,85; $p<0,001$), em comparação com os PCs (Tabela 35 e Anexo 3 – Tabela 56).

No que diz respeito às Sequelas dos Actos Auto-agressivos, os PRs apresentaram uma probabilidade 2,8 vezes superior de referirem pelo menos uma sequela da auto-agressão mais grave (OR=2,77; $p=0,011$), em relação aos PCs. As cicatrizes foram a sequela mais referida, tanto pelos reclusos ($n=25$; 44,6%) como pelos civis ($n=10$; 19,6%). Queixas gástricas foram referidas por 7,1% ($n=4$) dos reclusos e problemas neurológicos foram referidos por 2,5% ($n=3$) dos civis. Outras sequelas verificaram-se numa proporção marginal (Tabela 35 e Anexo 3 – Tabela 56).

3.4.3. Dimensão forense nos PRs versus PCs

3.4.3.1. Antecedentes Penais

Tal como seria previsível constatou-se uma enorme diferença neste aspecto entre as duas amostras. Os PRs apresentaram uma probabilidade 10,4 vezes superior de já terem recebido uma condenação (OR=10,36; $p<0,001$), em comparação com os PCs. Metade dos PRs (n=58; 50,9%) possuíam condenações anteriores, mas apenas 11 (9,1%) dos PCs revelaram condenações anteriores. Por outro lado, em relação à pena, dos 58 reclusos condenados, 45 (39,5%) foram sujeitos a pena de prisão, e dos 11 civis condenados somente 3 (2,5%) tinham recebido pena de prisão. Salienta-se ainda que dos civis condenados anteriormente, apenas um elemento (0,8%) tinha sido sujeito a medida de segurança.

Sobre o número de condenações anteriores, verificou-se que a maioria dos PRs (n=40; 67,2%) contava com duas a cinco, e um quarto dos reclusos (n=15; 25,4%) possuía mais de cinco condenações anteriores. Entre os civis, seis indivíduos tinham recebido uma condenação e cinco indivíduos tinham recebido entre duas e cinco condenações (

Formatada: Justificado, Avanço: Primeira linha: 1.25 cm, Espaçamento entre linhas: 1.5 linhas, Não ajustar o espaço entre texto asiático e texto em latim, Não ajustar o espaço entre texto asiático e números

Formatada: Tipo de letra: Arial, Não Negrito

[Tabela 36](#)

Formatada: Justificado, Avanço:
Primeira linha: 1.25 cm, Espaçamento
entre linhas: 1.5 linhas, Não ajustar o
espaço entre texto asiático e texto em
latim, Não ajustar o espaço entre texto
asiático e números

Formatada: Tipo de letra: Arial, Não
Negrito

[Tabela 36](#) e Anexo 3 – Tabela 57).

3.4.3.2. Tipos de crime anteriores

Em relação aos tipos de crimes, que originaram condenações, dos PRs e PCs observou-se que nos primeiros os crimes contra as pessoas representaram perto de metade dos crimes (n=26; 22,8%), seguidos pelos crimes contra bens materiais (n=16; 14,0%) e outros crimes (n=14; 12,3%). Nos segundos, crimes contra pessoas e contra o património foram praticados por dois participantes em cada categoria (1,7%) e seis participantes (5,0%) tinham praticado crimes englobados na categoria de Outros.

Os PRs revelaram uma probabilidade de 17,6 e 9,7 vezes superior de terem cometido um crime contra pessoas (OR=17,58; p<0,001) e um crime contra o património (OR=9,71; p<0,001), respectivamente, em relação aos PCs (

Formatada: Justificado, Avanço: Primeira linha: 1.25 cm, Espaçamento entre linhas: 1.5 linhas, Não ajustar o espaço entre texto asiático e texto em latim, Não ajustar o espaço entre texto asiático e números

Formatada: Tipo de letra: Arial, Não Negrito

[Tabela 36](#)

Formatada: Justificado, Avanço:
Primeira linha: 1.25 cm, Espaçamento
entre linhas: 1.5 linhas, Não ajustar o
espaço entre texto asiático e texto em
latim, Não ajustar o espaço entre texto
asiático e números

Formatada: Tipo de letra: Arial, Não
Negrito

[Tabela 36](#) e Anexo 3 – Tabela 57).

Tabela 36 - Variáveis Forenses nos PCs e PRs

Variáveis Forenses (n=235)		PCs (0) (n=121)		PRs (1) (n=114)		Qui- quadrado/ *Teste Exacto de Fisher	Odds-ratio (I.C. 95%)
		N	%	n	%		
Condenação anterior	Ausente (0)	110	90,9%	56	49,1%	<0,001	10,357 (5,039-21,287)
	Presente (1)	11	9,1%	58	50,9%		
Crime anterior contra pessoas (n= 69)	Ausente (0)	119	98,3%	88	77,2%	<0,001	17,580 (4,065-76,029)
	Presente (1)	2	1,7%	26	22,8%		
Crime anterior contra o património	Ausente (0)	119	98,3%	98	86,0%	<0,001	9,714 (2,180-43,280)
	Presente (1)	2	1,7%	16	14,0%		
Outros crimes	Ausente (0)	115	95,0%	100	87,7%	0,044	2,683 (0,994-7,245)
	Presente (1)	6	5,0%	14	12,3%		

(0) – variável de referência

3.4.4. Categorias diagnósticas nos PRs versus PCs

A avaliação diagnóstica (MINI) mostrou que os PRs apresentaram maiores probabilidades de pontuarem diversas categorias diagnósticas, em relação aos PCs, designadamente: 2,6 vezes mais na categoria de Episódio Depressivo Major (OR=2,59; p=0,001); 3,2 vezes mais na categoria Episódio Depressivo Major com Características Melancólicas (OR=3,15; p=0,004); 1,9 vezes mais no Risco de Suicídio (OR=1,90; p=0,018); 2,6 vezes mais no nível Risco de Suicídio Elevado (OR=2,60; p=0,003); 15 vezes mais na categoria de Perturbação de Estresse Pós-traumático (OR=15,04; p<0,001); 8,5 vezes mais na categoria de Dependência/Abuso de Substâncias (OR=8,47; p<0,001); 4,6 vezes mais na categoria de Dependência/Abuso de Cannabis (OR=4,62; p<0,001); 16 vezes mais na categoria de Dependência/Abuso de Cocaína (OR=16,03; p<0,001); 46,8 vezes mais na categoria de Dependência/Abuso de Heroína (OR=46,83; p<0,001); 6,7 vezes mais na categoria de Dependência/Abuso de Ácidos (OR=6,67; p=0,012); 2,7 vezes mais na categoria de Ansiedade Generalizada (OR=2,67; p<0,001) e 26,4 vezes mais na categoria de Perturbação Anti-social da Personalidade (PASP) (OR=26,36; p<0,001). Pelo contrário, os PCs não pontuaram nenhuma categoria com um nível significativamente superior em relação aos PRs (Anexo 3 – Tabela 58).

Em síntese, os PRs preencheram os critérios para patologia depressiva do humor, algumas formas de patologia da ansiedade, dependência ou abuso de substâncias e PASP, com probabilidades significativamente superiores em relação aos PCs. As categorias de Síndrome Psicótica e Episódio (Hipo)Maníaco não se distribuíram de forma significativamente diferente nas duas amostras. A ausência de uma maior frequência de Síndrome Psicótica entre os PCs, em relação aos PRs, não é congruente com as frequências de diagnóstico clínico de

psicose nas duas amostras. No entanto, recorda-se que uma parte dos PCs encontrava-se no ambulatório (19,1%) e provavelmente sem um quadro agudo.

3.4.5. Psicopatologia nos PRs versus PCs

3.4.5.1. BPRS, pontuação total

Os PRs apresentaram uma pontuação total do BPRS significativamente inferior ($p=0,025$), em relação aos PCs. A mediana da pontuação foi de 38 (menor psicopatologia) nos reclusos e de 40 (maior psicopatologia) nos civis (Tabela 37).

Tabela 37 - Pontuação Total (BPRS) nos PCs e PRs

BPRS Pontuação Total ^a (n=235)	n	Min.	Max.	Mediana	Média	Testes Normalidade*	Valor p**
PCs	21	24	76	40	0,8	n.a.	0,025
PRs	14	26	61	38	8,1	n.a.	

^a – amplitude da pontuação: 24- 168 (pior). n.a. – Não assumido. * Testes de Kolmogorov-Smirnoff e Shappiro-Wilks. ** Teste de Mann-Whitney

3.4.5.2. BPRS, Factores

Relativamente às pontuações dos quatro Factores do BPRS (Ventura et al. 1993) observou-se que os PRs obtiveram uma pontuação do Factor Sintomas Negativos significativamente inferior em relação aos PCs ($p<0,001$, Teste de Mann-Whitney). Os Factores Sintomas Positivos e Mania/Excitação registaram uma pontuação ligeiramente superior nos PCs face aos PRs, mas que não foi significativa. O Factor Depressão Ansiedade foi praticamente semelhante entre PRs e PCs.

Na interpretação destes resultados recorda-se que a amostra de PCs continha uma proporção significativamente superior de diagnósticos clínicos de Esquizofrenia/Outras psicoses, o que poderá explicar a maior pontuação do Factor Sintomas Negativos entre os Civis. Todavia, a maior proporção de diagnósticos de Depressão Major e de Perturbação de Ansiedade Generalizada nos PRs não mostrou correspondência na pontuação do Factor Depressão/ Ansiedade (Anexo 3 – Tabela 59).

3.4.6. Funcionamento Psicossocial nos PRs versus PCs

Os PRs apresentaram uma pontuação do GAF, escala de incapacidade, significativamente inferior, em relação aos PCs ($p<0,001$). A mediana da pontuação foi de 40 (maior incapacidade) nos PRs e de 55 (menor incapacidade) nos PCs (Tabela 38).

Resultados

Tabela 38 - Pontuação da Avaliação Global do Funcionamento (GAF) dos PCs e PRs

GAF Escala de incapacidade (n=235)	n	Min.	Max.	Mediana	Média	Testes Normalidade*	Valor p**
PRs	114	10	85	40	44,4	n.a.	<0,001
PCs	121	10	87	55	54,0	n.a.	

n.a. – Não assumido. * Testes de Kolmogorov-Smirnoff e Shappiro-Wilks. ** Teste Mann-Whitney

3.5. Necessidades de Cuidados nos PRs versus PCs

3.5.1. Necessidades de Cuidados Não-satisfeitas, na pontuação dos PRs versus PCs

Na amostra dos PCs foi aplicado, além dos 22 domínios do CAN, o domínio 23. Tratamento, pertencente ao CANFOR, porque se trata de um domínio que avalia a aceitação do tratamento, particularmente importante nos pacientes internados em psiquiatria.

Os PRs pontuaram Necessidades Não-satisfeitas, com uma probabilidade significativamente superior aos PCs, nos seguintes domínios: 2,1 vezes mais nas Actividades Diárias ($OR=2,10$; $p=0,006$), 3,4 vezes mais na Saúde Física ($OR=3,38$; $p=0,004$), 4,3 vezes mais na Informação sobre a Doença e Tratamento ($OR=4,35$; $p<0,001$), 1,7 vezes mais no Sofrimento Psicológico ($OR=1,69$; $p=0,049$), 2 vezes mais na Segurança para o Próprio ($OR=1,99$; $p=0,015$), 3 vezes mais em Drogas ($OR=2,96$; $p=0,004$), 7,4 vezes mais no Relacionamento Sexual ($OR=7,39$; $p<0,001$), 8,2 vezes mais nos Cuidados Parentais ($OR=8,24$; $p<0,001$), 6,4 vezes mais no Telefone ($OR=6,35$; $p=0,017$) e 4,1 vezes mais nos Benefícios Sociais ($OR=4,07$; $p<0,001$).

Nos domínios Álcool ($OR=0,18$; $1/OR=5,55$; $p=0,014$) e Dinheiro ($OR=0,41$; $1/OR=2,47$; $p=0,006$) os PRs registaram probabilidades inferiores de Necessidades Não-satisfeitas de 5,6 e 2,5 vezes, respectivamente, em relação aos PCs.

As pontuações da primeira secção dos instrumentos CANFOR e CAN agregadas em duas categorias (Outra pontuação / Necessidade Não-satisfeita) são apresentadas no Anexo 3 – Tabela 60.

3.5.2. Resultados totais pontuados pelos PRs versus PCs

Necessidades Satisfeitas, Não-satisfeitas e Totais

As Necessidades Satisfeitas não foram significativamente diferentes entre PRs e PCs. As Necessidades Não-satisfeitas e as Necessidades Totais foram significativamente superiores ($p<0,001$, Teste de Mann-Whitney) nos PRs (medianas de 6 e 8) em relação aos PCs (medianas de 3 e 6) (Tabela 39).

Ajudas recebida e necessária

Os PRs obtiveram um valor de Ajuda Formal Recebida (mediana de 4) significativamente inferior ($p=0,004$, Teste de Mann-Whitney) em relação aos PCs (mediana de 6). A Ajuda Formal Necessária nos PRs (mediana de 17) foi significativamente superior ($p<0,001$, Teste de Mann-Whitney) em relação aos PCs (mediana de 10).

Na Ajuda Informal Recebida não existiu uma diferença significativa entre as amostras (Tabela 39).

Nível de Satisfação

Os PRs apresentaram uma mediana de Satisfação de 2 (2 domínios em 25) e os PCs apresentaram uma mediana de Satisfação de 3 (3 domínios em 23) cuja diferença foi estatisticamente significativa ($p<0,001$, Teste de Mann-Whitney (Tabela 39).

Nível de Adequação

O CAN questiona os utentes e técnicos sobre a adequação da ajuda à necessidade apresentada. O CANFOR não apresenta esta secção, pelo que não é possível efectuar uma comparação entre participantes (Tabela 39).

Tabela 39 - Pontuações totais das secções CAN/CANFOR dos PRs e PCs

CAN / CANFOR, Secções (n=235)		n	Min.	Máx.	Mediana	Média	Testes de Normalidade*	Valor p**
Total de necessidades satisfeitas	PRs	114	0	8	2	2,6	n.a.	0,231
	PCs	121	0	9	2	2,4	n.a.	
Necessidades não-satisfeitas	PRs	114	1	11	6	5,5	n.a.	<0,001
	PCs	121	0	12	3	3,4	n.a.	
Total de Necessidades	PRs	114	2	16	8	7,9	n.a.	<0,001
	PCs	121	1	15	6	6,0	n.a.	
Ajuda informal recebida	PRs	114	0	18	5	5,9	n.a.	0,127
	PCs	121	0	19	5	5,6	n.a.	
Ajuda formal recebida	PRs	114	0	15	4	5,0	n.a.	0,007
	PCs	121	0	16	6	6,2	n.a.	
Ajuda formal necessária	PRs	114	0	41	17	17,0	n.a.	<0,001
	PCs	121	0	38	10	11,0	n.a.	
Satisfação	PRs	114	0	9	2	2,5	n.a.	<0,001
	PCs	121	0	10	3	3,3	n.a.	
Adequação	PCs	121	0	10	3	3,2		

n.a. – Não assumido. * Testes de Kolmogorov-Smirnoff e Shappiro-Wilks ** Teste Mann-Whitney

3.5.3. Necessidades de Cuidados Não-satisfeitas, pontuadas pelos Técnicos, dos PRs versus PCs

Pelo facto de que, na amostra dos PCs somente os técnicos dos participantes internados responderam ao CAN, optou-se por efectuar a comparação entre as pontuações dos técnicos responsáveis pelos reclusos internados no Serviço de Psiquiatria do HPSJD (n=68) e as pontuações dos técnicos responsáveis pelos civis internados no DPSM do HSFJ (n=63).

Os PRs obtiveram uma probabilidade 49,2 vezes superior de apresentarem uma Necessidade Não-satisfeita no domínio Relacionamento Sexual ($OR=49,23$; $p<0,001$), em relação aos PCs.

Inversamente revelaram probabilidades inferiores de Necessidades Não-satisfeitas nos seguintes domínios: 4,3 vezes menos no domínio 7. Sintomas Psicóticos ($OR=0,23$; $1/OR=4,29$; $p=0,005$), 20,8 vezes menos no domínio 12. Álcool ($OR=0,05$; $1/OR=20,83$; $p<0,001$), 3,8 vezes menos no domínio 21. Dinheiro ($OR=0,27$; $1/OR=3,76$; $p=0,004$).

As Necessidades Não-satisfeitas por domínio do CAN/CANFOR pontuadas pelos PRs e técnicos mostraram menor concordância entre si do que as pontuações de PCs e respectivos técnicos. Esta observação será verificada adiante através do coeficiente de concordância *Kappa*.

As pontuações pelos técnicos da primeira secção do CAN/CANFOR e a sua agregação em duas categorias (Outra pontuação / Necessidade Não-satisfeita) são apresentadas no Anexo 3 – Tabela 61.

3.5.4. Resultados totais pontuados pelos técnicos dos PRs versus PCs.

A comparação dos resultados totais de Necessidades e de Ajudas, segundo a pontuação dos técnicos, entre PRs e PCs mostrou que os primeiros obtiveram um valor ligeiramente superior de Necessidades Satisfeitas e um valor sensivelmente igual de Necessidades Não-satisfeitas, em relação aos segundos. A respeito de Ajudas, os reclusos obtiveram níveis de Ajuda Informal ($p<0,001$, Teste de Mann-Whitney) e Formal ($p=0,03$, Teste de Mann-Whitney) significativamente inferiores aos civis e uma pontuação superior, mas não significativa, de Ajuda Formal Necessária, em relação aos civis (Anexo 3 – Tabela 62).

3.6. Estudo da Concordância entre Participantes e Técnicos sobre Necessidades de Cuidados

3.6.1. Concordância na totalidade de Participantes e Técnicos sobre a Necessidade Não-satisfeita de Cuidados

Os instrumentos de avaliação de necessidades individuais CAN/CANFOR funcionam como duas escalas distintas para registar as perspectivas do utente (receptor de cuidados) e do técnico (prestador de cuidados). Com a intenção de estudar a concordância das pontuações de Necessidades de Cuidados Não-satisfeitas entre os participantes das duas amostras (reclusos e civis) e os respectivos técnicos foram determinados os Coeficientes *Kappa* (Cohen, 1960) como uma medida de concordância destas pontuações.

De modo a ser possível construir uma tabela simétrica de dados, necessária para esta análise, as pontuações da Secção 1 (Necessidades) do CAN/CANFOR foram agregadas em duas categorias (Necessidade não-satisfeita / Outra pontuação).

A concordância da pontuação de Necessidades de Cuidados Não-satisfeitas entre os participantes reclusos e civis e respectivos técnicos registou uma média dos coeficientes *Kappa* de 0,262, inferior ao limiar de concordância fraca (*Kappa* <0,4).

A respeito da concordância de pontuações por domínio verificou-se um nível de concordância fraco (*Kappa*<0,4) nos seguintes domínios 1. Alojamento, 2. Alimentação, 4. Cuidados Pessoais, 5. Actividades Diárias, 6. Saúde Física, 7. Sintomas Psicóticos, 8. Informação Sobre a Doença e Tratamento, 9. Sofrimento Psicológico, 11. Segurança Para os Outros (excluindo crimes sexuais e fogo posto), 14. Contactos sociais, 15. Relações Afectivas com Parceiro(a), 19. Telefone, 21. Dinheiro, 22. Subsídios Sociais e 23. Tratamento.

Outros domínios revelaram um nível de concordância moderado (*Kappa* entre 0,4 e 0,6): 3. Cuidados Com o Alojamento, 10. Segurança Para o Próprio, 12. Álcool, 13. Drogas, 16. Relacionamento Sexual, 17. Cuidados Parentais e 18. Literacia Básica.

Um nível elevado de concordância (*Kappa* entre 0,6 e 0,8) apenas foi alcançado no domínio 20. Utilização de transportes (Anexo 3 – Tabela 63).

3.6.1.1. Concordância entre PRs e Técnicos sobre a Necessidade Não-satisfeita de Cuidados

A concordância na pontuação de Necessidades de Cuidados Não-satisfeitas, entre os PRs e os respectivos técnicos, foi de nível fraco (*Kappa* <0,4). A média dos Coeficientes *Kappa* foi de 0,305, um valor ligeiramente superior à concordância anterior.

A concordância por domínios mostrou uma concordância de nível fraco (*Kappa* <0,4) nos domínios de 1. Alojamento, 3. Cuidados Com o Alojamento, 4. Cuidados Pessoais, 5. Actividades Diárias, 6. Saúde Física, 8. Informação Sobre a Doença e Tratamento, 9.

Sofrimento Psicológico, 11. Segurança Para os Outros, 14. Contactos sociais, 15. Relações Afectivas com Parceiro(a), 16. Relacionamento Sexual, 18. Literacia Básica, 19. Telefone, 21. Dinheiro, 22. Subsídios Sociais e 23. Tratamento.

Os domínios que revelaram uma concordância de nível moderado (*Kappa* entre 0.4 a 0.6) foram os seguintes: 7. Sintomas Psicóticos, 10. Segurança Para o Próprio, 13. Drogas, 17. Cuidados parentais, e 20. Utilização de Transportes.

Os domínios 2. Alimentação e 12. Álcool foram os únicos que mostraram um nível elevado de concordância (*Kappa* entre 0.6 a 0.8). Os domínios 24. Crimes Sexuais e 25. Fogo Posto do CANFOR foram excluídos porque estes domínios não existem no CAN, e pretendia-se comparar níveis de concordância entre PRs e PCs (Anexo 3 – Tabela 64).

3.6.1.2. Concordância entre PRs Internados e Técnicos sobre a Necessidade Não-satisfeita de Cuidados

A mesma análise foi efectuada na subamostra de reclusos internados em Serviço de Psiquiatria de forma a possibilitar a comparação de concordância entre participantes (reclusos e civis) internados.

Nos casos em o Coeficiente *Kappa* não podia ser aplicado foi calculada a Taxa de Concordância.

A concordância de pontuações verificada foi de nível fraco (*Kappa* <0,4). A média dos Coeficientes *Kappa* foi de 0,369 e a média dos Coeficientes *Kappa* e Taxas de Concordância foi ligeiramente superior: 0,388.

A concordância de nível fraco (*Kappa* <0,4) ocorreu nos seguintes domínios: 1. Alojamento, 5. Actividades Diárias, 6. Saúde Física, 8. Informação Sobre a Doença e Tratamento, 9. Sofrimento Psicológico, 14. Contactos sociais, 15. Relações Afectivas com Parceiro(a), 16. Relacionamento Sexual, 18. Literacia Básica, 19. Telefone, 22. Subsídios Sociais e 23. Tratamento.

Os domínios que revelaram uma concordância de nível moderado (*Kappa* entre 0.4 a 0.6) foram os seguintes: 3. Cuidados com o Alojamento, 7. Sintomas Psicóticos, 10. Segurança Para o Próprio, 11. Segurança 13. Drogas, 17. Cuidados Parentais.

Os domínios 2. Alimentação, 4. Cuidados Pessoais, 12. Álcool e 20. Utilização de Transportes mostraram um nível elevado de concordância (*Kappa* entre 0.6 a 0.8) (Anexo 3 – Tabela 65).

3.6.1.3. Concordância entre PCs Internados e Técnicos sobre a Necessidade Não-satisfeita de Cuidados

O grau de concordância na pontuação de Necessidades de Cuidados Não-satisfeitas, entre os PCs internados e os respectivos técnicos foi de nível moderado (*Kappa* entre 0,4 e 0,6). A média dos Coeficientes *Kappa* foi de 0,408 e a média dos Coeficientes *Kappa* e Taxas de Concordância foi ligeiramente superior: 0,524.

Os domínios que revelaram uma concordância de nível fraco (*Kappa* <0,4) foram os seguintes: 1. Alojamento, 3. Cuidados com o alojamento, 5. Actividades Diárias, 9. Sofrimento Psicológico, 11. Segurança para os Outros, 15. Relações Afectivas com Parceiro(a), 16. Relacionamento Sexual, 21. Dinheiro, 22. Subsídios Sociais.

Os domínios que revelaram uma concordância de nível moderado (*Kappa* entre 0.4 a 0.6) foram os seguintes: 10. Segurança Para o Próprio, 12. Álcool, 14. Contactos sociais, 17. Cuidados Parentais e domínio 23. Tratamento (CANFOR).

Os domínios com um nível elevado de concordância (Coeficiente *Kappa* entre 0.6 a 0.8) foram os seguintes: 13. Drogas, 18. Literacia Básica e 20. Utilização de Transportes (Anexo 3 – Tabela 66).

3.6.1.4. Concordância entre Participantes e Técnicos sobre a Necessidades de Cuidados por Domínios

Observaram-se níveis de concordância diferentes entre as pontuações de participantes e técnicos, nas duas amostras. Na amostra de PRs o nível de concordância foi fraco (*Kappa*=0,369) e na amostra de PCs o nível de concordância ultrapassou muito ligeiramente o limiar de fraco e situou-se no nível de moderado (*Kappa*=0,408). Contudo, as diferenças de concordância dos Coeficientes *Kappa* ($p=0,515$) e dos Coeficientes *Kappa* e Taxas de Concordância ($p=0,055$) não foram estatisticamente significativas.

Dos 23 domínios CAN e CANFOR pontuados, oito (34,8%) obtiveram pontuações com uma concordância moderada ou elevada em cada amostra e cinco (21,7%) apresentaram concordância moderada ou elevada nas duas amostras: 10. Segurança Para o Próprio, 12. Álcool, 13. Drogas, 17. Cuidados Parentais e 20. Utilização de Transportes (Anexo 3 – Tabela 67).

Capítulo 4 - Discussão

Neste Capítulo serão apresentadas a discussão dos resultados obtidos e as considerações sobre as limitações metodológicas da investigação.

4.1. Estudo Descritivo dos Participantes Reclusos

A amostra de reclusos em acompanhamento psiquiátrico apresentou algumas características que se desviaram da população prisional global de 2009, relativamente à idade, ao sexo, ao regime de detenção, e ao tipo de crime. Estas diferenças serão abordadas nas secções seguintes.

4.1.1. Dimensão Sociodemográfica

A média de idade na amostra (36,4 anos) foi, ligeiramente, inferior à média de idade da população prisional de 2009 (37,8 anos)³¹ o que significa que a amostra continha uma maior proporção de reclusos nos escalões etários mais jovens. Noutros estudos verificou-se uma tendência semelhante o que é compreensível tendo em conta a maior vulnerabilidade nos mais jovens. James e Glaze (2006) encontraram a maior percentagem de problemas de saúde mental no escalão etário inferior aos 24 anos, e a menor percentagem no escalão etário superior aos 55 anos.

O sexo feminino encontrava-se representado perto de seis vezes mais na amostra (30,7%), em relação à população prisional (5,5%)³¹. O “excesso” de mulheres na amostra é explicado pela inclusão, intencional, de um EP, essencialmente, destinado à população feminina (EP de Tires), de modo a obter na amostra um número razoável de reclusas. No entanto, é um dado frequente observar-se uma maior proporção de mulheres no grupo de reclusos com perturbação mental, em comparação com a população prisional. No Estado de Washington (EUA) Lovell, Gagliardi e Peterson (2002) encontraram uma proporção três vezes superior de mulheres no grupo de reclusos com perturbação mental do que na população prisional (30% *versus* 9%). A estatística prisional norte-americana mostrou, igualmente, uma maior percentagem de mulheres com problemas de saúde mental (70%), em relação aos homens (54%) (James & Glaze, 2006).

³¹ DGSP, Relatório de Actividades de 2009.

4.1.2. Dimensão Clínica

As frequências dos diferentes diagnósticos clínicos, em comparação com os diagnósticos obtidos pela pontuação do MINI foram substancialmente diferentes, com excepção da Depressão Major. Nesta perturbação o diagnóstico clínico e instrumental alcançaram percentagens próximas (58,8% e 56,1%, respectivamente), embora a concordância entre eles tenha sido fraca (Coef. *Kappa*=0,30).

As diferenças entre o diagnóstico clínico e o diagnóstico gerado por instrumentos são comuns e estão associadas a inúmeros factores, tanto do lado da avaliação clínica como da avaliação estruturada (Streiner & Norman, 1995); Rettew *et al.*, 2009). Num contexto adverso, como a prisão, em que os cuidados de saúde representam oportunidades para saídas do ambiente celular pode antecipar-se um viés de desejabilidade de resposta, especialmente em entrevistas estruturadas sobre sintomas, o que, potencialmente, origina um aumento de casos falsos-positivos e/ou o sobrediagnóstico de alterações subclínicas.

A utilização do MINI como instrumento diagnóstico também poderá ter favorecido diagnósticos falsos-positivos, particularmente um sobrediagnóstico de depressão, como foi mencionado por Rivlin *et al.* (2010), Black *et al.* (2004) e Gunter *et al.* (2008).

Salienta-se que as frequências de diagnósticos, obtidas neste estudo, referem-se a uma amostra constituída por reclusos já referenciados para cuidados psiquiátricos em internamento ou em consulta, logo, estes resultados não podem ser comparados directamente com os resultados dos estudos de prevalência de perturbações mentais nos reclusos que se baseiam em amostras da população prisional global.

A Perturbação Anti-social da Personalidade (PASP) foi a categoria diagnóstica mais frequente na amostra de reclusos (57,9%). Na população prisional encontram-se descritas frequências elevadas desta perturbação do eixo II com percentagens que variam entre os 19 e 47% (Black *et al.*, 2004; Bulten *et al.*, 2009). Segundo Fazel e Danesh (2002) trata-se da perturbação mais comum entre reclusos. A frequência encontrada sugere existir um excesso de PASP entre os reclusos acompanhados em psiquiatria, o que não surpreende tendo em conta as dificuldades de adaptação, de intolerância à frustração, de impulsividade e violência que ocorrem nesta patologia de personalidade. No estudo descritivo de Kjelsberg *et al.* (2006) dos reclusos na Noruega sob cuidados de saúde mental, verificou-se uma patologia da personalidade em 45% dos casos (ver Parte I, Cap. 1, Secção 1.3).

A segunda categoria diagnóstica mais frequente foi a Depressão Major (56,1%). A prevalência elevada de depressão entre os reclusos tem sido amplamente registada em diversos estudos, variando entre 5,9% (Brinded, Simpson, Laidlaw, & *et al.*, 2001) e 24% (Falissard, Loze, & Gasquet, 2006). Uma estimativa, baseada na meta-análise mais recente, indica uma prevalência de Depressão de 10,2% nos homens e de 14,1% nas mulheres (Fazel e Seewald, 2012).

No presente estudo é compreensível que a frequência de Depressão Major seja consideravelmente superior devido à selecção da amostra. Nos estudos realizados com

amostras não-representativas da população prisional em geral a depressão estava presente em 48% (amostra de reclusos referenciados para a psiquiatria) (Kjelsberg *et al.*, 2006) e em 87% (amostras de reclusos masculinos e femininos que cometeram actos de auto-agressão graves) (Rivlin *et al.*, 2010; Marzano *et al.*, 2010)

A Perturbação de Ansiedade Generalizada foi pontuada em metade da amostra (50%).

A avaliação do risco de suicídio (MINI) mostrou uma proporção considerável (30%) de reclusos com o nível mais elevado, o que é congruente com a frequência elevada de Depressão Major.

O consumo de substâncias no mês anterior à detenção estava presente em 69,3% dos reclusos. Esta percentagem é muito semelhante à encontrada nos EUA, em que 63% dos reclusos, com algum problema de saúde mental, consumiram drogas no mês anterior à detenção (James & Glaze, 2006).

A categoria Abuso/Dependência de Substâncias (último ano) foi pontuada em perto de metade da amostra (n= 47,4%). Esta frequência não se encontra distante das frequências de consumos reportadas na população prisional portuguesa de 47,4% (Torres, Gomes, Leite, Gonçalves, & Mendes, 2001) e de 40% (Grupo de Trabalho Justiça/Saúde, 2006). No estudo norueguês, acima referido, foi observado um consumo de substâncias em 54% da amostra (Kjelsberg *et al.*, 2006) e os registos federais norte-americanos de 2002 apuraram que 84% dos reclusos consumiam drogas e/ou álcool à data do delito (Hughes & Wilson, 2002). Uma meta-análise de 13 estudos sobre consumo de drogas, à entrada da prisão, observou que o consumo estava presente entre 10 a 48% nos reclusos masculinos e entre 30 a 60% nas reclusas (Fazel, Bains, & Doll, 2006).

Todavia, importa assinalar que a frequência elevada de consumos tóxicos num grupo de reclusos referenciados para cuidados psiquiátricos determina um efeito negativo na evolução clínica e criminal.

A síndrome psicótica foi pontuada numa proporção, relativamente, modesta (17,5%) tendo em mente que a amostra era constituída por reclusos em acompanhamento psiquiátrico e, em comparação, com a frequência de outras categorias do eixo I.

Este dado indica que a maior parte da patologia psiquiátrica existente entre os reclusos acompanhados em psiquiatria não pertence ao grupo das psicoses. No estudo de Kjelsberg *et al.* (2006) somente 11% dos reclusos acompanhados apresentavam um diagnóstico clínico de psicose. Estas percentagens reduzidas traduzem o desvio de indivíduos com psicoses dos estabelecimentos prisionais comuns, embora, ainda se mantenha uma prevalência de psicoses entre a população prisional muito superior à da população geral. A realização de um estudo de prevalência de patologia mental na população prisional portuguesa é crucial para saber em que medida os cuidados de saúde mental abrangem os reclusos com necessidade de tratamento.

4.1.3. Dimensão Forense

A proporção de reclusos em prisão preventiva na amostra (32,5%) foi superior à proporção de reclusos preventivos na população prisional de 2009 (19,3%)³². A sobre-representação de reclusos preventivos na amostra pode dever-se a uma maior referência para a psiquiatria deste grupo e/ou à inclusão de um EP que recebe um número substancial de indivíduos em prisão preventiva (EP de Caxias).

No período de prisão preventiva é compreensível que se manifestem sintomas de ajustamento/stress, pela condição de recluso, suficientemente importantes para justificar a referência para a psiquiatria, para além dos sintomas de outros quadros psiquiátricos. Por maioria de razão, trata-se de um período de risco para o suicídio (Lader, Singleton e Meltzer, 2003; Shaw *et al.*, 2004; Fazel *et al.*, 2008; Duthé *et al.*, 2009).

Relativamente aos delitos em causa, o crime actual contra pessoas esteve mais frequentemente presente na amostra (53,5%) do que na população prisional de 2009 (29,4%)³². Este dado é congruente com os resultados do estudo de Baillargeon *et al.* (2009) que registou uma proporção, significativamente superior, de crimes violentos entre os reclusos com perturbações mentais major *versus* reclusos sem estas perturbações.

Perante estes resultados coloca-se a questão da existência de um viés que eleva a probabilidade de um indivíduo com doença mental ser detido e condenado em relação a um indivíduo sem doença (Reed, 2002). Recorda-se o precedente na ligação doença mental e violência. Após alguns anos de controvérsia, os estudos prospectivos (de coorte) demonstraram que o risco de violência era substancialmente superior na presença de factores associados à personalidade, e consumo de substâncias, do sujeito, em comparação com a presença de perturbações mentais major (Swanson, Holzer, Ganju, & Jono, 1990; Link & Stueve, 1994; Angermeyer, 2000; Swanson J. , Swartz, Essock, Osher, & et al, 2002; Monahan J. , Steadman, Silver, Appelbaum, & et al, 2001).

Existem, igualmente, outros potenciais confundimentos que importa valorizar: em primeiro lugar um crime mais grave origina uma pena mais longa e um período mais longo de permanência num ambiente adverso favorece a eclosão, ou o agravamento, de uma perturbação mental. Em segundo lugar, os delitos mais graves poderão estar associados a maior frequência de PASP nos reclusos e esta perturbação originar comportamentos de maior agressividade, impulsividade e instabilidade do humor que favorecem a referência para a psiquiatria, ou seja, a referência pode decorrer da personalidade e do comportamento do recluso, para além dos sinais e sintomas de perturbações do eixo I. Em terceiro lugar, os delitos mais graves poderão estar associados a maior culpabilidade, a maior sofrimento psicológico, a menor suporte e, desse modo, constituírem um factor precipitante para uma perturbação mental.

³² DGSP, Relatório de Actividades de 2009.

Metade dos reclusos da amostra (50,9%) já tinha recebido, pelo menos, uma condenação anterior e muito perto de metade (47,4%) possuía duas ou mais condenações no passado. A probabilidade de antecedentes penais era significativamente superior nos reclusos a cumprir pena, em relação aos reclusos preventivos.

Estes dados sugerem que os reclusos em acompanhamento psiquiátrico pertencem a um grupo com tendência para a reincidência criminal, designados por “reclusos de porta giratória” (Baillargeon *et al.*, 2009), embora, possivelmente, com uma gravidade limitada. O estudo de Lovell, Gagliardi e Peterson (2002) constatou que, num período médio de 39 meses, apenas 10% dos ex-reclusos com doença mental tinha cometido delitos puníveis com pena superior a um ano e 2% tinha cometido crimes graves. A meta-análise de Bonta, Law e Hanson (1998) constatou outro quadro: que os principais predictores de reincidência eram semelhantes para os indivíduos com, ou sem, perturbação mental. Os antecedentes criminais foram os melhores predictores e as variáveis clínicas mostraram os efeitos mais reduzidos sobre a reincidência. Futuros trabalhos focados numa tríade envolvendo os consumos de drogas, a personalidade, e a incidência de psicopatologia poderão contribuir para esclarecer a relação entre a reincidência criminal e as patologias mentais major.

4.1.4. Dimensão de Necessidades

Os resultados obtidos com o CANFOR mostraram que as pontuações dos reclusos e dos técnicos divergiram sensivelmente em vários parâmetros. Os reclusos pontuaram níveis significativamente superiores, em relação aos técnicos, de Necessidades Não-satisfeitas (6 *versus* 3,5) e de Ajuda Formal Necessária (19 *versus* 13). A concordância global da pontuação de Necessidade Não-satisfeita por domínio foi de nível fraco (Coeficiente *Kappa*: 0,31). Estes resultados indicam uma distância entre as perspectivas dos profissionais e dos pacientes, em relação às necessidades individuais, no contexto prisional. No estudo de Segal, Daffern, Thomas, Ferguson (2010) foi constatada semelhante situação pelo que os autores recomendam que a perspectiva dos pacientes seja incluída no plano de cuidados para evitar a falta de colaboração no tratamento e um impacto negativo nos resultados.

4.2. Estudo Analítico dos Participantes Reclusos

4.2.1. Análise Bivariável

De acordo com os objectivos do estudo, foi empregue a análise bivariável para avaliar eventuais diferenças entre reclusos, designadamente, entre reclusos condenados e em prisão preventiva, e entre reclusos dos dois sexos. Igualmente interessava avaliar as associações estatisticamente significativas entre as variáveis-resultado (risco de suicídio, condenações múltiplas, abuso de substâncias) e outras características dos reclusos.

4.2.1.1. Reclusos em Prisão Preventiva versus com Pena de Prisão

Na dimensão sociodemográfica não se observaram diferenças significativas entre os reclusos em prisão preventiva (RPs) e os reclusos a cumprir pena de prisão (RCs)

Relativamente aos antecedentes forenses, o grupo de RPs, referenciados à psiquiatria, possuía uma frequência significativamente inferior de condenações anteriores, o que sugere que os RPs eram mais frequentemente “recém-chegados” ao sistema prisional, em comparação com os RCs.

Na dimensão clínica, os RPs apresentaram um nível de cuidados de saúde mental ao longo da vida, significativamente inferior aos RCs (menor frequência de contacto com serviços de saúde mental, menor duração de tratamento e menor número de internamentos psiquiátricos na prisão).

As frequências de consumos de *cannabis* e heroína, no mês anterior à detenção, foram significativamente inferiores nos RPs, em relação aos RCs. Esta diferença poderá ser explicada, em parte, por uma maior relutância dos RPs em admitir consumos ilícitos anteriores à detenção. Por outro lado, é admissível que os RPs, com antecedentes penais mais carregados, fossem mais frequentemente consumidores de heroína, uma vez que, o consumo desta droga e de anfetaminas, especialmente por via endovenosa, estava associado à reincidência criminal (Larney & Martire, 2010; Håkansson & Berlung, 2012).

Em relação a comportamentos auto-agressivos anteriores, e à letalidade dos meios empregues, não se verificaram diferenças significativas entre os reclusos dos dois regimes. O motivo de referenciação “Risco Para o Próprio” foi significativamente menos frequente entre os RPs, em relação aos RCs, e a análise entre o regime de detenção e o Risco de Suicídio (MINI) mostrou uma tendência de risco mais reduzido nos RPs, em relação aos RCs ($p=0,05$), o que é congruente com as observações anteriores.

Estes dados não são contraditórios com as conclusões de alguns estudos, atrás referidos, sobre o maior risco de suicídio no período de prisão preventiva, porque a comparação neste estudo foi efectuada entre reclusos da mesma amostra (reclusos referenciados a psiquiatria), e não entre uma amostra de reclusos preventivos e uma amostra de reclusos condenados.

A avaliação diagnóstica (MINI) mostrou uma frequência, significativamente, inferior das categorias Abuso/Dependência de Substâncias e Perturbação Anti-social da Personalidade nos RPs, em relação aos RCs. Não se registaram diferenças de Psicopatologia Global (BPRS) e de Funcionamento Psicossocial (GAF) entre RPs e RCs.

Estes dados confirmam que os RPs avaliados constituem um grupo com menores factores de risco de criminalidade, em relação aos RCs, tal como se constatou em relação aos antecedentes penais respectivos.

A respeito da medicação, a prescrição de antipsicóticos e estabilizadores de humor foi significativamente menos frequente entre os RPs, em relação aos RCs. Na medicação ansiolítica ocorreu o inverso. As diferenças de prescrição entre RPs e RCs sugerem um perfil de sintomas diferentes entre RPs e RCs. Nos primeiros poderá existir um nível superior de

ansiedade e nos segundos poderá existir um perfil mais complexo de instabilidade e impulsividade. Por outro lado as diferenças poderão decorrer de um maior número de contactos entre os psiquiatras e os RCs, em relação aos RPs.

Relativamente à dimensão Necessidades de Cuidados, os valores globais de Necessidades e Ajudas (CANFOR) não foram significativamente diferentes entre os reclusos dos dois regimes. Os RPs pontuaram menos Necessidades Não-satisfeitas nos domínios Segurança para o Próprio, Drogas, Benefícios Sociais e Crimes Sexuais, e mais Necessidades Não-satisfeitas nos domínios Contactos Sociais e Cuidados Parentais, em relação aos RCs.

Os resultados da comparação entre reclusos do regime preventivo *versus* condenados sugerem que o primeiro grupo era constituído por indivíduos com menor contacto com a psiquiatria e a justiça, menor risco de auto-agressão e, possivelmente, de consumos de substâncias, embora apresentem psicopatologia e categorias diagnósticas similares ao segundo grupo, com excepção do Abuso/Dependência de Substâncias e PASP.

4.2.1.2. Reclusos Femininos *versus* Masculinos

Na população prisional, maioritariamente masculina, existe uma pequena percentagem de mulheres reclusas, que juntamente com os adultos maiores de 65 anos, os menores de 21 anos e as minorias étnicas constituem os, assim designados, grupos especiais. A comparação entre os reclusos femininos (RF) e masculinos (RM) acompanhados em psiquiatria permitiu reconhecer muitas diferenças entre os dois sexos.

Relativamente à dimensão sociodemográfica, não se observaram diferenças entre RF e RM, com excepção do Estado Civil Solteiro(a) que foi 2,4 vezes mais frequente nos RM do que entre as RF. Este dado pode reflectir a tendência na população prisional, no entanto, como a estatística anual emitida pela DGSP não contempla o estado civil, desconhecem-se as percentagens dos vários estados civis dos reclusos. Na população em geral verifica-se a tendência para as mulheres casarem numa idade mais jovem, em comparação com os homens (INE, 2009). No entanto, não se podem excluir outros motivos associados aos consumos de substâncias ou à delinquência.

Na dimensão clínica as diferenças encontradas foram a respeito do diagnóstico clínico e ao consumo de substâncias. Embora a Depressão Unipolar tivesse sido o diagnóstico clínico, significativamente, mais frequente nas RF, em relação aos RM, a frequência da categoria diagnóstica Episódio Depressivo Actual (MINI) não registou uma diferença significativa entre os dois sexos. Este dado, contudo, é divergente dos resultados de estudos de prevalência que apuraram uma maior proporção de mulheres entre os reclusos diagnosticados com depressão major (Trestman, Ford, Zhang, & Wiesbrock, 2007; Baillargeon, et al, 2009; Fazel, et al., 2012).

Sobre os consumos de substâncias efectuados no mês anterior à detenção verificou-se que os consumos em geral, e de cocaína em particular, foram 3,2 vezes e 5,2 vezes, respectivamente, mais frequentes nos RM, em relação às RF. Do mesmo modo, os RM referiram 4,5 vezes mais consequências dos consumos e 3 vezes mais a condenação com pena de prisão, em comparação às RF. Estes dados são concordantes com a maior proporção

de consumos tóxicos no sexo masculino, em relação ao feminino, na população geral. O Observatório Europeu da Droga e Toxicodependência (2004) observou que a proporção entre sexo masculino/feminino pode variar entre 3:1 e 6:1. Em Portugal apurou-se uma relação de 4:1 (EMCDDA, 2009).

No domínio Drogas (consumo no último mês) observou-se uma diferença de sexo significativa: os RM (n=25; 31,6%) possuíam uma probabilidade de pontuarem Necessidade Não-satisfeita 15,7 vezes superior, em relação às RF (n=1; 2,9%). Apenas uma reclusa pontuou Necessidade Não-satisfeita neste domínio, embora os técnicos tenham pontuado cinco reclusas (14,3%) com este problema. A frequência de consumos, no último mês, apurada com o CANFOR, encontra-se próxima dos resultados nacionais, já referidos.

A respeito dos comportamentos de auto-agressão e da letalidade dos meios utilizados não se registaram diferenças significativas entre RF e RM. A presença de cicatrizes, como sequelas, foi significativamente mais frequente nos RM, em relação às RF. De acordo com estes dados não se verificou, nesta amostra, a maior frequência de comportamentos auto-agressivos no sexo feminino, e a maior letalidade no sexo masculino que se verificam na população em geral (Kerkhof *et al.*, 1994 *in* (Saraiva, 2006, p. 74); Costa Santos, 1998 *in* (Saraiva, 2006, p. 69)).

O nível de psicopatologia global e de sintomas positivos (BPRS) foi significativamente superior nos RM em comparação com as RF, o que indica uma maior gravidade no quadro clínico dos RM. De notar que os valores do Factor Depressão/Ansiedade (BPRS) não foram significativamente diferentes entre RF e RM, o que é congruente com a frequência similar de Episódio Depressivo Major nos dois sexos. O nível de incapacidade psicossocial (GAF) foi significativamente superior nos RM, em relação às RF, o que sugere uma maior vulnerabilidade psicossocial dos RM.

Na dimensão forense, os RM mostraram uma frequência significativamente superior de condenações anteriores, em relação às RF, o que indica uma maior probabilidade de reincidência criminal nos RM.

A respeito da avaliação de necessidades individuais (CANFOR), os RM pontuaram valores totais de Necessidades Não-satisfeitas e de Ajuda Formal Necessária e um nível de Necessidades Não-satisfeitas nos domínios Actividades Diárias, Drogas, Relações Afectivas com Parceiro(a) e Relacionamento Sexual significativamente superiores em relação às RF. A pontuação dos técnicos confirmou o valor total de Necessidades Não-satisfeitas, significativamente superior, dos RM em relação às RF. O maior nível de Necessidades Não-satisfeitas dos RM poderá estar associado ao “excesso” de Depressão Major neste sexo, face às RF, e explicar a causa da prevalência similar de Depressão Major nos homens e mulheres.

Apesar do valor significativamente superior de Necessidades Não-satisfeitas, os RM não recebem um maior nível de Ajuda, face às RF. Esta constatação poderá indicar que os serviços não estarão a responder suficientemente às necessidades dos RM com acompanhamento psiquiátrico, particularmente vulneráveis do ponto de vista psicossocial e criminal.

Sublinha-se que as RF apesar de pontuarem níveis inferiores de psicopatologia, incapacidade psicossocial e de necessidades não-satisfeitas, relativamente aos RM, revelaram comportamentos de auto-agressão semelhantes. Admite-se que tal situação ocorra porque a auto-agressão no ambiente prisional pode constituir um fenómeno de maior complexidade de determinantes, em relação ao ambiente civil.

4.2.1.3. Psicopatologia e Necessidades Não-satisfeitas

A análise entre as Necessidades Não-satisfeitas e os Factores do BPRS mostrou resultados congruentes nas pontuações dos reclusos e técnicos,

De salientar as seguintes associações entre as Necessidades Não-satisfeitas de vários domínios e Factores do BPRS: domínio **Sintomas Psicóticos** e os valores, significativamente superiores, dos Sintomas Psicóticos Positivos e Negativos; domínio **Sofrimento Psicológico** e os valores, significativamente superiores, dos Sintomas Positivos e de Depressão/Ansiedade; domínio **Segurança Para o Próprio** e os valores, significativamente superiores, dos Sintomas Negativos e de Depressão/Ansiedade; domínio **Segurança Para os Outros** e os valores, significativamente superiores, dos Sintomas Positivos de Mania/Excitação; domínio **Drogas** e os valores, significativamente superiores, dos Sintomas de Mania/Excitação e de Depressão/Ansiedade; domínio **Contactos Sociais** e os valores, significativamente superiores, dos Sintomas Negativos, de Mania/Excitação e de Depressão/Ansiedade; domínio **Crimes Sexuais** e os valores, significativamente superiores, dos Sintomas de Mania/Excitação; domínio **Fogo Posto** e os valores, significativamente superiores, dos Sintomas de Mania/Excitação.

O conjunto destes resultados permite duas constatações: em primeiro lugar, reforça a validade de constructo do CANFOR, como instrumento da avaliação de necessidades de cuidados individuais nos reclusos, porque demonstra uma associação racional, e estatisticamente significativa, entre necessidades não-satisfeitas de cuidados e uma maior gravidade de psicopatologia. Em segundo lugar, salienta a importância da promoção da saúde mental nos reclusos como uma intervenção capaz de reduzir a gravidade de problemas em vários domínios relacionados com a segurança dos reclusos e a reincidência criminal. De acordo com Jenkins *et al.* (2005) as frequências elevadas de comportamentos suicidários não poderão ser prevenidas sem a devida atenção às perturbações mentais e factores de vulnerabilidade dos reclusos.

4.2.1.4. Reclusos e Risco de Suicídio

O Risco de Suicídio (Secção C. do MINI) foi seleccionado como variável- resultado devido à importância de prevenção do suicídio nas prisões e foi analisada a associação com variáveis das dimensões sociodemográfica, clínica, forense e de necessidades.

Na dimensão sociodemográfica, verificou-se que a colocação do recluso num EP mais distante da comunidade de origem (>150 km) elevava, duas vezes mais, a probabilidade de

um nível de risco de suicídio moderado/elevado. Este dado poderá estar associado a um menor grau de suporte social devido, embora a colocação do recluso também obedeça a critérios relacionados com a gravidade do crime e a necessidade de segurança o que poderá contribuir, igualmente, para a elevação do risco de suicídio. As restantes variáveis desta dimensão, nomeadamente a idade, o sexo, não mostraram uma associação com significado estatístico, possivelmente, devido à selecção da amostra.

Na dimensão clínica, a existência de consumos de substâncias anteriores à data de detenção elevaram 2,7 vezes a probabilidade do risco de suicídio moderado/elevado.

O diagnóstico clínico de Depressão Unipolar e as categorias diagnósticas de Episódio Depressivo Major Actual, com e sem características melancólicas, de Perturbação de Pânico, de Perturbação Pós-Stress Traumático, de Síndrome Psicótica, e de Perturbação Anti-social da Personalidade, todas elevaram a probabilidade do risco de suicídio moderado/elevado, entre duas a 14 vezes.

Estes dados são, globalmente, concordantes com os resultados dos estudos de Rivlin *et al.* (2010) e Marzano *et al.* (2010) (ver Cap Secção). Estes autores também empregaram o MINI para avaliação diagnóstica em amostras de reclusos e reclusas que praticaram actos de suicídio e de auto-agressão grave. A Depressão Major foi a perturbação que conferiu maior risco seguida por patologias da ansiedade. Nestes trabalhos não se verificaram associações significativas com a PASP, tal como se verificou no presente estudo. A PASP constitui um conhecido factor de risco para a mortalidade precoce dos jovens (Black, Baumgard, Bell, & Kao, 1996) e poderá elevar o risco de suicídio, através da impulsividade, fraco *coping* com um ambiente averso e o isolamento que induz (Mullen & Lindqvist, 2000), contudo, a evidência de uma associação estatisticamente significativa é limitada (Rich, Young, & Fowler, 1986; Dorpat & Ripley, 1960). Estes dados discordantes em relação à PASP, possivelmente, serão devidos a diferentes critérios de selecção das amostras envolvidas.

No presente estudo verificou-se a ausência de associação significativa entre a dependência/abuso de substâncias e o risco mais elevado de suicídio. A este respeito existem estudos em que os consumos não mostraram agravamento do risco de suicídio (Rivlin *et al.*, 2010; Marzano *et al.*, 2010) e outros em que se verificou o oposto (Shaw *et al.*, 2004; Früewald *et al.*, 2004). Possivelmente, estes resultados díspares traduzem outras diferenças entre os reclusos e/ou o ambiente prisional que não foram realçadas.

A análise da associação entre a psicopatologia (BPRS) e Risco de Suicídio mostrou resultados congruentes com os dados anteriores, confirmando que os níveis mais elevados de psicopatologia global e de psicopatologia da esfera afectiva se encontravam significativamente associados ao nível de risco de suicídio moderado/elevado.

O menor funcionamento psicossocial (GAF) revelou, igualmente, uma associação significativa ao nível de risco de suicídio moderado/elevado.

Na dimensão forense, observou-se uma associação significativa entre o crime contra pessoas e o nível de risco de suicídio mais elevado o que é convergente com a evidência de que a gravidade do crime, particularmente se ocorrer violência grave contra pessoas

(homicídio, violação), eleva o risco de actos suicidas nos reclusos (Mullen e Lindqvist, 2000; Blaauw et al., 2005; Duthé et al., 2009)

Os valores totais das Necessidades e Ajudas (CANFOR), segundo a pontuação dos reclusos, mostraram uma tendência estatística para serem superiores nos reclusos com Risco de Suicídio Moderado/Elevado. Na pontuação dos técnicos, os reclusos com Risco de Suicídio Moderado/Elevado mostraram níveis de Necessidades Não-satisfeitas e de Ajuda Formal Necessária significativamente superiores aos reclusos com Risco de Suicídio Nulo/Reduzido.

Perante estes resultados, é importante valorizar o nível de necessidades não-satisfeitas como um componente para aferir o risco de suicídio dos reclusos.

Assinala-se a consistência das pontuações de Necessidades Não-satisfeitas, pelos reclusos e técnicos, nos domínios Sofrimento Psicológico, Segurança para o Próprio, Drogas, e a presença do Risco de Suicídio Moderado/Elevado. Estes resultados, além de reforçarem a validade de construto do CANFOR, indicam que as Necessidades Não-satisfeitas em determinados domínios (Sofrimento Psicológico, Segurança para o Próprio, Drogas) podem agravar o risco de suicídio.

Relativamente ao efeito de sexo no Risco de Suicídio observaram-se alguns resultados que merecem destaque: os efeitos protectores, nas RF, da categoria diagnóstica Ansiedade Generalizada e, nos RM, da Necessidade Não-satisfeita nos Cuidados Parentais; os efeitos de risco, nas RF, das Necessidades Não-satisfeitas no Relacionamento Sexual e, nos RM, nos Contactos Sociais; e por fim, a diferença de Ajuda Formal Recebida pontuada pelos RF e RM de risco. No primeiro caso, admite-se que este efeito possa ser de natureza espúria tendo em conta o reduzido número de participantes com a condição (n=9). Outras patologias da ansiedade estiveram associadas ao aumento do nível de risco, o que é compreensível porque os estados de ansiedade favorecem a emergência de quadros depressivos e deste modo podem agravar o risco de suicídio.

No segundo caso, o efeito protector da Necessidade Não-satisfeita nos Cuidados Parentais nos RM poderá estar relacionado com o facto de esses reclusos serem progenitores. Dois estudos mostraram que a presença de um filho, particularmente nas mulheres, foi um factor protector para o suicídio (Fazel et al., 2008; Perry, Marandos, Coulton, & Johnson, 2010).

Os efeitos de risco das Necessidades Não-satisfeitas no Relacionamento Sexual, no caso das RF, e dos Contactos Sociais, no caso dos RM, sugerem a existência de Necessidades Não-satisfeitas, específicas de sexo, que aumentam o nível de risco de suicídio e que não podem ser desvalorizadas.

O valor de Ajuda Formal Recebida, pontuada pelas reclusas, foi significativamente superior nas RF com Risco de Suicídio Moderado/Elevado, em relação às outras reclusas. Contudo, o mesmo parâmetro foi inferior nos RM com Risco de Suicídio Moderado/Elevado, em relação aos outros reclusos. Esta diferença poderá ser justificada por diferentes percepções sobre a Ajuda Recebida entre RF e RM e estar associada à maior capacidade do sexo feminino em verbalizar o sofrimento e solicitar ajuda. De todo o modo, este dado merece que se

considere a existência de um nível inferior de cuidados nos RM, em relação aos RF, particularmente, nos RM com maior risco de auto-agressão.

Na amostra de reclusos com acompanhamento psiquiátrico, o Risco de Suicídio Moderado/Elevado encontrava-se significativamente associado à psicopatologia afectiva (síndrome depressivo), tal como é amplamente reconhecido na literatura, ao menor funcionamento psicossocial, e a Necessidades Não-satisfeitas em vários domínios (Sofrimento Psicológico, Segurança para o Próprio, Drogas, Contactos Sociais e Relacionamento Sexual). As diferenças entre RF e RM deverão ser interpretadas com prudência devido ao reduzido “n” do grupo de reclusas com Risco de Suicídio Moderado/Elevado.

A avaliação do risco de auto-agressão/suicídio nas prisões constitui uma prática obrigatória e a utilização do CANFOR pode fornecer um contributo para a detecção e prevenção do risco de auto-agressão/suicídio nas prisões.

4.2.1.5. Reclusos e Condenações Múltiplas

A reincidência criminal é um aspecto especialmente relevante para a sociedade e expõe as limitações da reabilitação tentada no contexto prisional. A pena de prisão, não é excessivo sublinhar, possui duas finalidades: retribuidora e reabilitadora. E no caso dos DPM a segunda finalidade é ainda mais premente.

Foi considerado que duas ou mais condenações no passado, para além do motivo da detenção actual, constituía um indicador de reincidência do recluso (condenações múltiplas).

Na análise bivariável observou-se que as condenações múltiplas encontravam-se significativamente associadas com as seguintes características: o sexo masculino, uma escolaridade inferior ao 9º ano de escolaridade (escolaridade obrigatória), o consumo de substâncias no mês anterior à detenção e PASP. Algumas destas características individuais estão frequentemente presentes nos sujeitos delinquentes de acordo com a investigação criminológica (Fonseca, 2004) e nos delinquentes com perturbação mental (Lovell, Gagliardi, & Peterson, 2002).

No âmbito forense, as condenações múltiplas mostraram uma associação, estatisticamente significativa, com um crime, actual, contra pessoas. Este dado indica que, nesta amostra, a reincidência e os crimes graves não ocorreram fortuitamente, o que parece ser mais concordante com os resultados de Baillargeon *et al.* (2009).

Na dimensão necessidades não se constatarem diferenças significativas dos valores totais pontuados pelos reclusos. Contudo, na pontuação dos técnicos, os reclusos com Condenações Múltiplas apresentavam um valor de Necessidades Totais e um total de Ajuda Formal Necessária significativamente superior aos reclusos sem Condenações Múltiplas. Estes dados indicam que o grupo de reclusos com Condenações Múltiplas possui uma maior necessidade de cuidados e de ajuda técnica, em comparação com os outros reclusos, e que, de acordo com a própria avaliação dos técnicos, poderá existir um hiato entre os cuidados necessários e os recebidos no subgrupo de reclusos assistidos em psiquiatria e com reincidência criminal.

Relativamente aos domínios com Necessidades Não-satisfeitas, a perspectiva dos reclusos e técnicos coincidiu nos domínios **Drogas, Relações Afectivas, Relacionamento Sexual, Subsídios Sociais**.

As Necessidades Não-satisfeitas nos domínios **Segurança Para o Próprio e Segurança Para os Outros**, pontuadas pelos reclusos com Condenações Múltiplas, não foram assinaladas pelos técnicos. Este dado pode indicar que o risco de violência comportamental nos reclusos com Condenações Múltiplas não foi detectado, ou que, na perspectiva dos técnicos, os cuidados e as disposições dirigidas a este grupo de reclusos são adequadas e não existem problemas nestes domínios.

4.2.1.6. Reclusos e Necessidade Não-satisfeita no domínio Drogas

A Necessidade Não-satisfeita no domínio 13. Drogas (CANFOR) foi pontuada por mais de um quinto dos reclusos, predominantemente homens (22,8%; n=26 [RF=1; RM=25]). A análise estatística foi efectuada no grupo de RM de modo a evitar vieses de sexo.

É admissível que a proporção de reclusos com consumos seja superior à pontuação do CANFOR, por não desejarem admitir este problema. Contudo, verificou-se um elevado nível de concordância entre a pontuação dos reclusos e técnicos o que reforça a verosimilhança dos resultados (a pontuação dos técnicos incluiu mais quatro mulheres). Esta percentagem de consumidores é inferior aos valores dos estudos nacionais na população prisional que variaram entre os 40 e 47% (Torres et al., 2001).

O predomínio do sexo masculino em idade mais jovem é concordante com o perfil demográfico dos indivíduos consumidores de substâncias tanto no meio civil como prisional.

Os RM com Necessidade Não-satisfeita neste domínio mostraram maiores probabilidades de apresentarem as seguintes características: consumo de substâncias no mês anterior à detenção, condenações múltiplas, internamento psiquiátrico prisional anterior, antecedentes familiares penais, nível de risco de suicídio moderado/elevado, Perturbação Anti-social da Personalidade e a cumprir uma pena de prisão.

Estes dados indicam que a Necessidade Não-satisfeita no domínio 13. Drogas, se encontra associada a um grupo de condições determinantes para a reincidência criminal (consumo de substâncias no mês anterior à detenção, condenações múltiplas, Perturbação Anti-social da Personalidade) e para o prognóstico (nível de risco de suicídio moderado/elevado).

A existência de familiares condenados foi observada em 39,7% da amostra. Verificou-se um dado semelhante no trabalho de caracterização de todos os reclusos norte-americanos com perturbação mental. Nestes reclusos, 52% possuíam um familiar e 35% um irmão com uma pena de prisão anterior, em comparação com as percentagens de 41 e de 29, respectivamente, nos reclusos estaduais sem perturbação mental (James & Glaze, 2006). Este dado dos antecedentes familiares parece tratar-se de um factor que revela uma tendência de risco para a saúde mental e reincidência criminal dos reclusos.

Em suma, os RM com Necessidade Não-satisfeita no domínio 13. Drogas poderão integrar uma população prisional com uma probabilidade mais elevada de repetir delitos e pertencer aos designados reclusos de “porta giratória”.

A psicopatologia global (BPRS) e o Factor Depressão/Ansiedade (BPRS) alcançaram níveis significativamente superiores nestes reclusos, em relação aos reclusos sem Necessidade Não-satisfeita, o que sugere uma maior gravidade da patologia mental neste grupo.

Não se observaram diferenças significativas dos valores totais de Necessidades e Ajudas entre os reclusos com, *versus* reclusos sem, Necessidade Não-satisfeita no domínio Drogas.

Os reclusos com Necessidade Não-satisfeita no domínio Drogas mostraram associações, estatisticamente significativas, com Necessidades Não-satisfeitas nos domínios **Segurança Para o Próprio, Dinheiro, Subsídios Sociais**, o que sugere que possuem um risco mais elevado de auto-agressão.

4.2.2. Análise Multivariável

A análise multivariável foi realizada com a intenção de se construir um modelo estatístico com os factores relevantes de agravamento ou de protecção das variáveis-resultado seleccionadas: Risco de Suicídio, Condenações Múltiplas, e Necessidade Não-satisfeita no domínio Drogas.

4.2.2.1. Risco de Suicídio

A análise multivariável revelou que, na dimensão clínica, o Episódio Depressivo Major Actual (MINI) e o nível de Psicopatologia Global (BPRS) constituíram factores independentes para a presença do risco de suicídio moderado/elevado. Na presença de Depressão Major a probabilidade do risco de suicídio moderado/elevado ser pontuado elevava-se 17 vezes mais.

Os antecedentes de perturbação mental e, em particular, as dependências de drogas encontram-se associados ao suicídio na prisão (Fazel & Lubbe, 2005). A Depressão Major, na investigação de Baillargeon *et al.* (2005) mostrou um Risco Relativo (RR) de 5,1 (IC95%: 1,9-13,8) para a ocorrência de suicídio. Neste estudo a perturbação que mostrou maior RR (13,8; IC95%: 5,8-32,9) foi a perturbação psicótica não-esquizofrénica.

Na dimensão forense o regime de pena de prisão *versus* prisão preventiva determinou uma elevação de três vezes da probabilidade do nível de risco de suicídio moderado/elevado. Este resultado, aparentemente discordante com alguns estudos referidos, poderá ser melhor avaliado através de um estudo dos óbitos por suicídio e o respectivo regime de detenção.

4.2.2.2. Condenações Múltiplas

A situação de reclusos em “porta giratória” é um indicador da limitação na integração dos ex-reclusos num percurso de vida sem delinquência e socialmente relevante. O modelo multivariável mostrou que a Perturbação Anti-social da Personalidade e as Necessidades Totais, pontuadas pelos técnicos, constituíram factores de risco por elevarem significativamente a probabilidade da presença do risco de suicídio moderado/elevado. O sexo masculino, e o consumo de substâncias anterior à detenção, foram os outros dois factores incluídos no modelo com uma tendência de significado estatístico.

Estes dados indicam que, a par dos factores de risco para a reincidência criminal semelhantes aos dos reclusos em geral (sexo masculino, consumos de substâncias, personalidade anti-social) (Lovell, Gagliardi, & Peterson, 2002) as condenações múltiplas estão significativamente associadas a um maior nível de necessidades de cuidados, o que indica que os reclusos em acompanhamento psiquiátrico e com condenações múltiplas apresentam um maior desfavorecimento/vulnerabilidade psicossocial.

4.2.2.3. Necessidade de Cuidados Não-satisfeita no domínio Drogas

A Necessidade Não-satisfeita no domínio Drogas expressava os consumos de drogas actuais, assumidos pelos RM. A análise multivariável mostrou que o regime de pena de prisão, a presença de maior sintomatologia afectiva (depressão e ansiedade) e a presença de cuidados psiquiátricos em idade mais precoce foram factores de risco para esta necessidade de cuidados não-satisfeita. Estes dados sugerem que o consumo de substâncias é um problema de maior dimensão nos reclusos condenados e que na sua abordagem será essencial uma intervenção dirigida à psicopatologia afectiva.

4.3. Estudo Comparativo entre Participantes Reclusos versus Civis

Nas secções seguintes serão discutidos os resultados da comparação efectuada entre os participantes reclusos (PRs) e os participantes civis (PCs) nas diferentes dimensões do estudo.

4.3.1. Comparação sociodemográfica

A comparação entre PRs e PCs justifica-se porque é crucial dispor de uma referência num processo de avaliação. Por outro lado, quando é atingido o fim da pena, os indivíduos reclusos regressam à comunidade e esta transição é decisiva para o risco de auto-agressão, exclusão e reincidência, como é demonstrado por muitos trabalhos. A correcta articulação entre serviços prisionais e civis pode ser potenciada se existir um conhecimento objectivo das necessidades de cuidados de cada indivíduo libertado. Neste ponto, a utilização de instrumentos de avaliação de necessidades individuais versáteis, de simples aplicação, com versões validadas para a população prisional e civil constituem uma mais-valia para a melhor comunicação entre profissionais com diferentes missões mas uma finalidade comum: cuidar de uma população vulnerável e problemática.

O perfil sociodemográfico dos PRs e PCs mostrou algumas diferenças, significativas. A proporção de nacionalidades estrangeiras foi superior nos PRs em comparação com os PCs, porque na população prisional existe um quinto de reclusos estrangeiros (DGSP, 2009).

Os PRs possuíam habilitações escolares significativamente inferiores em relação aos PCs. A caracterização da população prisional em 2009 mostrou que 77,4% desta população não possuía habilitações além do Ensino Básico (DGSP, 2009). Um dado semelhante foi observado por Côté *et al.* (1997) na comparação de reclusos e civis na região de Montreal, Canadá. A escolaridade reduzida é uma das condições desfavoráveis associada à população prisional.

A maior proporção de antecedentes familiares penais nos PRs, em relação aos PCs, evidencia uma adversidade presente na matriz familiar dos primeiros. Os antecedentes familiares de delinquência e condenações são um aspecto comum na população prisional (James & Glaze, 2006).

De modo inverso, salienta-se a maior integração familiar e laboral dos PRs, anterior à detenção, em relação aos PCs. Os PRs viviam mais frequentemente acompanhados, com uma figura cuidadora, e auferiam rendimentos do seu trabalho. Estes resultados sugerem que os PRs, anteriormente à detenção, possuíam um melhor funcionamento psicossocial do que os PCs. Esta diferença de funcionamento encontra-se possivelmente relacionada com a menor gravidade, ou ausência, de patologia mental nos PRs durante a vida civil, em comparação com os PCs.

4.3.2. Comparação Clínica

Relativamente aos antecedentes psiquiátricos, com exceção do tratamento dirigido à adição química, os PRs mostraram um início de tratamento mais tardio, uma menor utilização de serviços (incluindo internamentos) e uma menor frequência de tratamentos biológicos e psicológicos, em comparação com os PCs. Estes dados sugerem a existência de uma patologia psiquiátrica menos grave entre os PRs, em comparação com os PCs, ou a sua emergência após a entrada na prisão. A menor utilização de serviços psiquiátricos por reclusos com perturbação mental grave, em comparação com civis, foi igualmente registada por Côté *et al.* (1997).

Os diagnósticos clínicos apurados foram significativamente diferentes nas duas amostras. Os PRs registaram uma frequência 2 vezes superior de Depressão Unipolar, em relação aos PCs, mas estes registaram uma frequência 5,6 vezes superior de Esquizofrenia/ Outras Psicoses, em relação aos PRs.

A avaliação diagnóstica estruturada (MINI) registou uma probabilidade 2,6 vezes superior da presença de Episódio Depressivo Major Actual nos PRs, em relação aos PCs. O excesso de patologia depressiva nos reclusos versus civis foi igualmente observado no estudo de Côté *et al.* (1997).

Não se observaram diferenças entre PRs e PCs para a categoria Síndrome Psicótica, o que é, aparentemente, discordante com os diagnósticos clínicos de maior frequência de psicoses entre os PCs. Sobre este dado, é conveniente recordar que uma parte importante da amostra dos PCs (37,2%) foi recrutada a partir do ambulatório, e avaliada para a actualidade, pelo que poderá não ter pontuado aquela categoria diagnóstica por se encontrar numa fase de remissão de sintomas.

As categorias diagnósticas de Perturbação Pós Stress-Traumático, de Perturbação de Ansiedade Generalizada e de Perturbação Anti-Social da Personalidade (PASP) foram pontuadas com frequências significativamente superiores nos PRs, em relação aos PCs. Por conseguinte, parece existir uma morbilidade psiquiátrica mais vasta nos PRs, envolvendo perturbações da ansiedade e da personalidade, do que os diagnósticos clínicos fariam supor.

Sublinha-se que a PASP estava presente na maioria dos PRs (57,9%) com uma probabilidade 26 vezes superior de estar presente nos PRs *versus* PCs.

As estimativas de prevalência de PASP, ajustadas à demografia da população geral, mostraram valores consideravelmente diferentes. Salientam-se as prevalências obtidas em três estudos epidemiológicos: Torgersen *et al.* (2001), na Noruega, apurou 0,7%, Samuels *et al.* (2002) em Baltimore, EUA, apurou 4,1% e Coid *et al.* (2006), no Reino Unido, apurou 0,6%. As diferenças entre as prevalências obtidas devem-se possivelmente às diferenças de metodologia aplicadas (Coid *et al.*, 2006).

A existência de uma elevada proporção de PASP entre os PRs é especialmente relevante para a definição da abordagem terapêutica, para as condições de segurança, para o

prognóstico clínico e forense/criminológico. Todavia, de acordo com Fazel e Lubbe (2005), não existe uma evidência forte das intervenções recomendadas para este grupo de reclusos.

Relativamente às classes de medicação prescrita observaram-se diferenças significativas entre as duas amostras. Os PRs mostraram probabilidades inferiores de receberem uma prescrição de antidepressivos (perto de 3 vezes menos), de ansiolíticos (1,7 vezes menos) e de antipsicótico *depot* de segunda geração (2 vezes menos), em relação aos PCs. Em contrapartida, os PRs registaram mais prescrições de medicação hipnótica (8 vezes mais), em relação aos PCs. A prescrição de estabilizadores de humor e de outros antipsicóticos não foi significativamente diferente entre os participantes das duas amostras.

Estes resultados revelam uma incongruência entre a maior frequência de Depressão Major e de patologia da ansiedade nos PRs, e a menor frequência de prescrição de antidepressivos, em comparação com os PCs. Os motivos desta, aparente, desadequação terapêutica poderão ser explicados pelo sobrediagnóstico (falsos positivos) do instrumento diagnóstico, por uma valorização clínica dos sintomas depressivos e de ansiedade, dos PRs, abaixo do limiar de decisão para a prescrição ou, que tal ocorra propositadamente. É possível que os antidepressivos sejam considerados, por vezes, contraproducentes pelo receio da activação de comportamentos violentos. No entanto, numa breve revisão de trabalhos nesta área não foram encontrados estudos que suportem tal receio. Um estudo efectuado numa unidade forense sueca com delinquentes violentos (n=133) constatou que o consumo de álcool isolado ou em combinação com benzodiazepinas (BZD) era um factor de risco para actos violentos, pelo contrário, a utilização de BZD e de antidepressivos inibiu comportamentos violentos (Haggård-Grann, Hallqvist, Långström, Möller, 2006).

O consumo de substâncias ilícitas, no último mês de vida civil, mostrou estar presente com uma probabilidade quatro vezes superior nos PRs, em relação aos PCs. O estudo de Côté, Lesage, Chawky e Loyer (1997) encontrou, igualmente, uma maior proporção de reclusos com consumos versus civis: a prevalência de consumos tóxicos ao longo da vida era cerca de duas vezes maior nos reclusos em relação aos civis (85,3% versus 43,3%).

A respeito de consequências decorrentes dos consumos, os PRs referiram a pena de prisão e as consequências familiares com probabilidades de 43,7 e 13,2 vezes mais elevadas, respectivamente, em relação aos PCs. Do mesmo modo, uma proporção significativamente superior de PRs já tinha recebido tratamento orientado para estes consumos, em comparação com os PCs.

Estes dados evidenciam que a amostra de reclusos era constituída por indivíduos cujos consumos de substâncias ilícitas eram mais frequentes e graves, em relação aos civis, e concordam com a associação entre os consumos de substâncias ilícitas, designadamente, de heroína e a delinquência (Larney & Martire, 2010; Håkansson & Berlung, 2012). A *cannabis* foi a substância cujo consumo mostrou um menor diferencial entre reclusos e civis.

A gravidade da auto-agressão pode ser entendida como um *continuum* cuja expressão máxima é o suicídio. Na prisão, o acesso limitado a meios, relativamente menos letais como os medicamentos, e a necessidade de produzir um dano que justifique a saída do ambiente

celular dificultam a classificação da auto-agressão como parasuicídio ou tentativa de suicídio falhada. Os reclusos utilizam, frequentemente, instrumentos cortantes, ingestão de objectos perigosos e vários métodos de estrangulamento.

Os participantes foram questionados sobre todos os actos de auto-agressão que tinham cometido, independentemente da sua gravidade e meios utilizados.

Os PRs mostraram uma probabilidade duas vezes superior de já terem praticado uma auto-agressão, em relação aos PCs. Os meios de auto-agressão, potencialmente letais, como o enforcamento e ferimentos em áreas vitais, mostraram uma probabilidade 10 vezes maior de serem utilizados pelos PRs, em relação aos PCs. A intoxicação medicamentosa ocorreu com uma probabilidade 2,5 vezes superior nos PCs, em relação aos PRs.

As sequelas da auto-agressão foram referidas com uma probabilidade perto de três vezes superior pelos PRs, em relação aos PCs, possivelmente devido à maior letalidade dos meios empregues. A pontuação do nível de risco de suicídio moderado/elevado ocorreu numa probabilidade 2,6 vezes superior nos PRs, em relação aos PCs.

Estes dados sublinham a existência de um risco superior de auto-agressão/suicídio nos indivíduos reclusos, acompanhados em psiquiatria, face a indivíduos civis, igualmente acompanhados, e portadores de diagnósticos com maior gravidade clínica.

De acordo com Baillargeon *et al.*, (2009) os programas de prevenção de suicídio justificam-se em todos os estabelecimentos prisionais. Um componente essencial deste programa consiste na avaliação sistematizada da presença de perturbações mentais, à entrada, e posterior acompanhamento dos reclusos identificados.

A avaliação de psicopatologia (BPRS) mostrou um nível de psicopatologia global, significativamente, menos elevado nos PRs, em relação aos PCs, embora com uma diferença muito modesta (medianas com uma diferença de 2 pontos, numa pontuação que varia entre 24 e 168 pontos). Dos quatro factores do BPRS, o factor Sintomas Negativos mostrou uma pontuação, significativamente, menos elevada nos PRs, em relação aos PCs, mas com uma diferença mínima (medianas com uma diferença de 1 ponto).

Destaca-se que, embora os PRs e PCs apresentem um leque de diagnósticos diferente e até de maior gravidade nos PCs, o nível de psicopatologia global entre as duas amostras é muito próximo. Este dado sublinha bem a necessidade de acompanhamento psiquiátrico nesta amostra de reclusos referenciados para a psiquiatria. Todavia, fica sem resposta a questão de se todos os reclusos que necessitavam de tratamento psiquiátrico foram referenciados. Os estudos de prevalência ou a avaliação sistematizada da presença de perturbações mentais à entrada do sistema prisional poderão fornecer a resposta.

O nível de incapacidade psicossocial actual (GAF), pontuado pelos investigadores, foi significativamente superior nos PRs, em relação aos PCs (medianas com uma diferença de 15 pontos, numa pontuação entre 10 e 100). Este resultado parece ser discordante em relação ao, aparente, maior nível de autonomia dos PRs, anterior à detenção, em comparação com os PCs. Todavia, admite-se que a actual condição de recluso, e a presença do risco de auto-agressão, possa ter contribuído para uma pontuação inferior nos PRs, face aos PCs. Deste

modo, os PRs, que antes da detenção revelavam um melhor funcionamento, pontuaram um nível de funcionamento psicossocial inferior em comparação com os PCs.

A conjugação dos resultados, acima discutidos, indica que o leque da patologia mental, dos participantes das duas amostras, foi substancialmente diferente. Esta situação apresenta uma grande concordância com uma das conclusões do estudo de Côtê *et al.* (1997) que salienta a especificidade clínica dos reclusos, as perturbações psicóticas eram mais benignas, a depressão major, as perturbações de ansiedade, o abuso de substâncias e a comorbilidade foram significativamente mais frequentes, em comparação com os civis.

Na amostra dos reclusos, as perturbações mentais, exceptuando os consumos de substâncias e a perturbação anti-social da personalidade, tendem a iniciar-se durante a reclusão. Predominam, no eixo I, as perturbações depressivas (56,1%), de ansiedade, de perturbação pós-stress traumático, e a dependência/abuso de substâncias. Os quadros psicóticos tiveram uma expressão moderada, seja no diagnóstico clínico (9,6%) ou instrumental (17,5%). A perturbação do eixo II avaliada, a PASP, foi a categoria diagnóstica mais frequente (57,9%). O nível mais elevado de risco de suicídio foi o predominante (29,8%).

Na amostra dos civis, verificou-se um curso de doença mais longo e uma maior frequência de diagnósticos clínicos de perturbações psicóticas (36,3%).

Apesar destas diferenças diagnósticas não se verificou uma diferença particularmente relevante na pontuação total e factorial da psicopatologia avaliada pelo BPRS.

Estes dados têm implicações para a organização dos cuidados de saúde mental no contexto prisional e civil. As intervenções dirigidas aos reclusos necessitam de ter em conta o risco de suicídio/auto-agressão e as perturbações associadas (depressão, psicose), os consumos de substâncias e a perturbação anti-social da personalidade. As intervenções dirigidas aos civis deverão valorizar a adesão terapêutica e a integração social.

4.3.3. Comparação Forense

Neste campo, como seria previsível, verificaram-se diferenças muito importantes entre as duas amostras, porque todos os PRs encontravam-se detidos por, alegadamente, terem praticado actos ilícitos puníveis com pena de prisão. Os PRs mostraram uma probabilidade de cerca de 10 vezes superior de terem sido condenados anteriormente (n=58; 50,9%), em comparação com os PCs (n=11; 9,1%). Os crimes anteriores, que envolveram violência contra pessoas ou contra o património, ocorreram com probabilidades superiores de 17,6 vezes e 9,7 vezes, respectivamente, nos PRs, em relação aos PCs.

Assinala-se que os PRs revelaram uma prática delinquente sensivelmente mais grave, face aos PCs, contudo os diagnósticos de perturbações psicóticas foram, significativamente, mais frequentes nos PCs. Estes dados são concordantes com a evidência de que os consumos de substâncias, as características de personalidade e a patologia afectiva são, consideravelmente, mais importantes como factores individuais associados à violência do que as perturbações psicóticas (Monahan J. , Steadman, Silver, Appelbaum, & et al, 2001).

4.3.4. Comparação de Necessidades

De acordo com a pontuação dos participantes observaram-se probabilidades significativamente superiores de necessidades de cuidados não-satisfeitas, nos PRs *versus* PCs, em múltiplos domínios. Estas necessidades referiam-se à **ocupação** (domínio 5. Actividade Diárias: 2,1 vezes mais), à **saúde global** (domínio 6. Saúde Física: 3,4 vezes mais, domínio 8. Informação sobre a Doença e Tratamento: 4,3 vezes mais, domínio 9. Sofrimento Psicológico: 1,7 vezes mais), ao **risco de autoagressão** (domínio 10. Segurança para o Próprio: 2 vezes mais), ao **consumo de substâncias** (domínio 13. Drogas: 3 vezes mais), à **sexualidade** (domínio 16. Relacionamento Sexual: 7,4 vezes mais), à **relação parental** (domínio 17. Cuidados Parentais: 8,2 vezes mais), e a **aspectos sociais** (domínio 19. Telefone: 6,3 vezes mais, domínio 22. Subsídios Sociais: 4 vezes mais).

O inverso, probabilidades significativamente superiores de necessidades de cuidados não-satisfeitas, nos PCs *versus* PRs, observaram-se a respeito do **abuso de álcool** (domínio 12. Álcool: 5,6 vezes) e dos **meios financeiros** (domínio 21. Dinheiro: 2,5 vezes).

Diversas necessidades não-satisfeitas com frequência superiores na pontuação dos PRs *versus* PCs poderão, em grande medida, resultar do próprio regime de reclusão, tal como, a **ocupação**, a **sexualidade**, a **relação parental**, o **acesso ao telefone** e, inclusive, o **sofrimento psicológico**. No entanto, as necessidades não-satisfeitas nos domínios 6. Saúde Física, 10. Segurança para o Próprio e 13. Drogas poderão indicar que os PRs recebem um nível de cuidados, nestes importantes domínios, inferior ao necessário, em comparação com os PCs.

As necessidades não-satisfeitas nos domínios 8. Informação sobre a Doença e Tratamento e 22. Informação sobre Benefícios Sociais poderão traduzir dificuldades, ou insatisfação, da relação com os profissionais de saúde e técnicos de referência (Educadores). A informação limitada no contexto prisional pode ampliar o *locus* externo de controlo e facilitar a depressão nas mulheres (Asberg e Renk, 2012) ou a violência nos homens.

Entre os reclusos poderão existir lacunas importantes na informação de aspectos cruciais de saúde, nomeadamente da seropositividade HIV, o que terá implicações sérias de saúde pública após a libertação (Catz et al., 2012).

As necessidades de cuidados totais, pontuadas pelos participantes, mostraram valores significativamente superiores de necessidades não-satisfeitas e necessidades totais nos PRs *versus* PCs. Relativamente às pontuações totais de ajudas, os PRs pontuaram valores significativamente inferiores de ajuda formal recebida, e significativamente superiores de ajuda formal necessária, em relação aos PCs.

Na pontuação dos técnicos, somente no domínio 16. Relacionamento Sexual os PRs obtiveram uma probabilidade de necessidade não-satisfeita superior aos PCs (49 vezes). Inversamente, nos domínios 7. Sintomas Psíquicos, 12. Álcool e 21. Dinheiro, os PRs obtiveram probabilidades de necessidades não-satisfeitas, significativamente, inferiores aos PCs.

Discussão

As necessidades totais, pontuadas pelos técnicos, não revelaram uma diferença significativa entre PRs e PCs. Todavia, os totais de ajudas recebidas foram, significativamente, inferiores, e o total de ajuda formal necessária foi, significativamente, superior nos PRs, em relação aos PCs. Estes dados assinalam que, segundo a avaliação dos técnicos, os PRs, apesar de possuírem necessidades totais semelhantes aos PCs, receberam um nível inferior e careciam de um nível superior de ajuda, em relação aos PCs.

Embora não seja possível excluir vieses sistemáticos de pontuação nos participantes (reclusos e civis) e respectivos técnicos, os resultados sugerem, consistentemente, que se verifica um maior nível de necessidades de cuidados, e um menor nível de cuidados recebidos pelos PRs, em relação aos PCs. Deste modo, poderá estar em causa o princípio da equivalência de cuidados entre os indivíduos reclusos e os indivíduos civis. Uma situação semelhante foi descrita a respeito dos cuidados de saúde em geral, e dos cuidados de saúde mental em particular, no sistema prisional britânico, na época anterior à transferência de responsabilidade da saúde prisional para o SNSB (Gunn, Maden, & Swinton, 1991; Reed & Lyne, 2000; Reed, 2003).

4.4. Concordância entre Participantes e Técnicos sobre Necessidades de Cuidados Não-Satisfeitas

As pontuações dos participantes e técnicos revelaram, na generalidade, discrepâncias de avaliação. Por este motivo, foi decidido apresentar o estudo sobre o nível de concordância nas pontuações de Necessidades Não-satisfeitas por domínio, por se tratar da avaliação mais pertinente para a definição das necessidades individuais.

Observaram-se níveis de concordância diferentes, entre os PRs e respectivos técnicos, e entre PCs e respectivos técnicos: a concordância entre as pontuações dos primeiros foi de nível fraco ($Kappa=0,31$) e a concordância entre as pontuações dos segundos foi de nível moderado ($Kappa=0,41$). No entanto, quando se estuda a concordância entre PRs internados e técnicos ($Kappa=0,39$), verifica-se que a diferença para a amostra civil é ainda menor.

Estes dados indicam uma tendência para que tenha ocorrido uma menor concordância de pontuações na amostra prisional, em comparação com a amostra civil.

Os motivos, não fortuitos, para esta tendência poderão estar relacionados com uma menor valorização ou menor conhecimento da parte dos técnicos sobre os problemas dos reclusos. Num ambiente em que a grande maioria da população apresenta inúmeros problemas de variada ordem é admissível que ocorra um certo grau de “dessensibilização” dos técnicos face à realidade quotidiana dos reclusos. Igualmente se deve ter em conta que possa existir uma maior reticência dos reclusos em partilhar problemas e dificuldades com profissionais associados ao sistema prisional, elementos “do outro lado”.

A prisão é, primariamente, um contexto repressor e não terapêutico onde a assimetria entre paciente/terapeuta é muito mais marcada face à que ocorre no contexto civil. Este aspecto influencia, negativamente, a qualidade da comunicação e diversos problemas/necessidades poderão não ser transmitidas pelos reclusos aos técnicos.

De todo o modo, a divergência da avaliação de necessidades individuais entre utentes (receptores de cuidados) e profissionais (prestadores de cuidados) é um fenómeno comum em variados contextos de cuidados, incluindo o sistema prisional (Emmanuel e Campbell, 2009; Segal, Daffern, Thomas, Ferguson, 2010). Esta divergência implica que, se é necessário uma planificação de cuidados abrangente e participada, é indispensável integrar as perspectivas dos reclusos, sob pena de estes não se envolverem no plano de cuidados, e a prazo, não beneficiarem sensivelmente do trabalho desenvolvido.

4.5. Limitações Metodológicas do Estudo

A análise das limitações metodológicas segue a conceptualização eminentemente epidemiológica de Fletcher, Fletcher e Wagner (1989), por ser a área de investigação onde este trabalho se insere.

Globalmente tratou-se de um trabalho numa linha de investigação algo pioneira entre nós e com recursos modestos o que contribuiu, em parte, para as limitações que a seguir se expõem.

A validade externa do presente estudo enfrenta a limitação da falta de representatividade da amostra. A selecção da amostra de reclusos obedeceu a um critério de conveniência, porque a dispersão pelo país de Estabelecimentos Prisionais (EP) que dispõem de assistência psiquiátrica e a limitação de recursos humanos e financeiros próprias de um estudo exploratório inviabilizou, desde logo, o delineamento de uma amostra representativa. Por outro lado, afigurava-se difícil obter dados sobre a totalidade e composição da população de reclusos em acompanhamento psiquiátrico porque não existe um registo centralizado com estas informações.

Desta limitação decorre que as conclusões do estudo não são generalizáveis à população de reclusos em acompanhamento psiquiátrico.

Todavia, a menor validade externa pela falta de representatividade da amostra foi atenuada pelo facto da Clínica Psiquiátrica do HPSJD receber reclusos para internamento provenientes de qualquer EP do país, e de ter sido seleccionada a totalidade dos reclusos enviados para a Clínica durante um período de 12 meses.

Houve, igualmente, a preocupação de incluir reclusos “ambulatórios”, ou seja em acompanhamento psiquiátrico nos EP’s, e não hospitalizados, além de reclusos do sexo feminino e reclusos em prisão preventiva. Todos estes grupos puderam ser seleccionados de modo consecutivo, no curso de 12 meses, nos EP’s seleccionados.

Deste modo procurou-se reduzir o viés de amostragem introduzido pelo critério de conveniência na selecção da amostra.

Outro aspecto, que se encontra associado à ausência de representatividade da amostra, é a falta de informação sobre a proporção de reclusos preventivos e condenados que são referenciados aos cuidados psiquiátricos, em relação à população prisional geral. Estas importantes limitações poderão ser colmatadas através de um estudo de prevalência de perturbações mentais na população prisional portuguesa.

No âmbito da validade interna, importa avaliar a ocorrência de vieses de selecção, de medição e de confundimentos.

Após a selecção da amostra de reclusos, cerca de um quarto (24,5%) dos reclusos foram excluídos por não preencherem os critérios de inclusão. A percentagem de sujeitos excluídos é aceitável, tendo em conta que a selecção decorreu em contexto prisional. No estudo comparativo de reclusos e civis de Côté *et al.* (1997) verificou-se uma proporção de 46% de exclusões.

No entanto, no presente estudo os sujeitos excluídos foram quase exclusivamente homens (apenas foi excluída uma mulher) o que fez elevar a proporção de reclusas de 23,8% para 30,7%. Este facto originou um viés de selecção com aumento da proporção do sexo feminino na amostra final.

No sentido de diminuir o viés da elevada percentagem de mulheres, a amostra foi estratificada por sexo nas análises do risco de suicídio, do abuso de substâncias e de necessidades de cuidados.

No caso dos reclusos condenados a pena de prisão teria interesse saber qual o efeito da duração total da pena e do tempo de pena cumprido. É admissível que a passagem do tempo possa modificar em sentido positivo ou negativo variáveis clínicas e de necessidades de cuidados. A variável “tipo de crime” possui um critério de gravidade subjacente e desse modo poderá ter uma relação indirecta com a duração da pena, contudo, não poderá substituir a “duração da pena” porque a eventual relação não foi testada. Foi decidido não incluir a “duração total da pena” e “o tempo de pena cumprido” por diversos motivos. Em primeiro lugar, um dos objectivos do estudo era comparar necessidades de cuidados entre reclusos preventivos e condenados e, neste caso, não tinha pertinência avaliar a questão da duração da pena de prisão aplicada. Em segundo lugar, a duração do tempo de reclusão efectiva varia com outros factores, como p.ex. o comportamento na prisão, o empenho em actividades reabilitadoras, a qualidade de relação com os técnicos, factores que igualmente estão relacionados com o estado de necessidade de cuidados. Logo seria possível a existência de colinearidades entre este dado e variáveis da dimensão necessidades de cuidados. Em terceiro lugar, procurou-se evitar a sobrecarga do questionário com dados judiciais que, em função dos objectivos do estudo, não pareceram ser justificados.

A selecção da amostra dos civis foi realizada num serviço público de internamento e de ambulatório de psiquiatria, através de critérios de emparelhamento com os reclusos, a fim de prevenir vieses relativos às variáveis de idade, sexo, diagnóstico e tipo de cuidados (ambulatório *versus* internamento). Rapidamente constataram-se impossibilidades de emparelhamento, de um para um, com as variáveis de idade e diagnóstico. As depressões eram frequentes em reclusos masculinos jovens, mas entre os civis jovens eram raras. Foi decidido prosseguir o emparelhamento dando prioridade ao escalão etário e sexo. Dificuldades no emparelhamento entre reclusos e civis foram igualmente referidas por Côté *et al.*(1997) a propósito da idade e perturbações afectivas, num estudo efectuado no Canadá.

Ao fim de três meses foram incluídos, de forma consecutiva, 121 participantes civis que cumpriam os critérios de inclusão e emparelhamento.

Apesar de poder ser questionável a comparação entre participantes de dois contextos muito diferentes (prisão *versus* comunidade) recorda-se que um dos objectivos principais do estudo era a comparação de necessidades de cuidados entre reclusos e civis para avaliar a efectividade da equivalência de cuidados nestes dois contextos. Outros autores efectuaram uma comparação semelhante para avaliar a especificidade clínica dos reclusos *versus* civis (Côté *et al.*,1997).

Relativamente aos processos de medição e respectivos vieses, todos os seis entrevistadores envolvidos no estudo receberam formação prévia nos instrumentos aplicados e possuíam experiência clínica prévia. As entrevistas aos reclusos, e técnicos respectivos, foram conduzidas apenas por dois entrevistadores. Desta forma procurou-se reduzir em grande

medida o viés do entrevistador. Sobre um viés de resposta é possível que tenha ocorrido uma tendência de ampliação de problemas e necessidades de ajuda por parte dos reclusos, e o inverso por parte dos respectivos técnicos. O facto de os entrevistadores serem elementos externos ao sistema prisional poderá ter modificado este viés, embora não seja possível admitir que tenha sido atenuado verdadeiramente. O mesmo viés na amostra de civis terá tido uma importância consideravelmente mais reduzida porque o contexto é muito diferente.

No grupo dos civis em ambulatório, os técnicos de referência não puderam pontuar o CAN. Por este motivo, a amostra dos reclusos foi dividida em dois grupos (reclusos “internados” e “ambulatórios”) para a comparação das pontuações dos técnicos.

Na selecção dos instrumentos procurou-se eleger instrumentos traduzidos e já aplicados pelos entrevistadores noutros trabalhos de investigação, com excepção do CANFOR. Contudo, a ausência de uma validação completa para a população portuguesa na grande maioria dos instrumentos encerra uma limitação importante para este e outros estudos. O estudo de validação do CANFOR revelou parâmetros de validade concorrente e de fiabilidade semelhantes aos da versão original (Thomas et al., 2008) e espanhola (Romeva et al., 2010).

A avaliação do risco de suicídio poderia ter sido efectuada por um instrumento mais específico para este fim no ambiente prisional. Existem alguns instrumentos para este efeito, atrás referidos, mas nenhum se encontra validado, e como se pretendia efectuar a comparação entre reclusos e civis é questionável se a sua utilização iria elevar, sensivelmente, a validade interna do estudo.

As limitações apontadas na validade externa e interna deste estudo devem ser pesadas face ao carácter exploratório e pragmático deste estudo. Segundo Treweek e Zwarenstein (2009) os ensaios baseados na prática clínica poderão ter mais valor do que ensaios com maior validade interna mas com pacientes super-seleccionados, os chamados “atletas da doença”. Daqui decorre que, no limite, os resultados desses trabalhos poderão não ter aplicação na prática clínica.

Neste trabalho procurou-se averiguar uma realidade pouco estudada em Portugal e alcançar conhecimentos com aplicabilidade a fim de fornecer um contributo para uma evolução mais favorável dos reclusos com perturbação mental.

Capítulo 5 - Conclusões

Neste Capítulo serão apresentadas as Conclusões, seguindo a sequência das principais secções dos Resultados e da Discussão, as recomendações para os Serviços Prisionais e, por fim, as orientações para futuras investigações neste campo.

5.1. Reclusos em Acompanhamento Psiquiátrico

A amostra dos reclusos divergiu, em alguns parâmetros, da população prisional geral, designadamente, na idade, sexo, regime prisional e tipo de crime.

A média de idade foi, ligeiramente, inferior e ocorreu uma sobre-representação do sexo feminino (30,7% *versus* 5,5% na população prisional), de reclusos em prisão preventiva (32,5% *versus* 19,3%) e do crime actual contra pessoas (53,5% *versus* 29,4%). Embora o excesso de mulheres e presos preventivos possa ser explicado pela inclusão, intencional, de EP's com predomínio daqueles grupos, não é possível excluir uma maior referenciação para a psiquiatria de mulheres, de presos preventivos, e de reclusos que cometeram crimes contra pessoas.

Os diagnósticos mais frequentes entre os reclusos em acompanhamento psiquiátrico foram a Perturbação Anti-social da Personalidade (58%), a Depressão Major (56%), a Ansiedade Generalizada (50%) e o Abuso/Dependência de Substâncias (48%). A maioria (53,5%) apresentava três ou mais categorias diagnósticas. A síndrome psicótica foi pontuada numa percentagem mais reduzida (17,5%).

O consumo de substâncias ilícitas na amostra, designadamente, entre os reclusos masculinos (54,4%) e na avaliação dos técnicos (55,6%) foi superior às frequências registadas na população prisional (40-47%).

As patologias mais prevalentes na amostra envolveram o eixo II (personalidade anti-social), o consumo de tóxicos, o humor depressivo e a ansiedade.

O risco de suicídio/auto-agressão foi pontuado em perto de metade dos PRs (45,6%) e em 30% foi pontuado o nível mais elevado.

Os factores de risco de suicídio moderado/elevado foram: a presença de Depressão Major, de um nível maior de psicopatologia e condenação actual (pena de prisão).

As condenações múltiplas (duas ou mais condenações anteriores) observaram-se em perto de metade da amostra (47,4%).

Os factores de risco para condenações múltiplas foram: ser portador de Perturbação Anti-social da Personalidade e de um valor superior de Necessidades Totais (na pontuação dos técnicos). O sexo masculino e o consumo de substâncias, anterior à detenção, foram factores que mostraram, apenas, uma tendência de significado estatístico.

Na avaliação de necessidades não-satisfeitas por domínio, a concordância de pontuações, entre reclusos e técnicos, das necessidades foi de nível fraco. Os reclusos pontuaram, em geral, um valor superior de necessidades não-satisfeitas em vários domínios, inclusive na Segurança Para o Próprio e Para os Outros, em comparação com os técnicos.

Nas pontuações de Ajudas, reclusos e técnicos convergiram sobre o nível superior de ajuda necessária, em comparação com a ajuda recebida.

Em suma, os reclusos em acompanhamento psiquiátrico apresentaram um risco elevado de suicídio/auto-agressão e características associadas à reincidência criminal (personalidade anti-social, consumos tóxicos, condenações anteriores), pelo que se justifica um especial acompanhamento deste grupo, no período pré e pós-libertação, de modo a diminuir a probabilidade de suicídio e de futuros actos ilícitos, potencialmente graves.

5.1.1. Reclusos Condenados e Preventivos

Os reclusos em acompanhamento psiquiátrico a cumprir pena de prisão *versus* prisão preventiva não revelaram diferenças na dimensão sociodemográfica. Na dimensão clínica mostraram uma frequência mais elevada de consumos de substâncias e um risco de suicídio mais elevado. Na dimensão forense apresentaram uma frequência mais elevada de antecedentes penais. As pontuações totais de necessidades totais não mostraram diferenças entre estes dois grupos de reclusos. Os reclusos condenados apresentaram uma maior gravidade de problemas (risco de suicídio, abuso/dependência de substâncias, reincidência) em comparação com os reclusos preventivos, pelo que se justifica uma monitorização e prestação de cuidados especialmente dirigido ao primeiro grupo.

5.1.2. Reclusos Femininos e Masculinos

Entre os reclusos femininos e masculinos não se observaram diferenças significativas na dimensão sociodemográfica. Na dimensão clínica constatou-se que a Depressão Major e os comportamentos auto-agressivos ocorreram com uma frequência semelhante entre os sexos, o que constitui um resultado incomum. Os consumos actuais de substâncias foram mais frequentes nos reclusos masculinos. Na dimensão forense os reclusos masculinos registaram um nível superior de reincidência criminal, em relação às mulheres. As necessidades não-satisfeitas atingiram um nível superior nos reclusos masculinos, em relação às reclusas femininas. Os reclusos masculinos, em relação às mulheres, mostraram um maior nível de problemas no que se refere a consumos actuais de substâncias, à reincidência e às necessidades não-satisfeitas. A adversidade nos reclusos masculinos, expressa por estes dados, poderá explicar o "excesso" de Depressão Major e de actos auto-agressivos nestes homens, em comparação com as mulheres. De um modo geral verifica-se a necessidade de elevar os cuidados dirigidos aos reclusos masculinos assistidos em psiquiatria.

5.1.3. Risco de Suicídio

A presença de Depressão Major, um nível mais elevado de psicopatologia, e a pena de prisão actual constituíram os factores de maior agravamento do risco de suicídio para os reclusos assistidos em psiquiatria.

5.1.4. Condenações Múltiplas

A Perturbação Anti-social da Personalidade e o nível mais elevado de necessidades de cuidados (pontuação dos técnicos) foram factores de risco para as condenações múltiplas. O sexo masculino e o consumo de substâncias, anterior à detenção, mostraram uma tendência estatística para a elevação da probabilidade de condenações múltiplas.

5.1.5. Necessidade Não-Satisfeita no Domínio Drogas

A pena de prisão, o maior nível de sintomas depressivos e ansiosos, e o início mais precoce de tratamento psiquiátrico foram factores de risco para a necessidade de cuidados não-satisfeita no domínio Drogas. A intervenção neste domínio deverá dirigir-se predominantemente aos reclusos condenados e contemplar o tratamento da sintomatologia associada.

5.1.6. Necessidades Não-Satisfeitas pontuadas por reclusos e técnicos

A concordância geral das pontuações de necessidades de cuidados não-satisfeitas, entre os reclusos e os respectivos técnicos, foi de nível fraco (Coef. *Kappa* <0,4). Uma avaliação de necessidades de cuidados individuais será mais rigorosa se incluir as perspectivas dos utentes e dos profissionais.

5.2. Participantes Reclusos versus Civis

5.2.1. Dimensão Sociodemográfica

Os PRs apresentavam, anteriormente à detenção, um funcionamento psicossocial superior a respeito de emprego e situação marital, apesar de possuírem menores habilitações escolares, em relação aos PCs.

5.2.2. Dimensão Clínica

Antes da detenção, os PRs apresentaram um início mais tardio e uma intensidade de tratamento psiquiátrico inferior, em relação aos PCs, o que sugere formas de morbilidade mental menos graves.

Os diagnósticos de Perturbação Anti-social da Personalidade, de Depressão Major, de abuso/dependência de substâncias e o nível mais elevado do risco de suicídio foram significativamente superiores nos PRs *versus* PCs. Inversamente, a frequência de psicoses não-afectivas foi significativamente inferior nos PRs *versus* PCs.

Paradoxalmente, a prescrição de antidepressivos foi significativamente inferior nos PRs *versus* PCs.

5.2.3. Dimensão Forense

Os PRs possuíam antecedentes penais significativamente superiores aos PCs, como seria previsível.

5.2.4. Dimensão Necessidades de Cuidados

As avaliações de necessidades de cuidados não-satisfeitas efectuadas pelos participantes (reclusos e civis) e respectivos técnicos mostraram, globalmente, uma divergência importante entre si (traduzida por níveis de concordância entre o fraco e o moderado - Coeficientes *Kappa* entre 0,31 e 0,41).

Este dado sublinha a relevância de incluir as perspectivas dos utentes e dos técnicos, utilizando instrumentos que integrem ambas, no planeamento e oferta de cuidados, sob pena de não contribuírem para a melhoria da situação.

O maior nível de necessidades e um menor nível de cuidados recebidos pelos PRs, em relação aos PCs, levanta a questão se, actualmente estará alcançado o princípio da equivalência de cuidados entre os indivíduos reclusos e civis com perturbação mental.

A aplicação de um instrumento de avaliação individual de necessidades de cuidados, nos reclusos e técnicos, revelou-se exequível e simples. A utilização do CANFOR poderá

contribuir para um melhor planeamento, oferta e avaliação de resultados ao nível individual, o que será decisivo para a missão reabilitadora do sistema prisional.

Os PRs e PCs revelaram diferenças clínicas e de necessidades de cuidados, entre si, suficientemente importantes para serem assistidos em serviços de saúde com elevada diferenciação de modo a ter em conta as especificidades dos reclusos com perturbação mental.

5.3. Recomendações

Os problemas de saúde mental dos reclusos, na sua generalidade, iniciam-se ou são agravados no contexto prisional. Estes problemas encontram-se interconectados com comportamentos de risco ou deletérios, como as auto-agressões, o suicídio e o consumo de drogas.

Uma parte substancial das perturbações mentais tem um tratamento acessível mas, sem terapêutica, a evolução é progressiva e reservada. Os danos individuais e sociais serão de médio a longo prazo e por este motivo raramente são alvo de avaliação. No próprio sistema prisional os reclusos com problemas de saúde mental constituem uma dificuldade acrescida e poderão ser catalisadores de forte perturbação do enquadramento institucional.

Os comportamentos suicidários são comuns na prisão e podem assinalar uma perturbação individual ou uma alteração no ambiente prisional. Após cada ocorrência, origina-se uma “onda de choque”, envolvendo reclusos e profissionais, tanto maior quanto maior for a gravidade do acto.

Após o cumprimento, parcial ou total, da pena a reintegração social é um processo complexo que envolve muitas dificuldades para o indivíduo e para a comunidade. Uma saúde mental vulnerável no recluso limitará, seguramente, a utilização dos recursos pessoais e a capacidade de beneficiar dos apoios neste processo.

O investimento em cuidados dirigidos aos problemas de saúde mental poderá ter um efeito multiplicador nos resultados obtidos a curto e a longo prazo. A aplicação de recursos nesta área será uma medida do interesse e do esforço para consolidar a pena de prisão como uma oportunidade reabilitadora.

Sob esta perspectiva enunciam-se algumas recomendações decorrentes da reflexão e dos resultados do presente estudo:

- i. Os reclusos em acompanhamento psiquiátrico possuíam condenações múltiplas em cerca de 50% dos casos e deverão ser considerados um grupo de risco para a reincidência criminal.
- ii. A avaliação do estado mental deverá ser efectuada à entrada na prisão, com particular ênfase na avaliação do risco de suicídio/auto-agressão e consumos toxicofílicos.
- iii. O risco de suicídio foi significativamente superior no grupo dos reclusos condenados, em relação aos reclusos em prisão preventiva. Para além da avaliação à entrada é necessário monitorizar este risco ao longo da pena.
- iv. A Depressão foi a perturbação mental, com um tratamento psiquiátrico efectivo, mais frequente entre os reclusos com acompanhamento psiquiátrico e o factor com a maior força de associação ao risco de suicídio. A sua detecção e tratamento deverá ser uma das principais prioridades dos serviços de saúde.

- v. Os consumos de substâncias estavam presentes, no mínimo, em perto de um terço dos reclusos masculinos em acompanhamento psiquiátrico. Uma abordagem assertiva dirigida à abstinência de consumos, neste grupo de reclusos, será essencial para a melhor evolução destes casos.
- vi. Os domínios de Alojamento, Alimentação, Cuidados com o Alojamento, Álcool mostraram pontuações de necessidades não-satisfeitas muito reduzidas. No entanto, os domínios de Actividades Diárias e de Informação sobre Tratamento/Doença e sobre Subsídios Sociais merecem maior atenção dos Serviços de modo a reduzir o seu nível de necessidades não-satisfeitas.
- vii. O grupo de reclusas apresentou níveis de necessidades de cuidados significativamente menores, em relação aos reclusos. Os serviços prisionais poderiam utilizar a experiência mais positiva junto das reclusas e procurar aplicar um enquadramento semelhante aos reclusos, nomeadamente nas áreas de escolarização e ocupação com trabalho.
- viii. A avaliação individual de necessidades de cuidados no contexto prisional é exequível e fornece elementos importantes em áreas-chave para os reclusos e os serviços prisionais. A validação da versão portuguesa do CANFOR permite aplicar esta metodologia na adequação e avaliação dos cuidados aos reclusos.

5.4. Orientações para Futura Investigação

O conhecimento científico progride de uma forma particular, tal como a mente do seu obreiro. Para Corballis (2011), a recursividade do pensamento (pensar sobre o que pensamos sobre o pensamento...) permitiram que o *Homo sapiens* desenvolvesse um universo mental, aparentemente sem paralelo neste planeta.

Questionar o que se observa, formular hipóteses explicativas, efectuar estudos analíticos para verificar as hipóteses, analisar os resultados e propor novos estudos e hipóteses, referido por Mausner & Bahn (1999) como o ciclo de estudos epidemiológicos, descreve bem o movimento permanente (recursivo) de construção e reconstrução da Ciência.

É neste ciclo de trabalho científico que o presente estudo se insere. O que foi alcançado neste trabalho encerra mais questões do que respostas, mas constituiu um primeiro passo para aumentar o conhecimento numa área de fronteira (Saúde e Justiça) e contribuir para favorecer a via de reintegração de indivíduos “à margem”.

O estudo de prevalência das perturbações mentais presentes na população prisional portuguesa, necessariamente transversal e com uma amostra representativa, é um estudo indispensável para confirmar, ou não, algumas questões, nomeadamente: a Depressão Major é a perturbação do eixo I mais frequente? As perturbações psicóticas encontram-se numa percentagem inferior à encontrada noutros estudos? Que perturbações são mais frequentes entre reclusos condenados, preventivos, no sexo feminino e masculino, nos jovens e nos idosos?

Um estudo deste âmbito poderá ser realizado com o envolvimento de entidades interessadas e com capacidade para financiar uma equipa que cubra o território nacional.

Outros estudos relevantes poderiam abordar os factores de risco para diversos problemas, como o suicídio na prisão, a violência, o abuso/dependência de substâncias, através de estudos retrospectivos (caso-controlo), mas, idealmente, prospectivos (de coorte) e com amostras representativas.

Finalmente, um estudo sobre resultados do sistema prisional (estudo prospectivo), com ênfase na reincidência criminal, seria um contributo de grande valor para aperfeiçoar o trabalho dos Serviços Prisionais e para a sociedade em geral.

Resumo

Palavras-chave: reclusos, prisão, perturbação mental, suicídio, necessidades de cuidados, avaliação de necessidades de cuidados de saúde mental

A população prisional é constituída por indivíduos geralmente sujeitos a alguma forma de exclusão social e que apresentam problemas de saúde física e mental mais frequentes do que na população em geral.

A prevalência mais elevada de perturbações mentais e de suicídio nos reclusos, em relação à população civil, é consensual e está demonstrada em numerosos estudos internacionais. O abuso/dependência de substâncias, a depressão, as psicoses e a perturbação anti-social de personalidade são as perturbações mais comuns na população prisional. As perturbações mentais são importantes factores de risco de suicídio, de vitimização, de reincidência e de reentrada no sistema prisional. Assim sendo, o grupo de reclusos com perturbação mental constitui um grupo de risco relevante.

A avaliação de necessidades de cuidados foi iniciada no Reino Unido como um método para o planeamento, medição dos resultados e financiamento dos cuidados de saúde. Para esta avaliação foram desenvolvidos instrumentos que avaliam as necessidades em diversos domínios (clínicos e sociais) para aplicação aos utentes, cuidadores e profissionais.

Até aos anos noventa, a avaliação de necessidades no contexto prisional incidia especialmente nas necessidades de segurança dos serviços, segundo a perspectiva dos profissionais. Contudo, a partir do relatório Reed (1992), sobre a situação dos reclusos com perturbação mental, verificou-se uma abordagem mais abrangente, que incluía a avaliação das necessidades de cuidados dos reclusos.

Embora as necessidades dos reclusos com perturbação mental pareçam ser similares às dos doentes psiquiátricos em geral, existem diferenças em determinados domínios como a comorbilidade do eixo II, o abuso de substâncias e o risco de violência. Por este motivo, as necessidades de cuidados de saúde mental dos reclusos são elevadas e frequentemente não se encontram satisfeitas. De forma a incluir estas especificidades foi desenvolvida a versão forense do *Camberwell Assessment of Need* (CAN), designada por CAN - *Forensic Version* (CANFOR).

Actualmente existe um consenso generalizado entre as instituições internacionais do dever de proporcionar aos reclusos cuidados de saúde, de prevenção e de tratamento, equivalentes aos cuidados disponíveis para a população civil - o princípio da equivalência de cuidados.

A presente investigação pretendeu caracterizar e avaliar as necessidades de cuidados dos reclusos acompanhados nos serviços de psiquiatria prisionais na área da Grande Lisboa (internamento no Serviço de Psiquiatria do Hospital Prisional de S. João de Deus (HPSJD) e consultas nos Estabelecimentos Prisionais (EP) de Caxias e de Tires). De modo a estabelecer

uma comparação com sujeitos civis foi seleccionada uma amostra de conveniência de pacientes acompanhados num departamento de psiquiatria da mesma região, segundo um emparelhamento por sexo, escalão etário, e por diagnóstico, num período de 3 meses.

Realizou-se um estudo de tipo observacional, transversal e comparativo. Aplicaram-se os seguintes instrumentos de avaliação: questionário específico, Brief Psychiatric Rating Scale 4.0, Mini International Neuropsychiatric Interview 5.0.0, Global Assessment Functioning, CAN-R e CANFOR-R.

No período do estudo (12 meses) foram assistidos 149 reclusos, dos quais, 35 (23,5%) não cumpriram os critérios de inclusão. A amostra final de reclusos (PRs) (n=114) foi constituída por 79 homens (69,3%) e 35 mulheres (30,7%), dos quais 77 eram condenados (67,5%) e 37 (32,5%) encontravam-se detidos preventivamente.

A amostra final de participantes civis (PCs) foi constituída por 121 indivíduos, dos quais 76 eram homens (62,8%) e 45 eram mulheres (37,2%).

Relativamente aos PRs, o diagnóstico mais frequente foi a Perturbação Anti-social da Personalidade (57,9%), seguida pela Depressão Major (56,1%). A maioria (53,5%) apresentava três ou mais categorias diagnósticas. Aproximadamente um terço dos PRs (30%) pontuou o nível elevado de risco de suicídio. A probabilidade deste risco aumentava, significativamente, nos portadores de Depressão Major, de um maior nível de psicopatologia e de uma condenação actual.

Perto de metade dos PRs (47,4%) possuía duas ou mais condenações prévias e mais de metade estavam envolvidos em crimes contra pessoas (53,5%). A probabilidade de condenações múltiplas foi significativamente superior nos portadores de Perturbação Anti-social da Personalidade e nos reclusos com maior número de necessidades totais.

Entre os PRs dos dois sexos, as principais diferenças significativas residiram na maior frequência de consumo de substâncias e no maior número de necessidades de cuidados não-satisfeitas nos homens *versus* mulheres.

A comparação entre os PRs, antes da detenção, e os PCs mostrou que os primeiros possuíam menor escolaridade, menos medicação psiquiátrica, mas mais emprego e mais consumos de substâncias ilícitas. A Perturbação Anti-social da Personalidade (OR=26,4; IC95%: 10,7-64,9), a Perturbação Pós-stress Traumático (OR=15,0; IC95%: 3,5-65,4), a Dependência/Abuso de Substâncias (OR=8,5; IC95%: 4,2-17,6) a Depressão Major (OR=2,6; IC95%: 1,5-4,4) e o Risco de Suicídio Elevado (OR=2,6; IC95%: 1,4-5,0) foram significativamente mais frequentes nos PRs *versus* PCs.

Relativamente à avaliação de necessidades de cuidados, os PRs mostraram maior número de necessidades não-satisfeitas e maior necessidade de ajuda profissional, em relação aos PCs. Embora diversas necessidades não-satisfeitas possam resultar da condição de recluso, outras, em domínios da saúde física, da segurança do próprio e dos consumos tóxicos, poderão indicar que os PRs recebem um nível de cuidados inferior ao necessário, em comparação com os PCs.

Os PRs apresentaram patologia mental, predominantemente não-psicótica e elevado risco de suicídio/auto-agressão, associado a depressão, necessidades de cuidados e uma

pena de prisão. Possuíam, numa frequência elevada, características, consistentemente, associadas à reincidência criminal (personalidade anti-social, consumos tóxicos, condenações anteriores), pelo que se justifica um especial acompanhamento deste grupo, no período pré e pós-libertação.

A comparação de necessidades de cuidados no contexto civil e prisional indica um maior nível de necessidades e um menor nível de cuidados recebidos pelos PRs, em relação aos PCs. O princípio da equivalência de cuidados poderá estar comprometido nos indivíduos reclusos com perturbação mental.

A utilização do CANFOR foi fácil e poderá contribuir para um melhor planeamento, oferta e avaliação de resultados ao nível individual.

Os PRs e PCs revelaram características clínicas e de necessidades muito diferentes entre si, pelo que, os reclusos com perturbação mental deverão ser assistidos em serviços de saúde mental preparados para abordar as suas especificidades.

Abstract

Key-words: inmates, prison, mental disorder, suicide, needs of care, mental health care needs assessment

The prison population is generally made up of individuals who are usually subject to some sort of social exclusion and who show physical and mental problems more frequently than the general population.

Various international studies have found higher rates of mental disturbances and suicide within the prison population. The most common mental disturbances found are substance abuse or dependency, depression, psychosis, and anti-social personality disturbance. Such mental disturbances are important factors in suicide, victimization, delinquency recurrence, and the risk of reentry into prison. As a result, prison inmates with mental disturbances are a relevant at risk group.

Assessment of needs of care first started in the United Kingdom as a method of care planning, results measuring and finance health care. The method involved the development of certain measuring instruments to be used by patients, caregivers and professionals in order to evaluate needs in various domains (clinical and social).

Until the nineties, the assessment of needs of care in a prison context focused mainly on the service's security needs. However, after the Reed (1992) report on mentally disturbed inmates, a much wider approach was considered, which included evaluation of the inmate's needs of care.

However similar mentally disturbed prison inmates' needs may appear to those of other psychiatric patients, there are some differences in particular domains, namely, co-morbidity of Axis II, substance abuse and the risk of violence. For this reason, inmates' mental health care needs are high and very often not met. In order to include these specificities, a forensic version of the *Camberwell assessment of need (CAN,)* designated *CAN – Forensic version (CANFOR)* was developed. There is now generalized consensus among international institutions of the duty under the equivalent health care principle to provide inmates with preventative health care and treatment, that are equivalent to the care available to the civil population.

This investigation aims to characterize and assess the health care provision of prison inmates admitted to Lisbon's Psychiatric Prison ward - the Psychiatric Ward of *São João de Deus* Hospital (HPSJD) - and inmates in the *Caxias and Tires* Prison Establishments (EP) undertaking outpatient treatment. In order to establish a comparison between prison and civilian patients, a convenience sample was selected from civilian patients being treated in a psychiatric ward in the same geographical area. This sample was paired by gender, age group and diagnosis during a three month period.

The study was observational, transversal and comparative. The following measuring instruments were used: a purpose-built questionnaire, Brief Psychiatric Rating Scale 4.0, Mini International Neuropsychiatric Interview 5.0.0, Global Assessment Functioning Scale, CAN-R and CANFOR-R.

Abstract

During the research period (12 months), 149 inmates received care, of whom 35 (23.5%) did not comply with the prerequisite criteria of this study. The final sample of inmates (PRs) (n=114) comprised 79 men (69.3%) and 35 (30.7%) women, of whom 77 (67.5%) were convicted prisoners and 37 (32.5%) were in preventive custody.

The final sample for Civilian Participants (PCs) was made up of 121 individuals, of whom 76 (62.8%) were men and 45 (37.2%) were women.

The most common diagnosis among the PRs was Anti-Social Personality Disorder (57.9%), followed by Major Depression (56.1%). More than half of the subjects in the sample (53.5%) showed three or more diagnostic categories. Approximately one third (30%) of the PRs showed a high level of suicide risk. The probability of this risk was significantly higher among Major Depression patients, those showing a higher level of psychopathology and those with a current conviction.

Almost half of the PRs (47.4%) had been given two or more prior convictions and more than half (53.5%) were involved in crimes against people. The probability of multiple convictions was significantly higher among inmates with Anti-Social Personality Disorder and in those with more total needs.

With regard to gender, the main significant difference among the PRs was that men were found to have a higher frequency of substance use and a greater number of unsatisfied caring needs than women.

Comparison between the PRs prior to detention and PCs revealed that the former held lower educational qualifications and received less psychiatric medication, but had higher levels of employment and showed greater consumption of illicit substances. In addition Anti-Social Personality Disorder (OR=26.4; IC 95%: 10.7-64.9), Post-Stress Traumatic Disturbance (OR=15.0; IC 95%: 3.5-65.4), Substance Dependency/Abuse (OR=8.5; IC 95%: 4.2-17.6), Major Depression (OR=2.6; IC 95%: 1.5-4.4), and High Suicide Risk (OR=2.6; IC 95%: 1.4-5.0) were significantly more frequent amongst PRs than PCs.

The results for needs assessment revealed that the PRs showed higher levels of unmet needs and a greater need for professional help in comparison with the PCs. Although various unmet needs may result from the inmate's condition, other needs - in particular those regarding physical health, personal security and toxic substance use - suggest that the care given to PRs may be inadequate in comparison with that given to PCs. This implies that the principle of equivalent health care for PRs with mental illnesses may not be upheld.

Furthermore, the mental morbidity results of the PRs indicated that they suffer predominantly from non-psychotic and high suicide/self inflicted aggression risk associated with depression, caring needs and a prison sentence. They also often showed characteristics that are consistently associated with criminal recidivism (Anti-social Personality, use of toxic substances, prior convictions). This result justifies that there should be special follow-up for this group in the pre- and after release period.

The use of CANFOR proved to be simple and the application delay was acceptable. No difficulties were encountered in the understanding of its categories by its users. As a result, it

Abstract

could contribute towards better planning, supply and assessment of results at an individual level.

Given that the PRs and PCs revealed different clinical and needs characteristics, it is recommended that inmates with mental disturbances should be assisted in mental health services that are adequately prepared to address their specificities.

Bibliografia

- Abramowitz, M. (2005). Prisons and the human rights of persons with mental disorders. *Cur Opin Psychiatry*, 18, pp. 525-529.
- Abramson, M. (1972). The criminalization of mentally disordered behaviour: possible side-effect of mental health law. *Hospital Community Psychiatry*, 23, pp. 101-105.
- Adriano, P. J. (2010). Penitenciária Central de Lisboa, A Casa do Silêncio e o despontar da arquitectura penitenciária em Portugal. *Tese de Mestrado*. Universidade de Lisboa, Faculdade de Letras, Instituto de História de Arte.
- Aguiar, P. (2007). *Guia Prático Climepsi de Estatística em Investigação Epidemiológica*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Albergaria, P. (2003). *A Lei da Saúde Mental (Lei 36/98, de 24 de Julho. Anotada)*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Almeida, F. (1999). *Homicidas em Portugal*. Porto: PUBLISMAI.
- Altamura, A., Bassetti, R., Sassella, F., Salvadori, D., & et al. (2001). Duration of untreated psychosis as a predictor of outcome in first-episode schizophrenia: a retrospective study. *Schizophrenia Research*, 52, pp. 29-36.
- Altman, D. (1991). *Practical Statistics for Medical Research*. Londres: Chapman & Hall/Crc.
- Alves, N., Centeno, M., & Novo, A. (2010). *Boletim Económico do Banco de Portugal*. Retrieved Janeiro 2013, from Banco de Portugal: <http://www.bportugal.pt/>
- Amorim, P. (2000). Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve em diagnóstico de transtornos mentais. *Revista Brasileira Psiquiátrica*, 22(3), pp. 106-115.
- AMWG. (1996). Avon Measure Working Group. *The Avon Mental Health Measure. A User Centred Approach to Assessing Need*. Londres: MIND.
- Andrade, J. (2000). O internamento compulsivo de portadores de anomalia psíquica na perspectiva dos direitos fundamentais. In *A Lei da Saúde Mental e o Internamento Compulsivo* (pp. 71- 91). Coimbra: Coimbra Editora.
- Andrus, D., & Andrus, J. (1983). The effect of consumer's social characteristics and behavior on psychiatric admission decisions. *Social Psychiatry*, 18, pp. 161-168.
- Angermeyer, M. (2000). Schizophrenia and violence. *Acta Psychiatrica Scandinavia Suppl*, 102, pp. 63-67.
- APA. (1994). *DSM-IV: Diagnostic and statistical manual for mental disorders* (Fourth ed.). Washington DC: American Psychiatric Association.
- APA. (2000). *DSM-IV-TR: Diagnostic and statistical manual of mental disorders, text revision* (Fourth ed.). Washington DC: American Psychiatric Association.

Bibliografia

- APA. (2001). Publication Manual of the American Psychological Association. *American Psychological Association, 5th*. (Author, Ed.) Washington, DC.
- APA. (2002). *DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais [Diagnostic and statistical manual of mental disorders: Text revision (2000)]*. (Climepsi, Ed., & J. N. Almeida, Trans.) Lisboa: American Psychiatric Association.
- Arseneault, L., Moffitt, T., Caspi, A., Taylor, P., & Silva, P. (2000). Mental disorders and violence in a total birth cohort: results from the Dunedin Study. *Archives of General Psychiatry, 57*, pp. 979-986.
- Asadi-Lari, M., Packhan, C., & Gray, D. (2003). *Need for redefining needs. Health and Quality of Life Outcomes 1:34*. Retrieved Fevereiro 2012, from <http://www.hqlo.com/content/1/1/34>
- Baillargeon, J., Binswanger, I., Penn, J., Williams, B., & Murray, O. (2009). Psychiatric disorders and repeat incarcerations: the revolving prison door. *Am J Psychiatry, pp.* 103-109.
- Baillargeon, J., Penn, J., Thomas, C., Temple, J., & et al. (2009). Psychiatric disorders and suicide in the nation's largest state prison system. *J Am Acad Psychiatry Law, 37*, pp. 188-193.
- Barreiros, J. A. (1980). *Análise Social, XVI(63), 3º*, pp. 587-612.
- Barton, R., & Haider, I. (1966). Unnecessary compulsory admissions to a psychiatric hospital. *Medicine and Science Law, 6*, pp. 147-150.
- Basaglia, F., & Giannicheda, M. (2002). Franco Basaglia. In *Anthology of Italian Psychiatric Texts* (pp. 395-398). Paris: World Psychiatric Association.
- Baxter, R., Rabe-Hesketh, S., & Parrot, J. (1999). Characteristics, needs and reoffending in a group of patients with schizophrenia formerly treated in medium security. *The Journal of Forensic Psychiatry, 10*, pp. 69-83.
- Bech, P., Larsen, J., & Andersen, J. (1988). The BPRS: Psychometrics Developments. *Psychopharmacology Bulletin, 24*, pp. 118-121.
- Beck, A., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry, 4*, pp. 561-571.
- Beck-Sander, A., & Clark, A. (1998). Psychological models of psychosis: implications for risk assessment. *Journal of Forensic Psychiatry, 9*, 659-671.
- Bennett, D. (1993). Future pattern of psychiatric services. In W. Watson, & A. Grounds (Eds.), *The Mentally Disordered Offender in an Era of Community Care* (p. 11). Cambridge: Cambridge University Press.
- Biles, D., & Mulligan, D. (1973). Mad or bad? - The enduring dilemma. *Br J Criminol, 13*, pp. 275-279.
- Binswanger, I., Stern, M., Deyo, R., Heagerty, P., Cheadle, A., Elmore, J., et al. (2007). Release from Prison - A High Risk of Death for Former Inmates. *N Engl J Med, 356(2)*, pp. 157-165.

- Birmingham, L., Gray, J., Mason, D., & Grubin, D. (2000). *Mental illness at reception into prison*. Retrieved Março 2012, from Criminal Behaviour and Mental Health: DOI:10.1002/cbm.347
- Blaauw, E., Kerkhof, A., & Hayes, L. (2005). Demographic, Criminal, and Psychiatric Factors Related to Inmate Suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35(1), pp. 63-75.
- Blaauw, E., Roesch, R., & Kerkhof, A. (2000). Mental Disorders in European Prison System. *Int J Law Psychiatry*, 23, pp. 649-663.
- Black, D., Arndt, S., Hale, N., & Rogerson, R. (2004). Use of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) as a Screening Tool in Prisons: Results of a Preliminary Study. *J Am Acad Psychiatry Law*, 32, pp. 158-162.
- Black, D., Baumgard, C., Bell, S., & Kao, C. (1996). Death rates in 71 men with antisocial personality disorder. A comparison with general population mortality. *Psychosomatics*, 37(2), pp. 131-136.
- Black, K., Peters, L., Rui, Q., Miliken, H., & et al. (2001). Duration of untreated psychosis predicts treatment outcome in an early psychosis program. *Schizophrenia Research*, 47, pp. 215-222.
- Bland, R., & Orn, H. (1986). Family violence and psychiatric disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 31, pp. 129-137.
- Bonta, J., Law, M., & Hanson, K. (1998). The prediction of criminal and violent recidivism among mentally disordered offenders: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 123(2), pp. 123-142.
- Bottlender, R., Sato, T., Jager, M., Groll, C., & et al. (2002). The impact of duration of untreated psychosis and premorbid functioning on outcome of first inpatient treatment in schizophrenic and schizoaffective patients. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 252, pp. 226-231.
- Bottlender, R., Sato, T., Jager, M., Wegener, U., & et al. (2003). The first psychiatric admission impact of the duration of the untreated psychosis prior to first psychiatric admission on the 15-year outcome in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 62, pp. 37-44.
- Bouça, J., Guimarães, M., Brito, R., & Pires, L. (1990). Da história dos hospitais de dia. Comunicação apresentada no 3º Encontro Nacional sobre o Ambulatório em Saúde Mental. In Anais Portugueses da Saúde Mental (Ed.). Vol. 7, Tomo 1º, p. 157. Lisboa: Sociedade Portuguesa para o Estudo da Saúde Mental.
- Breakey, W. R. (2000). Service Needs of Individuals and Populations. (W. Breakey, Ed.) *New Oxford Textbook of Psychiatry*(Psychiatry, Spirituality and Religion), pp. 61-66.
- Brennan, P., Mednick, S., & Hodgins, S. (2000). Major mental disorders and criminal violence in a Danish birth cohort. *Archives of General Psychiatry*, 57, pp. 494-500.
- Brewin, C. R., Wing, J. K., Mangen, S. P., Brugha, T. S., & MacCarthy, B. (1987). Principles and Practice of Measuring Needs in the Long-term Mentally Ill: the MRC Needs for Care Assessment. *Psychol Med*, 17, pp. 971-981.

Bibliografia

- Brinded, P., Simpson, A., Laidlaw, T., & et al. (2001). Prevalence of psychiatric disorders in New Zealand prisons: a national study. *Aust N Z Psychiatry*, 35, pp. 166-173.
- Brooker, C., & Ullmann, B. (2008). *Out of Sight, Out of Mind. The state of mental healthcare in prison.* (G. Lockhart, Editor) Retrieved Março 2012, from Policy Exchange: <http://www.policyexchange.org.uk>
- Brooker, C., Sirdifield, C., & Gojkovic, D. (2007). *Mental health services and prisoners: An updated review.* Retrieved Março 2008, from Prison Health Research Network.
- Brugha, T., Singleton, N., & Meltzer, H. (2005). Psychosis in the Community and Prisons: A Report from the British National Survey of Psychiatric Morbidity. *Am J Psychiatry*, 162, pp. 774-780.
- Buchan, H., Gray, M., Hill, A., & Coulter, A. (1990). Needs assesment made simple. *Health Serv J*, 100, pp. 240-241.
- Bulten, E., Nijman, H., & Staak, C. (2009). Psychiatric disorders and personality characteristics of prisoners at regular prison wards. *Int J Law Psychiatry*, 31, pp. 115-119.
- Butler, T., Allnutt, S., Cain, D., Owens, D., & Muller, C. (2005). Mental disorder in the New South Wales prisoner population. *Aus N Z J Psychiatry*, 39, pp. 407-413.
- Butler, T., Andrews, G., Allnutt, S., Sakashita, C., & et al. (2006). Mental disorders in Australian prisoners: a comparison with a community sample. *Aust N Z J Psychiatry*, 40, pp. 272-276.
- Caldas de Almeida, J., & Xavier, M. (1995). Avaliação e garantia de qualidade dos serviços de saúde mental. *Acta Médica Portuguesa*, 8, 119-131.
- Cardoso, C. M. (2003). António Maria de Sena – Viagem por uma vida. In Sena (1883), *Os Alienados em Portugal I – História e Estatística. Reedição de 2003.* Lisboa: Ulmeiro.
- Carvalho, A. (2000). Saúde Mental: A efectiva integração no Serviço Nacional de Saúde e os internamentos compulsivos. In *A Lei da Saúde Mental e o Internamento Compulsivo* (pp. 11-18). Coimbra: Coimbra Editora.
- Catz, S., Thibodeau, L., BlueSpruce, J., Yard, S., & et al. (2012). Prevention Needs of HIV-Positive Men and Women Awaiting Release from Prison. *AIDS Behav*, 16(1), pp. 108-120.
- CD EUA. (1789). *Carta de Direitos dos Estados Unidos da América.* Retrieved Março 2012, from Wikipédia [Em linha]: http://pt.wikipedia.org/wiki/Carta_dos_Direitos_dos_Estados_Unidos
- Chambers, M., Ullmann, B., & Waller, I. (2009). *Less crime, lower costs. Implementing effective early crime programmes in England and Wales.* Retrieved Março 2012, from Policy Exchange: <http://policyexchange.org.uk>
- Chiswick, D. (2000). Associations between psychiatric disorder and offending. In M. Gelder, J. López-Ibor, & N. Andreasen (Eds.), *New Oxford Textbook of Psychiatry* (pp. 2037-2046). Oxford: Oxford University Press.
- Chitsabesan, P., Rroll, L., Bailey, S., Kenning, C., Sneider, S., MacDonald, W., et al. (2006). Mental health needs of young offenders in custody in the community. *BJPsychiatry*, 188, pp. 534-540.

- Chodoff, P. (1975). Compulsory admission. *American Journal of Psychiatry*, p. 133: 496.
- Cohen, A., & Eastman, N. (2000). *Assessing Forensic Mental Health Need. Policy, Theory and Research*. Gaskell. London: The Royal College of Psychiatrists.
- Cohen, J. (1960). A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and Psychological Measurement*, 20, pp. 37-46.
- Colp, R. J. (2000). History of psychiatry. In B. J. Sadock, & V. A. Sadock (Eds.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (7th ed., Vol. 2, pp. 3301-3333). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Corballis, M. C. (2011). *The Recursive Mind*. Princeton: Princeton University Press.
- Côté, G., Lesage, A., Chawky, N., & Loyer, M. (1997). Clinical specificity of prison inmates with severe mental disorders. *Br J Psychiatry*, 170, pp. 571-577.
- Council of Europe. (2006). *Recommendation Rec (2006) 2 on the European Prison Rules*. Retrieved Março 2013, from http://www.google.pt/books?hl=en&lr=&id=3O-Vn-5XzPAC&oi=fnd&pg=PA5&dq=Recommendation+on+the+European+Prison+Rules,+2006&ots=Yejs0ger4l&sig=NY-ggEcANsMdSm-Rx_mfSOLj40w&redir_esc=y#v=onepage&q=Recommendation%20on%20the%20European%20Prison%20Rules%2C%202006&
- Council of Europe. (2006). *Recommendation Rec(2006)2 of the Committee of Ministers to member states on the European Prison Rules*. Retrieved Março 2012, from <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=955747>
- Council of Europe, Space I. (2008). *Annual Penal Statistics of the Council of Europe*. Retrieved Março 2012, from <http://www3.unil.ch/wpmu/space/space-i/annual-reports/>
- Council of Europe, Space I. (2009). *Annual Penal Statistics of the Council of Europe*. Retrieved Fevereiro 2013, from [http://www.coe.int/t/dghl/standardsetting/cdpc/bureau%20documents/PC-CP\(2011\)3%20E%20-%20SPACE%20I%202009.pdf](http://www.coe.int/t/dghl/standardsetting/cdpc/bureau%20documents/PC-CP(2011)3%20E%20-%20SPACE%20I%202009.pdf)
- Council of Europe, Space I. (2009). *Annual Penal Statistics of the Council of Europe*. Retrieved Março 2012, from <http://www3.unil.ch/wpmu/space/space-i/annual-reports/>
- Craig, T. (1982). An epidemiologic study of problems associated with violence among psychiatric patients. *American Journal of Psychiatry*, 139, pp. 1262-1266.
- D'Hainaut, L. (1990). *Conceitos e métodos da estatística* (Vol. I). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Dantas, A. (2002). O processo de internamento na Lei da Saúde Mental. *Separata da Revista do Ministério Público*, Nº 90.
- Davenport, S. (2006). Ensuring the community cares: assessment and evaluation of social care needs in long-term mental illness. *Advances in Psychiatric Treatment*, 12, pp. 45-53.

Bibliografia

- Dawwson, H. (1972). Reasons for compulsory admission. In J. Wing, & A. Hailey (Eds.), *Evaluating a Community Psychiatric Service. The Camberwell Register 1964-71* (pp. 221-231). Londres: Oxford University Press.
- De Girolamo, G., Bellini, M., Bocchia, S., & Ruggeri, M. (1995). Brief Psychiatric Rating Scale, versione 4.0 «ampliata». *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 4, 1, pp. 69-85.
- Dellas, H., & Tavlas, G. S. (2009). *An Optimum Currency Area Odyssey*. Economic Research Departement. Athens: Bank of Greece.
- DGS. (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos*. Retrieved from Direcção-Geral da Saúde: <http://www.dgsaude.pt>
- DGSP. (2006). *Relatório de Actividades 2004*. Retrieved Março 2012, from Direcção-Geral dos Serviços Prisionais: <http://www.dgsp.mj.pt/arquivo/relact/relact.act.htm>
- DGSP. (2009). *Relatório de Actividades 2009*. Retrieved Março 2012, from Direcção Geral dos Serviços Prisionais: <http://www.dgsp.mj.pt>
- DGSP. (2011). *A I República e o Sistema Penitenciário*. Retrieved 11 29, 2011, from http://www.dgsp.mj.pt/backoffice/Documentos/DocumentosSite/Eventos/Projecto_ExposicaoVirtual_DGSP.pdf
- DGSP. (2011). *Estatísticas*. Retrieved Março 2012, from <http://www.dgsp.mj.pt/>
- DGSP. (2011). *Exposição Virtual "A I República e o Sistema Penitenciário"*. Retrieved Novembro 2011, from Direcção-Geral dos Serviços Prisionais: http://www.dgsp.mj.pt/backoffice/Documentos/DocumentosSite/Eventos/Projecto_ExposicaoVirtual_DGSP.pdf
- DH. (1992). *The Health of the Nation: a strategy for health in England*. Retrieved Março 2012, from Department of Health, HMSO: <http://www.dh.gov.uk/en/>
- DHSS. (1976). *Sharing resources for health in England: report of the Resource Allocation Working Party*. Retrieved Março 2012, from Department of Health and Social Security, HMSO: <http://www.dh.gov.uk/en/>
- DHSSI. (1991). *Care management and assessment. Practitioners' Guide*. Retrieved Março 2012, from HMSO - Department of Health Social Services Inspectorate: <http://www.scie-socialcareonline.org.uk/>
- DL 125/07. (2007). Decreto-Lei 125/07. *Diário da República, 1ª série, nº 82, de 27 de Abril de 2007*.
- DL 268/81. (1981). Decreto-Lei 268/81. *Diário da República, série e nº sem referência, de 16 de Setembro de 1981*.
- Dooley, E. (1990). Prison suicide in England and wales, 1972-1987. *Br J Psychiatry*, 156, pp. 40-45.
- Dorpat, T., & Ripley, H. (1960). A study of suicide in the Seattle Area. *Compr Psychiatry*, 1, pp. 349-359.

- Douglas, K. (1999). Assessing the risk of violence in psychiatric outpatients: The predictive validity of the HCR-20 risk assessment scheme. *Master's thesis*. Burnaby, British Columbia: Department of Psychology, Simon Fraser University.
- Douglas, K., Ogloff, J., Nicholls, T., & Grant, I. (1999). Assessing Risk for Violence Among Psychiatric Patients: The HCR-20 Violence Risk Assessment Scheme and the Psychopathy Checklist: Screening Version. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*, pp. 917-930.
- DUDH. (1789). *Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão*. Retrieved Março 2012, from Wikipédia [Em linha]: http://pt.wikipedia.org/wiki/Declara%C3%A7%C3%A3o_dos_Direitos_do_Homem_e_do_Cidad%C3%A3o
- DUDH. (1948). *Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão*. Retrieved Dezembro 2012, from Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto: http://www.fpce.up.pt/sae/pdfs/Decl_Univ_Direitos_Homem.pdf
- Duthé, G., Hazard, A., Kensey, A., & Shon, J. (2009). *Suicide in prison: A comparison between France and its European neighbours*. Retrieved Março 2012, from Population and Societies, 462: 2-5: http://www.ined.fr/fichier/t_publication/1488/publi_pdf2_pesa462.pdf
- Editorial. (2005). The feeble minded criminal - 100 years on. *Lancet, 365*, pp. 359-360.
- EMCDDA. (2009). *Reitox National Focal Point – Portugal*. Retrieved Novembro 2012, from National Report to the EMCDDA: <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index142806EN.html>
- Emmanuel, M. K., & Campbell, M. H. (2009). Comparing staff and client perceptions of needs in a British single-sex medium secure unit. *Psychol Rep, 104(3)*, pp. 1033-4.
- Endicott, J., Spitzer, R. L., Fleiss, J. L., & Cohen, J. (1976). The Global Assessment Scale. A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Archives of General Psychiatry, 33(6)*, pp. 776-771.
- Estroff, S., & Zimmer, C. (1994). Social networks, social support, and violence among persons with severe, persistent mental illness. In J. Monahan, & H. J. Steadman (Eds.), *Violence and Mental Disorder: Developments in risk assessment*. Chicago: University of Chicago Press.
- Estroff, S., Zimmer, C., Lachiotte, W., & Benoit, J. (1994). The influence of social networks and social support on violence by persons with serious mental illness. *Hospital and Community Psychiatry, 45*, pp. 669-679.
- Evans, S., Greebhalgh, J., & Connelly, J. (2000). Selecting a mental health needs assessment scale: guidance on the critical appraisal of standardized measures. *Journal of Evaluation in Clinical Practice, 6, 4*, pp. 379-393.
- Ey, H. (1955a). Histoire de la psychiatrie. In *Encyclopédie Médico-Chirurgicale. Psychiatrie* (Vols. Tome 1, 37005A10). Paris.

Bibliografia

- Ey, H. (1955b). Deuxième état de la psychiatrie: La psychiatrie psycho-sociogénétique. In *Encyclopédie Médico-Chirurgicale. Psychiatrie* (Vols. Tome 1, 37005A20). Paris.
- Ey, H. (1974). L'Antipsychiatrie (son sens et ses contresens). In *Encyclopédie Médico-Chirurgicale. Psychiatrie* (Vols. Tome 1, 37005A40). Paris.
- Falissard, B., Loze, J.-Y., & Gasquet, I. (2006). Prevalence of mental disorders in French prisons for men. *BioMedCentral Psychiatry*, pp. 6-33.
- Farrington, D. (2004). O Estudo de Desenvolvimento da Delinquência de Cambridge: principais resultados dos primeiros 40 anos. In A. C. Fonseca (Ed.), *Comportamento anti-social e crime. Da infância à idade adulta* (pp. 73, 121-122). Coimbra: Livraria Almedina.
- Faulkner, L., McFarland, B., & Bloom, J. (1989). An empirical study of emergency commitment. *American Journal of Psychiatry*, 146, pp. 182 – 186.
- Fazel, S., & Danesh, J. (2002). Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *Lancet*, 359, pp. 545-550.
- Fazel, S., & Lubbe, S. (2005). Prevalence and characteristics of mental disorders in jails and prisons. *Curr Opin Psychiatry*, 18, pp. 550-554.
- Fazel, S., & Rongqin, Y. (2011). *Psychotic disorders and repeat offending: systematic review and meta-analysis*. Retrieved from Schizophrenia Bulletin: DOI:10.1093/schbul/sbp135
- Fazel, S., & Seewald, K. (2012). Severe mental illness in 33,588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis. *Br J Psychiatry*, 200(5), pp. 364-373.
- Fazel, S., Bains, P., & Doll, H. (2006). *Substance abuse and dependence in prisoners: a systematic review*. Retrieved Novembro 2012, from DOI: 10.1111/j.1360-0443.2006.01316.x
- Fazel, S., Cartwright, J., Norman-Nott, A., & Hawton, K. (2008). *Suicide in prisoners: a systematic review of risk factors*. *Journal of Clinical Psychiatry*. Retrieved Novembro 2012, from DOI: 10.4088/JCP.v69n1107
- Fazel, S., Grann, M., Kling, B., & Hawton, K. (2011). Prison suicide in 12 countries: an ecological study of 861 suicides during 2003-2007. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 46, pp. 191-195.
- Fazel, S., Hope, T., O'Donnell, I., & Jacoby, R. (2004). Unmet treatment needs of older prisoners: a primary care survey. *Age Ageing*, 33, pp. 396-398.
- Feder, L. (1991). A comparison of the community adjustment of mentally ill offenders with those from general population: an 18-month follow-up. *Law and Human Behavior*, 15, pp. 477-493.
- Feder, L. (1991a). A profile of mentally ill offenders and their adjustment in the community. *Journal of Psychiatry and the Law*, 19, pp. 79-98.
- Fenton, W., Blyler, C., & Heinssen, R. (1997). Determinants of medication compliance in schizophrenia: empirical and clinical findings. *Schizophrenia Bulletin*, 23, pp. 637-635.
- Fernandes, B. (1984). *A Psiquiatria em Portugal*. Lisboa : Roche Farmacêutica Química.

- Fonseca, A. (1991). S. João de Deus e a assistência psiquiátrica. . *Comunicação no IV Congresso de Psiquiatria S. João de Deus* (pp. 35-41). Mem Martins: Editorial Hospitalidade.
- Fonseca, A. (2004). Diferenças individuais no desenvolvimento do comportamento anti-social: o contributo dos estudos longitudinais. In A. Fonseca, *Comportamento Anti-social e Crime*. Coimbra: Almedina.
- Foucault, M. (1996). *Vigiar e Punir: Nascimento da prisão*. 63.
- Frangou, S., & Murray, R. (2000). Pharmacological treatment strategies. In S. Frangou, & R. Murray (Eds.), *Schizophrenia* (pp. 49-59). London: Martin Dunitz.
- Frankel, J. A., & Rose, A. K. (1998). The Endogeneity of the Optimum Currency Area Criteria. *The Economic Journal*, 1009-1025.
- Friedman, M. (1953). The Case for Flexible Exchange Rates. *Essays in Positive Economics*, pp. 157-203.
- Fruewald, S., Matschnig, T., Koenig, F., & et al. (2004). Suicide in custody: case-control study. *Br J Psychiatry*, 185, pp. 494-498.
- Früewald, S., Matschnig, T., Koenig, F., & et al. (2004). Suicide in custody: case-control study. *Br J Psychiatry*, 185, pp. 494-498.
- Früewald, S., Matschnig, T., Koenig, F., Bauer, P., & Frottier, P. (2004). Suicide in custody: case-control study. *Br J Psychiatry*, 185, pp. 494-498.
- Gabbard, G., Coyne, L., Kennedy, L., Beasley, C., & et al. (1987). Interrater reliability in the use of the Brief Psychiatric Rating Scale. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 51, pp. 519-531.
- Gago, J. (1996). Avaliação de Necessidades em Reabilitação Psicossocial. *Tese de Mestrado*. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa.
- Gilbody, S., House, A., & Sheldon, T. (2003). *Outcome measures and needs assessment tools for schizophrenia and related disorders*. Retrieved Março 2012, from Cochrane Database of Systematic Reviews: DOI: 0.1002/14651858.CD003081
- Gilbody, S., House, A., & T.Sheldon. (2003). *Outcome measures and needs assessment tools for schizophrenia and related disorders*. Retrieved Março 2012, from Cochrane Database of Systematic Reviews: DOI: 0.1002/14651858.CD003081
- Gold, L. (2004). Rediscovering Forensic Psychiatry. In R. I. Simon, & L. H. Gold, *Textbook of Forensic Psychiatry*. Washington, DC: The American Psychiatric Publishing, Inc.
- Goldberg, D. (1972). *The detection of mental illness by questionnaire*. Oxford: University Press.
- Gomes, B. (1843). *Dos estabelecimentos de alienados nos Estados principais da Europa*. Lisboa: Ulmeiro (reimpressão).
- Gomes, B. (1843). *Dos estabelecimentos de alienados nos Estados principais da Europa*. Lisboa: Ulmeiro (reimpressão).

Bibliografia

- Gomes, C., Almeida, J., Duarte, M., Fernando, P., Sousa, F., & Abreu, P. (2003). *A Reinserção Social dos Reclusos. Um contributo para o debate da reforma do sistema prisional*. Retrieved Março 2012, from Observatório Permanente da Justiça Portuguesa. Centro de Estudos Sociais. Faculdade de Economia, Universidade de Coimbra: http://opj.ces.uc.pt/portugues/relatorios/relatorio_14.html
- Gonçalves, P. (2009). *A Pena Privativa da Liberdade. Evolução histórica e doutrinal*. Lisboa : Quid Juris - Sociedade Editora Lda.
- Gonçalves, R. A. (2001). Psicopatia em Portugal: investigações em contextos prisionais. *Temas Penitenciários, Série II, 6 e 7*, 63-71. D.G.S.P.
- Gove, W., & Fain, T. (1977). A comparison of voluntary and committed psychiatric patients. *Archives of General Psychiatry, 34*, pp. 669-676.
- Grupo de Trabalho Justiça/Saúde . (2006). *Relatório do Plano de Acção Nacional para Combate à Propagação de Doenças Infecciosas em Meio Prisional*. Retrieved Março 2013, from IDT: http://www.idt.pt/PT/IDT/RelatoriosPlanos/Documents/2008/prisoos_infecciosaspancpdiemp.pdf
- GTJS. (2006). *Relatório do Plano de Acção Nacional para Combate à Propagação de Doenças Infecciosas em Meio Prisional*. Retrieved Março 2012, from Grupo de Trabalho Justiça/Saúde: http://www.idt.pt/PT/IDT/RelatoriosPlanos/Documents/2008/prisoos_infecciosaspancpdiemp.pdf
- Gunn, J. (2000). Future directions for treatment in forensic psychiatry. *Br J Psychiatry, 176*, pp. 332-338.
- Gunn, J., Maden, A., & Swinton, J. (1991). Treatment needs of prisoners with psychiatric disorders. *BMJ, 303*, pp. 338-341.
- Gunter, T. D., Arndt, S., Wenman, G., Allen, J., Loveless, P., Sieleni, B., et al. (2008). 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, 36*, pp. 27-34.
- Guo, B., & Harstall, C. (2004). *For which strategies of suicide prevention is there evidence of effectiveness?* . Retrieved from Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report): <http://www.euro.who.int/Document/E83583.pdf>
- Guo, B., Scott, A., & Bowker, S. (2003). *Suicide prevention strategies: Evidence from systematic reviews*. Retrieved Março 2012, from Edmonton: Alberta Heritage Foundation for Medical Research (HTA, No. 28): http://www.ihe.ca/documents/suicide_prevention_strategies_evidence.pdf
- Håkansson, A., & Berlung, M. (2012). *Risk factors for criminal recidivism – a prospective follow-up study in prisoners with substance abuse*. Retrieved Novembro 2012, from BMC Psychiatry: DOI:10.1186/1471-244X-12-111
- Hall, R. C. (1995). Global Assessment of Functioning. A modified scale Psychosomatics. *36(3)*, pp. 267-275.

- Haney, C. (1969). The interaction of petitioner and deviant social characteristics in the adjudication of incompetency. *Sociometry*, 23, pp. 182-193.
- Hansson, L., Muus, S., Vinding, H., GÖstas, G., & et al. (1998). The Nordic Comparative Study on sectorized psychiatry: contact rates and use of services for patients with a functional psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 97, pp. 315-320.
- Hardie, T., Bhui, K., Brown, P. M., Watson, J. P., & Parrott, J. M. (1998). Unmet needs of remand prisoners. *Medicine, science, and the law*. 38(3), p. 233.
- Hare, R. (1991). *The Hare Psychopathy Checklist – Revised*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Hare, R. D. (1991). *The Hare Psychopathy Checklist-Revised*. Toronto: Multi Health Systems.
- Harris, F., Hek, G., & Condon, L. (2007). Health needs of prisoners in England and wales: the implications for prison healthcare of gender, age and ethnicity. *Health Soc care Community*, 15 (1), pp. 56-66.
- Harris, G. (1993). Violent recidivism of mentally disordered offenders. *Criminal Justice And Behavior*, 20, pp. 315-335.
- Hartvig, P., & Kielsberg, E. (2009). Penrose’s Law revisited: the relationship between mental institution beds, prison population and crime rate. *Nord J Psychiatry*, 63, pp. 51-56.
- Harty, M., Shaw, J., Thomas, S., Dolan, M., Davis, L., Thornicroft, G., et al. (2004). The security, clinical and social needs of patients in high security psychiatric hospitals in England. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 15(2), pp. 208-221.
- Haywood, T., Kravitz, H., Grossman, L., Cavanaugh, J., & et al. (1995). Predicting the “revolving door” phenomenon among patients with schizophrenic, schizoaffective, and affective disorders. *American Journal of Psychiatry*, 156, pp. 856-861.
- Hedlund, J., & Vieweg, B. (1980). The Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS). A comprehensive review. *Journal of Operational Psychiatry*, 11, pp. 48-65.
- Hoge, S., Sachs, G., Appelbaum, P., Greer, A., & et al. (1988). Limitations on psychiatrist’s discretionary civil commitment authority by the Stone and dangerousness criteria. *Archives of General Psychiatry*, 45, pp. 764-769.
- Hughes, T., & Wilson, D. (2002). *Reentry Trends in the United States; Inmates returning to the Community after Serving Time in Prison*. Retrieved Novembro 2012, from Bureau of Justice Statistics: <http://bjs.ojp.usdoj.gov/index.cfm?ty=pbdetail&iid=1138>
- Hunter, R., Cameron, R., & Norrie, J. (2009). Using patient-reported outcomes in schizophrenia: the Scottish Schizophrenia Outcomes Study. *Psychiatr Serv*, 60(2), pp. 240-245.
- INE. (2009). *Estatísticas Demográficas 2008*. Retrieved Julho 2012, from Instituto Nacional de Estatística: <http://www.ine.pt>

Bibliografia

- James, D., & Glaze, L. (2006). *Mental Health Problems of Prison and Jail Inmates*. Retrieved Novembro 2012, from Bureau of Justice Statistics, U.S. Department of Justice: <http://www.bjs.gov/index.cfm?ty=pbdetail&iid=789>
- Jara, J. (1997). A lei de hospitalização psiquiátrica francesa e os direitos dos doentes. *Revista do Hospital de Júlio de Matos*, 2, pp. 115-125.
- Jara, J. (n.d.). A Lei de Saúde Mental Inglesa. *Revista do Hospital de Júlio de Matos*, 2, pp. 109-114.
- Jeffers, J. R., Bognanno, M. F., & Bartlett, J. C. (1971). On the demand versus need for medical services and the concept of "shortage". *American Journal of Public Health*, 61, pp. 46-63.
- Jenkins, R., Bhrugra, D., Meltzer, H., Singleton, N., Bebbington, P., & et al. (2005). Psychiatric and social aspects of suicidal behaviour in prisons. *Psychol Med*, 35(2), pp. 257-269.
- Jones, S. H., Thornicroft, G., Coffey, M., & Dunn, G. (1995). A brief mental health outcome scale-reliability and validity of the Global Assessment of Functioning (GAF). *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 166(5), pp. 654-659.
- Junginger, J. (1995). Command hallucinations and prediction of dangerousness. *Psychiatric Services*, 46, pp. 911-914.
- Kaplan, H., & Sadock, R. (1998). Forensic Psychiatry. Synopsis of Psychiatry. In H. Kaplan, & R. Sadock (Eds.). Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
- Kariminia, A., Law, M., Butler, T., Levy, M., Corben, S., Kaldor, J., et al. (2007). Suicide risk among recently released prisoners in New South Wales, Australia. *MJA*, 187(7), pp. 387-390.
- Kenen, P. B. (1969). The Theory of Optimum Currency Areas: an eclectic view. In R. A. Mundell, & A.K.Swoboda, *Monetary Problems of the International Economy* (pp. 41-60). Chicago: University of Chicago Press.
- Kent, M., Simons, R., & Fein, S. (1974). Compulsory mental hospitalization in England and Wales. *Journal of Health & Social Behavior*, 15, pp. 151-156.
- Kinsler, P., & Saxman, A. (2007). Traumatized offenders: don't look now, but your jail's also your mental health center. *J Trauma Dissociation*, 8(2), pp. 81-95.
- Kjelsberg, E., Hartvig, P., Bowitz, H., Kuisma, I., Norbeck, P., Rustad, A., et al. (2006). *Mental health consultations in a prison population: a descriptive study*. Retrieved from BMC Psychiatry: DOI:10.1186/1471-244X-6-27
- Klassen, C. (1996). Predicting aggression in psychiatric inpatients using ten historical risk factors: Validating the "H" of the HCR-20. *Bachelor's (honours) thesis*. Burnaby, British Columbia, Canada: Department of Psychology, Simon Fraser University.
- Kovess, V., Wiersma, D., Xavier, M., & et al. (2012). Needs for Care of Patients with Schizophrenia in seven European Countries: A One-Year Follow-Up Study. *Accept for publication at 'Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health'*.

- Kovess, V., Xavier, M., Moreno, K. B., & et al. (2012). Schizophrenia and Quality of Life across Europe: A One-Year Follow-Up in four EU Countries. *Accept for publication at 'Health and Quality of Life Outcomes'*.
- Krakowski, M., Volavka, J., & Brizer, D. (1986). Psychopathology and violence: A review of the literature. *Comprehensive Psychiatry*, 27, pp. 131-148.
- Krugman, P. R., Obstfeld, M., & Melitz, M. J. (2012). *International economics : theory & policy* (9th ed.). Boston: Addison-Wesley.
- Lader, D., Singleton, N., & Meltzer, H. (2003). Psychiatric morbidity among young offenders in England and Wales. *Int Rev Psychiatry*, 15(1-2), pp. 144-147.
- Lagos, J., Perlmutter, K., & Saexinger, H. (1977). Fear of the mentally ill: Empirical support for the common man's response. *American Journal of Psychiatry*, 134, pp. 1134-1137.
- Lamb, H. R., Weinberger, L., Marsh, J., & Gross, B. (2007). Treatment prospects for persons with severe mental illness in a urban county jail. *Psychiatr Serv*, 58, pp. 782-786.
- Lamb, H., & Bachrach, L. (2001). Some perspectives on deinstitutionalization. *Psychiatr Services*, 52, pp. 1039-1045.
- Landis, J., & Koch, G. (1977). The measurement of observers' agreement for categorical data. *Biometrics*, 33, pp. 159-174.
- Larney, S., & Martire, K. (2010). Factors affecting criminal recidivism among participants in the Magistrates Early Referral Into Treatment (MERIT) program in New South Wales, Australia. *Drug Alcohol Rev*, 29, pp. 684-688.
- Latas, A., & Vieira, F. (2004). *Notas e comentários à Lei de Saúde Mental*. Coimbra: Coimbra Editora.
- Lederman, D., Olarreaga, M., & Payton, L. (2010). Export Promotion Agencies: Do they work? *Journal of Development Economics*, 257-265.
- Lei 36/98. (1998, Julho 24). Lei da Saúde Mental. *Diário da República*.
- Liddle, P. (1998). Schizophrenia – the clinical picture. In G. Stein, & G. Wilkinson (Eds.), *Seminars in General Adult Psychiatry* (pp. 272-320). Londres: Gaskell.
- Lidz, C., Mulvey, E., & Gardner, W. (1993). The accuracy of predictions of violence to others. *Journal of the American Medical Association*, 269, pp. 1007-1011.
- Lindqvist, P., & Skipworth, J. (2000). Evidence-based rehabilitation in forensic psychiatry. *The British Journal of Psychiatry*, 176(4), pp. 320-323.
- Link, B., & Stueve, A. (1994). Psychotic symptoms and the violent / illegal behavior of mental patients compared to community controls. In J. Monahan, & H. Steadman, *Violence and Mental Disorder: Developments in risk assessment* (pp. 137-159). Chicago: University of Chicago Press.

Bibliografia

- Link, B., Cullen, F., Frank, J., & Wozniak, J. (1987). The social rejection of former mental patients: Understanding why labels matter. *American Journal of Sociology*, 92, pp. 1461-1500.
- Link, B., Phelan, J., Bresnahan, M., Stuve, A., & Pescosolido, B. (1999). Public conceptions of mental illness: Labels, causes, dangerousness, and social distance. *American Journal of Public Health*, 89, pp. 1328-1333.
- Loebel, J., Lieberman, J., & Alvir, J. (1992). Duration of psychosis and outcome in first episode schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 149, pp. 1183-1188.
- Long, C., Webster, P., Waine, J., Motal, J., & Hollin, C. (2008). *Usefulness of the CANFOR-S for measuring needs among mentally disordered offenders resident in medium or low secure hospital services in the UK: a pilot evaluation*. Retrieved Novembro 2012, from Crim Behav Ment Health: DOI: 10.1002/cbm.676
- Lopes, N. (2003). Da humanização do doente psiquiátrico: o legado histórico, ético e formativo de João Cidade. *Revista da Ordem dos Médicos*, 19: 35, pp. 44-45.
- Lovell, D., Gagliardi, G. J., & Peterson, P. D. (2002). Recidivism and use of services among persons with mental illness after release from prison. *Psychiatr Serv*, 53(10), pp. 1290-6.
- Lukoff, D., Nuechterlein, K., & Ventura, J. (1986). Manual for the expanded Brief Psychiatric Rating Scale. *Schizophrenia Bulletin*, 12, pp. 594-602.
- Malla, A., & Norman, R. (1988). Involuntary admission in a Canadian province: the influence of geographic and population factors. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 23, pp. 247-251.
- Manderscheid, R., Gravesande, A., & Goldstrom, I. (2004). Growth of mental health services in state adult correctional facilities, 1988 to 2000. *Psychiatric Services*, 55(8), pp. 869-872.
- Marques, A. (2000). Lei de Saúde Mental e internamento compulsivo. In *A Lei de Saúde Mental e o Internamento Compulsivo* (pp. 111-119). Coimbra: Coimbra Editora.
- Marshall, M., Hogg, L. I., Gath, D. H., & Lockwood, A. (1995). The Cardinal Needs Schedule – a modified version of the MRC Needs for Care Assessment Schedule. *Psychological Medicine*, 25, pp. 605-617.
- Marzano, L., Fazel, S., Rivlin, A., & Hawton, K. (2010). Psychiatric disorders in women prisoners who have engaged in near-lethal self-harm: case-control study. *Br J Psych*, 197, pp. 219-226.
- Mausner, J., & Bahn, A. (1999). *Introdução à Epidemiologia* (2ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- McCrone, P., Leese, M., Thornicroft, G., Schene, A., & et al. (2000). Reliability of the Camberwell Assessment of Need--European Version. EPSILON Study 6. European Psychiatric Services: Inputs Linked to Outcome Domains and Needs. *Br J Psychiatry, Suppl.* (39):s, pp. 34-40.
- McGorry, P., Krstev, H., & Harrigan, S. (2000). Early detection and treatment delay: implications for outcome in early psychosis. *Current Opinion Psychiatry*, 13, pp. 37-43.

- McKinnon, R. I. (1963). Optimum Currency Areas. *The American Economic Review*, 53, pp. 717-725.
- McNiel, D., & Binder, R. (1986). Violence, civil commitment, and hospitalization. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, pp. 107-111.
- McNiel, D., Binder, R., & Greenfield, T. (1988). Predictors of violence in civilly committed acute psychiatric patients. *American Journal of Psychiatry*, 145, pp. 965-970.
- McNiel, D., Eisner, J., & Binder, R. (2003). The relationship between aggressive attributional style and violence by psychiatric patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, pp. 399-403.
- Mendes, F. (2000). A nova Lei de Saúde Mental. In *A Lei de Saúde Mental e o Internamento Compulsivo* (pp. 99-110). Coimbra: Coimbra Editora.
- Menninger, W. (2000). Role of the psychiatric hospital in the treatment of mental illness. In B. Sadock, & V. Sadock (Eds.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (pp. 3210-3218). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Monahan, J. (1981). *The clinical prediction of violent behavior*. Washington DC: Government Printing Office.
- Monahan, J., & Steadman, H. (1983). Crime and mental disorder: An epidemiological approach. In N. Morris, & M. Tonry, *Crime and justice: An annual review of research*. Chicago: University of Chicago Press.
- Monahan, J., & Steadman, H. J. (1994). Toward a Rejuvenation of Risk Assessment Research. In J. Monahan, & H. J. Steadman (Eds.), *Violence and Mental Disorder: Developments in risk assessment* (pp. 1-17). Chicago: University of Chicago Press.
- Monahan, J., Steadman, H., Silver, E., Appelbaum, P., & et al. (2001). *Rethinking Risk Assessment: The MacArthur Study of Mental Disorder and Violence*. Oxford: Oxford University Press.
- Moreira, J. (2004). *Questionários: teoria e prática*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Moreno, A. (1996). Tratamientos. In A. Moreno (Ed.), *Las Esquizofrenias* (pp. 285-373). Barcelona: Masson.
- Mossman, D. (2004). Understanding prediction instruments. In R. Simon, & L. Gold (Eds.), *Textbook of Forensic Psychiatry* (pp. 501-521). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Mullen, P. (2000). Dangerousness, risk, and the prediction of probability. In M. Gelder, J. López-Ibor, & N. Andreasen (Eds.), *New Oxford Textbook of Psychiatry* (pp. 2066-2078). Oxford: Oxford University Press.
- Mullen, P., & Lindqvist, P. (2000). Treatment and care in forensic mental health. In M. Gelder, J. López-Ibor, & N. Andreasen, *New Oxford Textbook of Psychiatry* (pp. 2109-2121). Oxford: Oxford University Press.

Bibliografia

- Mundell, R. A. (1961). A Theory of Optimum Currency Areas. *The American Economic Review*, 51, pp. 657-665.
- Nestor, P. (2002). Mental disorder and violence: personality dimensions and clinical features. *American Journal of Psychiatry*, 159, pp. 1973-1978.
- NHSME. (1991). *Assessing Health Care Needs*. London: National Health Service Management Executive, HMSO.
- Nielssen, O., & Misrachi, S. (2005). Prevalence of psychoses on reception to male prisons in New South Wales. *Aust N Z J Psychiatry*, 39, pp. 453-459.
- Nielssen, O., & Misrachi, S. (2005). Prevalence of psychoses on reception to male prisons in New South Wales. *Aust N Z J Psychiatry*, 39, pp. 453-459.
- Noonan, M., & Carson, E. (2011). *Prison and Jail Deaths in Custody, 2000-2009 - Statistical Tables*. Retrieved Novembro 2011, from <http://bjs.ojp.usdoj.gov/index.cfm?ty=pbdetail&iid=1744>
- Norman, R., & Malla, A. (2001). Duration of untreated psychosis: a critical examination of the concept and its importance. *Psychological Medicine*, 31, pp. 381-400.
- OEDT. (2004). *Relatório anual 2004*. Retrieved Novembro 2012, from Observatório Europeu da Droga e Toxicoddependência: http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_37253_PT_ar2004-pt1.pdf
- Okin, R. (1986). The relationship between legal status and patient characteristics in State Hospitals. *American Journal of Psychiatry*, 143, pp. 1233-1237.
- Oliveira, J. (1982). *Rilhafoles e a acção do Prof. Miguel Bombarda*. Lisboa: Edição do Autor.
- Overall, J., & Gorham, D. (1962). The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Reports*, 10, pp. 799-812.
- Overall, J., & Gorham, D. (1988). The Brief Psychiatric Rating Scale: recent developments in ascertainment and scaling. *Psychopharmacology Bulletin*, 24, pp. 97-99.
- Owens, D., Harrison, G., & Boot, D. (1991). Ethnic factors in voluntary and compulsory admissions. *Psychological Medicine*, 21, pp. 185-196.
- Peay, J. (1993). A criminological perspective – the influence of fashion and theory on practice and disposal: life chances in the criminological tombola. In W. Watson, & A. Grounds, *The Mentally Disordered Offender in an Era of Community Care. New Directions in Provision*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Penrose, L. S. (1939). Mental disease and crime: Outline of a comparative study of European statistics. *Br J Med Psychol*, 18, pp. 1-15.
- Perälä, J., Suvisaari, J., Saarni, S., & Kuoppasalmi, K. (2007). *Lifetime Prevalence of Psychotic and Bipolar I Disorders in a General Population*. Retrieved Novembro 2012, from Arch Gen Psychiatry: DOI:10.1001/archpsyc.64.1.19.

- Perry, A. (2005). Suicide and self-harm risk in offenders: The development of a new psychometric scale. *PhD Thesis*. The University of York.
- Perry, A., & Olason, D. (2009). *A new psychometric instrument assessing vulnerability to risk of suicide and self-harm behaviour in offenders*. Retrieved from Int J Offender Ther Comp Criminol: DOI: 10.1177/0306624X08319418
- Perry, A., Marandos, R., Coulton, S., & Johnson, M. (2010). *Screening and assessment tools assessing risk of suicide and deliberate self-harm in adult offenders: A systematic review*. Retrieved from Int J Offender Ther Comp Criminol: DOI: 10.1177/0306624X09359757
- Phelan, J., Link, B., Stueve, A., & Pescosolido, B. (2000). Public conceptions of mental illness in 1950 and 1996: What is mental illness and is it to be feared? *Journal of Health and Social Behavior*, 41, pp. 188-207.
- Phelan, M., Slade, M., Thornicroft, G., Dunn, G., Holloway, F., Wykes, T., et al. (1995). The Camberwell Assessment of Need: the Reliability and Validity of an Instrument to Assess the Needs of People with Severe Mental Illness. *Brit J Psychiatry*, 167, pp. 589-595.
- Pichot, P. (1983). *Um século de psiquiatria*. Lisboa: Roche Farmacêutica Química.
- Pogorzelski, W., Nancy, W., Pan, K. Y., & Blitz, C. (2005). Ex-Offender Reentry Policies, and the "Second Chance Act". *American Journal of Public Health*, 95(10).
- Polónio, P. (1975). *Psiquiatria : medicina da pessoa*. Lisboa: Coimbra.
- Pratt, D., Piper, M., Appleby, L., Webb, R., & Shaw, J. (2006). Suicide in recently released prisoners: a population-based cohort study. *Lancet*, 368, pp. 119-123.
- Priebe, S., Badesconyi, A., Fioriti, A., & et.al. (2005). Reinstitutionalization in mental health care: comparison of data on service provision from six European countries. *BMJ*, 330, pp. 123-126.
- Quinsey, V., Harris, G., Rice, M., & Cormier, C. (1998). *Violent offenders: Appraising and managing risk*. Washington DC: American Psychological Association.
- Rabkin, J. (1979). Criminal behavior of discharged mental patients. *Psychological Bulletin*, 86, pp. 1-27.
- Rabkin, J. (1979). Criminal behavior of discharged mental patients. *Psychological Bulletin*, 86, pp. 1-27.
- Raposo, H., & Carapineiro, G. (2005). Serviços de Saúde em meio prisional: O caso do Hospital de S. João de Deus. *Relatório de Projecto*. CIES/ISCTE.
- Rappeport, J., Lassen, G., & Hay, N. (1967). A review of the literature on the dangerousness of the mentally ill. In J. Rappeport (Ed.), *Clinical Evaluation of the Dangerousness of the Mentally Ill* (pp. 72-80). Springfield: Charles C. Thomas.
- RCP. (2012). Retrieved Dezembro 2012, from Royal College of Psychiatrists: <http://www.rcpsych.ac.uk/>
- Reed, J. (2002). Delivering psychiatric care to prisoners: problems and solutions. *Advances in Psychiatric Treatment*, 8, pp. 117-127.
- Reed, J. (2003). Mental health care in prisons. *Br J Psychiatry*, 182, pp. 287-288.

Bibliografía

- Reed, J., & Lyne, M. (2000). Inpatient care of mentally ill people in prison: results of a year's programme of semi-structured inspections. *BMJ*, *320*, pp. 1031-1034.
- Renk, A. K. (2012, Novembro). *Perceived Stress, External Locus of Control, and Social Support as Predictors of Psychological Adjustment Among Female Inmates With a History of Sexual Abuse*. Retrieved Novembro 2012, from Int J Offender Ther Comp Criminol: doi:10.1177/0306624X12461477
- Rice, M., Harris, G., & Quinsev, V. (2002). The appraisal of violence risk. *Current Opinion in Psychiatry*, *15*, pp. 589-593.
- Rich, C., Young, D., & Fowler, R. (1986). The San Diego Suicide Study. I. Young vs. old subjects. *Arch Gen Psychiatry*, *43*, pp. 577-589.
- Riecher, A., Rössler, W., Löfler, W., & Fätkenheuer, B. (1991). Factors influencing compulsory admission of psychiatric patients. *Psychological Medicine*, *21*, pp. 197-208.
- Riecher-Rössler, A., & Rössler, W. (1993). Compulsory admission of psychiatric patients - an international comparison. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *87*, pp. 231-236.
- Rivlin, A., Hawton, K., Marzano, L., & Fazel, S. (2010). Psychiatric disorders in male prisoners who made near-lethal suicide attempts: case-control study. *Br J Psych*, *197*, pp. 313-319.
- Rodrigues, C. (2000). Sobre o estatuto jurídico das pessoas afectadas de anomalia psíquica. In *A Lei de Saúde Mental e o Internamento Compulsivo* (pp. 19-52). Coimbra: Coimbra Editora.
- Rodrigues, L. M. (1989). In A. Torres, M. Gomes, A. Leite, A. Gonçalves, & R. Mendes, *Trajectórias e Consumos de Drogas nas Prisões: Um Diagnóstico* (Vol. (2001), p. 17). Lisboa: CIES/ISCTE.
- Romeva, G. E., Rubio, L. G., Guerre, S. O., Miravet, M. J., Cáceres, A. G., & Thomas, S. D. (2010). Clinical validation of the CANFOR scale (Camberwell Assessment of Need-Forensic version) for the needs assessment of people with mental health problems in the forensic services. *Actas Esp Psiquiatr*, *38*(3), pp. 129-137.
- Roper, N., Logan, W., & Tierney, A. (1980). *The elements of nursing*. Churchill Livingstone.
- Rosales Varo, C., Torres-González, F., Luna Del Castillo, J., Jiménez Estevez, J., & Martínez Montes, G. (2002). Reliability of the Spanish version of the Camberwell Assessment of Needs. *Actas Esp Psiquiatr*, *30*(2), pp. 99-104.
- Rosales, C., Torres, F., Luna, J., Jiménez, J., & Martínez, G. (2002). Fiabilidad del instrumento de evaluación de necesidades de Camberwell (CAN). *Actas Españolas de Psiquiatría*, *30*(2), pp. 99-104.
- Rossi, A., Jacobs, M., Monteleone, M., Olsen, R., & et al. (1986). Characteristics of psychiatric patients who engage in assaultive or other fear-inducing behaviors. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *174*, pp. 154-160.
- Roth, L. (1980). Mental health commitment: The state of the debate. *Hospital And Community Psychiatry*, *31*, pp. 385-396.

- Rubin, L., & Mills, M. (1983). Behavioral precipitants to civil commitment. *American Journal of Psychiatry*, 140, pp. 603-606.
- Ruggeri, M. (1995). Brief Psychiatric Rating Scale, versione 4.0 «ampliata». *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 4, 1, pp. 67-68.
- Saarento, O., Räsänen, S., Nieminen, P., Hakko, H., & Isohanni, M. (2000). Sex differences in the contact rates and utilization of psychiatric services. A three-year follow-up study in northern Finland. *European Psychiatry*, 15, pp. 205-212.
- Salize, H., Drebing, H., Peitz, M., & (Eds.). (2002). *Compulsory admission and involuntary treatment of mentally ill patients – legislation and practice in EU-Member States*. Mannheim: European Commission – Health & Consumer Protection Directorate-General.
- Salize, H., Drebing, H., & Kief, C. (2007). *Mentally Disordered Persons in European Prison Systems - Needs, Programmes and Outcome (EUPRIS)*. Retrieved Março 2012, from Central Institute of Mental Health, Mannheim, Germany: http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2004/action1/docs/action1_2004_frep_17_en.pdf
- Santos, M., & Leal-Henriques, M. (1999). *Noções elementares de Direito Penal*. Lisboa: Vislis Editores.
- Saraiva, C. B. (2006). *Estudos sobre o Para-suicídio. O que leva os jovens a espreitar a morte*. Coimbra: Redhorse.
- Sata, L., & Goldenberg, E. (1977). A study of involuntary patients in Seattle. *Hospital and Community Psychiatry*, 28, pp. 834-837.
- Schene, A., Van Wijngaarden, B., & Koeter, M. (1998). Family caregiving in schizophrenia: domains and distress. *Schizophrenia Bulletin*, 24, pp. 609-618.
- Schlithler, A., Scazufca, M., Busatto, G., Coutinho, L., & Menezes, P. (2007). Reliability of the Brazilian version of the Camberwell Assessment of Needs (CAN) in first-episode psychosis cases in São Paulo, Brazil. *Rev Bras Psiquiatr*, 29(2), pp. 160-163.
- Segal, A., Daffern, M., Thomas, S., & Ferguson, M. (2010). *Needs and risks of patients in a state-wide inpatient forensic mental health population*. Retrieved Novembro 2012, from Int J Ment Health Nurs: DOI: 10.1111/j.1447-0349.2010.00665.x
- Segal, S. (1989). Civil commitment standards and patient mix in England/Wales, Italy, and the United States. *American Journal of Psychiatry*, 146, pp. 187-193.
- Segal, S., Watson, M., Goldfinger, S., & Averbuck, D. (1988). Civil commitment in the psychiatric emergency room. *Archives of General Psychiatry*, 45, pp. 753-758.
- Sena, A. M. (1883). *Os Alienados em Portugal I – História e Estatística. Reedição de 2003*. Lisboa: Ulmeiro.
- Sepejak, D., Menzies, R., Webster, C., & Jensen, F. (1983). Clinical predictions of dangerousness: Two year follow-up of 408 pre-trial forensic cases. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 11, pp. 171-181.

Bibliografia

- Shaw, J. (2002). Needs assessment for mentally disordered offenders is different. *The Journal of Forensic Psychiatry, 13* (1), pp. 14-17.
- Shaw, J., Baker, D., Hunt, I., Moloney, A., & Appleby, L. (2004). *Suicide by prisoners : National clinical survey*. Retrieved Novembro 2012, from Br J Psychiatry: DOI: 10.1192/bjp.184.3.263
- Sheehan, D., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., et al. (1998). The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry, 199*.
- Sheppard, D. (2000). *Development of Mental Health Law and Practice*. Retrieved Julho 2003, from <http://www.davesheppard.co.uk>.
- Shore, J., Breakey, W., & Arvidson, B. (1981). Morbidity and Mortality in the Commitment Process. *Archives of General Psychiatry, 38*, pp. 930-934.
- Shorter, E. (1997). *A History of Psychiatry: From the era of the asylum to the age of Prozac*. John Wiley & Sons, Inc.
- Silva, H. R. (1985). Aspectos psicosociodinâmicos e biológicos em Psiquiatria Forense. *Tese de Doutorado*. Lisboa: UNL.
- Silver, E. (2000). Race, neighborhood disadvantage, and violence among persons with mental disorders: the importance of contextual measurement. *Law and Human Behavior, 24*, pp. 449-456.
- Singleton, N., Bumpstead, R., O'Brien, M., Lee, A., & Meltzer, H. (2000). *Psychiatric Morbidity among Adults Living in Private Households*. Retrieved Novembro 2012, from Office for National Statistics: <http://dx.doi.org/10.5255/UKDA-SN-4653-1>
- Slade, M., & McCrone, P. (2001). The Camberwell Assessment of Need (CAN). In G. Thornicroft (Ed.), *Measuring Mental Health Needs* (Second ed.). Londres: Gaskell.
- Smith, A. (2000). Principles of mental health law. In M. Gelder, J. López-Ibor, & N. Andreasen (Eds.), *New Oxford Textbook of Psychiatry* (pp. 33-39). Oxford: Oxford University Press.
- Snowdon, J. (1981). A review of compulsory admissions to a psychiatric unit in Sydney. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 15*, pp. 307-310.
- Soliman, A., & Reza, H. (2001). Risk factors and correlates of violence among acutely ill adult psychiatric inpatients. *Psychiatric Services, 52*, pp. 75-80.
- Soothill, K., Harding, T., Adserballe, H., Bernheim, J., & et al. (1981). Compulsory admissions to mental hospitals in six countries. *International Journal of Law and Psychiatry, 4*, pp. 327-344.
- Soothill, K., Kupituksa, P., & Macmillan, F. (1990). Compulsory hospital admissions: dangerous decisions? *Medicine Science and Law, 30*, pp. 17-25.
- Soothill, K., Kupituksa, P., Badiani, D., & Macmillan, F. (1990). Compulsory admissions to mental hospitals: A Replication Study. *International Journal of Law and Psychiatry, 13*, pp. 179-190.

- Souza, C. C., & Cardoso, R. G. (2006). *Psiquiatria Forense: 80 Anos de Prática Institucional*. Porto Alegre: Sulina.
- Souza, C., & Menezes, R. (2006). Aspectos históricos Sobre a Psiquiatria Forense, os Manicômios Judiciais e o Instituto Psiquiátrico Forense “Dr. Maurício Cardoso”. In C. Souza, & R. Cardoso (Eds.), *Psiquiatria Forense: 80 Anos de Prática Institucional*. Porto Alegre: Sulina.
- Spengler, A. (1986). Factors influencing assignment of patients to compulsory admission. *Social Psychiatry, 21*, pp. 113-122.
- SSH. (1990). *The National Health Service and Community Care Act*. HMSO, Londres. Retrieved Março 2012, from Secretary of State for Health: <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/1990/19/contents/enacted>
- Steinert, T. (2001). Reducing violence in severe mental illness: community care does not do well. *British Medical Journal, 323*, p. 1093.
- Stevens, A. (1991). Assessing health care needs: a DHA project discussion paper. *NHS Management Executive*. Londres.
- Stone, A. (1975). *Mental Health and Law: A System in Transition*. Washington DC: US Government Printing Office.
- Stone, M. (1997). A Brief History of Psychiatry. In A. Tasman, J. Kay, & J. Lieberman (Eds.), *Psychiatry* (pp. 1853-1875). Philadelphia: W.B. Saunders.
- Streiner, D., & Norman, G. (1995). Scaling responses. In D. Streiner, & G. Norman (Eds.), *Health Measurement Scales – A practical guide to their development and use* (pp. 28-53). Oxford: Oxford Medical Publications.
- Streiner, D., & Norman, G. (2008). *Health measurement scales: A practical guide to their development and use* (4th ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Stuart, H., & Arboleda-Flórez, J. (2001). A public health perspective on violent offenses among persons with mental illness. *Psychiatric services, 52*, pp. 654-659.
- Swanson, J. (1994). Mental disorder, substance abuse, and community violence: An epidemiological approach. In J. Monahan, & H. Steadman (Eds.), *Violence and Mental Disorder: Developments in risk assessment*. Chicago: University of Chicago Press.
- Swanson, J. S., Swartz, M., Borum, R., & et al. (1997). Violence and severe mental disorder in clinical and community populations: The effects of psychotic symptoms, comorbidity, and lack of treatment. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes, 60*, pp. 1-22.
- Swanson, J., Holzer, C., Ganju, V., & Jono, R. (1990). Violence and psychiatric disorder in the community: Evidence from the Epidemiologic Catchment Area Surveys. *Hospital and Community Psychiatry, 41*, pp. 761-770.

Bibliografia

- Swanson, J., Swartz, M., Essock, S., Osher, F., & et al. (2002). The social-environmental context of violent behavior in persons treated for severe mental illness. *American Journal of Public Health*, 92, pp. 1523-1531.
- Swartz, M., Swanson, J., Hiday, V., Borum, R., & et al. (1998). Violence and severe mental illness: The effects of substance abuse and nonadherence to medication. *American Journal of Psychiatry*, 155, pp. 226-231.
- Szmukler, G., Bird, A., & Button, E. (1981). Compulsory admissions in a London borough: I. Social and clinical features and a follow-up. *Psychological Medicine*, 11, pp. 617-636.
- Talina, M. (2004). Internamento compulsivo em psiquiatria: estudo comparativo de doentes com internamento compulsivo versus voluntário na Grande Lisboa. *Dissertação de Mestrado*. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa.
- Tanke, E., & Yesavage, J. (1985). Characteristics of assaultive patients who do and do not provide visible cues of potential violence. *American Journal of Psychiatry*, 142, pp. 1409-1413.
- Tardiff, K. (1984). Characteristics of assaultive patients in private hospitals. *American Journal of Psychiatry*, 141, pp. 1232-1235.
- Tardiff, K., & Sweillam, A. (1980). Assault, suicide, and mental illness. *Archives of General Psychiatry*, 37, pp. 164-169.
- Tardiff, K., & Sweillam, A. (1982). Assaultive behavior among chronic inpatients. *American Journal of Psychiatry*, 139, pp. 212-215.
- Tarrel, J., & Schulz, S. (1988). Nursing assessment using the BPRS: a structured interview. *Psychopharmacology Bulletin*, 24, pp. 105-111.
- Taylor, P., & Monahan, J. (2001). Commentary: Dangerous patients or dangerous diseases? *British Medical Journal*, 323, pp. 1080-1081.
- Teplin, L. (1985). The criminality of the mentally ill: A dangerous misconception. *American Journal of Psychiatry*, 142, pp. 676-677.
- Teplin, L. (1990). The Prevalence of Severe Mental Disorder Among Male Urban Jail Detainees: Comparison with the Epidemiologic Catchment Area Program. *Am J Public Health*, 80, pp. 663-669.
- Teplin, L., Abram, K., & McClelland, G. (1997). Mental disordered women in jail: who receives services? *Am J Public Health*, 87(4), pp. 604-609.
- Thomas, C., Stone, K., Osborn, M., Thomas, P., & Fisher, M. (1993). Psychiatric morbidity and compulsory admission among UK-born Europeans, Afro-Caribbean's and Asians in Central Manchester. *British Journal of Psychiatry*, 163, pp. 91-99.
- Thomas, S. D., Slade, M., McCrone, P., Harty, M. A., Parrott, J., Thornicroft, G., et al. (2008). The reliability and validity of the forensic Camberwell Assessment of Need (CANFOR): a needs

- assessment for forensic mental health service users. *Int J Methods Psychiatr Res*, 17(2), pp. 111-120.
- Thomas, S., Dolan, M., & Thornicroft, G. (2004). Re-visiting the need for High Security Psychiatric Hospitals in England. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 15 (2), pp. 197-207.
- Thomas, S., Harty, M., Parrot, J., & et al. (2003). *Camberwell Assessment of Need - Forensic Version*. London: Gaskell.
- Toews, J., El-Guebaly, N. A., & Harper, D. (1984). Patient's attitudes at the time of their commitment. *Canadian Journal of Psychiatry*, 29, pp. 590-595.
- Torres, A. C., Gomes, M. C., Leite, A., Gonçalves, A., & Mendes, R. V. (2001). *Trajectórias e Consumos de Drogas nas Prisões: Um Diagnóstico*. Lisboa: CIES/ISCTE.
- Torrey, E. F. (1995). Jails and prisons – America's new mental hospitals . *Am J Public Health*, 85, pp. 1611-1613.
- Trestman, R., Ford, J., Zhang, W., & Wiesbrock, V. (2007). Current and lifetime psychiatric illness among inmates not identified as acutely mentally ill at intake in Connecticut's jails. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 35, pp. 490-500.
- Treweek, S., & Zwarenstein, M. (2009). *Making trials matter: pragmatic and explanatory trials and the problem of applicability*. *Trials*; 10:37. Retrieved Novembro 2012, from DOI: 10.1186/1745-6215-10-37
- Vassilas, C., Morgan, G., & Owen, J. (1998). Suicide and deliberate self-harm. In G. Stein, & G. Wilkinson (Ed.), *Seminars in General Adult Psychiatry* (pp. 512-553). Londres: Gaskell.
- Ventura, J., Green, M., Shaner, A., & Liberman, R. (1993). Training and quality assurance with the Brief Psychiatric Rating Scale: 'The drift busters'. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 3, pp. 221-244.
- Ventura, J., Nuechterlein, K. H., Subotnik, K. L., Gutkind, D., & Gilbert, E. (2000). Symptom dimensions in recent onset schizophrenia and mania: a principal components analysis of the 24-item Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychiatric Research*, 97, pp. 129-135.
- Verdoux, H., Liraud, F., Bergey, C., Assens, F., & et al. (2001). Is the association between duration of untreated psychosis and outcome confounded ? A two year follow-up study of first-admitted patients. *Schizophrenia Research*, 49, pp. 231-241.
- Vieira, F. (2002). *A violência na sua interface jurídico-psiquiátrica. Temas de Direito da Medicina, Nº6*. Coimbra: Coimbra Editora.
- Walmsley, R. (2011). *World Prison Population List, 9th Edition*. Retrieved Novembro 2012, from International Centre for Prison Studies, London: <http://www.icpr.org.uk/wp-content/uploads/2010/09/WPPL-9-22.pdf>

Bibliografia

- Walmsley, R. (2012). *World Female Imprisonment List, 2th Edition*. Retrieved Novembro 2012, from International Centre for Prison Studies, London : http://www.prisonstudies.org/images/news_events/wfil2ndedition.pdf
- Warner, S. (1961). Criteria for involuntary hospitalization of psychiatric inpatients in a public psychiatric hospital. *Mental Hygiene, 45*, pp. 122-128.
- Watson, W., & Grounds, A. (1993). The Mentally Disordered Offender in an Era of Community Care. In W. Watson, & A. Grounds (Eds.), *Preface* (p. xv). Cambridge: Cambridge University Press.
- Webster, C., Douglas, K., Eaves, D., & Hart, S. (1997). *HCR-20: assessing risk of violence (Version 2)*. Vancouver: Simon Fraser University Mental Health, Law and Policy Institute.
- Weed, L. (1971). *Medical records, medical education, and patient care; the problem-oriented record as a basic tool*. Chicago, Illinois: Year Book Medical.
- Wennstrom, E., Sorbom, D., & Wiesel, F. A. (2004). Factor structure in the Camberwell Assessment of Need. *Br J Psychiatr, 185*, pp. 505-510.
- Werner, P., Rose, T., & Yesavage, J. (1983). Reliability, accuracy, and decision-making strategy in clinical predictions of imminent dangerousness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*, pp. 815-825.
- Werner, P., Rose, T., Yesavage, J., & Seeman, K. (1984). Psychiatrist's judgments of dangerousness in patients on an acute care unit. *American Journal of Psychiatry, 141*, pp. 263-266.
- Wetton, C., & Sprackett, J. (2007). *Women in prison: A review of the conditions in member states of the Council of Europe*. Retrieved Novembro 2012, from Quaker Council for European Affairs (QCEA), Brussels: http://www.drugsandalcohol.ie/15405/1/WomenFinal_Report
- WHO. (1998). *Mental Health Promotion in Prisons*. Retrieved from Regional Office for Europe, Report on a Meeting, 18-21 Nov. The Hague, Netherlands: <http://euro.who.int/document/E64328.pdf>
- WHO. (1999). *Figures and facts about suicide*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2007). *Preventing suicide in jails and prisons*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2008). *Trencin Statement on Prisons and Mental Health*. Organização Mundial de Saúde.
- Wichmann, C., Serin, R., & Motiuk, L. (2000). *Predicting suicide attempts among male offenders in federal penitentiaries*. Ottawa: Correctional Service Canada.
- Wing, J. (1993). Defining need and evaluating services. In W. Watson, & A. Grounds, *The mentally Disordered Offender in an Era of Community Care*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Wing, J. (1996). SCAN (Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry) and the PSE (Present State Examination) tradition. In G. Thornicroft, & M. Tansella (Eds.), *Mental Health Outcomes Measures Service Evaluation* (pp. 123-130). Heidelberg: Springer.

- Wing, J. K., Curtis, R. H., & Beevor, A. S. (1996). *HoNOS: Health of the Nation Outcome Scales: report on research and development July 1993-December 1995*. London: Royal College of Psychiatrists.
- Wing, J., Brewin, C., & Thornicroft, G. (2001). Defining mental health needs. In G. Thornicroft (Ed.), *Measuring Mental Health Needs*. Londres: Gaskell.
- Woerner, M., Mannuzza, S., & Kane, J. (1988). Anchoring the BPRS: an aid to improved reliability. *Psychopharmacology Bulletin*, 24, pp. 112-117.
- Wright, J., Williams, R., & Wilkinson, J. R. (1998). Development and importance of health needs assessment. *BMJ*, 316, pp. 1310-1313.
- Xavier, F. (1999). Avaliação de qualidade em serviços de psiquiatria e saúde mental: Estudo multidimensional dos cuidados prestados aos doentes com esquizofrenia. *Dissertação de Doutoramento*. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa.
- Xavier, F. (2002). Compulsory admission and involuntary treatment – Portugal. In H. Salize, H. Drebing, & M. Peitz (Eds.), *Compulsory admission and involuntary treatment of mentally ill patients – legislation and practice in EU-Member States* (pp. 123-130). Mannheim: European Commission – Health & Consumer Protection Directorate-General.
- Xavier, M., Caldas de Almeida, J. M., Martins, E., & et al. (2002). Avaliação das necessidades de cuidados de indivíduos com esquizofrenia em Portugal – Estudo comparativo multicêntrico. *Rev Port S Publica*, 20, pp. 5-17.
- Xavier, M., Talina, M., & Morais, J. C. (2007). Mentally Disordered Persons in Europe Prisons Systems - Portugal. In H. Salize, H. Dressing, & C. Kief, *Treatment of Mentally Ill in European Prison System - Service Provision and Outcome* (pp. 260-269). Bruxelas: Health Protection Directorate, European Commission.
- Xenitides, K., Thornicroft, G., Leese, M., Slade, M., Fotiadou, M., Philip, H., et al. (2000). Reliability and Validity of the CANDID – A Needs Assessment Instrument for Adults with Learning Disabilities and Mental Health Problems. *Br J Psychiatr*, 176, pp. 473-478.
- Yesavage, J. (1984). A study of mandatory review of civil commitment. *Archives of General Psychiatry*, 41, pp. 305-308.
- Yesavage, J., Werner, P., Becker, J., & et al. (1982). The context of involuntary commitment on the basis of danger to others. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 170, pp. 622-627.
- Yesavage, J., Werner, P., Becker, J., Holman, C., & Mills, M. (1981). Inpatient evaluation of aggression in psychiatric patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 169, pp. 299-302.
- Zung, W. (1965). A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry*, 12, pp. 63-70.

APÊNDICE

CANFOR Portuguese Version: validation study

Miguel Talina^{1§}, Stuart Thomas², Ana Cardoso¹, Pedro Aguiar³, J.M. Caldas de Almeida¹, Miguel Xavier¹

¹CEDOC, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, Campo Mártires da Pátria, 1169-056 Lisboa, Portugal

²School of Psychology & Psychiatry, Monash University, and Victorian Institute of Forensic Mental Health, Melbourne, Victoria, Australia

³Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal

[§]Corresponding author

Email addresses:

MT: miguel.talina@fem.unl.pt

ST: stuart.thomas@monash.edu.au

AC: amargaridape@gmail.com PA: pedroaguiar@ensp.unl.pt JM CA: caldasjm@fem.unl.pt
MX: MX: miguel.xavier@fem.unl.pt

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Avanço: Esquerda: 0 cm, Primeira linha: 1.25 cm, Direita: 0 cm, Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Abstract

Background

The increasing of the prisoners' population is a troublesome reality in several regions of the world. Along with this growth there is increasing evidence that prisoners have a higher proportion of mental illnesses and suicide than general population. In order to implement strategies addressing the criminal recidivism and the health and social status of the prisoners, particularly in mental

disordered offenders, it is necessary to assess their care needs in a comprehensive, but individual perspective. This assessment must include potential harmful areas like comorbid personality disorder, substance misuse and offending behaviours. The Camberwell Assessment of Need—Forensic Version (CANFOR) proved to be a reliable tool designed to accomplish such aims. The present study was intended to validate the CANFOR Portuguese version.

Methods

The translation, adaptation to Portuguese context, back translation and revision followed the usual procedures. The sample comprised all detainees receiving psychiatric care in four forensic facilities, over a one year period. A total of 143 subjects, and respective case manager, were selected. The forensic facilities were chosen by convenience: one prison hospital psychiatric ward (n=68; 47.6%), one male (n=24; 16.8%) and one female (n=22; 15.4%) psychiatric clinics and one civil security ward (n=29; 20.3%), all located nearby Lisbon. Basic descriptive statistics and Kappa weighted coefficients were calculated for the inter rater and the test retest reliability studies. The convergent validity was evaluated using the Global Assessment of Functioning and the Brief Psychiatric Rating Scale scores.

Results

The majority of the participants were male, single, with short school attendance and accused of a crime evolving violence against persons. The most frequent diagnosis was major depression (56.1%) and almost half presented positive suicide risk. The reliability study shows average Kappa weighted coefficients of 0.884 and 0.445 for inter rater and test retest agreement, respectively. The convergent validity study presented highly significant correlations between unmet needs scores, GAF and BPRS scores.

Conclusions

The CANFOR Portuguese version revealed similar psychometric properties as the original English version. Moreover, the results of the reliability and validity studies indicate that the tool is appropriate for individual care needs assessment and to guide the mental health and social interventions in forensic psychiatric services.

Keywords

Forensic psychiatry; needs assessment; mental disorders; mentally disordered offenders; prisoners;

Formatada: Direita: 1.73 cm, Superior: 1.38 cm, Distância do rodapé a partir do limite do papel: 2.8 cm

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Direita: 0 cm, Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Direita: 0 cm, Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Direita: 0 cm, Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Direita: 0 cm, Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto

prison.

Background

The growth of the prison population along with the increasing number of prisoners with mental disorders is one of the great concerns of the political and health authorities.^[1] The review of 63 mental morbidity prevalence studies shows that one out of every seven prisoners (14.3%) in the western countries has a psychotic disorder or major depression.^[2] In Europe, a study on mental disturbances in prisons of thirteen countries revealed that about five per cent of the prisoners met criteria for a psychotic disorder and about one in four presented an affective or anxiety disorder. When including those with drug abuse, 63% of them met criteria for a mental disorder.^[3] These rates are significantly higher than those found in the community. According to Reed,^[4] the reasons for this high prevalence include higher risk of arrest for people with mental disorder alleged to have offended, inadequate coverage by court assessment schemes, too few psychiatric beds and poor identification of mental disorders during the prison reception process. On the other hand, there are

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Direita: 0 cm, Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

~~many factors in prisons that can have deleterious effects on mental health, including: overcrowding, various forms of violence, enforced solitude or, conversely, lack of privacy, lack of meaningful activity, isolation from social networks, insecurity about future prospects (work, relationships, etc.), and inadequate health services in prisons, especially mental health services. The increased risk of suicide in prisons (often related to depression) is, unfortunately, one common manifestation of the~~

Formatada: Direita: 0 cm, Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

~~cumulative effects of these factors.~~^[5] Therefore, it is not surprising that mental health care needs

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

~~are very high and represent a significant on-going challenge for service providers.~~^[2,3] Nowadays there is broad consensus of the importance of addressing the needs of care of the mentally disordered offenders (MDOs) which have, as the whole prison population, higher proportions of medical and social problems and are subjects of some form of social exclusion in comparison to the community population.^[2,6,7,8,9] Whilst the social and clinical needs of MDOs are, in many ways, similar to those of the general psychiatric patients, there are also differences that are necessary to assess, with more emphasis on certain areas such as co-morbid personality disorder, substance misuse and offending behaviours.^[10,11]

Formatada: Direita: 0 cm, Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

There are several instruments developed to measure individual needs in general psychiatric

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

populations. The Camberwell Assessment of Need (CAN)^[12] is one of the most used and

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto

~~potentially valuable tools for this purpose.~~^[13] In order to acknowledge the differences between civil and forensic psychiatric populations, and based in the structure of CAN, Thomas and colleagues, developed a version targeted to the forensic mental health service users: the Camberwell

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Direita: 0 cm, Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Assessment of Need—forensic version (CANFOR)^[14]. The CANFOR maintain the same 22

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

domains of CAN plus three new domains related to treatment acquiescence and offending

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto

~~behaviour: “Treatment”, “Sexual Offences” and “Arson”. The published tool presents three versions~~

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto

~~(the Research, Clinical and Short Versions) along with a training manual.~~^[15]

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto

The Situation in Portuguese Prisons

The Portuguese prison system is administered by the General Directorate of Prison Services, organization depending on the Ministry of Justice. Throughout the all territory, there are 56 prison facilities, with near 12,000 places. Like in many other countries, the number of prisoners increased steadily in the last decades. Since 1974 (prison population: 2,519) the number of prisoners increased more than 4.5 times.^[16] In the beginning of this decade, Portugal starts with one of the

highest rates of prisoners in the Western Europe: 132.8 per 100,000 inhabitants.^[17, 18] However, in the last years, the rate of prison population per 100,000 inhabitants has been decreasing till 104.4 in

2009.^[19] This ratio places Portugal at the medium ranking in the European context. Also, the prison overcrowding (120.7 prisoners per 100 places, in 2002) has been decreasing since then, as the occupancy rate in 2009 was 93.1%.^[16]

According to the Portuguese law, the offenders found not guilty by reason of insanity (no imputable) and considered in risk to re-offend are sentenced to a security measure that means they are admitted to a security psychiatric ward, which can be either in prison or in the public health system. They are included in the total prison population, although their number is usually small (157 individuals in 2009).^[16]

In the year 2009, the prison population was 11,099 individuals and the sentenced prisoners represented 80.7%. The average age of prisoners was 37.8 years and it represents an ageing of four years since 2000. The young prisoners (16-20 years old) and the prisoners over 60 years old constituted 3% and 3.4% of total population, respectively. Interestingly, the proportion of women detained has been decreasing from the year 2000 (9.2%) till now (5.4%). Probably, the trend to a decreasing prison sentences related to drugs traffic and increasing prison sentences related to crimes against persons is coupled with this fact. On the other hand, the proportion of immigrants or foreigners in prison population has been increasing, reaching one fifth of the total in 2009.^[16]

Nowadays, the prisons sentences are, in the first place, related to crimes against property

(30.5%) followed by crimes against persons (29.4%) and crimes linked to traffic of drugs (22.7%). Almost an half of prisoners (49.4%) were sentenced to three till nine years of imprisonment. The prison sentences below three and above nine years, were the sentences for 24.7%, and 23% of prisoners, respectively.^[16]

Healthcare in prison system is a direct responsibility of the General Directorate of Prison

Services. The in-patient care is delivered by one major prison hospital, located near Lisbon and small size wards located in larger prisons around the national territory. Whenever the level of healthcare needed exceeds the specialization of the prison health services (e.g. intensive care, neurosurgery) prisoners are admitted to National Health Service facilities. The healthcare is usually delivered in each prison facility (e.g. general practice, psychiatry, nursing, dentistry), and there is an administrative policy to contract healthcare services and staff from private companies. Mental

health care is mainly delivered in an "out-patient" basis at the prison facilities, and in-patient admissions are effected in the two psychiatric wards, one at S. João de Deus Prison hospital (HPSJD), located near Lisbon, and the other at Santa Cruz do Bispo Prison, at Oporto with 28 and

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Direita: 0 cm, Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Direita: 0 cm, Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Direita: 0 cm, Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Avanço: Primeira linha: 1.25 cm, Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Direita: 0 cm, Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

12 beds, respectively.

An existing analysis of various surveys shows that prisoners at prison entry display high levels of morbidity, particularly communicable diseases (HIV, viral hepatitis and tuberculosis) and addictions to drugs. Addictions, suicide and mental health disorders are the major health problems but, beside drugs abuse data, the mental health status of the Portuguese prisoners is still largely unknown.^[20, 21]

A recent study, including 10,182 prisoners, concluded that 40% were drug abusers and from

these, a half takes more than one drug. Cannabis was the most abused substance (52.5%), cocaine was used by intra-venous route in 31.8%, and 30.5% of prisoners abused heroin.^[20]

For drug addiction treatment, aiming abstinence, there are seven free drugs wings distributed by several prisons. In these special units the treatment programme lasts, in average, eighteen months and incorporates educational, occupational and therapeutic activities. Drug addicted

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Direita: 0 cm, Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Direita: 0 cm, Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto

prisoners could be also treated at the public facilities belonging to the Drug Addiction Institute (IDT), such as therapeutic communities or outpatient clinics.^[21]

The suicide deaths in the Portuguese prisons are showing a fluctuating course (since the last fourteen years), counting between seven and 23 deaths per year, with an average of 14.7 a year, and 11 per 10,000 prisoners. The mean suicides/overall mortality ratio is 0.185 (18.5%). Nevertheless, the overall mortality has been decreasing continuously.^[21] According to European statistics, in the period of 2002-2006, France was the leading country with a suicide death rate of 20 per 10,000 prisoners, and Portugal was the fourth (12/10,000 prisoners). Between the two, there was Denmark (13.5/10,000 prisoners) and Belgium (13/10,000 prisoners).^[22] However, when the suicide rate per prisoners' entries per year was calculated, the ranking position changes and Portugal become the leader with a rate of eight suicides deaths per 10,000 prisoners admitted per year. Another relevant calculation takes into account the suicide rate of the general population in each country and measures the excess suicide deaths in prison comparing to the national rate. Again, Portugal shows one the highest excess of suicide deaths in prison (prison/non-prison ratio of suicide rates: 8), only overcame by Italy (prison/non-prison ratio of suicide rates: 9).^[22]

Given the absence of reliable forensic mental health needs assessment tools validated for the Portuguese language the validation of the CANFOR Research Version is a relevant step concerning the improvement of care for MDOs in our country.

Methods

Translation and back-translation procedures

The validation procedure started with the complete translation of the English research version of CANFOR to the Portuguese language. Then a focus group was organized, based on psychiatric ward staff from a prison hospital (HPSJD), comprising five psychiatrists, two nurses, one psychologist and one social worker, in order to adapt the translated version to the contextual and cultural Portuguese setting. After that, a brief pilot study with five opportunistic interviews to prisoners admitted at psychiatric ward was performed to check the understanding and complement the training. Finally, the corrected version was back translated to English and checked for consistency by the first author of the original version.

Participants

All individuals receiving care in four different forensic psychiatric facilities (forensic psychiatric services users - FPSUs), over a one-year period (May 2009-May 2010) were selected. The forensic services, chosen by convenience in the Great Lisbon region, were composed by: the psychiatric ward of a prison hospital (28 beds with a median stay of 27 days - HPSJD), two psychiatric "out-patient" clinics in a male and a female prisons (Caxias and Tires Prisons, with 390 males and 425

females-prisoners, respectively) and a civil security psychiatric ward for no-imputable

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Direita: 0 cm, Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Direita: 0 cm, Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Direita: 0 cm, Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Direita: 0 cm, Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

offenders (31 beds in Hospital Miguel Bombarda (HMB)).

Due to circumstantial reasons, not all FPSUs participated in inter-rater and test-retest reliability procedures. Because of that, there are differences between the participants' numbers (n) in inter-rater, test-retest and convergent studies. All the participants signed the consent form.

Evaluation instruments

The following instruments were included in the research protocol: a socio-demographic questionnaire specially designed for this study; the Mini International Neuropsychiatric Interview 5.0.0 (MINI),^[23] directed to validate diagnosis according DSM-IV^[24] and used in prison

population already,^[25] the Brief Psychiatric Rating Scale 4.0 (BPRS),^[26] an extensively used tool to assess psychopathology; the Global Assessment of Functioning (GAF) disability scale,^[27] in order to assess the level of the participants' psychosocial functioning, as the previous validating studies did;^[14,28] and finally, the CANFOR—Portuguese research version.

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Direita: 0 cm, Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Direita: 0 cm, Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Inter-rater and test-retest reliability

The inter-rater and test-retest reliability studies were both performed by two researchers (MT and AC). The inter-rater reliability was tested by simultaneous scoring: while one researcher conducted the interview and scored the CANFOR domains, the second one sat silently in the room and scored the CANFOR independently. The researchers' roles alternated in consecutive interviews. A total of ninety-six FPSUs were scored using this procedure. In order to study the test-retest reliability a subsequent CANFOR scoring was made, after one to two weeks, by the same researcher who made the first scoring. A total of ninety-nine FPSUs were scored according to this procedure.

Convergent validity

The convergent validity of CANFOR was studied using two instruments: the GAF disability scale, and the BPRS. The GAF disability scale, is rated from 10 to 100 (the lowest to the highest psychosocial functioning) and the BPRS's 22 scales of psychopathological symptoms and signs are rated between 1 (not present) and 7 (extremely severe).

Statistical analysis

Basic descriptive statistics were used to describe the social demographic, clinical and forensic characteristics of the sample.

In the studies of inter-rater and test-retest reliability, considering the three values of need status (no need, met need and unmet need) from the first section of CANFOR, the Kappa weighted coefficient was calculated.^[29,30] In order to minimise empty cells in crosstables necessary for Kappa calculation, the scores "8-not applicable" and "9-unknown" were considered missing values. According to Landis and Koch,^[31] a Kappa coefficient of 0.4 to 0.6 indicates moderate grade of agreement, between 0.6 and 0.8 indicates significant agreement and between 0.8 and 1 almost perfect agreement.

Convergent validity between CANFOR total scores and the GAF disability scale, CANFOR

domains and BPRS scales were considered using non-parametric tests (Spearman test and Mann-Whitney test, respectively) due to data being skewed. All data were analysed using Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows, version 17.0.0 and GraphPad Software (<http://graphpad.com/quickeales/kappa1/>).

Ethics approval

The research project was approved by the General Directorate of Prison Services, Ministry of Justice and the Scientific Board of Faculty of Medical Sciences, New University of Lisbon.

Results

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Direita: 0 cm, Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Direita: 0 cm, Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Direita: 0 cm, Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Avanço: Primeira linha: 1.25 cm, Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Participants' characteristics

A total of 143 subjects, and respective case manager, were recruited. The FPSUs belonged to the following facilities: 68 (47.6%) from the prison psychiatric ward, 24 (16.8%) from the male psychiatric clinic, 22 (15.4%) from the female psychiatric clinic and 29 (20.3%) from the civil security ward. A total of 38 (30%) subjects (36 from prison hospital and 2 from civil security ward) were not included mainly due to discharge, cognitive impairment or refusal (Table 1).

Males constituted the predominant gender of the sample. Almost half of the sample came from the psychiatric ward of prison hospital and the majority were Portuguese citizens, single and had a maximum of six years of school attendance.

Around eighty per cent of the sample were prisoners convicted or on remand and twenty per cent were NGRI individuals detained in a civil security ward by court decision. The majority of the FPSUs (59.4%) was accused of an "offence against persons", which includes all crimes evolving violence against persons. The category "offences against property" includes crimes against material possessions, in the absence of violence. Almost half of the sample (49.7%) was previously convicted and one third of the participants had between two and five convictions before the actual sentence (Table 2).

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto,
Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Direita: 0 cm, Espaço Antes:
2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

The most common reason for referral to the psychiatric service was assessment of “psychopathological condition” (n=87; 76.3%), and the second most frequent reason was “danger to self” (n=47; 41.2%). However, considering both “danger to self” and “danger to others”, 64% (n=73) of FPSUs presented some form of behavioural risk (Table 2).

In relation to the current diagnosis, the most frequent MINI diagnosis was “major depression—current episode” (56.1%). About one third of these participants showed depression with melancholic features, and almost half presented positive suicide risk. The second most common diagnosis was “cannabis abuse”.

In respect to axis II diagnosis, anti social personality disorder was found in 43% of the FPSUs. The CANFOR summary scores, the BPRS and GAF—disability scale total scores are described in Table 3. The analysis performed (paired t test and Spearman correlation) of CANFOR summary scores shows that the total of unmet needs obtained from FPSUs and staff ratings are significantly different, although they have a positive significant correlation. However, the average of met needs display an inverse picture: the total scores between FPSUs and staff ratings were almost identical, but they did not correlate with each other. As could be anticipated, the averages of total needs, rated by FPSUs and staff, are significantly different and not correlated.

Inter-rater reliability

The procedures regarding inter rater reliability were completed in 96 FPSUs. The inter rater reliability study showed, in most CANFOR domains, Kappa weighted coefficients over 0.8 (almost perfect agreement). The “Food”, “Alcohol” and “Sexual Offences” domains showed the lowest agreement between raters—between 0.5 and 0.8 (Table 4).

Test-retest reliability

Regarding test retest reliability the procedures were completed in 99 FPSUs. The average Kappa weighted coefficient was 0.445 (moderate level of agreement). Eight CANFOR domains (32%) had Kappa weighted coefficients falling below 0.4 (fair grade of agreement): “Living environment”, “Information”, “Safety to Others”, “Company”, “Intimate Relationships”, “Child Care”, “Telephone” and “Arson”. The Kappa weighted coefficients could not be calculated in “Accommodation”, “Alcohol” and “Transport” domains because the need status value was constant (100% agreement). In “Food” domain the Kappa weighted coefficient was not applicable due to several empties cells in agreement crosstable (Table 4).

Convergent validity

The correlation between CANFOR summary scores and GAF—disability scale were significantly negative (as CANFOR summary scores increased the GAF score decreased) in all CANFOR scores, except for the “met needs” and “satisfaction” rated by service users. The higher correlations were found in “unmet needs”, “total needs” and “formal help needed” in both users and staff ratings (Table 5).

Concerning the correlation between CANFOR summary scores and BPRS total score it was observed a significant positive correlation in “unmet needs” and “total needs” scores, rated by service users, and a significant positive correlation in “unmet needs”, “total needs”, “formal help given” and “formal help needed” scores, rated by the staff. The users’ satisfaction ratings showed no

Formatada: Direita: 0 cm, Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Direita: 0 cm, Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Direita: 0 cm, Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Direita: 0 cm, Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Direita: 0 cm, Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

correlation with GAF or BPRS scores (Table 5).

Subsequently, it was performed an association analysis between the “unmet needs” scores of CANFOR domains, rated by the service users and the staff, and the BPRS scales’ scores. In order to emphasize the higher significant associations between unmet needs and BPRS’s scales only the associations with a p value less than 0.01 will be displayed in Tables 7 and 8. The unmet needs, rated by users, in domains such as “Daytime Activities”, “Psychotic Symptoms” and “Information about Condition and Treatment” showed significant associations with several BPRS psychotic symptoms scales, namely, “Hallucinations”, “Unusual Thought Content”, “Bizarre Behaviour” and “Distractibility”. The unmet needs in “Physical health”, “Psychological Distress”, “Safety to Self”, and “Drugs” domains showed significant associations with BPRS affective symptoms scales,

particularly “Somatic Concern”, “Anxiety”, “Depression”, “Guilt”, and “Suicide” scales. Another finding was the significant associations between the unmet needs in “Safety to Others” and “Arson” domains with “Hostility”, “Tension”, “Excitement”, “Uncooperativeness” and “Motor hyperactivity” BPRS scales. Moreover, the significant associations between the unmet needs domains and the BPRS scales showed considerable similarity in both users and staff ratings. The unmet needs in domains related to personal functioning and sexual abusive behaviour, as “Looking after the living environment”, “Self care”, “Alcohol”, “Basic education”, “Transport”, “Money”

and “Sexual Offences” did not associated significantly with any BPRS scales. Further details will be available from the authors.

Discussion

Inter-rater reliability study

The CANFOR Portuguese version— research version showed an inter rater reliability very similar to the original^[14] and Spanish versions.^[23] In three domains only (12%) the level of inter-rater agreement was below 0.8 (almost perfect agreement). This high inter-rater agreement level could be due to several reasons: the easy understanding of questions by respondents, the acknowledgeable definitions of need status by the raters and the previous training on the instrument. In addition, the two researchers who made the interviews in our study have been participating, since the beginning, in the preparation of the Portuguese version of CANFOR and shared the training on the instrument. **Test-retest reliability study**

The test-retest reliability study revealed a moderate level of agreement (Kappa coefficient average between 0.4-0.6). The less reliability over time could be related to fast changes in FPSUs' opinions/perceptions caused by stress in prison or security facilities. In addition, it is understandable that mood state, anxiety and other psychopathology from FPSUs could modify their opinions/perceptions of individual needs. This difference in agreement level between inter-rater and test-retest reliability studies was also found in the original validation study.^[14]

Formatada: Direita: 0 cm, Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Direita: 0 cm, Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Convergent validity

In previous validation studies,^[14, 23] due to the lack of other instrument suited to assessing individual level needs in forensic setting, convergent validation has been conducted with the GAF and other instruments that evaluated several aspects of disability. In the present study it was decided to use GAF—disability scale and the BPRS. The results demonstrated that individuals with more needs, especially unmet needs, rated higher scores of disability. This finding is similar to the result of others validations studies, and shows an inverse relationship between the level of individual needs and the level of psychosocial functioning.

In respect to convergence between CANFOR and BPRS, it was observed a significant positive correlation of total “unmet needs” and “total needs” scores, rated by FPSUs and staff and BPRS total score. Although these results showed an inferior number of significant correlations, when compared to correlation analysis between CANFOR and GAF, they suggest a direct relationship between the level of individual unmet needs and the global psychopathology.

The analysis of convergence between CANFOR domains` unmet needs and BPRS scales scores revealed interesting results. It was noticed a positive high significant association ($p < 0.01$) between seventeen domains` unmet needs, rated by FPSUs, and ten domains` unmet needs rated by staff and several psychopathological scales (Tables 6 and 7). This was particularly evident in CANFOR domains addressing health status and behavioural risks, as “Physical Health”, “Psychotic Symptoms”, “Information about Condition and Treatment”, “Psychological Distress”, “Safety to Self”, “Safety to Others”, and “Drugs”. The congruency between specific domains` unmet needs and severity of psychopathology emphasizes the construct validity of CANFOR as a tool for individual care needs assessment. Moreover, these results underlined the importance of psychiatric evaluation and intervention in the general care planning directed to MDOs while detained in prison or security facilities.

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Direita: 0 cm, Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Justificado, Avanço: Primeira linha: 1.25 cm, Espaço Antes: 2.4 pto, Sem controlo de linhas isoladas, Não ajustar o espaço entre texto asiático e texto em latim, Não ajustar o espaço entre texto asiático e números

Strengths and limitations

This study, sought to assess the validity and reliability of the CANFOR Portuguese version research version, was embedded in a broader research project aimed to evaluate the needs of care in mentally ill offenders while in prison. This fact has created some advantages and shortcomings. Because of convenience reasons we choose prisons and security facilities in the Great Lisbon region. Considering the size of the target population we decided to enroll all the FPSUs in a twelve months period instead of randomising them. By this way it was possible to perform a structured assessment, in a substantial number of FPSUs of both genders from different forensic psychiatric facilities (prison's psychiatric ward, prisons' psychiatric clinics and civil security ward). Therefore, it was selected a heterogeneous sample close to the MDO reality. In order to evaluate associations between unmet needs of care (CANFOR) and psychopathology we included the BPRS in the research protocol. However, the workload prevented the CANFOR's staff reliability study.

Nevertheless, we think that this limitation should be balanced taking in consideration that CANFOR reliability is not affected by the respondent status—service user or professional because, in the previous studies,^[14,23] there have been no relevant differences of reliability data involving FPSUs or staff. In our knowledge, this is the first convergence study using these instruments in a forensic sample and the first standardized assessment of care needs in Portuguese detainees.

Conclusions

The CANFOR Portuguese version, rated by FPSUs, revealed similar psychometric properties as the original version.^[14] The study of convergent validity of CANFOR with the GAF—disability scale and BPRS shows statistical significant results, which confirm that this tool is based on sound construct and appropriate for individual care needs assessment in this population.

The number of unmet needs differ significantly between FPSUs and staff. Although this fact is not related to the tool's reliability, it demonstrates the usefulness of CANFOR to evaluate care needs in the service user's perspective. The CANFOR Portuguese version was straightforward to administer and proved to be a reliable tool to identify clinical and social problems in FPSUs. In summary, CANFOR has the potential to be used by an array of different professionals and was considered to be a valuable tool to guide and to evaluate the health and social interventions at mental health forensic setting.

Authors' contributions

MT conceived the study, participated in the study design, data collection, statistical analysis and draft manuscript. ST reviewed the manuscript and approved the CANFOR Portuguese version in order to be published. AC participated in data collection, statistical analysis and draft manuscript, PA contributed to statistical analysis and draft manuscript. JMCA participated in the study design and draft manuscript. MX participated and coordinated the study design, data collection, statistical analysis and draft manuscript.

Acknowledgements

This study is embedded in the larger project “Needs Assessment of the Mentally Disordered Prisoners” funded by Fundação para a Ciência e Tecnologia (PIC/IC/83257/2007). We acknowledge General Director for Prison Services for his authorization, the Prisons' Directors for their support,

Formatada: Direita: 0 cm, Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Direita: 0 cm, Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Direita: 0 cm, Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Direita: 0 cm, Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Direita: 0 cm, Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

~~the medical and non medical staff who collaborated in this study and detainees for their participation. Special thanks for Dra Ana Cabral for her support inside the prisons and Dr Jorge Pereira for his assistance in manuscript preparation. In memory of our late friend Dr José Morais, who has collaborated and supported this study since the beginning.~~

Declaration of Competing Interests

The authors declare that they have no competing interests.

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto,
Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto,
Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto

References

1. ~~Andersen HS: **Mental Health in Prison Populations. A review with special emphasis on a study of Danish prisoners on remand.** *Acta Psychiatr Scand* 2004, **110** (Suppl. 424): 5-59.~~
2. ~~Fazel S, Danesh J: **Serious mental disorder in 23 000 prisoners: A systematic review of 62 surveys.** *Lancet* 2002; **359**: 545-550.~~
3. ~~Blaauw E, Roesch R, Kerkhof A: **Mental Disorders in European Prison Systems.** *Int J Law Psychiatry* 2000; **23**: 649-663.~~
4. ~~Reed J: **Mental health care in prisons.** *Br J Psychiatry* 2003, **182**: 287-288.~~
5. ~~*Mental Health Promotion in Prisons*~~

~~[http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/99016/E64328.pdf]~~
6. ~~Brugha T, Singleton N, Meltzer H, Bebbington P, Farrel M, Jenkins R, Coid J, Fryers T, Melzer D, Lewis G: **Psychosis in the Community and in Prisons: A Report from the British National Survey of Psychiatric Morbidity.** *Am J Psychiatry* 2005, **162**:774-780.~~
7. ~~Butler T, Andrews G, Allnut S, Sakashita C, Smith NE, Basson J: **Mental disorders in Australian prisoners: a comparison with a community sample.** *Aust N Z J Psychiatry* 2006, **40**: 272-6.~~
8. ~~Harris F, Hek G, Condon L: **Health needs of prisoners in England and Wales: the implications for prison health care of gender, age and ethnicity.** *Health Soc Care Community* 2006, **15** (1): 56-66.~~
9. ~~Nielssen O, Misrahi S: **Prevalence of psychoses on reception to male prisons in New South Wales.** *Aust N Z J Psychiatry* 2005, **39**: 453-459.~~
10. ~~Cohen A, Eastman N: **Needs assessment for mentally disordered offenders: measurement of "ability to benefit" and outcome.** *Brit J Psychiatry* 2000, **177**: 493-498.~~
11. ~~Shaw J: **Needs assessment for mentally disordered offenders is different.** *J Forensic Psychiatry* 2002, **13**: 14-17.~~
12. ~~Phelan M, Slade M, Thornicroft G, Dunn G, Holloway F, Wykes T, Strathdee G, Loftus L, McCrone P, Hayward P: **The Camberwell Assessment of Need: the Reliability and Validity of an Instrument to Assess the Needs of People with Severe Mental Illness.** *Brit J Psychiatry* 1985, **167**: 589-95.~~
13. ~~Wennstrom E, Wiesel FA: **The Camberwell assessment of need as an outcome measure in routine mental health care.** *Soc Psychiatry Psychiatry Epidemiol* 2006, **41**: 728-733.~~
14. ~~Thomas SD, Slade M, McCrone P, Harty MA, Parrott J, Thornicroft G, Leese M: **The reliability and validity of the forensic Camberwell Assessment of Need (CANFOR): a needs**~~

Formatada: Justificado, Avanço:
Primeira linha: 1.25 cm, Direita: 0 cm

Formatada: Esquerda: 2.29 cm,
Direita: 1.73 cm, Superior: 1.38 cm,
Distância do rodapé a partir do limite
do papel: 2.8 cm

Formatada: Direita: 0 cm, Espaço
Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre
linhas: simples

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto,
Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto,
Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Direita: 0 cm, Espaço
Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre
linhas: simples

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto,
Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto,
Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto,
Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Direita: 0 cm, Espaço
Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre
linhas: simples

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto,
Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Direita: 0 cm, Espaço
Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre
linhas: simples

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto,
Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto,
Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto,
Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto,
Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto

Formatada: Direita: 0 cm, Espaço
Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre
linhas: simples

assessment for forensic mental health service users. *Int J Methods Psychiatr Res* 2008, **17**(2):111-120.

15. Thomas SD, Harty MA, Parrot J, McCrone P, Slade M, Thornicroft G: **Camberwell Assessment of Need – Forensic Version**. Gaskell, London: 2003.

16. **Relatório de Actividades de 2009** [<http://www.dgsp.mj.pt>]

17. **Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos** [<http://www.dgs.pt>]

18. **Survey on Prison Populations, 2002** [[http://www.eoc.int/t/dgh/standardsetting/prisons/SPACEI/PC-CP\(2003\)5E%20Space-I.pdf](http://www.eoc.int/t/dgh/standardsetting/prisons/SPACEI/PC-CP(2003)5E%20Space-I.pdf)]

19. **Annual Penal Statistics of the Council of Europe, 2009**

[<http://www3.unil.ch/wpmu/space/space-i/annual-reports/>]

20. **Relatório do Plano de Acção Nacional para Combate à Propagação de Doenças Infecciosas em Meio Prisional, 2006** [http://www.idt.pt/PT/IDT/RelatoriosPlanos/Documents/2008/prisoas_infecciosaspanepdie mp.pdf]

21. Xavier M, Talina M, Morais JC: **Mentally Disordered Persons in European Prison**

Systems – Portugal. In *Treatment of Mentally Ill in European Prison Systems – Service*

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Direita: 0 cm, Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Direita: 0 cm, Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto

~~Provision and Outcome. Edited by Salize H & Dressing H: Health Protection Directorate, European Commission, Brussels: 2006.~~

~~22. Duthé G, Hazard A, Kensey A, Shon JL: Suicide in prison: A comparison between France and its European neighbours. [http://www.ined.fr/fichier/t_publication/1488/publi_pdf2_pesa462.pdf]~~

~~23. Sheehan D, Leerubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar GC: **The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview for DSM-IV and ICD-10.** *J Clin Psychiatry* 1998, **59** (Suppl. 20): 22-33.~~

~~24. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (ed 4). Washington, DC: American Psychiatric Press; 1994.~~

~~25. Black D, Arndt S, Hale N, Rogerson R: **Use of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) as a Screening Tool in Prisons: Results of a Preliminary Study.** *J Am Acad Psychiatry Law* 2004, **32**: 158-62.~~

~~26. Ventura J, Lukoff D, Nuechterlein KH, Liberman R, Green M, Schanner A: **Brief Psychiatric Brief Scale (BPRS) expanded version (4.0): scales, anchor points, and administration manual.** *Int J Methods Psychiatr Res.* 1993, **3**: 227-244.~~

~~27. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Text Revision* (ed 4). Washington, DC: American Psychiatric Press; 2000.~~

~~28. Romeva GE, Rubio LG, Guerre SO, Miravet MJ, Cáceres AG, Thomas SD: **Clinical validation of the CANFOR scale (Camberwell Assessment of Need Forensic version) for the needs assessment of people with mental health problems in the forensic services.** *Actas Esp Psiquiatr* 2010, **38** (3):129-137.~~

~~29. Altman D: *Practical Statistics for Medical Research.* London: Chapman & Hall/Cre. (1991)~~

~~30. Fleiss J, Levin B, Paik M: *Statistical Methods for Rates & Proportions* (ed 3). New York: John Wiley & Sons Inc.; 1981.~~

~~31. Landis J, Koch G: **The measurement of observers' agreement for categorical data.** *Biometrics* 1977, **33**: 159-74.~~

Formatada: Direita: 0 cm, Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Direita: 0 cm, Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Direita: 0 cm, Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Avanço: Primeira linha: 1.25 cm, Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Tables

Table 1 – Socio-demographic characteristics of the FPSUs.

Table 1 (n=143)	Socio-demographic data	
	n	%
Gender		
Males	108	75.5
Females	35	24.5
Age (mean±s.d.) Males		
Females		
Origin	39.7	±
Prison-Hospital ¹	12.78	
Male-prison ²	35.2	±
Female-prison ³	9.98	
Civil security-unit ⁴		47.6
Nationality	68	15.4
Portuguese	24	20.3
Portuguese-speaking country	22	
European country	29	
Other		78.3
Civil status	112	14.7
Single	21	4.9
Married or equivalent status	7	2.1
Divorced	3	
Widow		64.3
School years	92	18.2
<4 years	26	13.3
4 years	19	4.2
6 years	6	

¹Hospital Prisional S. João de Deus; ²Estabelecimento Prisional de Caxias; ³Estabelecimento Prisional de Tires; ⁴Hospital Miguel Bombarda.

Table 2 – Forensic and clinical data of the FPSUs.

Table 2 (n=143)	Forensic and clinical	
	n	%
Judicial status		
Prisoners		
Convicted	77	53.8
On Remand	37	25.9
NGRI* security measure	29	20.3
Actual offence		
Offences against persons	85	59.4
Offences against property	32	22.4
Other	26	18.2
Prior judicial history		
No convictions	71	49.7
Suspended sentence	18	12.6
Sentenced to prison	50	35.0
Security measure Unknown	3	2.1
Number of prior convictions		
One	8	5.6
2 to 5	48	33.6
above 5		
Referral reasons for prisoners** (n=114)		
Psychopathology	87	76.3
Danger to self	47	41.2
Danger to others	26	22.8
Drug withdrawal	18	15.8
Other		
MINI diagnostic, current (n=114)		
Major depression	64	56.1
Major depression with melancholic features	23	20.2
Dysthymia	9	7.8
Suicide risk	50	43.9
Mania, Hypomania	11	9.6
Panic disorder	10	8.8
Agoraphobia	4	3.5
Social phobia	2	1.8
Obsessive compulsive disorder	5	4.4
Posttraumatic stress disorder	23	20.2
Alcohol dependence/abuse	10	8.8
Non-alcohol substance dependence/abuse	54	47.4
Psychotic disorders	16	14.0
Anorexia nervosa	2	1.8
Bulimia nervosa	16	14.0
Generalized anxiety disorder	52	45.6
Antisocial personality disorder, lifetime	49	43.0

*Not guilty by reason of insanity. **One or more referral reasons.

A vertical column of 30 'Formatada' entries, each with a small icon to its right. The entries are arranged in a narrow, slightly curved column on the right side of the page.

Table 3 – Instruments' total scores rated by FPSUs and staff.

Table 3	Instruments' total	Paired t-test p-value	Spearman's rho
	mean ± s.d.		
CANEOP⁺ (n=142)			
Total needs rated by FPSUs	7.8 ± 3.05		0.122 (0.145)
Total needs rated by staff	6.1 ± 2.90		
Total met needs rated by FPSUs	2.5 ± 1.85		-0.030 (0.722)
Total met needs rated by staff	2.5 ± 2.08		
Total unmet needs rated by FPSUs	5.2 ± 2.65		0.185 (0.027)
Total unmet needs rated by staff	3.6 ± 2.03		
CAE[±] (n=142)	46.8 ± 20.07		
DDCS[±] (n=114)	38.1 ± 6.85		

⁺ – score range 0–25; [±] – score range 1–100 (better); ⁻ – score range 24–168 (worse).

A vertical stack of 30 'Formatada' labels, each with a small arrow pointing left towards the table area. The labels are arranged in a column on the right side of the page, with arrows pointing towards the table area on the left.

Table 4 – Inter-rater and Test-retest reliability data.

Table 4	Interrater reliability n=96		Test-retest reliability n=99	
	No need, met need, unmet need scores		No need, met need, unmet need scores	
CANFOR domains (n = 99)	% agreement	Kappa weighted coefficient	% agreement	Kappa weighted coefficient
Accommodation	100	1.000	100	*
Food	75.00	0.600	75.00	na
Living environment	98.67	0.917	86.44	0.276
Self-care	98.67	0.941	88.14	0.477
Daytime activities	81.33	0.807	55.93	0.408
Physical health	90.67	0.873	77.97	0.661
Psychotic symptoms	90.14	0.875	71.43	0.556
Information	97.33	0.974	59.32	0.369
Psychological distress	90.67	0.896	55.93	0.491
Safety to self	93.24	0.929	72.88	0.589
Safety to others	98.61	0.969	86.21	0.374
Alcohol	98.44	0.796	100	*
Drugs	97.14	0.954	92.59	0.721
Company	90.54	0.864	58.62	0.336
Intimate relationships	93.33	0.845	72.88	0.225
Sexual expression	97.26	0.940	80.70	0.608
Child care	90.91	0.862	56.00	0.231
Basic education	96.00	0.911	84.75	0.669
Telephone	95.95	0.919	79.31	0.289
Transport	94.44	0.842	100	*
Money	95.65	0.863	87.04	0.465
Benefits	95.77	0.952	83.33	0.746
Treatment	98.63	0.977	77.19	0.496
Sexual offences	80.00	0.583	33.33	0.182
Arson	100	1.000	33.33	0.182
Kappa weighted coefficient		0.884		0.445

* Kappa coefficient not calculated because the values of the variable are constant. na – Non applicable due to empty cells in the crosstable.

Table 5 – Correlations between CANFOR summary scores and GAF and BPRS

CANFOR summary scores	FPSUs rating	Staff rating	FPSUs rating	Staff rating
	vs GAF	vs BPRS	vs GAF	vs BPRS
	Spearman's rho		Spearman's rho	
Met needs	0.009 (ns)	-0.283 (0.001)	-0.033 (ns)	0.030 (ns)
Unmet needs	-0.385 (<0.001)	0.323 (<0.001)	0.280 (0.003)	0.232 (0.013)
Total needs	-0.334 (<0.001)	0.415 (<0.001)	0.261 (0.005)	0.181 (ns)
Informal help given	-0.177 (0.035)	0.266 (<0.001)	0.109 (ns)	0.009 (ns)
Formal help given	-0.169 (0.043)	0.394 (<0.001)	0.078 (ns)	0.204 (0.030)
Formal help needed	-0.333 (<0.001)	0.417 (<0.001)	0.169 (ns)	0.200 (0.033)
Satisfaction	-0.026 (ns)		0.058 (ns)	

ns – Not statistically significant (p>0.05).

A vertical stack of 30 'Formatada' buttons, each with an ellipsis icon to its right. The buttons are arranged in a column on the right side of the page. Lines connect the top five buttons to the first five rows of the table above. The remaining 25 buttons are not connected to any specific data points.

Table 7 – Significant associations between CANFOR domains` unmet needs, rated by staff, and BPRS scales

Table 7 CANFOR Domains* (n=114)	Staff's ratings	BPRS Scales (range: 1-7)	Median (Mean) [†]	Mann-Whitney U-test p-value	
1- Accommodation	0.41(3) 1.7(3)	Elated mood	1.00 2.50	0.006	
6- Physical health	0.41(3) 1.4(3)	Somatic concern	1.00 2.00	0.009	
7- Psychotic symptoms	0.41(3) 1.5(3)	Hallucinations	1.00 2.00	<0.001	
	0.41(3) 1.5(3)	Unusual thought content	1.00 2.00	<0.001	
	0.41(3) 1.5(3)	Bizarre behaviour	1.00 (1.18) 1.00 (1.00)	<0.001	
	0.41(3) 1.5(3)	Blunted affect	1.00 (1.02) 1.00 (1.21)	<0.001	
	0.41(3) 1.5(3)	Emotional withdrawal	1.00 (1.08) 1.00 (1.15)	0.004	
	0.41(3) 1.5(3)	Uncooperativeness	1.00 (1.01) 1.00 (1.23)	<0.001	
	0.41(3) 1.5(3)	Distractibility	1.00 (1.01) 1.00 (1.23)	<0.001	
	8- Information about condition and treatment	0.41(3) 1.8(3)	Hallucinations	1.00 (1.22) 1.00 (1.92)	<0.001
		0.41(3) 1.8(3)	Unusual thought content	1.00 (1.14) 1.00 (1.84)	<0.001
		0.41(3) 1.8(3)	Bizarre behaviour	1.00 (1.11) 1.00 (1.17)	<0.001
0.41(3) 1.8(3)		Blunted affect	1.00 (1.08) 1.00 (1.12)	0.001	
0.41(3) 1.8(3)		Uncooperativeness	1.00 (1.03) 1.00 (1.04)	0.001	
9- Psychological distress		0.45(3) 1.5(3)	Depression	2.00 4.00	0.002
		0.45(3) 1.5(3)	Suicidality	1.00 2.00	0.007
	10- Safety to self	0.48(3) 1.7(3)	Depression	1.00 4.00	0.003
0.48(3) 1.7(3)		Suicidality	1.00 4.00	<0.001	
11- Safety to others	0.41(3) 1.7(3)	Hostility	1.00 4.00	<0.001	
	0.41(3) 1.7(3)	Tension	1.00 3.00	0.001	
	0.41(3) 1.7(3)	Excitement	1.00 (1.20) 1.00 (1.17)	0.007	
13- Drugs	0.48(3) 1.3(3)	Suicidality	1.00 3.50	0.001	
	0.48(3) 1.3(3)	Guilt	2.00 2.00	0.007	
	17- Child care	0.48(3) 1.3(3)	Anxiety	2.00 (2.08) 2.00 (2.05)	0.003
22- Social benefits		0.41(3) 1.8(3)	Disorientation	1.00 (1.00) 1.00 (1.01)	<0.001

CANFOR Portuguese Version: validation study

Miguel Talina^{1§}, Stuart Thomas², Ana Cardoso¹, Pedro Aguiar³, J.M. Caldas de Almeida¹, Miguel Xavier¹

¹CEDOC, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, Campo Mártires da Pátria, 1169-056 Lisboa, Portugal

²School of Psychology & Psychiatry, Monash University, and Victorian Institute of Forensic Mental Health, Melbourne, Victoria, Australia

³Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal

[§]Corresponding author

Email addresses:

Formatada: Direita: 0 cm, Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto

Formatada: Direita: 0 cm, Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Direita: 0 cm, Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto

Formatada

Formatada

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto

Formatada

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto

Formatada

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto

Formatada

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto

Formatada

Formatada

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto

Formatada

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto

Formatada

[MT: miguel.talina@fcm.unl.pt](mailto:miguel.talina@fcm.unl.pt)

[ST: stuart.thomas@monash.edu.au](mailto:stuart.thomas@monash.edu.au)

[AC: amargaridapc@gmail.com](mailto:amargaridapc@gmail.com)

[PA: pedroaguiar@ensp.unl.pt](mailto:pedroaguiar@ensp.unl.pt) JM

[CA: caldasjm@fcm.unl.pt](mailto:caldasjm@fcm.unl.pt) MX:

[MX: miguel.xavier@fcm.unl.pt](mailto:miguel.xavier@fcm.unl.pt)

Abstract

Background

The increasing of the prisoners' population is a troublesome reality in several regions of the world. Along with this growth there is increasing evidence that prisoners have a higher proportion of mental illnesses and suicide than general population. In order to implement strategies addressing the criminal recidivism and the health and social status of the prisoners, particularly in mental disordered offenders, it is necessary to assess their care needs in a comprehensive, but individual perspective. This assessment must include potential harmful areas like comorbid personality disorder, substance misuse and offending behaviours. The Camberwell Assessment of Need – Forensic Version (CANFOR) proved to be a reliable tool designed to accomplish such aims. The present study was intended to validate the CANFOR Portuguese version.

Methods

The translation, adaptation to Portuguese context, back-translation and revision followed the usual procedures. The sample comprised all detainees receiving psychiatric care in four forensic facilities, over a one year period. A total of 143 subjects, and respective case manager, were selected. The forensic facilities were chosen by convenience: one prison hospital psychiatric ward (n=68; 47.6%), one male (n=24; 16.8%) and one female (n=22; 15.4%) psychiatric clinics and one civil security ward (n=29; 20.3%), all located nearby Lisbon. Basic descriptive statistics and Kappa weighted coefficients were calculated for the inter-rater and the test-retest reliability studies. The convergent validity was evaluated using the Global Assessment of Functioning and the Brief Psychiatric Rating Scale scores.

Results

The majority of the participants were male, single, with short school attendance and accused of a crime evolving violence against persons. The most frequent diagnosis was major depression (56.1%) and almost half presented positive suicide risk. The reliability study shows

average Kappa weighted coefficients of 0.884 and 0.445 for inter-rater and test-retest agreement, respectively. The convergent validity study presented highly significant correlations between unmet needs scores, GAF and BPRS scores.

Conclusions

The CANFOR Portuguese version revealed similar psychometric properties as the original English version. Moreover, the results of the reliability and validity studies indicate that the tool is appropriate for individual care needs assessment and to guide the mental health and social interventions in forensic psychiatric services.

Keywords

Forensic psychiatry; needs assessment; mental disorders; mentally disordered offenders; prisoners;

prison.

Background

The growth of the prison population along with the increasing number of prisoners with mental disorders is one of the great concerns of the political and health authorities. ^[1] The review of 63 mental morbidity prevalence studies shows that one out of every seven prisoners (14.3%) in the western countries has a psychotic disorder or major depression. ^[2] In Europe, a study on mental disturbances in prisons of thirteen countries revealed that about five per cent of the prisoners met criteria for a psychotic disorder and about one in four presented an affective or anxiety disorder. When including those with drug abuse, 63% of them met criteria for a mental disorder. ^[3] These rates are significantly higher than those found in the community. According to Reed, ^[4] the reasons for this high prevalence include higher risk of arrest for people with mental disorder alleged to have offended, inadequate coverage by court assessment schemes, too few psychiatric beds and poor identification of mental disorders during the prison reception process. On the other hand, there are

many factors in prisons that can have deleterious effects on mental health, including: overcrowding, various forms of violence, enforced solitude or, conversely, lack of privacy, lack of meaningful activity, isolation from social networks, insecurity about future prospects (work, relationships, etc.), and inadequate health services in prisons, especially mental health services. The increased risk of suicide in prisons (often related to depression) is, unfortunately, one common manifestation of the

cumulative effects of these factors. ^[5] Therefore, it is not surprising that mental health care needs

are very high and represent a significant on-going challenge for service providers. ^[2,3] Nowadays there is broad consensus of the importance of addressing the needs of care of the mentally disordered offenders (MDOs) which have, as the whole prison population, higher proportions of medical and social problems and are subjects of some form of social exclusion in comparison to the community population. ^[2,6,7,8,9] Whilst the social and clinical needs of MDOs are, in many ways, similar to those of the general psychiatric patients, there are also differences that are necessary to assess, with more emphasis on certain areas such as co-morbid personality disorder, substance misuse and offending behaviours. ^[10,11]

There are several instruments developed to measure individual needs in general psychiatric populations. The Camberwell Assessment of Need (CAN) ^[12] is one of the most used and potentially valuable tools for this purpose. ^[13] In order to acknowledge the differences between civil and forensic psychiatric populations, and based in the structure of CAN, Thomas and colleagues, developed a version targeted to the forensic mental health service users: the Camberwell

Assessment of Need – forensic version (CANFOR) ^[14]. The CANFOR maintain the same 22 domains of CAN plus three new domains related to treatment acquiescence and offending behaviour: “Treatment”, “Sexual Offences” and “Arson”. The published tool presents three versions

(the Research, Clinical and Short Versions) along with a training manual. ^[15]

The Situation in Portuguese Prisons

The Portuguese prison system is administered by the General-Directorate of Prison Services, organization depending on the Ministry of Justice. Throughout the all territory, there are 56 prison facilities, with near 12.000 places. Like in many other countries, the number of prisoners increased steadily in the last decades. Since 1974 (prison population: 2,519) the number of prisoners

increased more than 4.5 times.^[16] In the beginning of this decade, Portugal starts with one of the

highest rates of prisoners in the Western Europe: 132.8 per 100,000 inhabitants.^[17, 18] However, in the last years, the rate of prison population per 100,000 inhabitants has been decreasing till 104.4 in

2009.^[19] This ratio places Portugal at the medium ranking in the European context. Also, the prison overcrowding (120.7 prisoners per 100 places, in 2002) has been decreasing since then, as the occupancy rate in 2009 was 93.1%.^[16]

According to the Portuguese law, the offenders found not guilty by reason of insanity (no-imputable) and considered in risk to re-offend are sentenced to a security measure that means they are admitted to a security psychiatric ward, which can be either in prison or in the public health system. They are included in the total prison population, although their number is usually small (157 individuals in 2009).^[16]

In the year 2009, the prison population was 11,099 individuals and the sentenced prisoners represented 80.7%. The average age of prisoners was 37.8 years and it represents an ageing of four years since 2000. The young prisoners (16-20 years-old) and the prisoners over 60 years-old constituted 3% and 3.4% of total population, respectively. Interestingly, the proportion of women detained has been decreasing from the year 2000 (9.2%) till now (5.4%). Probably, the trend to a decreasing prison sentences related to drugs traffic and increasing prison sentences related to crimes against persons is coupled with this fact. On the other hand, the proportion of immigrants or foreigners in prison population has been increasing, reaching one-fifth of the total in 2009.^[16]

Nowadays, the prisons sentences are, in the first place, related to crimes against property

(30.5%) followed by crimes against persons (29.4%) and crimes linked to traffic of drugs (22.7%). Almost an half of prisoners (49.4%) were sentenced to three till nine years of imprisonment. The prison sentences below three and above nine years, were the sentences for 24.7 %, and 23% of prisoners, respectively. ^[16]

Healthcare in prison system is a direct responsibility of the General-Directorate of Prison

Services. The in-patient care is delivered by one major prison-hospital, located near Lisbon and small-size wards located in larger prisons around the national territory. Whenever the level of healthcare needed exceeds the specialization of the prison health services (e.g. intensive care, neurosurgery) prisoners are admitted to National Health Service facilities. The healthcare is usually delivered in each prison facility (e.g. general practice, psychiatry, nursing, dentistry), and there is an administrative policy to contract healthcare services and staff from private companies. Mental

health care is mainly delivered in an “out-patient” basis at the prison facilities, and in-patient admissions are effected in the two psychiatric wards, one at S. João de Deus Prison-hospital (HPSJD), located near Lisbon, and the other at Santa Cruz do Bispo Prison, at Oporto with 28 and 12 beds, respectively.

An existing analysis of various surveys shows that prisoners at prison entry display high levels of morbidity, particularly communicable diseases (HIV, viral hepatitis and tuberculosis) and addictions to drugs. Addictions, suicide and mental health disorders are the major health problems but, beside drugs abuse data, the mental health status of the Portuguese prisoners is still largely unknown. ^[20, 21]

A recent study, including 10,182 prisoners, concluded that 40% were drug abusers and from these, a half takes more than one drug. Cannabis was the most abused substance (52.5%), cocaine was used by intra-venous route in 31.8%, and 30.5% of prisoners abused heroin. ^[20]

For drug addiction treatment, aiming abstinence, there are seven free drugs wings distributed by several prisons. In these special units the treatment programme lasts, in average, eighteen months and incorporates educational, occupational and therapeutic activities. Drug addicted

prisoners could be also treated at the public facilities belonging to the Drug Addiction Institute (IDT), such as therapeutic communities or outpatient clinics. ^[21]

The suicide deaths in the Portuguese prisons are showing a fluctuating course (since the last fourteen years), counting between seven and 23 deaths per year, with an average of 14.7 a year, and 11 per 10,000 prisoners. The mean suicides/overall mortality ratio is 0.185 (18.5%). Nevertheless, the overall mortality has been decreasing continuously. ^[21] According to European statistics, in the period of 2002-2006, France was the leading country with a suicide death rate of 20 per 10,000 prisoners, and Portugal was the fourth (12/10,000 prisoners). Between the two, there was Denmark (13.5/10,000 prisoners) and Belgium (13/10,000 prisoners). ^[22] However, when the suicide rate per prisoners' entries per year was calculated, the ranking position changes and Portugal become the leader with a rate of eight suicides deaths per 10,000 prisoners admitted per year. Another relevant calculation takes into account the suicide rate of the general population in each country and measures the excess suicide deaths in prison comparing to the national rate. Again, Portugal shows one the highest excess of suicide deaths in prison (prison/non-prison ratio of suicide rates: 8), only overcame by Italy (prison/non-prison ratio of suicide rates: 9). ^[22]

Given the absence of reliable forensic mental health needs assessment tools validated for the Portuguese language the validation of the CANFOR-Research Version is a relevant step concerning the improvement of care for MDOs in our country.

Methods

Translation and back-translation procedures

The validation procedure started with the complete translation of the English research version of CANFOR to the Portuguese language. Then a focus group was organized, based on psychiatric ward staff from a prison-hospital (HPSJD), comprising five psychiatrists, two nurses, one psychologist and one social worker, in order to adapt the translated version to the contextual and cultural Portuguese setting. After that, a brief pilot-study with five opportunistic interviews to

prisoners admitted at psychiatric ward was performed to check the understanding and complement the training. Finally, the corrected version was back-translated to English and checked for consistency by the first author of the original version.

Participants

All individuals receiving care in four different forensic psychiatric facilities (forensic psychiatric services users – FPSUs), over a one year period (May 2009-May 2010) were selected. The forensic services, chosen by convenience in the Great Lisbon region, were composed by: the psychiatric ward of a prison-hospital (28 beds with a median stay of 27 days - HPSJD), two psychiatric “out- patient” clinics in a male and a female prisons (Caxias and Tires Prisons, with 390 males and 425

females prisoners, respectively) and a civil security psychiatric ward for no-imputable offenders (31 beds in Hospital Miguel Bombarda (HMB)).

Due to circumstantial reasons, not all FPSUs participated in inter-rater and test-retest reliability procedures. Because of that, there are differences between the participants’ numbers (n) in inter- rater, test-retest and convergent studies. All the participants signed the consent form.

Evaluation instruments

The following instruments were included in the research protocol: a socio-demographic questionnaire specially designed for this study; the Mini International Neuropsychiatric Interview 5.0.0 (MINI),^[23] directed to validate diagnosis according DSM-IV^[24] and used in prison population already,^[25] the Brief Psychiatric Rating Scale 4.0 (BPRS),^[26] an extensively used tool to assess psychopathology; the Global Assessment of Functioning (GAF) - disability scale,^[27] in order to assess the level of the participants’ psychosocial functioning, as the previous validating studies did,^[14,28] and finally, the CANFOR – Portuguese research version.

Inter-rater and test-retest reliability

The inter-rater and test-retest reliability studies were both performed by two researchers (MT and AC). The inter-rater reliability was tested by simultaneous scoring: while one researcher conducted the interview and scored the CANFOR domains, the second one sat silently in the room and scored the CANFOR independently. The researchers' roles alternated in consecutive interviews. A total of ninety-six FPSUs were scored using this procedure. In order to study the test-retest reliability a subsequent CANFOR scoring was made, after one to two weeks, by the same researcher who made the first scoring. A total of ninety-nine FPSUs were scored according this procedure.

Convergent validity

The convergent validity of CANFOR was studied using two instruments: the GAF - disability scale, and the BPRS. The GAF - disability scale, is rated from 10 to 100 (the lowest to the highest psychosocial functioning) and the BPRS's 22 scales of psychopathological symptoms and signs are rated between 1 (not present) and 7 (extremely severe).

Statistical analysis

Basic descriptive statistics were used to describe the social-demographic, clinical and forensic characteristics of the sample.

In the studies of inter-rater and test-retest reliability, considering the three values of need status (no need, met need and unmet need) from the first section of CANFOR, the Kappa weighted coefficient was calculated. ^[29,30] In order to minimise empty cells in crosstables necessary for Kappa calculation, the scores "8-not applicable" and "9-unknown" were considered missing values. According to Landis and Koch, ^[31] a Kappa coefficient of 0.4 to 0.6 indicates moderate grade of agreement, between 0.6 and 0.8 indicates significant agreement and between 0.8 and 1 almost perfect agreement.

Convergent validity between CANFOR total scores and the GAF disability scale, CANFOR domains and BPRS scales were considered using non-parametric tests (Spearman test and

Mann-Whitney test, respectively) due to data being skewed. All data were analysed using Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows, version 17.0.0 and GraphPad Software (<http://graphpad.com/quickcalcs/kappa1/>).

Ethics approval

The research project was approved by the General-Directorate of Prison Services, Ministry of Justice and the Scientific Board of Faculty of Medical Sciences, New University of Lisbon.

Results

Participants' characteristics

A total of 143 subjects, and respective case manager, were recruited. The FPSUs belonged to the following facilities: 68 (47.6%) from the prison psychiatric ward, 24 (16.8%) from the male psychiatric clinic, 22 (15.4%) from the female psychiatric clinic and 29 (20.3%) from the civil security ward. A total of 38 (30%) subjects (36 from prison hospital and 2 from civil security ward) were not included mainly due to discharge, cognitive impairment or refusal (Table 1).

Males constituted the predominant gender of the sample. Almost half of the sample came from the psychiatric ward of prison hospital and the majority were Portuguese citizens, single and had a maximum of six years of school attendance.

Around eighty per cent of the sample were prisoners convicted or on remand and twenty per cent were NGRI individuals detained in a civil security ward by court decision. The majority of the FPSUs (59.4%) was accused of an "offence against persons", which includes all crimes evolving violence against persons. The category "offences against property" includes crimes against material possessions, in the absence of violence. Almost half of the sample (49.7%) was previously convicted and one third of the participants had between two and five convictions before the actual sentence (Table 2).

The most common reason for referral to the psychiatric service was assessment of “psychopathological condition” (n=87; 76.3%), and the second most frequent reason was “danger to self” (n=47; 41.2%). However, considering both “danger to self” and “danger to others”, 64% (n=73) of FPSUs presented some form of behavioural risk (Table 2).

In relation to the current diagnosis, the most frequent MINI diagnosis was “major depression - current episode” (56.1%). About one third of these participants showed depression with melancholic features, and almost half presented positive suicide risk. The second most common diagnosis was “cannabis abuse”.

In respect to axis II diagnosis, anti-social personality disorder was found in 43% of the FPSUs. The CANFOR summary scores, the BPRS and GAF - disability scale total scores are described in Table 3. The analysis performed (paired t test and Spearman correlation) of CANFOR summary scores shows that the total of unmet needs obtained from FPSUs and staff ratings are significantly different, although they have a positive significant correlation. However, the average of met needs display an inverse picture: the total scores between FPSUs and staff ratings were almost identical, but they did not correlate with each other. As could be anticipated, the averages of total needs, rated by FPSUs and staff, are significantly different and not correlated.

Inter-rater reliability

The procedures regarding inter-rater reliability were completed in 96 FPSUs. The inter-rater reliability study showed, in most CANFOR domains, Kappa weighted coefficients over 0.8 (almost perfect agreement). The “Food”, “Alcohol” and “Sexual Offences” domains showed the lowest agreement between raters – between 0.5 and 0.8 (Table 4).

Test-retest reliability

Regarding test-retest reliability the procedures were completed in 99 FPSUs. The average Kappa weighted coefficient was 0.445 (moderate level of agreement). Eight CANFOR domains (32%) had Kappa weighted coefficients falling below 0.4 (fair grade of agreement): “Living

environment”, “Information”, “Safety to Others”, “Company”, “Intimate Relationships”, “Child Care”, “Telephone” and “Arson”. The Kappa weighted coefficients could not be calculated in “Accommodation”, “Alcohol” and “Transport” domains because the need status value was constant (100% agreement). In “Food” domain the Kappa weighted coefficient was not applicable due to several empty cells in agreement crosstable (Table 4).

Convergent validity

The correlation between CANFOR summary scores and GAF - disability scale were significantly negative (as CANFOR summary scores increased the GAF score decreased) in all CANFOR scores, except for the “met needs” and “satisfaction” rated by service users. The higher correlations were found in “unmet needs”, “total needs” and “formal help needed” in both users and staff ratings (Table 5).

Concerning the correlation between CANFOR summary scores and BPRS total score it was observed a significant positive correlation in “unmet needs” and “total needs” scores, rated by service users, and a significant positive correlation in “unmet needs”, “total needs”, “formal help given” and “formal help needed” scores, rated by the staff. The users’ satisfaction ratings showed no correlation with GAF or BPRS scores (Table 5).

Subsequently, it was performed an association analysis between the “unmet needs” scores of CANFOR domains, rated by the service users and the staff, and the BPRS scales’ scores. In order to emphasize the higher significant associations between unmet needs and BPRS’s scales only the associations with a p value less than 0.01 will be displayed in Tables 7 and 8. The unmet needs, rated by users, in domains such as “Daytime Activities”, “Psychotic Symptoms” and “Information about Condition and Treatment” showed significant associations with several BPRS psychotic symptoms scales, namely, “Hallucinations”, “Unusual Thought Content”, “Bizarre Behaviour” and “Distractibility”. The unmet needs in “Physical health”, “Psychological Distress”, “Safety to Self”, and “Drugs” domains showed significant associations with BPRS affective symptoms scales,

particularly “Somatic Concern”, “Anxiety”, “Depression”, “Guilt”, and “Suicide” scales. Another finding was the significant associations between the unmet needs in “Safety to Others” and “Arson” domains with “Hostility”, “Tension”, “Excitement”, “Uncooperativeness” and “Motor hyperactivity” BPRS scales. Moreover, the significant associations between the unmet needs domains and the BPRS scales showed considerable similarity in both users and staff ratings. The unmet needs in domains related to personal functioning and sexual abusive behaviour, as “Looking after the living environment”, “Self-care”, “Alcohol”, “Basic education”, “Transport”, “Money” and “Sexual Offences” did not associated significantly with any BPRS scales. Further details will be available from the authors.

Discussion

Inter-rater reliability study

The CANFOR Portuguese version - research version showed an inter-rater reliability very similar to the original ^[14] and Spanish versions.^[23] In three domains only (12%) the level of inter-rater agreement was below 0.8 (almost perfect agreement). This high inter-rater agreement level could be due to several reasons: the easy understanding of questions by respondents, the acknowledgeable definitions of need status by the raters and the previous training on the instrument. In addition, the two researchers who made the interviews in our study have been participating, since the beginning, in the preparation of the Portuguese version of CANFOR and shared the training on the instrument.

Test-retest reliability study

The test-retest reliability study revealed a moderate level of agreement (Kappa coefficient average between 0.4-0.6). The less reliability over time could be related to fast changes in FPSUs` opinions/perceptions caused by stress in prison or security facilities. In addition, it is understandable that mood state, anxiety and other psychopathology from FPSUs could modify their opinions/perceptions of individual needs. This difference in agreement level between inter-rater and test-retest reliability studies was also found in the original validation study.^[14]

Convergent validity

In previous validation studies,^[14, 23] due to the lack of other instrument suited to assessing individual level needs in forensic setting, convergent validation has been conducted with the GAF and other instruments that evaluated several aspects of disability. In the present study it was decided to use GAF - disability scale and the BPRS. The results demonstrated that individuals with more needs, especially unmet needs, rated higher scores of disability. This finding is similar to the result of others validations studies, and shows an inverse relationship between the level of individual needs and the level of psychosocial functioning.

In respect to convergence between CANFOR and BPRS, it was observed a significant positive correlation of total “unmet needs” and “total needs” scores, rated by FPSUs and staff and BPRS total score. Although these results showed an inferior number of significant correlations, when compared to correlation analysis between CANFOR and GAF, they suggest a direct relationship between the level of individual unmet needs and the global psychopathology.

The analysis of convergence between CANFOR domains` unmet needs and BPRS scales scores revealed interesting results. It was noticed a positive high significant association ($p < 0.01$) between seventeen domains` unmet needs, rated by FPSUs, and ten domains` unmet needs rated by staff and several psychopathological scales (Tables 6 and 7). This was particularly evident in CANFOR domains addressing health status and behavioural risks, as “Physical Health”, “Psychotic Symptoms”, “Information about Condition and Treatment”, “Psychological Distress”, “Safety to Self”, “Safety to Others”, and “Drugs”. The congruency between specific domains` unmet needs and severity of psychopathology emphasizes the construct validity of CANFOR as a tool for individual care needs assessment. Moreover, these results underlined the importance of psychiatric evaluation and intervention in the general care planning directed to MDOs while detained in prison or security facilities.

Strengths and limitations

This study, sought to assess the validity and reliability of the CANFOR Portuguese version - research version, was embedded in a broader research project aimed to evaluate the needs of care in mentally ill offenders while in prison. This fact has created some advantages and shortcomings. Because of convenience reasons we choose prisons and security facilities in the Great Lisbon region. Considering the size of the target-population we decided to enroll all the FPSUs in a twelve months period instead of randomising them. By this way it was possible to perform a structured assessment, in a substantial number of FPSUs of both genders from different forensic psychiatric facilities (prison's psychiatric ward, prisons' psychiatric clinics and civil security ward). Therefore, it was selected a heterogeneous sample close to the MDO reality. In order to evaluate associations between unmet needs of care (CANFOR) and psychopathology we included the BPRS in the research protocol. However, the workload prevented the CANFOR's staff reliability study.

Nevertheless, we think that this limitation should be balanced taking in consideration that CANFOR reliability is not affected by the respondent status – service user or professional because, in the previous studies,^[14,23] there have been no relevant differences of reliability data involving FPSUs or staff. In our knowledge, this is the first convergence study using these instruments in a forensic sample and the first standardized assessment of care needs in Portuguese detainees.

Conclusions

The CANFOR Portuguese version, rated by FPSUs, revealed similar psychometric properties as the original version.^[14] The study of convergent validity of CANFOR with the GAF - disability scale and BPRS shows statistical significant results, which confirm that this tool is based on sound construct and appropriate for individual care needs assessment in this population.

The number of unmet needs differ significantly between FPSUs and staff. Although this fact is not related to the tool's reliability, it demonstrates the usefulness of CANFOR to evaluate care needs in the service user's perspective. The CANFOR Portuguese version was straightforward to

administer and proved to be a reliable tool to identify clinical and social problems in FPSUs. In summary, CANFOR has the potential to be used by an array of different professionals and was considered to be a valuable tool to guide and to evaluate the health and social interventions at mental health forensic setting.

Authors' contributions

MT conceived the study, participated in the study design, data collection, statistical analysis and draft manuscript. ST reviewed the manuscript and approved the CANFOR Portuguese version in order to be published. AC participated in data collection, statistical analysis and draft manuscript. PA contributed to statistical analysis and draft manuscript. JMCA participated in the study design and draft manuscript. MX participated and coordinated the study design, data collection, statistical analysis and draft manuscript.

Acknowledgements

This study is embedded in the larger project “Needs Assessment of the Mentally Disordered Prisoners” funded by Fundação para a Ciência e Tecnologia (PIC/IC/83257/2007). We acknowledge General-Director for Prison Services for his authorization, the Prisons’ Directors for their support, the medical and non-medical staff who collaborated in this study and detainees for their participation. Special thanks for Dra Ana Cabral for her support inside the prisons and Dr Jorge Pereira for his assistance in manuscript preparation. In memory of our late friend Dr José Morais, who has collaborated and supported this study since the beginning.

Declaration of Competing Interests

The authors declare that they have no competing interests.

References

1. Andersen HS: **Mental Health in Prison Populations. A review with special emphasis on a study of Danish prisoners on remand.** *Acta Psiquiatr Scand* 2004, **110** (Suppl. 424): 5-59.
2. Fazel S, Danesh J: **Serious mental disorder in 23 000 prisoners: A systematic review of 62 surveys.** *Lancet* 2002; **359**: 545-550.
3. Blaauw E, Roesch R, Kerkhof A: **Mental Disorders in European Prison Systems.** *Int J Law Psychiatry* 2000; **23**: 649-663.
4. Reed J: **Mental health care in prisons.** *Br J Psychiatry* 2003, **182**: 287-288.
5. **Mental Health Promotion in Prisons**
[\[http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/99016/E64328.pdf\]](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/99016/E64328.pdf)
6. Brugha T, Singleton N, Meltzer H, Bebbington P, Farrel M, Jenkins R, Coid J, Fryers T, Melzer D, Lewis G: **Psychosis in the Community and in Prisons: A Report from the British National Survey of Psychiatric Morbidity.** *Am J Psychiatry* 2005, **162**:774-780.
7. Butler T, Andrews G, Allnutt S, Sakashita C, Smith NE, Basson J: **Mental disorders in Australian prisoners: a comparison with a community sample.** *Aust N Z J Psychiatry* 2006, **40**: 272-6.
8. Harris F, Hek G, Condon L: **Health needs of prisoners in England and Wales: the implications for prison health care of gender, age and ethnicity.** *Health Soc Care Community* 2006, **15** (1): 56-66.
9. Nielszen O, Misrachi S: **Prevalence of psychoses on reception to male prisons in New South Wales.** *Aust N Z J Psychiatry* 2005, **39**: 453-459.
10. Cohen A, Eastman N: **Needs assessment for mentally disordered offenders: measurement of "ability to benefit" and outcome.** *Brit J Psychiatry* 2000, **177**: 493-498.
11. Shaw J: **Needs assessment for mentally disordered offenders is different.** *J Forensic Psychiatry* 2002, **13**: 14-17.
12. Phelan M, Slade M, Thornicroft G, Dunn G, Holloway F, Wykes T, Strathdee G, Loftus L, McCrone P, Hayward P: **The Camberwell Assessment of Need: the Reliability and**

Código de campo alterado

Formatada: Português (Portugal)

Formatada: Português (Portugal)

Validity of an Instrument to Assess the Needs of People with Severe Mental Illness. *Brit J Psychiatry* 1985, **167**: 589–95.

13. Wennstrom E, Wiesel FA: **The Camberwell assessment of need as an outcome measure in routine mental health care.** *Soc Psychiatry Psychiatry Epidemiol* 2006, **41**: 728–733.

14. Thomas SD, Slade M, McCrone P, Harty MA, Parrott J, Thornicroft G, Leese M: **The reliability and validity of the forensic Camberwell Assessment of Need (CANFOR): a needs assessment for forensic mental health service users.** *Int J Methods Psychiatr Res* 2008, **17**(2):111-120.

15. Thomas SD, Harty MA, Parrot J, McCrone P, Slade M, Thornicroft G: **Camberwell Assessment of Need - Forensic Version.** *Gaskell*, London: 2003.

16. **Relatório de Actividades de 2009** [<http://www.dgsp.mj.pt>]

17. **Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos** [<http://www.dgs.pt>]

18. **Survey on Prison Populations, 2002** [[http://www.coe.int/t/dghl/standardsetting/prisons/SPACEI/PC-CP\(2003\)5E-%20Space-I.pdf](http://www.coe.int/t/dghl/standardsetting/prisons/SPACEI/PC-CP(2003)5E-%20Space-I.pdf)]

19. **Annual Penal Statistics of the Council of Europe, 2009**

[<http://www3.unil.ch/wpmu/space/space-i/annual-reports/>]

20. **Relatório do Plano de Acção Nacional para Combate à Propagação de Doenças Infecciosas em Meio Prisional, 2006** [http://www.idt.pt/PT/IDT/RelatoriosPlanos/Documents/2008/prisoes_infecciosaspancpdie.mp.pdf]

21. Xavier M, Talina M, Morais JC: **Mentally Disordered Persons in European Prison Systems – Portugal.** In *Treatment of Mentally Ill in European Prison Systems – Service*

Provision and Outcome. Edited by Salize H & Dressing H: Health Protection Directorate, European Commission, Brussels: 2006.

22. Duthé G, Hazard A, Kensey A, Shon JL: Suicide in prison: A comparison between France and its European neighbours. [http://www.ined.fr/fichier/t_publication/1488/publi_pdf2_pesa462.pdf]

23. Sheehan D, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar GC: **The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview for DSM-IV and ICD-10**. *J Clin Psychiatry* 1998, **59** (Suppl. 20): 22-33.

24. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (ed 4). Washington, DC: American Psychiatric Press; 1994.

25. Black D, Arndt S, Hale N, Rogerson R: **Use of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) as a Screening Tool in Prisons: Results of a Preliminary Study**. *J Am Acad Psychiatry Law* 2004, **32**: 158-62.

26. Ventura J, Lukoff D, Nuechterlein KH, Liberman R, Green M, Schanner A: **Brief Psychiatric Brief Scale (BPRS) expanded version (4.0): scales, anchor points, and administration manual**. *Int J Methods Psychiatr Res*. 1993, **3**: 227-244.

27. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Text Revision* (ed 4). Washington, DC: American Psychiatric Press; 2000.

28. Romeva GE, Rubio LG, Guerre SO, Miravet MJ, Cáceres AG, Thomas SD: **Clinical validation of the CANFOR scale (Camberwell Assessment of Need-Forensic version) for the needs assessment of people with mental health problems in the forensic services**. *Actas Esp Psiquiatr* 2010, **38** (3):129-137.

29. Altman D: *Practical Statistics for Medical Research*. London: Chapman & Hall/Crc. (1991)

30. Fleiss J, Levin B, Paik M: *Statistical Methods for Rates & Proportions* (ed
3). New York: John Willey & Sons Inc.; 1981.

31. Landis J, Koch G: **The measurement of observers' agreement for categorical data.**
Biometrics 1977, **33**: 159-74.

Tables

Table 1 - Socio-demographic characteristics of the FPSUs.

Table 1 (n=143)	Socio-demographic data	
	n	%
<u>Gender</u>		
<u>Males</u>	<u>108</u>	<u>75.5</u>
<u>Females</u>	<u>35</u>	<u>24.5</u>
<u>Age</u>		
(mean±s.d.)	39.7 ±	
<u>Males</u>	<u>12.78</u>	
<u>Females</u>	<u>9.98</u>	
<u>Origin</u>		
<u>Prison-Hospital¹</u>		<u>16.8</u>
<u>Male prison²</u>	<u>68</u>	<u>15.4</u>
<u>Female prison³</u>	<u>24</u>	<u>20.3</u>
<u>Civil security unit⁴</u>	<u>22</u>	
	<u>29</u>	<u>78.3</u>
<u>Nationality</u>		
<u>Portuguese</u>		<u>14.7</u>
<u>Portuguese speaking country</u>	<u>112</u>	<u>4.9</u>
<u>European country</u>	<u>21</u>	<u>2.1</u>
<u>Other</u>	<u>7</u>	
	<u>3</u>	
<u>Civil status</u>		
<u>Single</u>		<u>64.3</u>
<u>Married or equivalent status</u>	<u>92</u>	<u>18.2</u>
<u>Divorced</u>	<u>26</u>	<u>4.2</u>
<u>Widow</u>	<u>19</u>	
	<u>6</u>	
<u>School years</u>		
<u><4 years</u>		<u>14.0</u>
<u>4 years</u>		<u>30.8</u>
<u>6 years</u>	<u>20</u>	<u>16.1</u>
<u>9 years</u>	<u>44</u>	<u>21.7</u>
<u>12 years</u>	<u>23</u>	<u>13.3</u>
	<u>31</u>	<u>4.2</u>

¹ Hospital Prisional S. João de Deus; ² Estabelecimento Prisional de Caxias; ³ Estabelecimento Prisional de Tires; ⁴ Hospital Miguel Bombarda.

Table 2 – Forensic and clinical data of the FPSUs.

Table 2 (n=143)	Forensic and clinical	
	n	%
Judicial status		
Prisoners	77	53.8
Convicted	37	25.9
On Remand	29	20.3
NGRI*, security measure		
Actual offence		
Offences against persons	85	59.4
Offences against property	32	22.4
Other	26	18.2
Prior judicial history		
No convictions	71	49.7
Suspended sentence	18	12.6
Sentenced to prison	50	35.0
Security measure	3	2.1
Unknown	1	0.7
Number of prior convictions		
One	8	5.6
2	48	33.6
to 5	15	10.5
Referral reasons for prisoners** (n=114)		
Psychopathology	87	76.3
Danger to self	47	41.2
Danger	26	22.8
Danger	18	15.8
Danger	17	14.9
MINI diagnostic, current (n=114)		
Major depression	64	56.1
Major depression with melancholic features	23	20.2
Dysthymia	9	7.8
Suicide risk	50	43.9
Mania, Hypomania	11	9.6
Panic disorder	10	8.8
Agoraphobia	4	3.5
Social phobia	2	1.8
Obsessive-compulsive disorder	5	4.4
Posttraumatic stress disorder	23	20.2
Alcohol dependence/abuse	10	8.8
Non-alcohol substance dependence/abuse	54	47.4
Psychotic disorders	16	14.0
Anorexia nervosa	2	1.8
Bulimia nervosa	16	14.0
Generalized anxiety disorder	52	45.6
Antisocial personality disorder, lifetime	49	43.0

¹ Not guilty by reason of insanity. ** One or more referral reasons.

Table 3 – Instruments` total scores rated by FPSUs and staff.

Table 3	Instruments` total		Pair ed_t - test_p	Spearman` s rho
	mean ± s.d.			
CANFOR¹ (n=143)				
Total needs rated by FPSUs	7.8 ± 3.05			0
Total needs rated by staff	6.1 ± 2.90		<0.00	.122
Total met needs rated by	2.5 ± 1.85			=
Total met needs rated by	2.5 ± 2.08		0.926	0.030
Total unmet needs rated by	5.2 ± 2.65			0
Total unmet needs rated by	3.6 ± 2.03		<0.00	.185
GAF² (n=143)				
	46.8 ± 20.07			
BPRS³ (n=114)				
	38.1 ± 6.85			

¹ – score range 0-25. ² – score range 1-100 (better). ³ – score range 24- 168 (worst).

Table 4 – Inter-rater and Test-retest reliability data.

Table 4	Interrater		Test-retest	
	reliability n=96		reliability n=99	
	No need, met need, unmet need scores		No need, met need, unmet need scores	
CANFOR domains (n = 99)	% agreement	Ka ppa weighted coefficient	% agreement	Ka ppa weighted coefficient
<u>Accommodation</u>	<u>100</u>	<u>1.000</u>	<u>100</u>	<u>*</u>
<u>Food</u>	<u>75.00</u>	<u>0.600</u>	<u>75.00</u>	<u>na</u>
<u>Living environment</u>	<u>98.67</u>	<u>0.917</u>	<u>86.44</u>	<u>0.276</u>
<u>Self-care</u>	<u>98.67</u>	<u>0.941</u>	<u>88.14</u>	<u>0.477</u>
<u>Daytime activities</u>	<u>81.33</u>	<u>0.807</u>	<u>55.93</u>	<u>0.408</u>
<u>Physical health</u>	<u>90.67</u>	<u>0.873</u>	<u>77.97</u>	<u>0.661</u>
<u>Psychotic symptoms</u>	<u>90.14</u>	<u>0.875</u>	<u>71.43</u>	<u>0.556</u>
<u>Information</u>	<u>97.33</u>	<u>0.974</u>	<u>59.32</u>	<u>0.369</u>
<u>Psychological distress</u>	<u>90.67</u>	<u>0.896</u>	<u>55.93</u>	<u>0.491</u>
<u>Safety to self</u>	<u>93.24</u>	<u>0.929</u>	<u>72.88</u>	<u>0.589</u>
<u>Safety to others</u>	<u>98.61</u>	<u>0.969</u>	<u>86.21</u>	<u>0.374</u>
<u>Alcohol</u>	<u>98.44</u>	<u>0.796</u>	<u>100</u>	<u>*</u>
<u>Drugs</u>	<u>97.14</u>	<u>0.954</u>	<u>92.59</u>	<u>0.721</u>
<u>Company</u>	<u>90.54</u>	<u>0.864</u>	<u>58.62</u>	<u>0.336</u>
<u>Intimate relationships</u>	<u>93.33</u>	<u>0.845</u>	<u>72.88</u>	<u>0.225</u>
<u>Sexual expression</u>	<u>97.26</u>	<u>0.940</u>	<u>80.70</u>	<u>0.608</u>
<u>Child care</u>	<u>90.91</u>	<u>0.862</u>	<u>56.00</u>	<u>0.231</u>
<u>Basic education</u>	<u>96.00</u>	<u>0.911</u>	<u>84.75</u>	<u>0.669</u>
<u>Telephone</u>	<u>95.95</u>	<u>0.919</u>	<u>79.31</u>	<u>0.289</u>
<u>Transport</u>	<u>94.44</u>	<u>0.842</u>	<u>100</u>	<u>*</u>
<u>Money</u>	<u>95.65</u>	<u>0.863</u>	<u>87.04</u>	<u>0.465</u>
<u>Benefits</u>	<u>95.77</u>	<u>0.952</u>	<u>83.33</u>	<u>0.746</u>
<u>Treatment</u>	<u>98.63</u>	<u>0.977</u>	<u>77.19</u>	<u>0.496</u>
<u>Sexual offences</u>	<u>80.00</u>	<u>0.583</u>	<u>33.33</u>	<u>0.182</u>
<u>Arson</u>	<u>100</u>	<u>1.000</u>	<u>33.33</u>	<u>0.182</u>
<u>Kappa weighted coefficient</u>		<u>0.884</u>		<u>0.445</u>

* Kappa coefficient not calculated because the values of the variable are constant. na – Non applicable due to empty cells in the crosstable.

Table 5 – Correlations between CANFOR summary scores and GAF and BPRS

Table 5	<u>rating</u>	<u>rating</u>	<u>rating</u>	<u>rating</u>
	<u>vs GAF</u>	<u>vs GAF</u>	<u>vs</u>	<u>vs</u>
<u>CANFOR summary scores</u>	<u>Spearman's rho</u> <u>(p value)</u>		<u>Spearman's rho</u> <u>(p value)</u>	
<u>Met needs</u>	<u>0</u> <u>.009</u>	<u>=</u> <u>0.283</u>	<u>=</u> <u>0.033</u>	<u>0</u> <u>.030</u>
<u>Unmet needs</u>	<u>=</u> <u>0.385</u>	<u>=</u> <u>0.323</u>	<u>0</u> <u>.280</u>	<u>0</u> <u>.232</u>
<u>Total needs</u>	<u>=</u> <u>0.334</u>	<u>=</u> <u>0.415</u>	<u>0</u> <u>.261</u>	<u>0</u> <u>.181</u>
<u>Informal help given</u>	<u>=</u> <u>0.177</u>	<u>=</u> <u>0.266</u>	<u>0</u> <u>.109</u>	<u>0</u> <u>.009</u>
<u>Formal help given</u>	<u>=</u> <u>0.169</u>	<u>=</u> <u>0.394</u>	<u>0</u> <u>.078</u>	<u>0</u> <u>.204</u>
<u>Formal help needed</u>	<u>=</u> <u>0.333</u>	<u>=</u> <u>0.417</u>	<u>0</u> <u>.169</u>	<u>0</u> <u>.200</u>
<u>Satisfaction</u>	<u>=</u> <u>0.026</u>		<u>0</u> <u>.058</u>	

ns- Not statistically significant (p>0.05).

Table 6 – Significant associations between CANFOR domains` unmet needs, rated by FPSUs, and BPRS scales

Table 6 ANFOR Domains ^a	User's ratings (n) 0= other score	BPRS Scales (range: 1-7)	Median (Mean) ^b	Whitney U	Mann- test
1. Accommodation	0 (110)	Motor hyperactivity	1.00		0.001
	1 (4)		2.00		
2. Food	0 (112)	Excitement	1.00		0.001
	1 (2)		4.50		
	0 (112)		1.00		
5. Daytime activities	1 (2)	Motor hyperactivity	1.00		<0.001
	0 (57)		3.50		
	1 (57)		1.00 (1.25)		
6. Physical health	1 (57)	Hallucinations	1.00 (1.93)		<0.001
	0 (57)		1.00 (1.12)		
	1 (57)		1.00 (1.79)		
	0 (92)		1.00		
7. Psychotic symptoms	1 (22)	Somatic concern	3.00		<0.001
	0 (101)		1.00		
	1 (13)		3.00		
8. Information about condition and treatment	0 (101)	Hallucinations	1.00		<0.001
	1 (13)		3.00		
	0 (101)	Unusual thought content	1.00		<0.001
	1 (13)		3.00		
	0 (101)	Bizarre behaviour	1.00 (1.18)		0.001
	1 (13)		1.00 (2.00)		
	0 (101)	Uncooperativeness	1.00 (1.01)		<0.001
	1 (13)		1.00 (1.23)		
	0 (101)	Distractibility	1.00 (1.01)		0.002
	1 (13)		1.00 (1.23)		
9. Psychological distress	0 (63)	Hallucinations	1.00 (1.32)		<0.001
	1 (51)		1.00 (1.93)		
	0 (63)	Unusual thought content	1.00 (1.14)		<0.001
	1 (51)		1.00 (1.84)		
10. Safety to self	0 (42)	Anxiety	3.00 (2.60)		<0.001
	1 (72)		3.00 (3.35)		
	0 (42)	Depression	2.00		<0.001
	1 (72)		4.00		
	0 (42)		1.00		
11. Safety to others	1 (72)	Suicidality	2.00		<0.001
	0 (70)		3.00		
	1 (44)		4.00		
12. Drugs	0 (70)	Depression	1.00		0.007
	1 (44)		4.00		
	0 (70)	Suicidality	1.00		<0.001
	1 (44)		4.00		
	0 (99)		1.00		
13. Company	1 (15)	Hostility	4.00		<0.001
	0 (99)		4.00		
	1 (15)	Tension	1.00		<0.001
	0 (99)		3.00		
14. Intimate relationships	1 (15)	Suicidality	1.00		0.004
	0 (88)		3.50		
	1 (26)		2.00		
	0 (88)		2.00		
	1 (26)		3.00		
15. Sexual expression	0 (66)	Somatic concern	1.00		0.005
	1 (48)		2.00		
	0 (66)	Motor retardation	1.00 (1.11)		0.001
	1 (48)		1.00 (1.42)		
	0 (66)		1.00 (1.48)		
16. Telephone	1 (48)	Excitement	1.00 (1.10)		0.003
	0 (69)		2.00		
	1 (45)		3.00		
	0 (39)		2.00		
17. Social benefits	1 (75)	Guilt	3.00		0.007
	0 (39)		3.00		
	1 (75)	Hostility	1.00		0.009
	0 (39)		1.00		
	1 (75)		2.00		
18. Basic education	0 (39)	Suspiciousness	2.00 (1.77)		0.009
	1 (75)		2.00 (2.31)		
	0 (103)		1.00 (1.00)		
19. Money	1 (11)	Disorientation	1.00 (1.09)		0.002
	0 (31)		1.00 (1.00)		
20. Transport	1 (83)	Motor retardation	1.00 (1.33)		0.002
	0 (105)		1.00 (1.14)		
	1 (9)		1.00 (2.33)		
21. Treatment	0 (105)	Grandiosity	1.00 (1.22)		<0.001
	1 (9)		1.00 (1.22)		
	0 (110)		1.00 (1.89)		
22. Arson	0 (110)	Bizarre behaviour	1.00		0.009
	1 (4)		1.00		
	0 (110)		2.00		
	1 (4)		1.00		
23. Sexual expression	0 (110)	Excitement	1.00		0.010
	1 (4)		2.00		
24. Sexual expression	0 (110)	Motor hyperactivity	1.00		0.001
	1 (4)		1.50		

^a Unmet needs scores in 3.Looking after the living environment, 4.Self-care, 12.Alcohol, 14. Company, 17.Child Care, 18.Basic education, 20.Transport, 21.Money and 24.Sexual

Offences

domains without high significant associations with BPRS scales (<0.01). ^b Calculation of the mean whenever median is the same in (0) and (1) scores.

Table 7 – Significant associations between CANFOR domains` unmet needs, rated by staff, and BPRS scales

Table 7 ANFOR Domains*	Staff's ratings 0= other	BPRS Scales (range: 1-7)	Median (Mean) ^a	Mann- Whitney U test p value	
1. Accommodation	0 (112)	Elated mood	1.00	0.006	
	1 (2)		3.50		
6. Physical health	0 (104)	Somatic concern	1.00	0.009	
	1 (10)		3.00		
7. Psychotic symptoms	0 (109)	Hallucinations	1.00	<0.001	
	1 (5)		3.00		
	0 (109)	Unusual thought content	1.00	<0.001	
	1 (5)		3.00		
	0 (109)	Bizarre behaviour	1.00 (1.18)	<0.001	
	1 (5)		1.00 (2.00)		
	0 (109)	Blunted affect	1.00 (1.07)	<0.001	
	1 (5)		1.00 (1.31)		
	0 (109)	Emotional withdrawal	1.00 (1.08)	0.004	
	1 (5)		1.00 (1.15)		
	0 (109)	Uncooperativeness	1.00 (1.01)	<0.001	
	1 (5)		1.00 (1.23)		
8. Information about condition and treatment	0 (106)	Hallucinations	1.00 (1.32)	<0.001	
	1 (8)		1.00 (1.92)		
	0 (106)	Unusual thought content	1.00 (1.14)	<0.001	
	1 (8)		1.00 (1.84)		
	0 (106)	Bizarre behaviour	1.00 (1.11)	<0.001	
	1 (8)		1.00 (1.47)		
	0 (106)	Blunted affect	1.00 (1.08)	0.001	
	1 (8)		1.00 (1.12)		
	0 (106)	Uncooperativeness	1.00 (1.03)	0.001	
	1 (8)		1.00 (1.04)		
	9. Psychological distress	0 (59)	Depression	2.00	0.002
		1 (55)		4.00	
0 (59)		Suicidality	1.00	0.007	
1 (55)			2.00		
10. Safety to self	0 (87)	Depression	3.00	0.003	
	1 (27)		4.00		
	0 (87)	Suicidality	1.00	<0.001	
	1 (27)		4.00		
11. Safety to others	0 (91)	Hostility	1.00	<0.001	
	1 (23)		4.00		
	0 (91)	Tension	1.00	0.001	
	1 (23)		3.00		
	0 (91)	Excitement	1.00 (1.30)	0.007	
	1 (23)		1.00 (1.47)		
13. Drugs	0 (84)	Suicidality	1.00	0.001	
	1 (30)		3.50		
	0 (84)	Guilt	2.00	0.007	
	1 (30)		3.00		
17. Child care	0 (80)	Anxiety	3.00 (3.08)	0.003	
	1 (34)		3.00 (3.05)		
22. Social benefits	0 (106)	Disorientation	1.00 (1.00)	<0.001	
	1 (8)		1.00 (1.01)		

* Unmet needs scores in 3.Looking after the living environment, 4.Self-care, 5.Daytime activities, 12.Alcohol, 14.Companv, 15.Intimate relationships, 16.Sexual expression, 17.Child Care,

18.Basic education, 20.Transport, 21.Money, 22.Treatment, 24.Sexual Offences and 25.Arson domains without high significant associations with BPRS scales (<0.01). Associations between unmet needs scores in 2.Food and 19.Telephone domains and BPRS scales not calculated due to variable constant. ^a Calculation of the mean whenever median is the same in (0) and (1) scores.

^a Unmet needs scores in 3.Looking after the living environment, 4.Self-care, 5.Daytime activities, 12.Alcohol, 14.Company, 15.Intimate relationships, 16.Sexual expression, 17.Child Care,

18.Basic education, 20.Transport, 21.Money, 22.Treatment, 24.Sexual Offences and 25.Arson domains without high significant associations with BPRS scales (<0.01). Associations between unmet needs scores in 2.Food and 19.Telephone domains and BPRS scales not calculated due to variable constant. ^a Calculation

Formatada: Esquerda: 2.29 cm, Direita: 1.73 cm, Superior: 1.38 cm, Inferior: 0.49 cm, Suprimir notas de fim, Largura: 21.02 cm, Altura: 29.7 cm, Distância do cabeçalho a partir do limite do papel: 0 cm, Distância do rodapé a partir do limite do papel: 2.8 cm, Não Cabeçalho diferente na primeira página

Formatada: Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Direita: 0 cm, Espaço Antes: 2.4 pto, Espaçamento entre linhas: simples

Formatada: Normal, Espaço Antes: 2.4 pto, Sem controlo de linhas isoladas, Não ajustar o espaço entre texto asiático e texto em latim, Não ajustar o espaço entre texto asiático e números

ANEXOS

Formatada: Normal, Espaço Antes: 2.4 pto, Sem controlo de linhas isoladas, Não ajustar o espaço entre texto asiático e texto em latim, Não ajustar o espaço entre texto asiático e números

Índice de Anexos

ANEXO 1 – OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS	3
ANEXO 2 – INSTRUMENTOS	7
ANEXO 3 – TABELAS DE RESULTADOS	49
ANEXO 4 – ACEITAÇÃO DO ARTIGO	157

Anexo 1 – Operacionalização das Variáveis

Operacionalização das Variáveis

Dimensão	Variáveis	Definição / Categorias
Sociodemográfica	Género	0-Género feminino 1-Género masculino
	Idade	Número de anos completos à data de inclusão no estudo
	Estado civil	1- Solteiro(a). 2- Casado(a)/União de facto. 3- Separado(a)/Divorciado(a). 4- Viúvo(a).
	Nacionalidade	1- Portuguesa. 2- País Lusófono. 3- País da Comunidade Europeia. 4- Outro país.
	Nível de Escolaridade	1 – Escolaridade inferior ao 1º Ciclo do Ensino Básico. 2 – Aproveitamento no 1º Ciclo do Ensino Básico. 3 – Aproveitamento no 2º Ciclo. 4 – Aproveitamento no 3º Ciclo. 5 – Aproveitamento no Ensino Secundário. 6 – Conclusão de Licenciatura.
	Escolaridade Obrigatória	Com ou sem aproveitamento no 3º Ciclo do Ensino Básico (9º ano de escolaridade).
	Agregado Familiar	1- Vive sozinho(a). 2- Vive com cônjuge/companheiro(a). 3- Vive com progenitor(s). 4- Vive com outras pessoas.
	Cuidador informal	Considera-se cuidador informal o indivíduo, familiar ou não, que tenha prestado cuidados básicos (alimentação, higiene pessoal / habitação, medicação, etc.), no mínimo uma vez por semana, no último mês antes da detenção/entrevista. 1- Ausente. 2- Cônjuge/companheiro(a). 3-Progenitor. 4- Outra pessoa.
	Alojamento	Propriedade ou titular do arrendamento no último mês antes da detenção/entrevista. 1- Próprio. 2- Familiar/Amigo. 3- A cargo da Segurança Social ou outra entidade. 4- Sem abrigo. 5- Pensão ou estabelecimento similar
	Situação laboral	1-Desempregado. 2- Emprego a tempo parcial (<20 horas semanais). 3- Emprego a tempo inteiro (>=20 horas). 4- Reformado. Situação inactiva= 1+4 Situação Activa= 2+3
	Fontes de Rendimento	1- Trabalho, rendimentos de património. 2 – Familiares. 3 - Segurança Social, outro apoio social. 4 - Outra fonte (mendicidade, meio ilícito)
	Região da Residência Habitual	1-Região Norte. 2- Região Centro. 3- Região Sul. 4- Regiões Autónomas. 5- Outra (fora do país)
	Distância à Residência Habitual	Inferior ou superior a 150Km
	Distância aos Familiares/Amigos	Inferior ou superior a 150Km
Clínica	Local de Assistência	1 - Clínica Psiquiátrica HPSJD. 2 - E.Prisional. 3 - Hospital público. 4 – Equipa Comunitária.
	Motivo de Referência Actual para Psiquiatria	Motivo registado no processo clínico e agregado nas seguintes categorias: 1- Psicopatologia. 2- Risco para o Próprio. 3- Risco para os Outros. 4- Desabilitação de Droga. 5- Outros
	Diagnóstico Clínico	Diagnóstico registado no processo clínico: 1- Esquizofrenia. 2- Perturbação Bipolar – Episódio de Mania. 3- Perturbação Bipolar – Episódio de Depressão. 4- Depressão Unipolar. 5- Outras psicoses. 6- Perturbação da Ansiedade/Neurose. 6- Perturbação da Personalidade. 7- Dependência Química.
	Idade no Primeiro Contacto com Psiquiatria	Idade no primeiro contacto psiquiátrico (consulta, urgência, internamento).
	Anos Decorridos desde o Primeiro Contacto com Psiquiatria	Diferença entre a idade actual e a idade no primeiro contacto com Psiquiatria
	Contacto com Serviços de Psiquiatria ao Longo da Vida	0- Ausente. 1– Presente.
	Contacto com Serviços de Psiquiatria no Ano Prévio à Detenção/Entrevista*	0- Ausente. 1– Presente.
	Contacto com Serviços de Psiquiatria no Mês Prévio à Detenção/Entrevista*	0- Ausente. 1– Presente.
	Idade no Início de Tratamento	Idade no início do primeiro tratamento prescrito por psiquiatra.
	Número de Internamentos Psiquiátricos na Prisão	Numeral ordinal

Operacionalização das Variáveis

Dimensão	Variáveis	Definição / Categorias
	Número de Internamentos Psiquiátricos Cíveis	Numeral ordinal
	Tipo de Serviços Psiquiátricos Utilizados ao Longo da Vida	1 – Nenhum. 2 – Consultas. 3 – Internamento. 4 - Hospital de dia. 5 - Fórum sócio-ocupacional/unidade de dia. 6 - Comunidade terapêutica. 7 - Formação profissional protegida. 8 - Visitas domiciliárias. 9 – Outro.
	Tipo de Tratamentos Psiquiátricos Efectuados ao Longo da Vida	1-Nenhum. 2 – Comprimidos. 3 - Injecção periódica. 4 – Electrochoques. 5 - Psicoterapia individual. 6 - Psicoterapia de grupo. 7 – Psicoeducação. 8 - Intervenção familiar. 9 – Internamento. 10 – Consultas. 11 – Outro.
	Medicação Actual	1 – Nenhuma. 2 – Antipsicótico. 3 – Antidepressivo. 4 - Estabilizador do humor. 5 – Ansiolíticos. 6 – Hipnóticos. 9 – Desconhecido.
	Tipo de Antipsicóticos	1- Oraís primeira geração. 2- Oraís segunda geração. 3- Depot primeira geração. 4- Depot segunda geração
	Consumo(s) de Substâncias no Mês Prévio à Detenção/Entrevista	0- Ausente. 1– Presente.
	Tipo de Substância(s)	1 - Bebidas alcoólicas. 3 – Cannabis. 4 – Heroína. 5 – Cocaína. 6 – Ecstasy /Metanfetaminas. 7 – LSD. 8 – Fármacos sem prescrição. 9 – Outros.
	Tratamento(s) Prévios Dirigidos aos Consumos de Substâncias	1 – Nunca. 2 - Na prisão. 2 – Informal. 3 – Internamento hospitalar. 4 – Comunidade terapêutica. 5 – Consulta de psiquiatria. 6 – Consulta de psicologia. 7 – Outro.
	Consequência(s) do(s) Consumo(s) de Substâncias	1 – Nenhuma. 2 – Detenção. 3 – Pena de Prisão. 4 – Pessoal. 5 – Familiar. 6 – Outro
	Antecedentes de Auto-agressão	Autoagressão: um acto intencional para provocar dano a si próprio. Incluídos actos suicidas e parasuicidas. 0- Ausente. 1– Presente.
	Meio de Auto-agressão Utilizado	2 - Ingestão de medicamentos / tóxicos. 3 – Enforcamento. 4 – Ferimentos em áreas vitais. 5 – Ferimentos em áreas não vitais (m. superiores, m. inferiores). 6 – Salto. 7 – Atropelamento. 8 – Outro.
	Letalidade do Meio de Auto-agressão	0- Reduzida (Meio de Auto-agressão: 2,5). 1- Elevada (Meio de Auto-agressão: 3,4,6,7).
	Número de Auto-agressões na Vida Civil	Numeral ordinal
	Número de Auto-agressões na Prisão	Numeral ordinal
	Total de Auto-agressões	Número de Auto-agressões na Vida Civil + Número de Auto-agressões na Prisão
	Sequela Mais Grave da Auto-agressão	1 – Nenhuma. 2 – Cicatriz(es). 3 - Problemas de estômago. 4 – Problemas neurológicos. 4 – Dores. 5 – Outro.
	Antecedentes Familiares Psiquiátricos	1 – Nenhum familiar. 2 – 1º Grau. 3 - Outro Grau.
Forense	Tipo de Detenção	1 – Condenação com Pena de Prisão. 2 – Prisão Preventiva
	Condenação Anterior	0- Ausente. 1– Presente (não incluir condenação actual, se for o caso)
	Antecedentes de Condenações	1 – Nunca. 2 - Condenado com pena suspensa. 3 - Condenado com prisão. 4 - Medida de segurança.
	Número Total de Condenações	Numeral ordinal (Inclui-se a condenação actual, se for o caso)
	Condenações Múltiplas	0- Ausente. 1– Presente (Duas ou mais condenações anteriores)
	Tipo de Crime Actual	1 – Crime contra pessoas (incluir os delitos com violência sobre pessoas, p.ex. roubo). 2 – Crime contra o património (delitos sem violência, p.ex. furto). 3 – Outros.
	Tipo de Crime Anterior	1 – Crime contra pessoas (incluir os delitos com violência sobre pessoas, p.ex. roubo). 2 – Crime contra o património (delitos sem violência, p.ex. furto). 3 – Outros.
	Antecedentes Familiares Penais	1 – Nenhum familiar. 2 – Primeiro Grau. 3 - Outro Grau.

* Entrevista no caso dos Participantes Cíveis.

Nos casos de categorias indeterminadas/desconhecidas foi atribuído o valor (9).

Anexo 2 – Instrumentos

**“NECESSIDADES DE CUIDADOS DE SAÚDE MENTAL EM MEIO PRISIONAL”
QUESTIONÁRIO DE DADOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS**

CASO (PRISÃO)		CONTROLO (HOSPITAL CIVIL)	
Nº		Nº	
E.P DE ORIGEM (para CASOS)	SERVIÇO / EQUIPA	TÉCNICO(A) DE REFERÊNCIA	
Código:	Código:	Código:	
DATA DE HOSPITALIZAÇÃO	DATA 1ª CONSULTA PSQUIÁTRICA	DATA ENTREVISTA	

VARIÁVEL	QUESTÃO / PROCESSO	CODIFICAÇÃO
LOCAL DE DETENÇÃO / LOCAL DE INTERNAMENTO / LOCAL DE CONSULTA	----- (registar ou sublinhar o que interessa)	1 - Clínica Psiquiátrica HPSJD 2 - E.Prisonal 3 - Hospital público 4 - Equipa Comunitária
IDADE	Quantos anos tem? Qual é a sua data de nascimento?	Nº de anos: _____
SEXO	(sublinhe o que interessa)	1 - Masculino 2 - Feminino
ESTADO CIVIL	Qual é o seu estado civil ?	1 - Solteiro(a) 2 - Casado(a)/União de facto 3 - Divorciado(a) 4 - Viúvo(a) 9 - Não sabe /desconhecido
NACIONALIDADE	Em que país nasceu ?	1 - Portuguesa 2 - País lusófono 3 - País CE 3 - Outra. Qual? _____
NÍVEL DE ESCOLARIDADE	Que estudos tem? Que ano de escolaridade tem completo?	1-< 1º Ciclo 2-1º Ciclo 3-2º Ciclo 4-3º Ciclo 5-Secundário 6-Superior
PRINCIPAL MOTIVO DE HOSPITALIZAÇÃO OU DE REFERÊNCIA À CONSULTA	(ver processo e sublinhe o que interessa)	1 - Psicopatologia 2 - RISCO para o próprio 3 - RISCO para outros 4 - Desabitação droga 5 - Outro: _____ 9 - Desconhecido
MOTIVO DE DETENÇÃO (para CASOS)	Encontra-se a cumprir uma pena ou está detido preventivamente?	1 - PENA 2 - PREVENTIVO 9 - Desconhecido

INSTRUMENTOS

ANTECEDENTES CRIMINAIS (para CASOS E CONTROLOS)	Anteriormente já foi condenado em Tribunal? Se sim, cumpriu pena de prisão, teve pena suspensa ou ficou internado em hospital?	1 - Nunca 2 - Condenado com pena suspensa 3 - Condenado com prisão 4 - Medida de segurança 9 - Desconhecido
NUMERO TOTAL DE CONDENAÇÕES	----- (adicionar a condenação actual e as anteriores)	Nº -----
TIPO DE CRIME ACTUAL (cotar o mais grave, para CASOS)	(extenso)	1 - Crime contra pessoas 2 - Crime c/ património 3 - Outros
TIPO DE CRIME(S) ANTERIOR(ES) (cotar o mais grave, para CASOS)	(extenso)	1 - Crime contra pessoas 2 - Crime c/ património 3 - Outros
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	(sublinhe o que interessa)	1 - Esquizofrenia 2 - Pert. Bipolar - Mania 3 - Pert. Bipolar-Depressão 4 - Depressão unipolar 5 - Outras psicoses 6 - Pert. Ansiedade/Neur. 7 - Pert. de personalidade 8 - Dependência química Qual: 9- Outro dx:
LOCAL DA RESIDÊNCIA HABITUAL (ANTES DA DETENÇÃO/INTERNAMENTO)	Qual o DISTRITO OU CONCELHO onde reside /residia HABITUALMENTE? ----- (ver tabela)	1 - REGIAO NORTE 2 - REGIÃO CENTRO 3 - REGIÃO SUL 4 - REG AUTÓNOMAS
PROPRIEDADE DO ALOJAMENTO (ANTES DA DETENÇÃO/INTERNAMENTO)	A quem pertence(ia) ou quem paga(va) o alojamento onde reside(ia) habitualmente?	1 - Próprio(a) 2 - Família / amigos 3 - Alojamento a cargo da SS ou outra entidade 4 - Sem abrigo
DISTÂNCIA À RESIDÊNCIA HABITUAL (DURANTE A PENA/INTERNAMENTO)	A quantos quilómetros se encontra da sua residência habitual?	1 - <50 2 - > 50 < 150 km 3 - > 150 km
DISTÂNCIA AOS SEUS FAMILIARES/AMIGOS (DURANTE A PENA/INTERNAMENTO)	A quantos quilómetros se encontram os familiares / amigos mais próximos ?	1 - <50 2 - > 50 < 150 km 3 - > 150 km
AGREGADO FAMILIAR (ANTES DA DETENÇÃO/INTERNAMENTO)	Com quem vive / vivia?	1 -Sozinho(a) 2 - Com cônjuge/ companheiro(a) 3 -Com progenitor(es) 4 - Com outras pessoas

ANTECEDENTES FAMILIARES PENAIS	Neste momento sabe se tem ou se já teve algum familiar a cumprir pena? Qual o grau de parentesco?	1 - Nenhum familiar 2 - 1º Grau 3 - Outro Grau 9 - Desconhecido
ANTECEDENTES FAMILIARES PSIQUIÁTRICOS	Neste momento sabe se tem ou se já teve algum familiar internado em psiquiatria? Qual o grau de parentesco?	1 - Nenhum familiar 2 - 1º Grau 3 - Outro Grau 9 - Desconhecido
CUIDADOR INFORMAL (ANTES DA DETENÇÃO/INTERNAMENTO)	Tem ou tinha alguém que o(a) ajudava em casa, na alimentação, na roupa, na higiene, nas compras ou na medicação, pelo menos uma vez por semana? Quem é/era?	1 - Ninguém 2 - Cônjuge/ companheiro(a) 3 - Progenitor(a) 4 - Outra pessoa
EMPREGO (ANTES DA DETENÇÃO/INTERNAMENTO)	Tinha ou tem emprego? Qual é/era o seu horário de trabalho?	1 - Sem emprego 2 - Emprego a tempo parcial <20h semanais 3 - Emprego a tempo inteiro >=20h semanais
EMPREGO PROTEGIDO	É um emprego protegido?	1 - SIM 2 - NÃO
PRINCIPAL FONTE DE RENDIMENTO	Donde provém o seu rendimento principal OU o seu principal meio de subsistência?	1 - Trabalho, rendimentos de património 2 - Familiares 3 - Segurança Social, outro apoio social 4 - Outra fonte (mendicidade, meio ilícito)
IDADE DO PRIMEIRO CONTACTO COM SERVIÇOS DE PSIQUIATRIA	Que idade tinha quando teve a primeira consulta, urgência ou internamento de psiquiatria? -----	1. Antes dos 18 anos 2. 18 - 24 anos 3. 25 - 29 4. 30 - 34 5. 35 - 39 6. 40 - 44 7. 45 - 49 8. 50 - 54 9. 55 - 59 10. 60 - 64 11. > 65
ANOS DECORRIDOS DESDE O PRIMEIRO CONTACTO COM SERVIÇOS DE PSIQUIATRIA		Anos decorridos: -----
IDADE DO INÍCIO DO TRATAMENTO	Que idade tinha quando começou a fazer um tratamento / medicação de psiquiatria?	1. Antes dos 18 anos 2. 18 - 24 anos 3. 25 - 29 4. 30 - 34 5. 35 - 39 6. 40 - 44 7. 45 - 49 8. 50 - 54 9. 55 - 59 10. 60 - 64 11. > 65

INSTRUMENTOS

ANOS DECORRIDOS DESDE O INÍCIO DO TRATAMENTO		Anos decorridos: -----
CONTACTO COM SERVIÇOS DE PSIQUIATRIA NO ÚLTIMO ANO	No ano anterior (à detenção /internamento/consulta) era acompanhado em consulta de psiquiatria ou teve algum internamento?	1 - SIM, consulta ou internamento 2 - NÃO
CONTACTO COM SERVIÇOS DE PSIQUIATRIA NO ÚLTIMO MÊS	No último mês, teve algum contacto com serviços de psiquiatria? Consulta de urgência, consulta marcada ou internamento?	1 - SIM 2 - NÃO
TIPOS DE TRATAMENTOS PSIQUIÁTRICOS EFECTUADOS DURANTE A VIDA	Que tipos de tratamentos já efectuou ao longo da sua vida (sublinhe o que interessa)	1 - Nenhum 2 - Comprimidos 3 - Injecção periódica 4 - Electrochoques 5 - Psicoterapia individual 6 - Psicoterapia de grupo 7 - Psicoeducação 8 - Intervenção familiar 9 - Internamento 10 - Consultas 11 - Outro. Qual?
TIPOS DE SERVIÇOS DE PSIQUIATRIA UTILIZADOS DURANTE A VIDA	Que tipos de serviços de psiquiatria já frequentou ao longo da sua vida? (sublinhe o que interessa)	1 - Nenhum 2 - Consultas 3 - Internamento 4 - Hospital de dia 5 - Fórum sócio-ocupacional/unidade de dia 6 - Comunidade terapêutica 7 - Formação profissional protegida 8 - Visitas domiciliárias 9 - Outro. Qual?
INTERNAMENTOS PSIQUIÁTRICOS CIVIS ANTERIORES	Quantos internamentos civis de psiquiatria já teve antes do actual?	Nº : -----
INTERNAMENTO COMPULSIVO (para CONTROLOS)	Este internamento é compulsivo? (ver processo)	1 - SIM 2 - NÃO
INTERNAMENTOS PSIQUIÁTRICOS PRISIONAIS ANTERIORES	Quantos internamentos de psiquiatria, na prisão, já teve antes desta/e detenção/internamento? (perguntar só se a pessoa já tiver sido detida)	Nº : -----
TOTAL DE INTERNAMENTOS PSIQUIÁTRICOS	(adicionar o internamento actual e os anteriores)	Nº TOTAL: -----

ANTECEDENTES DE AUTO-AGRESSÃO	<p>Alguma vez fez uma auto-agressão/tentativa de suicídio?</p> <p>Como foram as suas auto-agressões/tentativas de suicídio?</p> <p>(perguntar só se a pessoa já tenha feito auto-agressão)</p>	<p>1 – Nenhuma</p> <p>2 - Ingestão de medicamentos / tóxicos</p> <p>3 – Enforcamento</p> <p>4 – Ferimentos em áreas vitais</p> <p>5 – Ferimentos em áreas não vitais (m. superiores, m. inferiores)</p> <p>6 – Salto</p> <p>7 - Atropelamento</p> <p>8 – Outro. Qual?</p> <hr/> <p>9 - Desconhecido</p>
NÚMERO DE AUTO-AGRESSÕES NA VIDA CIVIL	<p>Quantas vezes na vida civil?</p> <p>(perguntar só se a pessoa já tenha feito auto-agressão)</p>	Nº : _____
NÚMERO DE AUTO-AGRESSÕES NA PRISÃO	<p>Quantas vezes na prisão?</p> <p>(perguntar só se a pessoa já tenha feito auto-agressão e tenha sido detida)</p>	Nº : _____
TOTAL DE AUTO-AGRESSÕES	(adicionar valores da vida civil e prisional)	N.º TOTAL: _____
ANOS DECORRIDOS DESDE A ÚLTIMA AUTO-AGRESSÃO	Em que ano ocorreu a última auto-agressão/tentativa de suicídio?	Anos decorridos: _____
SEQUELA MAIS GRAVE DAS AUTO-AGRESSÕES	<p>Actualmente tem alguma marca ou consequência desse(s) episódio(s)?</p> <p>Se sim, de que tipo?</p> <p>(perguntar só se a pessoa já tenha feito auto-agressão)</p>	<p>1 – Nenhuma</p> <p>2 – Cicatriz(es)</p> <p>3 - Problemas de estômago</p> <p>4 – Prob. neurológicos</p> <p>4 – Dores</p> <p>5 - Outro. Qual?</p>
CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS NO ÚLTIMO MÊS	<p>No mês anterior à sua detenção/internamento/consulta consumia algum tipo de droga/ álcool ou medicamentos sem prescrição?</p> <p>Se sim, qual?</p>	<p>1 – Nenhuma</p> <p>2 - Bebidas alcoólicas</p> <p>3 – Cannabis</p> <p>4 – Heroína</p> <p>5 – Cocaína</p> <p>6 – Ecstasy /Metanfetaminas</p> <p>7 - LSD</p> <p>8 – Fármacos s/ prescrição</p> <p>9 – Outros (especificar)</p> <hr/>
TRATAMENTO ANTERIOR PARA O CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS	<p>Alguma vez recebeu tratamento ou procurou ajuda por causa desses consumos?</p> <p>Se sim, que tipo de tratamento?</p>	<p>1 – Nunca</p> <p>2 - Na prisão</p> <p>2 – Informal</p> <p>3 – Internam. hospitalar</p> <p>4 – Comunid. terapêutica</p> <p>5 – Consulta de psiquiatria</p> <p>6 – Consulta de psicologia</p> <p>7 – Outro (especificar)</p> <hr/> <p>9 - Desconhecido</p>

INSTRUMENTOS

<p>CONSEQUÊNCIA(S) DO(S) CONSUMO(S)</p>	<p>Estes consumos originaram algum tipo de problema/consequência na sua vida?</p> <p>Se sim, que tipo de problema/consequência?</p>	<p>1 – Nenhuma 2 - Detenção 3 – Pena de Prisão 4 - Pessoal 5 – Familiar 6 – Outro (especificar)</p> <hr/> <p>9 - Desconhecido</p>
<p>MEDICAÇÃO ACTUAL</p>	<p>Encontra-se a fazer alguma medicação de psiquiatria / prescrita pelo(a) psiquiatra?</p> <p>Que medicamentos está a tomar?</p> <p>(consultar o processo)</p>	<p>1 – Nenhuma 2 - Antipsicótico 3 - Antidepressivo 4 - Estabilizador do humor 5 - Ansiolíticos 6 - Hipnóticos 9 - Desconhecido</p>
<p>ANTIPSICÓTICO(S) ACTUAL(IS)</p>	<p>Que antipsicóticos está a tomar?</p> <p>(consultar o processo)</p>	<p>ORAIS 1 - 1ª geração (ex. Haldol, Largactil, Nozinan, etc.) 2 - 2ª geração (Leponex, Risperdal, Zyprexa, Seroquel, etc.)</p> <p>RETARD 3 – 1ª geração (decanoato Haldol, Anatenzol, etc.) 4 – 2ª geração (Risperdal Consta)</p>
<p>DOSE TOTAL EQUIVALENTE DE CLORPROMAZINA DO(S) ANTIPSICÓTICO(S)</p>	<p>Nome anti-psicótico - Dose/dia</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<p>Equivalentes mg / dia</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <p>TOTAL:</p>



UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA
Faculdade de Ciências Médicas
Departamento de Saúde Mental (Dir. Prof. J. Caldas de Almeida)

Consentimento Informado

Projecto: “Avaliação de Necessidades de Cuidados em Reclusos”

(Financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia; autorizado pela Direcção Geral de Serviços Prisionais)

Equipa de investigação: Miguel Xavier (Investigador Principal), Miguel Talina, Bernardo Correa, José Miguel Caldas de Almeida (Investigadores), Ana Cardoso (Bolsreira de Investigação).

O estudo que está a ser realizado, e para o qual pedimos a sua colaboração, pretende conhecer melhor as suas necessidades e o seu grau de satisfação relativamente à assistência e tratamentos que recebe.

Com base nesta informação, a finalidade do estudo é a de melhorar a assistência aos reclusos.

O estudo é voluntário, anónimo, não sendo necessária a sua identificação pessoal.

Todas as informações que der são absolutamente confidenciais, estão abrangidas pelo segredo profissional, e são garantidas pelas instituições responsáveis.

Se recusar participar, isso não afectará de nenhuma maneira a sua relação com o seu médico ou o seu tratamento.

Concordo em participar no estudo acima referido

Investigador

Data (d/m/a)

Assinatura



UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA
Faculdade de Ciências Médicas
Departamento de Saúde Mental (Dir. Prof. J. Caldas de Almeida)

Consentimento Informado

Projecto: “Avaliação de Necessidades de Cuidados”
(Financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia)

Equipa de investigação: Miguel Xavier (Investigador Principal), Miguel Talina, Bernardo Correa, José Miguel Caldas de Almeida (Investigadores), Ana Cardoso (Bolseira de Investigação).

O estudo que está a ser realizado, e para o qual pedimos a sua colaboração, pretende conhecer melhor as suas necessidades e o seu grau de satisfação relativamente à assistência e tratamentos que recebe.

Com base nesta informação, a finalidade do estudo é a de melhorar a assistência aos pacientes.

O estudo é voluntário, anónimo, não sendo necessária a sua identificação pessoal.

Todas as informações que der são absolutamente confidenciais, estão abrangidas pelo segredo profissional, e são garantidas pelas instituições responsáveis.

Se recusar participar, isso não afectará de nenhuma maneira a sua relação com o seu médico ou o seu tratamento.

Concordo em participar no estudo acima referido

Investigador

Data (d/m/a)

Assinatura

BRIEF PSYCHIATRIC RATING SCALE (BPRS)

VERSÃO AMPLIADA (4.0) PORTUGUESA

1996

Escala, Pontos de Ancoragem e Manual de Administração adaptados de
Joseph Ventura MA, David Lukoff PhD, Keith H Neuchterlein PhD, Robert P Liberman MD,
Michael F Green PhD & Andrew Shanner MD
Clinical Research Center for Schizophrenia and Psychiatric Rehabilitation
UCLA Department of Psychiatry and Biobehavioural Sciences
West Los Angeles VA Medical Center USA

Versão Portuguesa: R. Gusmão, M. Talina,
M. Xavier, J.M. Caldas de Almeida
Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital São Francisco Xavier, Lisboa

ITENS E PONTOS DE ANCORAGEM

CODIFICAR OS ITENS 1-14 TENDO POR BASE O QUE É REFERIDO PELO DOENTE DURANTE A ENTREVISTA. OS ITENS 7, 12 E 13 SÃO TAMBÉM CODIFICADOS TENDO POR BASE O COMPORTAMENTO OBSERVADO. OS ITENS 15-24 SÃO CODIFICADOS TENDO POR BASE O COMPORTAMENTO E A LINGUAGEM OBSERVADOS.

1. PREOCUPAÇÃO SOMÁTICA

Diz respeito ao grau de preocupação pela saúde física no momento presente. Valorizar a intensidade com que a saúde física é percebida como um problema pelo doente. Não incluir uma preocupação somática que seja apropriada em relação à situação. Os delírios hipocondríacos deverão ser cotados como graves (≥ 6) tanto em presença como na ausência de preocupação somática.

Nota: deve-se avaliar o grau da alteração tendo somente por base as preocupações somáticas e não outros sintomas, como por exemplo a depressão. Além disso, se o sujeito é cotado com 6 ou 7 em relação à presença de delírios hipocondríacos, deve-se cotar pelo menos com 4 ou superior no item Conteúdo Insólito do Pensamento.

- Tem-se sentido preocupado em relação à sua saúde física?
 - Teve algumas queixas físicas ou foi ao médico recentemente? (Que tipo de problema encontrou o seu médico? Era grave?)
 - Acha que mudou alguma coisa no seu aspecto físico?
 - Isso interferiu com a sua capacidade de desenvolver as actividades quotidianas e/ou profissionais?
 - Alguma vez achou que partes do seu corpo tinham mudado ou deixado de funcionar?
- Se o paciente refere preocupações somáticas/delírios hipocondríacos, explorar através das seguintes questões:
- No que diz respeito à sua saúde física, sente-se muito preocupado em relação ao que referiu (utilizar a descrição utilizada pelo paciente)?
 - Falou com alguém sobre estas suas preocupações?

2	Muito ligeiro	Apreensão somática ocasional que tende a não ser comunicada.
3	Ligeiro	Apreensão somática ocasional que tende a ser expressa aos outros (por exemplo aos familiares ou ao médico).
4	Moderado	Expressão frequente de apreensão somática ou exagero de uma doença existente OU qualquer preocupação sem compromisso do funcionamento. Não delirante.
5	Moderadamente grave	expressão frequente da apreensão somática ou exagero de doença existente OU qualquer preocupação e compromisso moderado do funcionamento. Não delirante.
6	Grave	Preocupação com queixas somáticas e marcado compromisso do funcionamento OU delírios hipocondríacos que não são agidos nem comunicados aos outros.
7	Muito grave	Preocupação com queixas somáticas e grave compromisso do funcionamento OU delírios hipocondríacos que tendem a ser agidos ou comunicados espontaneamente aos outros.

M.I.N.I.

Mini International Neuropsychiatric Interview

Brazilian version 5.0.0

DSM IV

Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. Lépine
Hôpital de la Salpêtrière – Paris - França

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

Tradução para o português (Brasil) : P. Amorim

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

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

M.I.N.I. 5.0.0 Brazilian version / DSM IV / Current (December, 1999)

NOME DO(A) ENTREVISTADO(A) : _____ **PROTOCOLO NÚMERO:** _____
DATA DE NASCIMENTO : _____ **HORA DO INÍCIO DA ENTREVISTA:** _____
NOME DO(A) ENTREVISTADOR(A): _____ **HORA DO FIM DA ENTREVISTA:** _____
DATA DA ENTREVISTA: _____ **DURAÇÃO TOTAL DA ENTREVISTA:** _____

MINI 5.0.0 / Brazilian Version / DSM-IV / Current

MÓDULOS	PERÍODOS EXPLORADOS	
A. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR (EDM)	Atual (2 últimas semanas) + vida inteira	
A.º EDM com características melancólicas	Atual (2 últimas semanas)	<u>Opcional</u>
B. DISTÍMIA	Atual (2 últimos anos)	
C. RISCO DE SUICÍDIO	Atual (último mês)	
D. EPISÓDIO (HIPO)MANÍACO	Atual + vida inteira	
E. TRANSTORNO DE PÂNICO	Vida inteira + atual (último mês)	
F. AGORAFOBIA	Atual	
G. FOBIA SOCIAL	Atual (último mês)	
H. TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO	Atual (último mês)	
I. TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO	Atual (último mês)	<u>Opcional</u>
J. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE ALCOOL	Atual (12 últimos meses)	
K. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE SUBSTÂNCIA(S) (Não alcoólicas)	Atual (12 últimos meses)	
L. SÍNDROME PSICÓTICA	Vida inteira + atual	
M. ANOREXIA NERVOSA	Atual (3 últimos meses)	
N. BULÍMIA NERVOSA	Atual (3 últimos meses)	
O. TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA	Atual (6 últimos meses)	
P. TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL	Vida inteira	<u>Opcional</u>

CAN R2.0
CAMBERWELL ASSESSMENT OF NEED
RESEARCH VERSION R2.0
Michael Phelan, Graham Dunn, Frank Holloway, Geraldine Strathdee,
Graham Thornicroft and Till Wykes
PRISM - INSTITUTE OF PSYCHIATRY / LONDON, 15-11-93

www.iop.kcl.ac.uk/prism/can/

INQUÉRITO DE AVALIAÇÃO DE
NECESSIDADES DE CAMBERWELL

Adaptação e validação parcial efectuada por Joaquim Gago
(Clínica Universitária de Psiquiatria e Saúde Mental da Faculdade
de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa)

Joaquim Gago, J. Caldas de Almeida e Miguel Xavier
Clínica Universitária de Psiquiatria e Saúde Mental
da Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa
Versão de Dezembro de 1996

Nota: para mais informações contactar a Clínica Universitária
tel.213644651 ou Joaquim Gago (jgago@netcabo.pt)

Número _____ Avaliação _____

Centro _____

Investigador _____ telef. _____

Investigação _____

Data _____

COMO UTILIZAR A VERSÃO PARA INVESTIGAÇÃO DO INQUÉRITO DE AVALIAÇÃO DE NECESSIDADES DE CAMBERWELL (CAN R 2.0) :

A versão para investigação do CAN permite inquirir os utentes e os técnicos e determinar os diferentes pontos de vista de ambos. Antes de utilizar o CAN, leia por favor todo o inquérito, incluindo os exemplos que fornecem úteis indicações para escolher a cotação adequada.

Este inquérito apresenta 22 items e cada item é constituído por quatro partes. As respostas dos utentes e dos técnicos são consideradas separadamente e podem ser diferentes em cada uma das questões.

SECÇÃO 1 Perguntar se tem ocorrido algum problema em cada uma das áreas questionadas (no último mês).

0 – Sem problema

1– Sem problema ou problema parcialmente resolvido, devido a a intervenção contínua.
(por.e.g. necessidade respondida ou parcialmente respondida)

2 = problema grave

9 = desconhecido

Se a pessoa responder 0 ou 9 deve avançar para a página seguinte, caso contrário deverá completar as restantes questões.

Para cada um dos items são sugeridas as questões a efectuar (em itálico).

SECÇÃO 2 Questionar sobre a ajuda /apoio recebido por prestadores de cuidados informais, durante o último mês.
(e.g. amigos, familiares, etc)

SECÇÃO 3 Questionar sobre a ajuda /apoio recebido e necessitado prestado por profissionais , durante o último mês.
(profissionais do SNS, dos Serviços Sociais, das Autarquias, etc)

SECÇÃO 4 Perguntar se os cuidados prestados são adequados e qual o grau de satisfação do utente relativamente aos cuidados que recebe.

O CAN foi elaborado no PRISM por Michael Phelan, Mike Slade, Graham Dunn, Frank Holloway, Geraldine Strathdee, Graham Thornicroft e Till Wykes.

CANFOR-R

I

CANFOR

Camberwell Assessment of Need – Forensic version

Stuart D.M. Thomas, Janet Parrott, Paul McCrone, Mike Slade & Graham Thornicroft

Versão Portuguesa

Miguel Talina, Ana Cardoso, Pedro Aguiar, JM Caldas de Almeida, Miguel Xavier

Departamento de Saúde Mental
Faculdade de Ciências Médicas
Universidade Nova de Lisboa

2011

1 Alojamento

			Avaliações	
			Pontuação Utente	Pontuação Técnicos
<p>A pessoa tem um lugar adequado para morar, agora ou após a sua saída? <i>Tem um lugar para morar quando sair em liberdade ou saída precária? O seu alojamento actual é adequado (se estiver na comunidade)?</i></p>			CAN0101 <input type="checkbox"/>	CAN0102 <input type="checkbox"/>
Pontuação	Significado	Exemplo		
0	Sem problema	Vive autonomamente		
1	Sem/problema moderado devido a ajuda recebida	Tem disponível um alojamento apoiado adequado e apropriado		
2	Problema grave	Sem alojamento apropriado identificado, ou alojamento disponível inapropriado ou demora não razoável na sua disponibilização		
8	Não aplicável (se actualmente não está a ser considerado)			
9	Desconhecido			
<p><i>Se pontuação 0, 8 ou 9 avance para Questão 2</i></p>				

<p>Qual a ajuda que a pessoa pode/poderá receber de companheiros, amigos ou familiares com o alojamento?</p>			CAN0103 <input type="checkbox"/>	CAN0104 <input type="checkbox"/>
Pontuação	Significado	Exemplo		
0	Nenhuma			
1	Pouca ajuda	Conselhos gerais e apoio		
2	Alguma ajuda	Podem dar ajuda com melhoramento do alojamento, (redesignação) ou darem mobília		
3	Grande ajuda	Disponibilizam um lugar para morar se o seu próprio alojamento for insatisfatório		
9	Desconhecido			

<p>Qual a ajuda que a pessoa <i>recebe</i> dos serviços locais (estabelecimento prisional, hospital prisional e IRS) com o alojamento?</p>			CAN0105 <input type="checkbox"/>	CAN0106 <input type="checkbox"/>
<p>Qual a ajuda de que a pessoa <i>necessita</i>, por parte dos serviços locais, com o alojamento?</p>			CAN0107 <input type="checkbox"/>	CAN0108 <input type="checkbox"/>
Pontuação	Significado	Exemplo		
0	Nenhuma			
1	Pouca ajuda	Conselhos gerais e apoio		
2	Alguma ajuda	Referência para entidade que providencia alojamento autónomo (eg. Seg.Social)		
3	Grande ajuda	Disponibilização de alojamento especializado/com pessoal		
9	Desconhecido			

<p>Em termos globais, a pessoa está satisfeita com a ajuda que recebe em relação ao alojamento? (0= Não satisfeita; 1= Satisfeita; 9= Não sabe)</p>			CAN0109 <input type="checkbox"/>	
<p>Na sua avaliação, em que medida contribuíram os problemas nesta área para o actual delito/motivo de referência para o serviço? (0= Nada; 1= Um pouco; 2= Substancialmente; 9= Não sabe)</p>				CAN0110 <input type="checkbox"/>
<p>Se na sua avaliação existe uma demora injustificada no providenciar de um lugar para viver, indique o número de semanas de demora (escreva o motivo de demora: _____)</p>				CAN0111 <input type="checkbox"/>

2 Alimentação

		Avaliações	
		Pontuação Utente	Pontuação Técnicos
<p>A pessoa tem dificuldade em comprar e preparar alimentos? <i>É capaz de comprar os seus alimentos e preparar as suas refeições?</i></p>		CAN0201 <input type="checkbox"/>	CAN0202 <input type="checkbox"/>
Pontuação	Significado	Exemplo	
0	Sem problema	Capaz de comprar e preparar as suas refeições	
1	Sem/problema moderado devido a ajuda recebida	Necessita de ser incentivado, de supervisão ou assistência para comprar ou preparar alimentos, ou recebe as refeições	
2	Problema grave	Incapaz de comprar ou preparar alimentos ou não recebe ajuda suficiente ou apropriada	
9	Desconhecido		
<p><i>Se pontuação 0 ou 9 avance para Questão 3</i></p>			

<p>Qual a ajuda que a pessoa recebe de companheiros, amigos ou familiares para se alimentar suficientemente?</p>		CAN0203 <input type="checkbox"/>	CAN0204 <input type="checkbox"/>
Pontuação	Significado	Exemplo	
0	Nenhuma		
1	Pouca ajuda	Refeições fornecidas uma vez por semana ou com menor frequência	
2	Alguma ajuda	Ajuda semanal nas compras de alimentos ou refeições fornecidas mais de que uma vez por semana, mas não diariamente	
3	Muita ajuda	Refeições fornecidas diariamente (incluindo alimentos culturalmente adequados)	
9	Desconhecido		

<p>Qual a ajuda que a pessoa <i>recebe</i> dos serviços locais para comprar e preparar a sua alimentação?</p>		CAN0205 <input type="checkbox"/>	CAN0206 <input type="checkbox"/>
<p>Qual a ajuda de que a pessoa <i>necessita</i> dos serviços locais para comprar e preparar a sua alimentação?</p>		CAN0207 <input type="checkbox"/>	CAN0208 <input type="checkbox"/>
Pontuação	Significado	Exemplo	
0	Nenhuma		
1	Pouca ajuda	Necessita de incentivo ou assistência ocasional	
2	Alguma ajuda	Necessita de incentivo ou ajuda regulares, mas não diariamente	
3	Muita ajuda	Necessita de refeições fornecidas diariamente (incluindo alimentos culturalmente adequados)	
9	Desconhecido		

<p>Em termos globais, a pessoa está satisfeita com a ajuda que recebe para comprar e preparar a sua alimentação?</p>		CAN0209 <input type="checkbox"/>
<p>(0= Não satisfeita; 1= satisfeita; 9= Não sabe)</p>		

3 Cuidados com o alojamento

Avaliações
Pontuação Utente Pontuação Técnicos

A pessoa tem dificuldade em cuidar do seu alojamento?
*É capaz de cuidar do seu quarto, da sua cela ou do seu espaço?
 Alguém o(a) ajuda?*

CAN0301 CAN0302

Pontuação	Significado	Exemplo
0	Sem problema	Mantém quarto/cela o espaço limpo(a) e arrumado(a)
1	Sem/problema moderado devido a ajuda recebida	Tem dificuldade em manter a limpeza do quarto/cela/casa sem ajuda
2	Problema grave	O espaço está sujo e é um risco potencial para a saúde (independentemente das intervenções)
9	Desconhecido	

Se pontuação 0, ou 9 avance para Questão 4

Qual a ajuda que a pessoa recebe de companheiros, amigos ou familiares para cuidar do seu alojamento?

CAN0303 CAN0304

Pontuação	Significado	Exemplo
0	Nenhuma	
1	Pouca ajuda	Incentivar ou ajudar a arrumar ou limpar ocasionalmente
2	Alguma ajuda	Incentivar ou ajudar a limpar pelo menos uma vez por semana
3	Muita ajuda	Todas as lavagens e limpeza são feitas por amigos ou familiares
9	Desconhecida	

Qual a ajuda que a pessoa recebe dos serviços locais para cuidar do seu alojamento?

CAN0305 CAN0306

Qual a ajuda de que a pessoa necessita dos serviços locais para cuidar do seu alojamento?

CAN0307 CAN0308

Pontuação	Significado	Exemplo
0	Nenhuma	
1	Pouca ajuda	Incentivo ou assistência ocasional pelos técnicos
2	Alguma ajuda	Incentivo ou assistência pelo menos uma vez por semana
3	Muita ajuda	A maioria das tarefas domésticas são feitas pelos técnicos
9	Desconhecida	

Em termos globais, a pessoa está satisfeita com a ajuda que recebe relativamente aos cuidados com o seu alojamento?

CAN0309

(0= Não satisfeita; 1= Satisfeita; 9= Não sabe)

4 Cuidados pessoais

			Avaliações	
			Pontuação Utente	Pontuação Técnicos
A pessoa tem dificuldade nos seus cuidados pessoais? <i>Tem dificuldades em manter a sua aparência limpa e cuidada?</i> <i>Alguém já lhe chamou a atenção?</i>			CAN0401	CAN0402
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Pontuação</u>	<u>Significado</u>	<u>Exemplo</u>		
0	Sem problema	Aspecto não cuidado mas basicamente limpo		
1	Sem/problema moderado devido a ajuda recebida	Necessita e recebe ajuda para os cuidados pessoais		
2	Problema grave	Má higiene pessoal (independentemente das intervenções)		
9	Desconhecido			
<i>Se pontuação 0, ou 9 avance para Questão 5</i>				

Qual a ajuda que a pessoa recebe de companheiros amigos ou familiares para os seus cuidados pessoais?			CAN0403	CAN0404
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Pontuação</u>	<u>Significado</u>	<u>Exemplo</u>		
0	Nenhuma			
1	Pouca ajuda	Incentivo ocasional para a pessoa mudar a sua roupa		
2	Alguma ajuda	Preparar o banho/chuveiro ou incentivo regular		
3	Muita ajuda	Recebe ajuda diária para vários tipos de cuidados pessoais		
9	Desconhecido			

Qual a ajuda que a pessoa <i>recebe</i> dos serviços locais para os seus cuidados pessoais?			CAN0405	CAN0406
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qual a ajuda de que a pessoa <i>necessita</i> dos serviços locais para os seus cuidados pessoais?			CAN0407	CAN0408
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Pontuação</u>	<u>Significado</u>	<u>Exemplo</u>		
0	Nenhuma			
1	Pouca ajuda	Incentivo ocasional		
2	Alguma ajuda	Supervisão semanal da sua higiene		
3	Muita ajuda	Supervisão de vários tipos de cuidados pessoais, programa de competências de auto-cuidados		
9	Desconhecido			

Em termos globais, a pessoa está satisfeita com a ajuda que recebe para os seus cuidados pessoais?			CAN0409	
			<input type="checkbox"/>	
(0= Não satisfeita; 1= Satisfeita; 9= Desconhecido)				

5 Actividades diárias

		Avaliações	
		Pontuação Utente	Pontuação Técnicos
<p>A pessoa tem dificuldade com as actividades diárias habituais e adequadas para ela?</p> <p><i>Como ocupa o seu dia? Tem um programa de actividades estruturado? Tem bastantes coisas para fazer? (inclui ocupação, actividade laboral, treinos e educação)</i></p>		CAN0501	CAN0502
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pontuação	Significado	Exemplo	
0	Sem problema	É capaz de se ocupar, logo não necessita de programa estruturado	
1	Sem/problema moderado devido a ajuda recebida	Recebe um programa estruturado e adequado	
2	Problema grave	Sem oferta ou fornecimento de actividades diárias apropriadas (ou programa fornecido é não apropriado ou insuficiente)	
9	Desconhecido		
Se pontuação 0, ou 9 avance para Questão 6			

<p>Qual a ajuda que a pessoa recebe de companheiros, amigos ou familiares para encontrar ou manter actividades diárias regulares e apropriadas?</p>		CAN0503	CAN0504
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pontuação	Significado	Exemplo	
0	Nenhuma		
1	Pouca ajuda	Aconselhamento ocasional sobre actividades diárias	
2	Alguma ajuda	Participação com a pessoa em actividades de lazer	
3	Muita ajuda	Ajuda diária com organização de actividades diárias	
9	Desconhecido		

<p>Qual a ajuda que a pessoa <i>recebe</i> dos serviços locais para encontrar ou manter actividades diárias regulares e apropriadas?</p>		CAN0505	CAN0506
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Qual a ajuda de que a pessoa <i>necessita</i> dos serviços locais para encontrar ou manter actividades diárias regulares e apropriadas?</p>		CAN0507	CAN0508
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pontuação	Significado	Exemplo	
0	Nenhuma		
1	Pouca ajuda	Aconselhamento e informação sobre actividades diárias e recursos locais	
2	Alguma ajuda	Actividades diárias organizadas 2 ou mais vezes por semana pelos técnicos	
3	Muita ajuda	Todas as actividades diárias organizadas pelos técnicos	
9	Desconhecido		

<p>Em termos globais, a pessoa está satisfeita com a ajuda que recebe com as actividades diárias?</p> <p>(0= Não satisfeita; 1= Satisfeita; 9= Desconhecido)</p>		CAN0509
		<input type="checkbox"/>
<p>Na sua avaliação, em que medida contribuíram os problemas nesta área para o actual delito/motivo de referência para o serviço?</p> <p>(0= Nada; 1= Um pouco; 2= Substancialmente; 9= Desconhecido)</p>		CAN0510
		<input type="checkbox"/>

6 Saúde física

			Avaliações	
			Pontuação Utente	Pontuação Técnicos
<p>A pessoa tem alguma incapacidade física ou alguma doença física? <i>Como se sente fisicamente? Está a fazer algum tratamento indicado pelo seu médico para problemas físicos? Acha que os medicamentos lhe fazem mal?</i></p>			CAN0601	CAN0602
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pontuação	Significado	Exemplo		
0	Sem problema	Fisicamente bem		
1	Sem/algum problema devido a ajuda recebida	Problema físico, como hipertensão arterial, recebendo tratamento adequado		
2	Problema grave	Problema físico não tratado, incluindo efeitos secundários de medicação, ou tratamento ineficaz		
9	Desconhecido			
<p><i>Se pontuação 0, ou 9 avance para Questão 7</i></p>				

<p>Qual a ajuda que a pessoa recebe de companheiros, amigos ou familiares para os problemas de saúde física?</p>			CAN0603	CAN0604
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pontuação	Significado	Exemplo		
0	Nenhuma			
1	Pouca ajuda	Aconselhado a ir ao médico		
2	Alguma ajuda	Equipa clínica informada do problema físico		
3	Muita ajuda	Ajuda diária para os problemas de saúde física		
9	Desconhecido			

<p>Qual a ajuda que a pessoa <i>recebe</i> dos serviços locais para os problemas de saúde física?</p>			CAN0605	CAN0606
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Qual a ajuda de que a pessoa <i>necessita</i> dos serviços locais para os problemas de saúde física?</p>			CAN0607	CAN0608
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pontuação	Significado	Exemplo		
0	Nenhuma			
1	Pouca ajuda	Recebeu aconselhamento		
2	Alguma ajuda	Revisão regular/envolvimento de serviços de saúde especializados (e.g. dietista, clínico geral)		
3	Muita ajuda	Recebe ajuda diária ou internamento hospitalar		
9	Desconhecido			

<p>Em termos globais, a pessoa está satisfeita com a ajuda que recebe para os problemas de saúde física?</p>			CAN0609
			<input type="checkbox"/>
<p>(0= Não satisfeita; 1= Satisfeita; 9= Desconhecido)</p>			

7 Sintomas psicóticos

		Avaliações	
		Pontuação Utente	Pontuação Técnicos
<p>A pessoa tem algum sintoma psicótico, como ideias delirantes, alucinações, alterações formais do pensamento ou experiências de passividade? <i>Alguma vez teve ideias que o incomodavam ou ouviu vozes, ? Está a fazer alguma medicação ou injeção? Qual é e para que é?</i></p>		CAN0701 <input style="width: 40px; height: 40px;" type="checkbox"/>	CAN0702 <input style="width: 40px; height: 40px;" type="checkbox"/>
Pontuação	Significado	Exemplo	
0	Sem problema	Sem sintomas positivos, não está em risco por sintomas e não faz medicação	
1	Sem/problema moderado devido a ajuda recebida	Sintomas melhorados pela medicação ou por outra ajuda (e.g. psicologia)	
2	Problema grave	Presentemente tem sintomas ou sintomas resistentes ao tratamento	
9	Desconhecido		
<i>Se pontuação 0, ou 9 avance para Questão 8</i>			

<p>Qual a ajuda que a pessoa recebe de companheiros, amigos ou familiares para estes sintomas psicóticos?</p>		CAN0703 <input style="width: 40px; height: 40px;" type="checkbox"/>	CAN0704 <input style="width: 40px; height: 40px;" type="checkbox"/>
Pontuação	Significado	Exemplo	
0	Nenhuma		
1	Pouca ajuda	Alguns aconselhamento e apoio	
2	Alguma ajuda	Cuidadores ajudam a nível das estratégias de coping ou na adesão à medicação	
3	Muita ajuda	Supervisão constante da medicação, e ajuda com estratégias de coping	
9	Desconhecido		

<p>Qual a ajuda que a pessoa <i>recebe</i> dos serviços locais para estes sintomas psicóticos?</p>		CAN0705 <input style="width: 40px; height: 40px;" type="checkbox"/>	CAN0706 <input style="width: 40px; height: 40px;" type="checkbox"/>
<p>Qual a ajuda de que a pessoa <i>necessita</i> dos serviços locais para estes sintomas psicóticos?</p>		CAN0707 <input style="width: 40px; height: 40px;" type="checkbox"/>	CAN0708 <input style="width: 40px; height: 40px;" type="checkbox"/>
Pontuação	Significado	Exemplo	
0	Nenhuma		
1	Pouca ajuda	Manutenção da medicação, revisão não frequente, discussão em visita médica	
2	Alguma ajuda	Revisão da medicação regular e grupo de apoio, discussão em reunião clínica	
3	Muita ajuda	Revisão frequente da medicação e/ou outro tratamento	
9	Desconhecido		

<p>Em termos globais, a pessoa está satisfeita com a ajuda que recebe para os sintomas psicóticos?</p> <p><small>(0= Não satisfeita; 1= Satisfeita; 9= Desconhecido)</small></p>		CAN0709 <input style="width: 40px; height: 40px;" type="checkbox"/>
<p>Na sua avaliação, em que medida contribuíram os problemas nesta área para o actual delito/motivo de referência para o serviço?</p> <p><small>(0= Nada; 1= Um pouco; 2= Substancialmente; 9= Desconhecido)</small></p>		CAN0710 <input style="width: 40px; height: 40px;" type="checkbox"/>

8 Informação sobre a doença e tratamento

		Avaliações	
		Pontuação Utente	Pontuação Técnicos
A pessoa recebeu informação clara, verbal ou escrita, acerca da sua condição de saúde e respectivo tratamento?		CAN0801	CAN0802
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pontuação	Significado	Exemplo	
0	Sem problema	Sem necessidade de informação, já tinha informação anterior	
1	Sem/algum problema devido a ajuda recebida	Recebeu ajuda adequada com a informação sobre a doença e tratamento	
2	Problema grave	Não recebeu ou não compreendeu a informação adequada	
9	Desconhecido		
<i>Se pontuação 0, ou 9 avance para Questão 9</i>			

Qual a ajuda que a pessoa recebe de companheiros, amigos ou familiares para obter essa informação?		CAN0803	CAN0804
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pontuação	Significado	Exemplo	
0	Nenhuma		
1	Pouca ajuda	Tem recebido algum aconselhamento de amigos ou familiares	
2	Alguma ajuda	Os amigos ou familiares têm dado folhetos/brochuras ou põem a pessoa em contacto com grupos de auto-ajuda	
3	Muita ajuda	Articulação regular com médicos ou com fontes de informação	
9	Desconhecido	de associações de voluntários ou de defesa de direitos dos doentes	

Qual a ajuda que a pessoa <i>recebe</i> dos serviços locais para obter essa informação?		CAN0805	CAN0806
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qual a ajuda de que a pessoa <i>necessita</i> dos serviços locais para obter essa informação?		CAN0807	CAN0808
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pontuação	Significado	Exemplo	
0	Nenhuma		
1	Pouca ajuda	Informação breve verbal ou escrita sobre a doença/ /tratamento/direitos	
2	Alguma ajuda	Discussão informal com os técnicos de saúde mental sobre uma variedade de assuntos relevantes para o tratamento	
3	Muita ajuda	Têm sido efectuadas sessões frequentes ou estruturadas	
9	Desconhecido		

Em termos globais, a pessoa está satisfeita com a ajuda que recebe para obter informação?		CAN0809
		<input type="checkbox"/>
(0= Não satisfeita; 1= Satisfeita; 9= Desconhecido)		

9 Sofrimento psicológico

			Avaliações	
			Pontuação Utente	Pontuação Técnicos
<p>A pessoa apresenta actualmente sofrimento psicológico?</p> <p><i>Tem-se sentido recentemente muito triste ou em "baixo"?</i></p> <p><i>Tem-se sentido muito nervoso ou assustado?</i></p>			CAN0901	CAN0902
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pontuação	Significado	Exemplo		
0	Sem problema	Sofrimento psicológico ocasional ou ligeiro		
1	Sem/ algum problema devido a ajuda recebida	Necessita e recebe apoio continuado		
2	Problema grave	Sofrimento psicológico afecta significativamente a vida (independentemente das intervenções)		
9	Desconhecido			
<p><i>Se pontuação 0, ou 9 avance para Questão 10</i></p>				

<p>Qual a ajuda que a pessoa recebe de companheiros, amigos ou familiares para este sofrimento psicológico?</p>			CAN0903	CAN0904
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pontuação	Significado	Exemplo		
0	Nenhuma			
1	Pouca ajuda	Alguma compreensão ou apoio		
2	Alguma ajuda	Tem oportunidade, pelo menos uma vez por semana, para falar do seu sofrimento psicológico com amigos ou familiares		
3	Muita ajuda	Supervisão e apoio mais do que uma vez por semana		
9	Desconhecido			

<p>Qual a ajuda que a pessoa <i>recebe</i> dos serviços locais para este sofrimento psicológico?</p>			CAN0905	CAN0906
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Qual a ajuda de que a pessoa <i>necessita</i> dos serviços locais para este sofrimento psicológico?</p>			CAN0907	CAN0908
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pontuação	Significado	Exemplo		
0	Nenhuma			
1	Pouca ajuda	Avaliação do estado mental ou apoio ocasional		
2	Alguma ajuda	Tratamento psicológico ou social específico.		
3	Muita ajuda	Aconselhamento pelos técnicos pelo menos uma vez por semana		
9	Desconhecido	Aconselhamento pelos técnicos diário, medicação em SOS		

<p>Em termos globais, a pessoa está satisfeita com a ajuda que recebe para este sofrimento psicológico ?</p> <p>(0= Não satisfeita; 1= Satisfeita; 9= Desconhecido)</p>			CAN0909	
			<input type="checkbox"/>	
<p>Na sua avaliação, em que medida contribuíram os problemas nesta área para o actual delito/motivo de referência para o serviço?</p> <p>(0= Nada; 1= Um pouco; 2=Substancialmente; 9= Desconhecido)</p>				CAN0910
				<input type="checkbox"/>

10 Segurança para o próprio

Avaliações
Pontuação Utente Pontuação Técnicos

A pessoa envolve-se em situações de risco para si própria ?

Já alguma vez teve pensamentos de fazer mal a si mesmo? Efectuou alguma auto-agressão recentemente? Colocou a sua vida em perigo de alguma forma?

CAN1001 CAN1002

Pontuação	Significado	Exemplo
0	Sem problema	Sem ideias suicidas ou ideias de auto-agressão
1	Sem/ algum problema devido a ajuda recebida	Risco monitorizado pelos técnicos, recebendo aconselhamento
2	Problema grave	Expressou ideias de suicídio, expôs-se a situações de risco ou cometeu auto-agressão
9	Desconhecido	

Se pontuação 0, ou 9 avance para Questão 11

Qual a ajuda que a pessoa recebe de companheiros, amigos ou familiares para reduzir o risco de auto-agressão?

CAN1003 CAN1004

Pontuação	Significado	Exemplo
0	Nenhuma	
1	Pouca ajuda	Podem contactar amigos ou familiares se se sentir em risco
2	Alguma ajuda	Amigos ou familiares estão geralmente em contacto e apoiam a pessoa quando ela se sente em risco
3	Muita ajuda	Amigos ou familiares estão em contacto regular e informariam os técnicos se descobrissem/suspeitassem do risco
9	Desconhecido	

Qual a ajuda que a pessoa recebe dos serviços locais para reduzir o risco de auto-agressão?

CAN1005 CAN1006

Qual a ajuda de que a pessoa necessita dos serviços locais para reduzir o risco de auto-agressão?

CAN1007 CAN1008

Pontuação	Significado	Exemplo
0	Nenhuma	
1	Pouca ajuda	Alguém para contactar quando se sente em risco
2	Alguma ajuda	Aconselhamento de suporte regular (e.g. individual)
3	Muita ajuda	Nível específico de vigilância para potencial auto-agressão
9	Desconhecido	Revisão da roupa de cama e/ou outro vestuário protector, da licença/liberdade condicional e da colocação no exterior

Em termos globais, a pessoa está satisfeita com a ajuda que recebe para reduzir o risco de auto-agressão?

CAN1009

(0= Não satisfeita; 1= Satisfeita; 9= Desconhecido)

Na sua avaliação, em que medida contribuíram os problemas nesta área para o actual delito/motivo de referência para o serviço?

CAN1010

(0= Nada; 1= Um pouco; 2=Substancialmente; 9= Desconhecido)

11 Segurança para os outros (excluindo crimes sexuais e fogo posto)

			Avaliações	
			Pontuação Utente	Pontuação Técnicos
A pessoa tem sido violenta ou demonstrou comportamento ameaçador ?			CAN1101	CAN1102
<i>Já ameaçou outras pessoas ou foi violento? Por exemplo, já "perdeu a cabeça" ou agrediu alguém?</i>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pontuação	Significado	Exemplo		
0	Sem problema	Sem comportamento violento ou ameaçador no último mês		
1	Sem/ algum problema devido a ajuda recebida	Recebe ajuda apropriada e suficiente para este problema		
2	Problema grave	Violência ou ameaças recentes		
9	Desconhecido			
<i>Se pontuação 0, ou 9 avance para Questão 12</i>				

Qual a ajuda que a pessoa recebe de companheiros, amigos ou familiares para reduzir o risco de se tornar perigosa para os outros?			CAN1103	CAN1104
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pontuação	Significado	Exemplo		
0	Nenhuma			
1	Pouca ajuda	Conselhos gerais e apoio em relação ao comportamento ameaçador		
2	Alguma ajuda	Apoio regular (mais que uma vez por semana)		
3	Muita ajuda	Apoio e/ou supervisão diárias		
9	Desconhecido			

Qual a ajuda que a pessoa <i>recebe</i> dos serviços locais para reduzir o risco de se tornar perigosa para os outros?			CAN1105	CAN1106
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qual a ajuda de que a pessoa <i>necessita</i> dos serviços locais para reduzir o risco de se tornar perigosa para os outros?			CAN1107	CAN1108
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pontuação	Significado	Exemplo		
0	Nenhuma			
1	Pouca ajuda	Observações ocasionais do comportamento, ou avaliação do estado mental semanalmente, ou aconselhamento		
2	Alguma ajuda	Observações regulares do comportamento, revisão clínica mais do que uma vez por semana, ou licença acompanhada		
3	Muita ajuda	Observação muito próxima ou contínua, revisões clínicas diárias, intervenção psicológica ou indeferimento da saída/ revogação da saída precária/liberdade condicional		
9	Desconhecido			

Em termos globais, a pessoa está satisfeita com a ajuda que recebe para reduzir o risco de se tornar perigosa para os outros? (0= Não satisfeita; 1= Satisfeita; 9= Desconhecido)			CAN1109	
			<input type="checkbox"/>	
Na sua avaliação, em que medida contribuíram os problemas nesta área para o actual delito/motivo de referência para o serviço? (0= Nada; 1= Um pouco; 2=Substancialmente; 9= Desconhecido)				CAN1110
				<input type="checkbox"/>

12 Álcool

			Avaliações	
			Pontuação Utente	Pontuação Técnicos
<p>A pessoa bebe excessivamente ou tem um problema em controlar o consumo de bebidas alcoólicas?</p> <p><i>Tem dificuldades em controlar o consumo de bebidas alcoólicas?</i></p>			CAN1201	CAN1202
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pontuação	Significado	Exemplo		
0	Sem problema	Sem problema para controlar o consumo de álcool		
1	Sem/ algum problema devido a ajuda recebida	Em risco de abuso de álcool e a receber ajuda		
2	Problema grave	Evidência de abuso recente de álcool		
9	Desconhecido			
<p><i>Se pontuação 0, ou 9 avance para Questão 13</i></p>				

<p>Qual a ajuda que a pessoa recebe de companheiros, amigos ou familiares em relação ao consumo de álcool?</p>			CAN1203	CAN1204
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pontuação	Significado	Exemplo		
0	Nenhuma			
1	Pouca ajuda	Aconselhado a reduzir o consumo		
2	Alguma ajuda	Aconselhado sobre serviços que o podem ajudar		
3	Muita ajuda	Monitorização diária e supervisão do consumo de álcool		
9	Desconhecido			

<p>Qual a ajuda que a pessoa <i>recebe</i> dos serviços locais em relação ao consumo de álcool?</p>			CAN1205	CAN1206
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Qual a ajuda de que a pessoa <i>necessita</i> dos serviços locais em relação ao consumo de álcool?</p>			CAN1207	CAN1208
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pontuação	Significado	Exemplo		
0	Nenhuma			
1	Pouca ajuda	Informação acerca dos riscos, recebeu folhetos		
2	Alguma ajuda	Aconselhado sobre serviços de ajuda		
3	Muita ajuda	Programa de abstinência supervisionado no hospital, participação em grupos de informação sobre o álcool		
9	Desconhecido			

<p>Em termos globais, a pessoa está satisfeita com a ajuda que recebe em relação ao consumo de álcool?</p> <p>(0= Não satisfeita; 1= Satisfeita; 9= Desconhecido)</p>		CAN1209
		<input type="checkbox"/>
<p>Na sua avaliação, em que medida contribuíram os problemas nesta área para o actual delito/motivo de referência para o serviço?</p> <p>(0= Nada; 1= Um pouco; 2=Substancialmente; 9= Desconhecido)</p>		CAN1210
		<input type="checkbox"/>

13 Drogas

			Avaliações	
			Pontuação Utente	Pontuação Técnicos
A pessoa tem problemas de abuso de substâncias?			CAN1301	CAN1302
<i>Tem um problema com substâncias/drogas?</i>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Consumiu no último mês alguma destas drogas (lícitas e ilícitas)?</i>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pontuação	Significado	Exemplo		
0	Sem problema	Sem abuso de substâncias/drogas		
1	Sem/ algum problema devido a ajuda recebida	Em risco de abuso de substâncias e a receber ajuda		
2	Problema grave	Tem abuso ou dependência actual de substâncias ilícitas ou prescritas		
9	Desconhecido			
<i>Se pontuação 0, ou 9 avance para Questão 14</i>				

Qual a ajuda que a pessoa recebe de companheiros, amigos ou familiares em relação ao abuso de substâncias?			CAN1303	CAN1304
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pontuação	Significado	Exemplo		
0	Nenhuma			
1	Pouca ajuda	Encorajada a reduzir o consumo de substâncias/drogas		
2	Alguma ajuda	Aconselhada ou colocada em contacto com serviços de ajuda		
3	Muita ajuda	Supervisão do consumo de substâncias ou relato de preocupações à equipa clínica		
9	Desconhecido			

Qual a ajuda que a pessoa recebe dos serviços locais em relação ao abuso de substâncias?			CAN1305	CAN1306
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qual a ajuda de que a pessoa necessita dos serviços locais em relação ao abuso de substâncias?			CAN1307	CAN1308
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pontuação	Significado	Exemplo		
0	Nenhuma			
1	Pouca ajuda	Informação acerca dos riscos, recebeu folhetos		
2	Alguma ajuda	Informação detalhada sobre serviços de ajuda		
3	Muita ajuda	Programa de abstinência supervisionado, participação em grupos terapêuticos para abuso de substâncias		
9	Desconhecido			

Em termos globais, a pessoa está satisfeita com a ajuda que recebe em relação ao abuso de substâncias?			CAN1309
			<input type="checkbox"/>
<i>(0= Não satisfeita; 1= Satisfeita; 9= Desconhecido)</i>			
Na sua avaliação, em que medida contribuíram os problemas nesta área para o actual delito/motivo de referência para o serviço?			CAN1310
			<input type="checkbox"/>
<i>(0= Nada; 1= Um pouco; 2=Substancialmente; 9= Desconhecido)</i>			

14 Contactos sociais

			Avaliações	
			Pontuação Utente	Pontuação Técnicos
<p>A pessoa necessita de ajuda nos contactos sociais? <i>Está satisfeito com a sua vida social?</i> <i>Gostaria de ter mais contactos com as outras pessoas?</i></p>			CAN1401	CAN1402
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pontuação	Significado	Exemplo		
0	Sem problema	Capaz de estabelecer contactos sociais suficientes, tem amigos suficientes, ou satisfeito em estar só		
1	Sem/ algum problema devido a ajuda recebida	Aproveita ocasiões organizadas para socializar, existem eventos sociais com pessoas do mesmo e de ambos os sexos		
2	Problema grave	Sente-se só e isolado com frequência (independentemente das intervenções)		
9	Desconhecido			
<p><i>Se pontuação 0, ou 9 avance para Questão 15</i></p>				
<p>Qual a ajuda que a pessoa recebe de companheiros, amigos ou familiares para os contactos sociais?</p>			CAN1403	CAN1404
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pontuação	Significado	Exemplo		
0	Nenhuma			
1	Pouca ajuda	Contacto social menos de uma vez por semana		
2	Alguma ajuda	Contacto social semanal ou mais frequente		
3	Muita ajuda	Contacto social pelo menos quatro vezes por semana		
9	Desconhecido			
<p>Qual a ajuda que a pessoa <i>recebe</i> dos serviços locais para estabelecer contactos sociais?</p>			CAN1405	CAN1406
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Qual a ajuda de que a pessoa <i>necessita</i> dos serviços locais para estabelecer contactos sociais?</p>			CAN1407	CAN1408
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pontuação	Significado	Exemplo		
0	Nenhuma			
1	Pouca ajuda	Aconselhamento sobre grupos de competências sociais ou clubes sociais		
2	Alguma ajuda	Centro de dia ou grupo na comunidade até 3 vezes por semana		
3	Muita ajuda	Centro de dia ou grupo na comunidade 4 ou mais vezes por semana, facilitação de actividades para o mesmo e ambos os sexos		
9	Desconhecido			
<p>Em termos globais, a pessoa está satisfeita com a ajuda que recebe para estabelecer contactos sociais?</p> <p>(0= Não satisfeita; 1= Satisfeita; 9= Desconhecido)</p>			CAN1409	
			<input type="checkbox"/>	
<p>Na sua avaliação, em que medida contribuíram os problemas nesta área para o actual delito/motivo de referência para o serviço?</p> <p>(0= Nada; 1= Um pouco; 2=Substancialmente; 9= Desconhecido)</p>				CAN1410
				<input type="checkbox"/>

15 Relações afectivas com parceiro(a)

Avaliações
Pontuação Pontuação
Utente Técnicos

A pessoa tem alguma dificuldade em encontrar um(a) parceiro(a) ou em manter uma relação afectiva?

*Tem uma relação com alguém?
Tem problemas no seu relacionamento/casamento/namoro?*

CAN1501 CAN1502

Pontuação	Significado	Exemplo
0	Sem problema	Tem relação satisfatória, ou satisfeito mesmo sem parceiro(a)
1	Sem/ algum problema devido a ajuda recebida	Recebe aconselhamento ou terapia
2	Problema grave	Deseja ter parceiro(a) e sente que é um problema não o(a) ter, ou existem conflitos na relação actual
9	Desconhecido	

Se pontuação 0, ou 9 avance para Questão 16

Qual a ajuda que a pessoa recebe de companheiros, amigos ou familiares para desenvolver e manter relações afectivas?

CAN1503 CAN1504

Pontuação	Significado	Exemplo
0	Nenhuma	
1	Pouca ajuda	Algum suporte emocional
2	Alguma ajuda	Várias conversas, apoio regular
3	Muita ajuda	Conversas e apoio muito frequentes para lidar com os sentimentos
9	Desconhecido	

Qual a ajuda que a pessoa *recebe* dos serviços locais para desenvolver e manter relações afectivas?

CAN1505 CAN1506

Qual a ajuda de que a pessoa *necessita* dos serviços locais para desenvolver e manter relações afectivas?

CAN1507 CAN1508

Pontuação	Significado	Exemplo
0	Nenhuma	
1	Pouca ajuda	Algumas conversas
2	Alguma ajuda	Várias conversas, apoio regular
3	Muita ajuda	Terapia, treino de competências sociais
9	Desconhecido	

Em termos globais, a pessoa está satisfeita com a ajuda que recebe para desenvolver e manter relações afectivas?

CAN1509

(0= Não satisfeita; 1= Satisfeita; 9= Desconhecido)

Na sua avaliação, em que medida contribuíram os problemas nesta área para o actual delito/motivo de referência para o serviço?

CAN1510

(0= Nada; 1= Um pouco; 2=Substancialmente; 9= Desconhecido)

16 Relacionamento sexual

			Avaliações	
			Pontuação Utente	Pontuação Técnicos
<p>A pessoa tem problemas com a sua vida sexual? <i>Sente algumas dificuldades a nível sexual?</i></p>			CAN1601	CAN1602
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pontuação	Significado	Exemplo		
0	Sem problema	Satisfeito com a vida sexual actual		
1	Sem/ algum problema devido a ajuda recebida	Beneficia de terapia sexual ou de casal / outra intervenção		
2	Problema grave	Dificuldade sexual grave, como disfunção eréctil, sem acesso ou acesso limitado a um(a) parceiro(a)		
9	Desconhecido			
<p><i>Se pontuação 0, ou 9 avance para Questão 17</i></p>				
<p>Qual a ajuda que a pessoa recebe de companheiros, amigos ou familiares com os problemas na sua vida sexual?</p>			CAN1603	CAN1604
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pontuação	Significado	Exemplo		
0	Nenhuma			
1	Pouca ajuda	Alguns conselhos		
2	Alguma ajuda	Várias conversas, material informativo, fornecer preservativos e contraceptivos, etc.		
3	Muita ajuda	Estabelecem contactos com centros de aconselhamento e possível acompanhamento na ida a esse centro.		
9	Desconhecido	Disponibilidade constante para conversar sobre o problema		
<p>Qual a ajuda que a pessoa <i>recebe</i> dos serviços locais com os problemas na sua vida sexual?</p>			CAN1605	CAN1606
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Qual a ajuda de que a pessoa <i>necessita</i> dos serviços locais face aos problemas na sua vida sexual?</p>			CAN1607	CAN1608
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pontuação	Significado	Exemplo		
0	Nenhuma			
1	Pouca ajuda	Informação fornecida sobre contracepção, uso de preservativo e disfunção eréctil induzida por drogas ou fármacos		
2	Alguma ajuda	Conversas regulares sobre sexo, revisão da medicação		
3	Muita ajuda	Terapia sexual ou de casal, administração de medicação, facilitado o acesso apropriado a parceiro(a)		
9	Desconhecido			
<p>Em termos globais, a pessoa está satisfeita com a ajuda que recebe com os problemas na sua vida sexual?</p>			CAN1609	
			<input type="checkbox"/>	
<p>(0= Não satisfeita; 1= Satisfeita; 9= Desconhecido)</p>				

17 Cuidados parentais

Avaliações
Pontuação Pontuação
Utente Técnicos

A pessoa tem dificuldade em tomar conta dos seus filhos ?

*Tem filhos com menos de 18 anos?
Está a cuidar deles? Tem acesso a eles?*

CAN1701 CAN1702

Pontuação	Significado	Exemplo
0	Sem problema	Sem problemas para cuidar dos filhos
1	Sem/ algum problema devido a ajuda recebida	Dificuldades na tarefas parentais, recebe ajuda, os serviços facilitam o acesso/visitas
2	Problema grave	Tem graves dificuldades em tomar conta dos seus filhos, crianças em risco ou sem acesso devido às suas dificuldades parentais (se não tem filhos)
8	Não aplicável	
9	Desconhecido	

Se pontuação 0, 8 ou 9 avance para Questão 18

Qual a ajuda que a pessoa recebe de companheiros, amigos ou familiares para cuidar dos filhos?

CAN1703 CAN1704

Pontuação	Significado	Exemplo
0	Nenhuma	
1	Pouca ajuda	"Babysitting" ocasional, menos de uma vez por semana
2	Alguma ajuda	Recebe ajuda na maioria dos dias, cooperação na facilitação do acesso aos filhos
3	Muita ajuda	Os filhos vivem com amigos ou familiares, acompanham as crianças nas visitas
9	Desconhecido	

Qual a ajuda que a pessoa recebe dos serviços locais para cuidar dos filhos?

CAN1705 CAN1706

Qual a ajuda de que a pessoa necessita dos serviços locais para cuidar dos filhos?

CAN1707 CAN1708

Pontuação	Significado	Exemplo
0	Nenhuma	
1	Pouca ajuda	Frequência de infantário, conselhos gerais
2	Alguma ajuda	Ajuda nas tarefas parentais, facilitação do acesso aos filhos
3	Muita ajuda	Crianças em instituição ou família de acolhimento, é organizado o acompanhamento nas visitas aos filhos
9	Desconhecido	

Em termos globais, a pessoa está satisfeita com a ajuda que recebe para cuidar dos filhos?

CAN1709

(0= Não satisfeita; 1= Satisfeita; 9= Desconhecido)

Na sua avaliação, em que medida contribuíram os problemas nesta área para o actual delito/motivo de referência para o serviço?

CAN1710

(0= Nada; 1= Um pouco; 2=Substancialmente; 9= Desconhecido)

18 Literacia básica

Avaliações
Pontuação Pontuação
Utente Técnicos

A pessoa carece de aptidões básicas para ler, escrever e fazer contas?

*Tem dificuldade em compreender, ler ou escrever Português?
Consegue confirmar o seu troco numa loja?*

CAN1801 CAN1802

Pontuação	Significado	Exemplo
0	Sem problema	Capaz de compreender, ler ou escrever impressos em português
1	Sem/ algum problema devido a ajuda recebida	Dificuldade em ler, recebe ajuda ou frequenta escola de adultos
2	Problema grave	Dificuldade com aptidões básicas, ausência de fluência na língua portuguesa
9	Desconhecido	

Se pontuação 0, ou 9 avance para Questão 19

Qual a ajuda que a pessoa recebe de companheiros, amigos ou familiares para ler, escrever e fazer contas?

CAN1803 CAN1804

Pontuação	Significado	Exemplo
0	Nenhuma	
1	Pouca ajuda	Tem ajuda ocasional para ler ou preencher impressos
2	Alguma ajuda	Alguém pôs a pessoa em contacto com escolas
3	Muita ajuda	Alguém ensina a pessoa a ler, escrever e a contar
9	Desconhecido	

Qual a ajuda que a pessoa recebe dos serviços locais para ler, escrever e fazer contas?

CAN1805 CAN1806

Qual a ajuda de que a pessoa necessita dos serviços locais para ler, escrever e fazer contas?

CAN1807 CAN1808

Pontuação	Significado	Exemplo
0	Nenhuma	
1	Pouca ajuda	Auxílio no preenchimento de impressos
2	Alguma ajuda	Dar informações e conselhos sobre escolas
3	Muita ajuda	Frequência de educação para adultos, acesso a um intérprete
9	Desconhecido	

Em termos globais, a pessoa está satisfeita com a ajuda que recebe para ler, escrever e fazer contas?

CAN1809

(0= Não satisfeita; 1= Satisfeita; 9= Desconhecido)

19 Telefone

Avaliações
Pontuação Pontuação
Utente Técnicos

A pessoa tem alguma dificuldade em ter acesso ou em utilizar o telefone?

*Sabe como utilizar o telefone?
É fácil encontrar um telefone que possa usar?*

CAN1901 CAN1902

Pontuação	Significado	Exemplo
0	Sem problema	Capaz de utilizar e tem acesso apropriado ao telefone
1	Sem/ algum problema devido a ajuda recebida	Tem que requerer o uso do telefone, acesso facilitado
2	Problema grave	Sem acesso ao telefone ou incapaz de o utilizar
9	Desconhecido	

Se pontuação 0, ou 9 avance para Questão 20

Qual a ajuda que a pessoa recebe de companheiros, amigos ou familiares para efectuar telefonemas?

CAN1903 CAN1904

Pontuação	Significado	Exemplo
0	Nenhuma	
1	Pouca ajuda	Ajuda para efectuar telefonemas, mas menos do que uma vez por mês ou apenas em emergências
2	Alguma ajuda	Ajuda pelo menos semanalmente
3	Muita ajuda	Ajuda diária, se solicitada
9	Desconhecido	

Qual a ajuda que a pessoa recebe dos serviços locais para efectuar telefonemas?

CAN1905 CAN1906

Qual a ajuda de que a pessoa necessita dos serviços locais para efectuar telefonemas?

CAN1907 CAN1908

Pontuação	Significado	Exemplo
0	Nenhuma	
1	Pouca ajuda	Acesso ao telefone, quando solicitado
2	Alguma ajuda	Fornecimento de cartão telefónico
3	Muita ajuda	Cartão telefónico, os técnicos disponibilizam-se para fazer chamadas em nome da pessoa
9	Desconhecido	

Em termos globais, a pessoa está satisfeita com a ajuda que recebe para efectuar telefonemas?

CAN1909

(0= Não satisfeita; 1= Satisfeita; 9= Desconhecido)

20 Utilização de transportes

		Avaliações	
		Pontuação Utente	Pontuação Técnicos
<p>A pessoa tem alguma dificuldade na utilização de transportes públicos?</p> <p><i>Tem dificuldade em utilizar o autocarro, metro ou comboio?</i></p> <p><i>Tem algum apoio (bilhetes ou passe) para transportes públicos?</i></p>		CAN2001	CAN0802
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pontuação	Significado	Exemplo	
0	Sem problema	Capaz de utilizar os transportes públicos, consegue ler horários ou tem acesso a automóvel	
1	Sem/algum problema devido a ajuda recebida	Passe social ou fornecida outra ajuda com os transportes	
2	Problema grave	Incapaz de utilizar os transportes públicos ou de compreender os horários.	
8	Não aplicável	(se não testado)	
9	Desconhecido		
<p><i>Se pontuação 0, 8 ou 9 avance para Questão 21</i></p>			

<p>Qual a ajuda que a pessoa recebe de companheiros, amigos ou familiares para as deslocações?</p>		CAN2003	CAN2004
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pontuação	Significado	Exemplo	
0	Nenhuma		
1	Pouca ajuda	Encorajamento para fazer deslocações	
2	Alguma ajuda	Acompanhado com frequência nos transportes públicos	
3	Muita ajuda	Fornecem transporte para todas as deslocações	
9	Desconhecido		

<p>Qual a ajuda que a pessoa <i>recebe</i> dos serviços locais para as deslocações?</p>		CAN2005	CAN2006
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Qual a ajuda de que a pessoa <i>necessita</i> dos serviços locais para as deslocações?</p>		CAN2007	CAN2008
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pontuação	Significado	Exemplo	
0	Nenhuma		
1	Pouca ajuda	Fornecem passe social para transportes públicos	
2	Alguma ajuda	Pagamento de táxi	
3	Muita ajuda	Transporte em ambulância para consultas, facilitadas as deslocações em transportes públicos nas saídas precárias	
9	Desconhecido		

<p>Em termos globais, a pessoa está satisfeita com a ajuda que recebe para os transportes?</p>		CAN2009
		<input type="checkbox"/>
<p>(0= Não satisfeita; 1= Satisfeita; 9= Desconhecido)</p>		

21 Dinheiro

			Avaliações	
			Pontuação	Pontuação
			Utente	Técnicos
A pessoa tem problemas em gerir o seu dinheiro?			CAN2101	CAN2102
<i>Tem dificuldades em gerir o seu dinheiro?</i>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Consegue pagar as suas contas?</i>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pontuação	Significado	Exemplo		
0	Sem problema	Capaz de comprar bens essenciais e pagar as contas		
1	Sem/ algum problema devido a ajuda recebida	Recebe ajuda para gerir o dinheiro		
2	Problema grave	Com frequência não tem dinheiro para bens essenciais ou contas, tem dívidas ou gasta em jogo		
9	Desconhecido			
<i>Se pontuação 0, ou 9 avance para Questão 22</i>				

Qual a ajuda que a pessoa recebe de companheiros, amigos ou familiares para gerir o seu dinheiro?			CAN2103	CAN2104
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pontuação	Significado	Exemplo		
0	Nenhuma			
1	Pouca ajuda	Ajuda ocasional na gestão das despesas domésticas		
2	Alguma ajuda	Ajuda no cálculo do orçamento semanal		
3	Muita ajuda	Controlo financeiro total		
9	Desconhecido			

Qual a ajuda que a pessoa <i>recebe</i> dos serviços locais para gerir o seu dinheiro?			CAN2105	CAN2106
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qual a ajuda de que a pessoa <i>necessita</i> dos serviços locais para gerir o seu dinheiro?			CAN2107	CAN2108
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pontuação	Significado	Exemplo		
0	Nenhuma			
1	Pouca ajuda	Ajuda ocasional com o orçamento		
2	Alguma ajuda	Supervisão no pagamento da renda, é entregue dinheiro para os gastos da semana		
3	Muita ajuda	É entregue dinheiro para cada dia, aconselhamento por serviços especializados		
9	Desconhecido			

Em termos globais, a pessoa está satisfeita com a ajuda que recebe para gerir o seu dinheiro?			CAN2109	
			<input type="checkbox"/>	
<i>(0= Não satisfeita; 1= Satisfeita; 9= Desconhecido)</i>				
Na sua avaliação, em que medida contribuíram os problemas nesta área para o actual delito/motivo de referência para o serviço?				CAN2110
				<input type="checkbox"/>
<i>(0= Nada; 1= Um pouco; 2=Substancialmente; 9= Desconhecido)</i>				

22 Subsídios sociais

			Avaliações	
			Pontuação	Pontuação
			Utente	Técnicos
<p>A pessoa está a receber, sem margem para dúvida, todos os subsídios sociais a que tem direito? <i>Tem a certeza que está a receber todos os subsídios a que tem direito?</i></p>			CAN2201	CAN2202
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pontuação	Significado	Exemplo		
0	Sem problema	Recebe todos os subsídios a que tem direito		
1	Sem/ algum problema devido a ajuda recebida	Recebe ajuda apropriada para obter os benefícios		
2	Problema grave	Não recebe todos os subsídios a que tem direito		
9	Desconhecido			
<p><i>Se pontuação 0, ou 9 avance para Questão 23</i></p>				

<p>Qual a ajuda que a pessoa recebe de companheiros, amigos ou familiares para obter todos os benefícios a que tem direito?</p>			CAN2203	CAN2204
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pontuação	Significado	Exemplo		
0	Nenhuma			
1	Pouca ajuda	Perguntam ocasionalmente se a pessoa está a receber algum dinheiro		
2	Alguma ajuda	Informaram-se sobre todos os benefícios a que tem direito		
3	Muita ajuda	Ajudam no preenchimento de formulários		
9	Desconhecido			

<p>Qual a ajuda que a pessoa <i>recebe</i> dos serviços locais para obter todos os benefícios a que tem direito?</p>			CAN2205	CAN2206
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Qual a ajuda de que a pessoa <i>necessita</i> dos serviços locais para obter todos os benefícios a que tem direito?</p>			CAN2207	CAN2208
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pontuação	Significado	Exemplo		
0	Nenhuma			
1	Pouca ajuda	Aconselhamento ocasional sobre direitos		
2	Alguma ajuda	Ajuda na obtenção de direitos extra		
3	Muita ajuda	Avaliação completa de direitos actuais		
9	Desconhecido			

<p>Em termos globais, a pessoa está satisfeita com a ajuda que recebe para obter todos os benefícios a que tem direito?</p>			CAN2209	
			<input type="checkbox"/>	
<p>(0= Não satisfeita; 1= Satisfeita; 9= Desconhecido)</p>				
<p>Na sua avaliação, em que medida contribuíram os problemas nesta área para o actual delito/motivo de referência para o serviço?</p>			CAN2210	
			<input type="checkbox"/>	
<p>(0= Nada; 1= Um pouco; 2=Substancialmente; 9= Desconhecido)</p>				

23 Tratamento

Avaliações
Pontuação Pontuação
Utente Técnicos

A pessoa concorda com o tratamento (médico e/ou psicológico) que lhe prescreveram ?

Concorda com o tratamento que lhe foi indicado?

CAN2301 CAN2302

Pontuação	Significado	Exemplo
0	Sem problema	Doente concorda e cumpre os tratamentos prescritos
1	Sem/ algum problema devido a ajuda recebida	Recebe ajuda na determinação dos tratamentos apropriados (e.g. não concorda, mas cumpre)
2	Problema grave	Doente não concorda e não cumpre com o tratamento
9	Desconhecido	

Se pontuação 0, ou 9 avance para Questão 24

Qual a ajuda que a pessoa recebe de companheiros, amigos ou familiares para a compreensão e aceitação do plano de tratamento?

CAN2303 CAN2304

Pontuação	Significado	Exemplo
0	Nenhuma	
1	Pouca ajuda	Algum aconselhamento e apoio
2	Alguma ajuda	Discussões regulares dos sintomas e aconselhamento apropriado
3	Muita ajuda	Trabalham com a equipa técnica para encorajar a aceitação e o cumprimento dos tratamentos
9	Desconhecido	

Qual a ajuda que a pessoa *recebe* dos serviços locais para compreender e aceitar o tratamento oferecido?

CAN2305 CAN2306

Qual a ajuda de que a pessoa *necessita* dos serviços locais para compreender e aceitar o tratamento oferecido?

CAN2307 CAN2308

Pontuação	Significado	Exemplo
0	Nenhuma	
1	Pouca ajuda	Informação básica sobre as decisões terapêuticas
2	Alguma ajuda	Várias discussões sobre as razões da necessidade do tratamento. Abordados com o doente quais os sinais precoces de recaída
3	Muita ajuda	Sessões estruturadas e regulares com profissionais de saúde mental, grupo de informação sobre a doença
9	Desconhecido	

Em termos globais, a pessoa está satisfeita com a ajuda que recebe para compreender e aceitar o tratamento oferecido?

CAN2309

(0= Não satisfeita; 1= Satisfeita; 9= Desconhecido)

Na sua avaliação, em que medida contribuíram os problemas nesta área para o actual delito/motivo de referência para o serviço?

CAN2310

(0= Nada; 1= Um pouco; 2=Substancialmente; 9= Desconhecido)

24 Crimes sexuais (pontuar apenas quando indicado/história prévia)

			Avaliações	
			Pontuação Utente	Pontuação Técnicos
A pessoa apresenta risco de cometer um crime sexual? <i>Sabe qual foi o motivo da sua detenção?</i> <i>Ainda sente que está em risco de ter o mesmo comportamento sexual?</i>			CAN2401	CAN2402
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pontuação	Significado	Exemplo		
0	Sem problema	Sem risco actual		
1	Sem/ algum problema devido a ajuda recebida	A receber tratamento apropriado ou supervisão		
2	Problema grave	Avaliado como risco significativo de continuar a cometer abusos sexuais		
8	Não aplicável	(se sem história e sem risco)		
9	Desconhecido			
<i>Se pontuação 0, 8 ou 9 avance para Questão 25</i>				

Qual a ajuda que a pessoa recebe de companheiros, amigos ou familiares para reduzir o risco de cometer crimes sexuais?			CAN2403	CAN2404
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pontuação	Significado	Exemplo		
0	Nenhuma			
1	Pouca ajuda	Aconselhamento e apoio gerais		
2	Alguma ajuda	Apoio psicológico		
3	Muita ajuda	Informam equipa técnica se descobrirem/suspeitarem do risco		
9	Desconhecido			

Qual a ajuda que a pessoa <i>recebe</i> dos serviços locais para reduzir o risco de cometer crimes sexuais?			CAN2405	CAN2406
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qual a ajuda de que a pessoa <i>necessita</i> dos serviços locais para reduzir o risco de cometer crimes sexuais?			CAN2407	CAN2408
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pontuação	Significado	Exemplo		
0	Nenhuma			
1	Pouca ajuda	Aconselhamento/monitorização contínuo do comportamento e estado mental		
2	Alguma ajuda	Tratamentos específicos, revisões regulares ou licença/ liberdade condicional vigiada		
3	Muita ajuda	Tratamento específico, revisão diária do comportamento e estado mental, ou sem licença de saída precária/liberdade condicional		
9	Desconhecido			

Em termos globais, a pessoa está satisfeita com a ajuda que recebe para reduzir o risco de cometer crime sexual?			CAN2409
			<input type="checkbox"/>
<small>(0= Não satisfeita; 1= Satisfeita; 9= Desconhecido)</small>			
Na sua avaliação, em que medida contribuíram os problemas nesta área para o actual delito/motivo de referência para o serviço?			CAN2410
			<input type="checkbox"/>
<small>(0= Nada; 1= Um pouco; 2=Substancialmente; 9= Desconhecido)</small>			

25 Fogo posto (pontuar apenas quando indicado/história prévia)

			Avaliações	
			Pontuação Utente	Pontuação Técnicos
A pessoa considera-se em risco actual ou potencial de cometer fogo posto?			CAN2501	CAN2502
<i>Sabe qual foi o motivo da sua detenção?</i>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Ainda sente que está em risco para atear fogos/incêndios ?</i>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pontuação	Significado	Exemplo		
0	Sem problema	Sem risco actual		
1	Sem/ algum problema devido a ajuda recebida	Sob supervisão e revisão		
2	Problema grave	Risco significativo e mantido de cometer fogo posto		
8	Não aplicável	(se sem história e sem risco)		
9	Desconhecido			
<i>Se pontuação 0, 8 ou 9 o CANFOR está concluído</i>				

Qual a ajuda que a pessoa recebe de companheiros, amigos ou familiares para reduzir o risco de atear fogos?			CAN2503	CAN2504
<i>Pontuação</i>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Significado</i>				
<i>Exemplo</i>				
0	Nenhuma			
1	Pouca ajuda	Aconselhamento e apoio gerais		
2	Alguma ajuda	Aconselhamento e apoio regulares		
3	Muita ajuda	Informam equipa técnica se descobrirem/suspeitarem do risco		
9	Desconhecido			

Qual a ajuda que a pessoa <i>recebe</i> dos serviços locais para reduzir o risco de atear fogos?			CAN2505	CAN2506
<i>Pontuação</i>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Significado</i>				
<i>Exemplo</i>				
0	Nenhuma			
1	Pouca ajuda	Discussões/revisões ocasionais das fantasias e comportamentos		
2	Alguma ajuda	Revisão regular das fantasias e comportamentos, acesso restrito a isqueiro, só pode fumar nas áreas autorizadas		
3	Muita ajuda	Tratamento intensivo ou restrição da liberdade condicional e do acesso a situações de alto risco potencial.		
9	Desconhecido			

Em termos globais, a pessoa está satisfeita com a ajuda que recebe para reduzir o risco de cometer fogo posto?			CAN2509
<i>(0= Não satisfeita; 1= Satisfeita; 9= Desconhecido)</i>			<input type="checkbox"/>
Na sua avaliação, em que medida contribuíram os problemas nesta área para o actual delito/motivo de referência para o serviço?			CAN2510
<i>(0= Nada; 1= Um pouco; 2=Substancialmente; 9= Desconhecido)</i>			<input type="checkbox"/>

Anexo 3 – Tabelas de Resultados

Tabela 1 - Distribuição das pontuações totais das Secções do CANFOR dos PRs.....	52
Tabela 2 – Pontuações de Necessidade (Secção 1) nos domínios CANFOR dos PRs e técnicos	53
Tabela 3 – Concordância das pontuações de Necessidade Não-satisfeita nos domínios CANFOR dos PRs e técnicos	55
Tabela 4 - Variáveis Sociodemográficas dos reclusos condenados (RCs) e preventivos (RPs)	57
Tabela 5 - Variáveis Clínicas Categoriais dos RCs e RPs	59
Tabela 6 - Variáveis relativas ao consumo de substâncias psicoactivas nos RCs e RPs.....	61
Tabela 7 - Categorias Diagnósticas (MINI) pontuadas pelos RCs e RPs	63
Tabela 8 - Pontuações de Necessidade (Secção 1) nos domínios CANFOR dos RCs e RPs.....	65
Tabela 9 - Pontuações de Necessidade Não-satisfeita nos domínios CANFOR dos RCs e RPs	67
Tabela 10 - Pontuações totais nas secções do CANFOR dos RCs e RPs	69
Tabela 11 -- Pontuações de Necessidade (Secção 1) nos domínios CANFOR dos técnicos dos RCs e RPs.....	70
Tabela 12 - Pontuação de Necessidade Não-satisfeita nos domínios CANFOR dos técnicos dos RCs e RCs	73
Tabela 13 - Pontuações totais nas secções do CANFOR dos técnicos dos RCs e RPs.....	74
Tabela 14 - Variáveis sociodemográficas dos reclusos femininos (RF) e masculinos (RM).....	75
Tabela 15 - Variáveis clínicas dos RF e RM	77
Tabela 16 - Variáveis clínicas de tipo contínuo nos RF e RM.....	79
Tabela 17 - Variáveis associadas aos consumos de substâncias dos RF e RM.....	80
Tabela 18 - Categorias diagnósticas nos RF e RM	82
Tabela 19 - Variáveis Forenses dos RF e RM	84
Tabela 20 - Pontuações de Necessidade (Secção 1) nos domínios CANFOR dos RF e RM.....	85
Tabela 21 - Pontuação de Necessidades Não-satisfeitas nos domínios CANFOR dos RF e RM	87
Tabela 22 - Pontuações totais nas secções do CANFOR dos RF e RM.....	88
Tabela 23 - Pontuações de Necessidade (Secção 1) nos domínios CANFOR dos técnicos dos RF e RM	89
Tabela 24 – Pontuações de NCNS dos técnicos dos RF e RM nos Domínios CANFOR	91
Tabela 25 - Pontuações totais nas secções do CANFOR dos técnicos dos RF e RM	93
Tabela 26 – Análise bivariável entre Necessidades Não-satisfeitas/Outra Pontuação, pontuadas por reclusos, e os Factores do BPRS.....	94
Tabela 27 - Análise bivariável entre Necessidades Não-satisfeitas/Outra Pontuação, pontuadas pelos técnicos, e os Factores do BPRS.....	96
Tabela 28 - Idade dos participantes reclusos (PRs) e Risco de Suicídio (RS)	98

Tabela 1 - Distribuição das pontuações totais das Secções do CANFOR dos PRs

CANFOR Secções (n=114)	Pontuação	Mediana	Média	Valor p (T. Kolmogorov- Smirnov)	Valor p (T. Shapiro- Wilk)	Histograma aprox. Normal (sim/não)
Necessidades satisfeitas	PRs	2,00	2,58	<0,001	<0,001	n
	Técnicos	2,00	2,40	<0,001	<0,001	n
Necessidades não satisfeitas	PRs	6,00	5,71	<0,001	<0,001	n
	Técnicos	3,50	3,66	<0,001	0,001	n
Número de Necessidades	PRs	8,50	8,29	<0,001	0,001	n
	Técnicos	6,00	6,06	<0,001	0,004	n
Ajuda informal recebida	PRs	5,00	6,17	<0,001	<0,001	n
	Técnicos	4,00	3,80	<0,001	<0,001	n
Ajuda formal recebida	PRs	5,00	5,62	0,001	0,001	n
	Técnicos	6,00	6,60	<0,001	<0,001	n
Ajuda formal necessária	PRs	19,00	17,81	0,010	0,163	s
	Técnicos	13,00	13,08	0,018	0,129	s
Total de satisfação	PRs	2,00	2,70	<0,001	<0,001	n

Tabela 2 – Pontuações de Necessidade (Secção 1) nos domínios CANFOR dos PRs e técnicos

CANFOR domínios n=114	Pontuação Secção 1	PRs	%	Técnicos	%
1. Alojamento	Sem necessidade	5	4,4%	4	3,5%
	Necessidade satisfeita	0	0,0%	3	2,6%
	Necessidade não-satisfeita	3	2,6%	2	1,8%
	Não se aplica	106	93,0%	105	92,1%
2. Alimentação	Sem necessidade	8	7,0%	9	7,9%
	Necessidade satisfeita	1	0,9%	0	,0%
	Necessidade não-satisfeita	1	0,9%	0	,0%
	Não se aplica	104	91,2%	105	92,1%
3. Cuidados Com o Alojamento	Sem necessidade	106	93,0%	84	73,7%
	Necessidade satisfeita	7	6,1%	26	22,8%
	Necessidade não-satisfeita	1	,9%	3	2,6%
	Não se aplica	0	,0%	1	,9%
4. Cuidados Pessoais	Sem necessidade	101	88,6%	91	79,8%
	Necessidade satisfeita	12	10,5%	20	17,5%
	Necessidade não-satisfeita	1	0,9%	3	2,6%
	Não se aplica	0	,0%	0	,0%
5. Actividades Diárias	Sem necessidade	29	25,4%	48	42,1%
	Necessidade satisfeita	28	24,6%	29	25,4%
	Necessidade não-satisfeita	57	50,0%	37	32,5%
	Não se aplica	0	,0%	0	,0%
6. Saúde Física	Sem necessidade	62	54,4%	65	57,0%
	Necessidade satisfeita	30	26,3%	30	26,3%
	Necessidade não-satisfeita	22	19,3%	10	8,8%
	Não se aplica	0	,0%	9	7,9%
7. Sintomas Psicóticos	Sem necessidade	74	64,9%	86	75,4%
	Necessidade satisfeita	22	19,3%	18	15,8%
	Necessidade não-satisfeita	13	11,4%	5	4,4%
	Não se aplica	5	4,4%	5	4,4%
8. Informação Sobre a Doença e Tratamento	Sem necessidade	45	39,5%	79	69,3%
	Necessidade satisfeita	18	15,8%	25	21,9%
	Necessidade não-satisfeita	51	44,7%	8	7,0%
	Não se aplica	0	,0%	2	1,8%
9. Sofrimento Psicológico	Sem necessidade	16	14,0%	27	23,7%
	Necessidade satisfeita	26	22,8%	32	28,1%
	Necessidade não-satisfeita	72	63,2%	55	48,2%
	Não se aplica	0	,0%	0	,0%
10. Segurança Para o Próprio	Sem necessidade	56	49,1%	64	56,1%
	Necessidade satisfeita	14	12,3%	21	18,4%
	Necessidade não-satisfeita	44	38,6%	27	23,7%
	Não se aplica	0	,0%	2	1,8%
11. Segurança Para os Outros (excluindo crimes sexuais e fogo posto)	Sem necessidade	84	74,3%	82	71,9%
	Necessidade satisfeita	12	10,6%	9	7,9%
	Necessidade não-satisfeita	15	13,3%	23	20,2%
	Não se aplica	2	1,8%	0	,0%
12. Álcool	Sem necessidade	108	94,7%	74	64,9%
	Necessidade satisfeita	0	,0%	2	1,8%
	Necessidade não-satisfeita	1	0,9%	1	0,9%
	Não se aplica	5	4,4%	37	32,5%
13. Drogas	Sem necessidade	69	60,5%	48	42,1%
	Necessidade satisfeita	6	5,3%	0	,0%
	Necessidade não-satisfeita	26	22,8%	30	26,3%
	Não se aplica	13	11,4%	36	31,6%
14. Contactos Sociais	Sem necessidade	56	49,1%	62	54,4%
	Necessidade satisfeita	9	7,9%	10	8,8%
	Necessidade não-satisfeita	48	42,1%	40	35,1%
	Não se aplica	1	0,9%	2	1,8%
15. Relações Afectivas Com Parceiro(a)	Sem necessidade	68	59,6%	55	48,2%
	Necessidade satisfeita	1	0,9%	6	5,3%
	Necessidade não-satisfeita	45	39,5%	24	21,1%
	Não se aplica	0	,0%	29	25,4%

CANFOR domínios n=114	Pontuação Secção 1	PRs	%	Técnicos	%
16. Relacionamento Sexual	Sem necessidade	38	33,3%	22	19,3%
	Necessidade satisfeita	0	,0%	0	,0%
	Necessidade não-satisfeita	75	65,8%	87	76,3%
	Não se aplica	1	0,9%	5	4,4%
17. Cuidados Parentais	Sem necessidade	9	7,9%	27	23,7%
	Necessidade satisfeita	17	14,9%	4	3,5%
	Necessidade não-satisfeita	42	36,8%	34	29,8%
	Não se aplica	46	40,4%	49	43,0%
18. Literacia Básica	Sem necessidade	93	81,6%	94	82,5%
	Necessidade satisfeita	13	11,4%	5	4,4%
	Necessidade não-satisfeita	8	7,0%	7	6,1%
	Não se aplica	0	,0%	8	7,0%
19. Telefone	Sem necessidade	88	77,2%	108	94,7%
	Necessidade satisfeita	15	13,2%	5	4,4%
	Necessidade não-satisfeita	11	9,6%	0	,0%
	Não se aplica	0	,0%	1	0,9%
20. Utilização de Transportes	Sem necessidade	8	7,0%	8	7,0%
	Necessidade satisfeita	0	,0%	0	,0%
	Necessidade não-satisfeita	0	,0%	0	,0%
	Não se aplica	106	93,0%	106	93,0%
21. Dinheiro	Sem necessidade	92	80,7%	81	71,1%
	Necessidade satisfeita	9	7,9%	3	2,6%
	Necessidade não-satisfeita	8	7,0%	12	10,5%
	Não se aplica	5	4,4%	18	15,8%
22. Subsídios Sociais	Sem necessidade	24	21,1%	26	22,8%
	Necessidade satisfeita	2	1,8%	3	2,6%
	Necessidade não-satisfeita	83	72,8%	8	7,0%
	Não se aplica	5	4,4%	77	67,5%
23. Tratamento	Sem necessidade	87	76,3%	85	74,6%
	Necessidade satisfeita	16	14,0%	14	12,3%
	Necessidade não-satisfeita	9	7,9%	9	7,9%
	Não se aplica	2	1,8%	6	5,3%
24. Crimes Sexuais	Sem necessidade	2	1,8%	0	,0%
	Necessidade satisfeita	3	2,6%	1	0,9%
	Necessidade não-satisfeita	2	1,8%	4	3,5%
	Não se aplica	107	93,9%	109	95,6%
25. Fogo Posto	Sem necessidade	2	1,8%	3	2,6%
	Necessidade satisfeita	2	1,8%	0	,0%
	Necessidade não-satisfeita	3	2,6%	1	0,9%
	Não se aplica	107	93,9%	110	96,5%

Tabela 3 – Concordância das pontuações de Necessidade Não-satisfeita nos domínios CANFOR dos PRs e técnicos

CANFOR (n=114)	Pontuação	PRs	%	Técnicos	%	<i>Kappa</i>
1. Alojamento	OP (0)	111	97,4%	112	98,2%	0,387
	NNS (1)	3	2,6%	2	1,8%	
2. Alimentação	OP (0)	112	90,0%	114	100,0%	0,663*
	NNS (1)	2	10,0%	0	0%	
3. Cuidados Com o Alojamento	OP (0)	112	99,1%	111	97,4%	0,317
	NNS (1)	2	0,9%	3	2,6%	
4. Cuidados Pessoais	OP (0)	113	99,1%	111	97,4%	0,493
	NNS (1)	1	0,9%	3	2,6%	
5. Actividades Diárias	OP (0)	57	50,0%	77	67,5%	0,298
	NNS (1)	57	50,0%	37	32,5%	
6. Saúde Física	OP (0)	92	80,7%	104	91,2%	0,289
	NNS (1)	22	19,3%	10	8,8%	
7. Sintomas Psicóticos	OP (0)	101	88,6%	109	95,7%	0,407
	NNS (1)	13	11,4%	5	4,3%	
8. Informação Sobre a Doença e Tratamento	OP (0)	63	55,3%	106	93,0%	0,093
	NNS (1)	51	44,7%	8	7,0%	
9. Sofrimento Psicológico	OP (0)	42	36,8%	59	51,8%	0,218
	NNS (1)	72	63,2%	55	48,2%	
10. Segurança Para o Próprio	OP (0)	70	61,4%	87	76,3%	0,462
	NNS (1)	44	38,6%	27	23,7%	
11. Segurança Para os Outros	OP (0)	99	86,8%	91	79,8%	0,311
	NNS (1)	15	13,2%	23	20,2%	
12. Álcool	OP (0)	113	99,1%	113	99,1%	1,000
	NNS (1)	1	0,9%	1	0,9%	
13. Drogas	OP (0)	88	77,2%	84	73,7%	0,433
	NNS (1)	26	22,8%	30	26,3%	
14. Contactos Sociais	OP (0)	66	57,9%	74	64,9%	0,300
	NNS (1)	48	42,1%	40	35,1%	
15. Relações Afectivas Com Parceiro(a)	OP (0)	69	60,5%	90	78,9%	0,141
	NNS (1)	45	39,5%	24	21,1%	
16. Relacionamento Sexual	OP (0)	39	34,2%	27	23,7%	0,369
	NNS (1)	75	65,8%	87	76,3%	
17. Cuidados Parentais	OP (0)	72	63,2%	80	70,2%	0,490
	NNS (1)	42	36,8%	34	29,8%	
18. Literacia Básica	OP (0)	106	93,0%	107	93,9%	0,358
	NNS (1)	8	7,0%	7	6,1%	
19. Telefone	OP (0)	103	90,4%	114	100,0%	0,153*

CANFOR (n=114)	Pontuação	PRs	%	Técnicos	%	<i>Kappa</i>
	NNS (1)	11	9,6%	0	0%	
20. Utilização de Transportes	OP (0)	112	99,1%	114	100,0%	0,493*
	NNS (1)	2	0,9%	0	0%	
21. Dinheiro	OP (0)	106	93,0%	102	89,5%	0,017
	NNS (1)	8	7,0%	12	10,5%	
22. Subsídios Sociais	OP (0)	31	27,2%	106	93,0%	0,055
	NNS (1)	83	72,8%	8	7,0%	
23. Tratamento	OP (0)	105	92,1%	105	92,1%	0,276
	NNS (1)	9	7,9%	9	7,9%	
24. Crimes Sexuais	OP (0)	112	98,2%	110	96,5%	0,659
	NNS (1)	2	1,8%	4	3,5%	
25. Fogo Posto	OP (0)	111	97,4%	113	99,1%	0,493
	NNS (1)	3	2,6%	1	0,9%	
Média dos coeficientes de concordância (Kappa)						0,367

NNS – Necessidade Não-satisfeita. OP – Outra pontuação. * Coeficiente Kapa calculado com a atribuição do valor mínimo (1) na(s) célula(s) da tabela 2x2 com valor de zero

Tabela 4 - Variáveis Sociodemográficas dos reclusos condenados (RCs) e preventivos (RPs)

Variáveis Sociodemográficas (n=114)	Categorias	RCs (0) (n=77)		RPs (1) (n=37)		Valor p (Qui-quadrado)	Odds ratio (IC 95%)
		n	%	n	%		
Género	Feminino (0)	25	32,5%	10	27,0%	0,555	1,298 (0,545-3,093)
	Masculino (1)	52	67,5%	27	73,0%		
Estado Civil	Solteiro	48	62,3%	21	56,8%	0,568	0,793 (0,357-1,760)
	Casado/União de facto	16	20,8%	8	21,6%		
	Divorciado	10	13,0%	7	18,9%		
	Viúvo	3	3,9%	1	2,7%		
	Outro Estado civil (0)	29	37,7%	16	43,2%	0,918	1,017 (0,741-1,396)
	Solteiro (1)	48	62,3%	21	56,8%		
	Outro Estado civil (0)	61	79,2%	29	78,4%	0,918	1,017 (0,741-1,396)
	Casado/União de facto (1)	16	20,8%	8	21,6%		
Nacionalidade	Portuguesa	61	79,2%	26	70,3%	0,293	0,620 (0,253-1,516)
	País Lusófono	8	10,4%	9	24,3%		
	País CE	5	6,5%	2	5,4%		
	Outro	3	3,9%	0	0,0%		
	Não Portuguesa (0)	16	20,8%	11	29,7%		
	Portuguesa (1)	61	79,2%	26	70,3%		
Habilitações Escolares	<1º ciclo	12	15,6%	4	10,8%	0,265	1,568 (0,710-3,464)
	1º ciclo	24	31,2%	9	24,3%		
	2º ciclo	12	15,6%	6	16,2%		
	3º ciclo	18	23,4%	8	21,6%		
	Secundário	8	10,4%	7	18,9%		
	Ensino superior	3	3,9%	3	8,1%		
	Sem esc. obrigatória (0)	48	62,3%	19	51,4%		
	Com esc. obrigatória (1)	29	37,7%	18	48,6%		
Agregado Familiar	Sozinho	10	13,0%	7	18,9%	0,405	1,563 (0,543-4,501)
	Cônjuge/companheiro(a)	34	44,2%	15	40,5%		
	Com progenitores	30	39,0%	9	24,3%		
	Com outras pessoas	3	3,9%	6	16,2%		
	Acompanhado (0)	67	87,0%	30	81,1%		
	Sozinho (1)	10	13,0%	7	18,9%		
Cuidador Informal	Ausente	12	15,6%	10	27,0%	0,147	0,498 (0,192-1,291)
	Cônjuge/companheiro(a)	31	40,3%	13	35,1%		
	Progenitor	31	40,3%	8	21,6%		
	Outra pessoa	3	3,9%	6	16,2%		
	Ausente (0)	12	15,6%	10	27,0%		
	Presente (1)	65	84,4%	27	73,0%		

Variáveis Sociodemográficas (n=114)	Categorias	RCs (0) (n=77)		RPs (1) (n=37)		Valor p (Qui-quadrado)	Odds ratio (IC 95%)
		n	%	n	%		
Alojamento	Próprio(a)	32	41,6%	17	45,9%	0,658	1,195 (0,543-2,633)
	Família/amigos	39	50,6%	16	43,2%		
	S. Social ou outra entidade	3	3,9%	0	0,0%		
	Sem abrigo	1	1,3%	1	2,7%		
	Pensão	2	2,6%	3	8,1%		
	Outra situação (0)	45	58,4%	20	54,1%		
	Próprio(a) (1)	32	41,6%	17	45,9%		
Situação Laboral	Desempregado	30	39,0%	12	32,4%	0,599	1,244 (0,551-2,809)
	Emprego a tempo parcial	10	13,0%	6	16,2%		
	Emprego a tempo inteiro	36	46,8%	18	48,6%		
	Reformado	1	1,3%	1	2,7%		
	Inactiva (0)	31	40,3%	13	35,1%		
	Activa (1)	46	59,7%	24	64,9%		
Fontes de Rendimento ^a	Trabalho	51	66,2%	26	70,3%	0,666	1,205 (0,516-2,815)
	Familiares	12	20,0%	6	13,9%		
	Subsídio S. Social	6	20,0%	6	6,3%		
	Outra fonte/ ilícita	57	60,0%	15	64,6%		
	Reforma	0	2,9%	1	1,3%		
	Outra (0)	26	33,8%	11	29,7%		
	Trabalho (1)	51	66,2%	26	70,3%		
Região da Residência Habitual	Região Norte	8	10,4%	5	13,5%	0,248	0,595 (0,246-1,442)
	Região Centro	3	3,9%	6	16,2%		
	Região Sul	59	76,6%	24	64,9%		
	Região Autónomas	3	3,9%	1	2,7%		
	Outra (fora do País)	4	5,2%	1	2,7%		
Distância à Residência Habitual	<150km (0)	50	64,9%	28	75,7%	0,572	0,783 (0,336-1,826)
	>150 km (1)	27	35,1%	9	24,3%		
Distância aos Familiares/Amigos	<150km (0)	50	64,9%	26	70,3%	0,572	0,783 (0,336-1,826)
	>150 km (1)	27	35,1%	11	29,7%		

(0)– Categoria de referência nas comparações. ^a Pode existir mais do que uma possibilidade.

Tabela 5 - Variáveis Clínicas Catoriais dos RCs e RPs

Variáveis Clínicas (n=114)	Categorias	RCs (0) (n=77)		RPs (1) (n=37)		Valor p (Qui- quadrado/*T. Exacto de Fisher)	Odds ratio (I.C. 95%)
		n	%	n	%		
Contacto c/ Psiquiatria no Ano Anterior à Detenção	Ausente (0)	58	75,3%	29	78,4%	0,720	0,842 (0,329-2,153)
	Presente (1)	19	24,7%	8	21,6%		
Utilização de Serviço(s) Psiquiátrico(s) ao Longo da Vida ^a	Consultas	46	59,7%	18	48,6%	n.s.*	
	Hospital de dia	1	1,3%	1	2,7%		
	Forum sócio-ocupacional	1	1,3%	0	0,0%		
	Formação profissional protegida	3	8,6%	0	0,0%		
	Visitas domiciliárias	0	0,0%	0	0,0%		
	CAT	14	18,2%	4	10,8%		
	Comunidade Terapêutica	14	18,2%	4	10,8%		
	Outro(s)	1	1,3%	1	2,7%		
	Ausente (0)	23	29,9%	16	43,2%	0,159	0,559 (0,248-1,261)
	Presente (1)	54	70,1%	21	56,8%		
Tratamento(s) Psiquiátrico(s) ao Longo da Vida ^a	Comprimidos	53	68,8%	19	51,4%	n.s.*	
	Injecção periódica	4	5,2%	2	5,4%		
	Electroterapia	2	2,6%	0	0,0%		
	Psicoterapia individual	16	20,8%	2	5,4%		
	Psicoterapia de grupo	1	1,3%	0	0,0%		
	Psicoeducação	1	1,3%	0	0,0%		
	Intervenção familiar	2	2,6%	0	0,0%		
	Outro	1	1,3%	1	2,7%		
	Ausente (0)	20	26,0%	17	45,9%	0,033	0,413 (0,181-0,940)
	Presente (1)	57	74,0%	20	54,1%		
Motivo de referência actual para a Psiquiatria	Psicopatologia	37	48,1%	26	70,3%	n.s.*	
	Risco para o próprio	28	36,4%	5	13,5%		
	Desabituação de droga	8	10,4%	4	10,8%		
	Outros	4	5,2%	2	5,4%		
	Outro motivo (0)	49	63,6%	32	86,5%	0,012	0,273 (0,096-0,782)
	Risco para o próprio (1)	28	36,4%	5	13,5%		
Internamentos Psiquiátricos Cíveis Anteriores	Nenhum	64	83,1%	33	89,2%	n.s.*	
	1	8	10,4%	4	10,8%		
	2 a 5	4	5,2%	0	0,0%		
	>5	1	1,3%	0	0,0%		
Internamentos	Nenhum	37	48,1%	32	86,5%	0,001	

Variáveis Clínicas (n=114)	Categorias	RCs (0) (n=77)		RPs (1) (n=37)		Valor p (Qui- quadrado/*T. Exacto de Fisher)	Odds ratio (I.C. 95%)
		n	%	n	%		
Psiquiátricos na Prisão	1	13	16,9%	3	8,1%		
	2 a 5	20	26,0%	1	2,7%		
	>5	7	9,1%	1	2,7%		
Diagnóstico clínico	Esquizofrenia	1	1,3%	0	0,0%		
	Perturbação Bipolar – episódio mania	1	1,3%	2	5,4%		
	Perturbação bipolar – episódio depressivo	0	0,0%	1	2,7%		
	Depressão unipolar	47	61,0%	20	54,1%		
	Outras psicoses	4	5,2%	3	8,1%		
	Perturbação da ansiedade/neurose	5	6,5%	6	16,2%		
	Perturbação da Personalidade	13	16,9%	2	5,4%		
	Dependência química	6	7,8%	3	8,1%		
	Outro diagnóstico (0)	30	39,0%	17	45,9%	0,478	0,751 (0,340-1,659)
	Depressão unipolar (1)	47	61,0%	20	54,1%		
	Outro diagnóstico (0)	64	83,1%	35	94,6%	0,138*	0,281 (0,060-1,318)
	Perturbação da Personalidade (1)	13	16,9%	2	5,4%		
	Ausente (0)	35	76,1%	20	76,9%	0,936	0,955 (0,306-2,974)
Presente (1)	11	23,9%	6	23,1%			
Medicação Actual ^a	Antipsicótico	42	54,5%	12	32,4%	0,027	
	Antidepressivo	19	24,7%	11	29,7%	n.s.	
	Estabilizador do humor	33	42,9%	7	18,9%	0,012	
	Ansiolíticos	29	37,7%	22	59,5%	0,028	
	Hipnóticos	13	16,9%	1	2,7%	0,034*	
	Ausente (0)	7	9,1%	5	13,5%	0,471	0,640 (0,189-2,171)
	Presente (1)	70	90,9%	32	86,5%		
Anti-psicóticos ^a	Orais 1ª geração	11	14,3%	4	10,8%	n.s.	
	Orais 2ª geração	33	42,9%	9	24,3%		
	Depot 1ª geração	5	6,5%	1	2,7%		

Tabela 6 - Variáveis relativas ao consumo de substâncias psicoactivas nos RCs e RPs

Variáveis (n=114)	Categorias	RCs (0) (n=77)		RPs (1) (n=37)		Valor p (Qui- quadrado / *T. Exacto de Fischer)	Odds ratio (I.C. 95%)
		n	%	n	%		
Consumos de Substâncias no Mês Prévio à Detenção ^a	Álcool	26	33,8%	8	21,6%	n.s	
	Cannabis	39	50,6%	8	21,6%		
	Heroína	40	51,9%	9	24,3%		
	Cocaína	36	46,8%	11	29,7%		
	Ecstasy	0	0,0%	1	2,7%		
	LSD	2	2,6%	0	0,0%		
	Fármacos sem prescrição	1	1,3%	1	2,7%		
	Outro(s)	3	3,9%	4	10,8%		
	Ausente (0)	20	26,0%	15	40,5%		
	Presente (1)	57	74,0%	22	59,5%		
Consumos de Substâncias no Mês Prévio à Detenção ^a	Outra (0)	38	49,4%	29	78,4%	0,003	0,269 (0,109-0,662)
	Cannabis (1)	39	50,6%	8	21,6%		
	Outra (0)	37	48,1%	28	75,7%	0,005	0,297 (0,124-0,713)
	Heroína (1)	40	51,9%	9	24,3%		
Tratamento(s) Prévio(s) Dirigido(s) ao(s) Consumo(s) ^a	Na prisão	8	10,4%	3	8,1%	n.s	
	Internamento hospitalar civil	8	10,4%	1	2,7%		
	Comunidade terapêutica	14	18,2%	4	10,8%		
	Consulta de Psiquiatria	5	6,5%	1	2,7%		
	Consulta de Psicologia	6	7,8%	3	8,1%		
	CAT	14	18,2%	4	10,8%		
	Outro/desconhecido	7	9,1%	3	8,1%		
	Ausente (0)	19	24,7%	8	21,6%		
	Presente (1)	58	75,3%	29	78,4%		
Consequência(s) do(s) Consumo(s) ^a	Detenção	3	3,9%	2	5,4%	n.s	
	Pena de prisão	48	62,3%	12	32,4%		
	Pessoal	25	32,5%	3	8,1%		
	Familiar	45	58,4%	10	27,0%		
	Outro	4	5,2%	4	8,1%		
	Ausente (0)	23	29,9%	15	40,5%		
	Presente (1)	54	70,1%	22	59,5%		
Consequência(s) do(s) Consumo(s) ^a	Outra (0)	29	37,7%	25	67,6%	0,003	0,290 (0,127-0,664)
	Pena de prisão (1)	48	62,3%	12	32,4%		
	Outra (0)	52	67,5%	34	91,9%	0,005	0,184

Variáveis (n=114)	Categorias	RCs (0) (n=77)		RPs (1) (n=37)		Valor p (Qui- quadrado / *T. Exacto de Fischer)	Odds ratio (I.C. 95%)
		n	%	n	%		
	Pessoal (1)	25	32,5%	3	8,1%	0,002	(0,051-0,656)
	Outra (0)	32	41,6%	27	73,0%		0,263
	Familiar (1)	45	58,4%	10	27,0%		(0,112-0,620)
MINI							
J. Álcool - Dependência/Abuso	Ausente (0)	72	93,5%	32	86,5%	n.s.	
	Presente (1)	5	6,5%	5	13,5%		
K. Outras drogas - Dependência/Abuso ^a	Cannabis	29	37,7%	7	18,9%		
	Cocaína	23	29,9%	10	27,0%		
	Heroína	24	31,2%	8	21,6%		
	Ácidos	4	5,2%	2	5,4%		
	Ausente (0)	35	45,5%	24	64,9%	n.s. (0,052)	
	Presente (1)	42	54,5%	13	35,1%		
CANFOR, pontuação reclusos							
12. Álcool	OP (0)	76	98,7%	36	97,3%	n.s.	
	NNS (1)	1	1,3%	1	2,7%		
13. Drogas	OP (0)	55	71,4%	33	89,2%	0,034	0,303 (0,096–0,956)
	NNS (1)	22	28,6%	4	10,8%		
CANFOR, pontuação técnicos							
12. Álcool	OP (0)	77	100,0%	36	97,3%	n.s.	
	NNS (1)	0	0,0%	1	2,7%		
13. Drogas	OP (0)	51	66,2%	33	89,2%	0,009	0,238 (0,076–0,744)
	NNS (1)	26	33,8%	4	10,8%		

(0)– Categoria de referência nas comparações. ^a - Pode existir mais do que uma possibilidade. NNS- Necessidade Não-satisfeita.
OP- Outra pontuação. n.s.- Valor p>0,05.

Tabela 7 - Categorias Diagnósticas (MINI) pontuadas pelos RCs e RPs

MINI Categorias Diagnósticas (n=114)		RCs (0) (n=77)		RPs (1) (n=37)		Valor p (Qui- quadrado / *T. Exacto de Fischer)	Odds ratio (I.C. 95%)
		n	%	n	%		
A. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAJOR	Ausente (0)	36	46,8%	14	37,8%	0,369	1,443 (0,647-3,214)
	Presente (1)	41	53,2%	23	62,2%		
A1. E.D.M. c/características melancólicas	Ausente (0)	62	80,5%	29	78,4%	0,79	1,14 (0,435-2,992)
	Presente (1)	15	19,5%	8	21,6%		
B. DISTIMIA	Ausente (0)	69	89,6%	36	97,3%	0,267*	0,24 (0,029-1,991)
	Presente (1)	8	10,4%	1	2,7%		
C. RISCO DE SUICÍDIO	Nulo	39	50,6%	23	62,2%	0,050	0,409 (0,166-1,012)
	Reduzido	5	6,5%	5	13,5%		
	Moderado	4	5,2%	2	5,4%		
	Elevado	27	35,1%	7	18,9%		
	Nulo/Reduzido (0)	46	59,7%	29	78,4%		
	Moderado/Elev ado (1)	31	40,3%	8	21,6%		
D. EPISÓDIO (HIPO) MANÍACO	Ausente (0)	70	90,9%	33	89,2%	0,746*	1,212 (0,332-4,431)
	Presente (1)	7	9,1%	4	10,8%		
E. PERTURBAÇÃO DE PÂNICO	Ausente (0)	71	92,2%	33	89,2%	0,725*	1,434 (0,379-5,428)
	Presente (1)	6	7,8%	4	10,8%		
F. AGORAFOBIA	Ausente (0)	74	96,1%	36	97,3%	1,000*	0,685 (0,069-6,820)
	Presente (1)	3	3,9%	1	2,7%		
G. FOBIA SOCIAL	Ausente (0)	76	98,7%	36	97,3%	0,546*	2,111 (0,128-34,718)
	Presente (1)	1	1,3%	1	2,7%		
H. PERTURBAÇÃO OBSESSIVO- COMPULSIVA	Ausente (0)	74	96,1%	35	94,6%	0,659*	1,410 (0,225-8,820)
	Presente (1)	3	3,9%	2	5,4%		
I. PERTURBAÇÃO DE STRESS PÓS- TRAUMÁTICO	Ausente (0)	63	81,8%	28	75,7%	0,444	1,446 (0,560-3,734)
	Presente (1)	14	18,2%	9	24,3%		
J. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE ÁLCOOL	Ausente (0)	72	93,5%	32	86,5%	0,289*	2,25 (0,609-8,319)
	Presente (1)	5	6,5%	5	13,5%		
K. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE SUBSTÂNCIA(S)	Ausente (0)	35	45,5%	24	64,9%	0,052	0,451 (0,201-1,015)
	Presente (1)	42	54,5%	13	35,1%		
L. SÍNDROME PSICÓTICA	Ausente (0)	64	83,1%	30	81,1%	0,789	1,149 (0,416-3,173)
	Presente (1)	13	16,9%	7	18,9%		
M. ANOREXIA NERVOSA	Ausente (0)	77	100,0%	36	97,3%	0,325*	0,319 (0,243-0,417)
	Presente (1)	0	0,0%	1	2,7%		
N. BULÍMIA NERVOSA	Ausente (0)	76	98,7%	36	97,3%	0,546*	2,111

MINI Categorias Diagnósticas (n=114)	RCs (0) (n=77)		RPs (1) (n=37)		Valor p (Qui- quadrado / *T. Exacto de Fischer)	<i>Odds ratio</i> (I.C. 95%)
	n	%	n	%		
	Presente (1)	1	1,3%	1	2,7%	(0,128-34,718)
O. PERTURBAÇÃO DE ANSIEDADE GENERALIZADA	Ausente (0)	43	55,8%	14	37,8%	0,072 (0,931-4,635)
	Presente (1)	34	44,2%	23	62,2%	
P. PERTURBAÇÃO ANTI-SOCIAL DA PERSONALIDADE	Ausente (0)	24	31,2%	24	64,9%	0,001 (0,107-0,562)
	Presente (1)	53	68,8%	13	35,1%	

(0) – Categoria de referência nas comparações.

Tabela 8 - Pontuações de Necessidade (Secção 1) nos domínios CANFOR dos RCs e RPs

CANFOR domínios pontuados pelos reclusos (n=114)		RCs (n=77)		RPs (n=37)	
		n	%	n	%
1. Alojamento	Sem necessidade	2	2,6%	3	8,1%
	Necessidade satisfeita	0	,0%	0	,0%
	Necessidade não-satisfeita	2	2,6%	1	2,7%
	Não se aplica/desconhecido	73	94,8%	33	89,2%
2. Alimentação	Sem necessidade	3	3,9%	5	13,5%
	Necessidade satisfeita	0	,0%	1	2,7%
	Necessidade não-satisfeita	1	1,3%	0	,0%
	Não se aplica/desconhecido	73	94,8%	31	83,8%
3. Cuidados Com o Alojamento	Sem necessidade	70	90,9%	36	97,3%
	Necessidade satisfeita	6	7,8%	1	2,7%
	Necessidade não-satisfeita	1	1,3%	0	,0%
	Não se aplica/desconhecido	0	,0%	0	,0%
4. Cuidados Pessoais	Sem necessidade	67	87,0%	34	91,9%
	Necessidade satisfeita	9	11,7%	3	8,1%
	Necessidade não-satisfeita	1	1,3%	0	,0%
	Não se aplica/desconhecido	0	,0%	0	,0%
5. Actividades Diárias	Sem necessidade	21	27,3%	8	21,6%
	Necessidade satisfeita	19	24,7%	9	24,3%
	Necessidade não-satisfeita	37	48,1%	20	54,1%
	Não se aplica/desconhecido	0	,0%	0	,0%
6. Saúde Física	Sem necessidade	41	53,2%	21	56,8%
	Necessidade satisfeita	22	28,6%	8	21,6%
	Necessidade não-satisfeita	14	18,2%	8	21,6%
	Não se aplica/desconhecido	0	,0%	0	,0%
7. Sintomas Psicóticos	Sem necessidade	46	59,7%	28	75,7%
	Necessidade satisfeita	19	24,7%	3	8,1%
	Necessidade não-satisfeita	8	10,4%	5	13,5%
	Não se aplica/desconhecido	4	5,2%	1	2,7%
8. Informação Sobre a Doença e Tratamento	Sem necessidade	25	32,5%	20	54,1%
	Necessidade satisfeita	13	16,9%	5	13,5%
	Necessidade não-satisfeita	39	50,6%	12	32,4%
	Não se aplica/desconhecido	0	,0%	0	,0%
9. Sofrimento Psicológico	Sem necessidade	9	11,7%	7	18,9%
	Necessidade satisfeita	17	22,1%	9	24,3%
	Necessidade não-satisfeita	51	66,2%	21	56,8%
	Não se aplica/desconhecido	0	,0%	0	,0%
10. Segurança Para o Próprio	Sem necessidade	31	40,3%	25	67,6%
	Necessidade satisfeita	11	14,3%	3	8,1%
	Necessidade não-satisfeita	35	45,5%	9	24,3%
	Não se aplica/desconhecido	0	,0%	0	,0%
11. Segurança Para os Outros (excluindo crimes sexuais e fogo posto)	Sem necessidade	52	67,5%	32	88,9%
	Necessidade satisfeita	10	13,0%	2	5,6%
	Necessidade não-satisfeita	13	16,9%	2	5,6%
	Não se aplica/desconhecido	2	2,6%	0	,0%
12. Álcool	Sem necessidade	73	94,8%	35	94,6%
	Necessidade satisfeita	0	,0%	0	,0%
	Necessidade não-satisfeita	0	,0%	1	2,7%
	Não se aplica/desconhecido	4	5,2%	1	2,7%
13. Drogas	Sem necessidade	42	54,5%	27	73,0%
	Necessidade satisfeita	4	5,2%	2	5,4%
	Necessidade não-satisfeita	22	28,6%	4	10,8%
	Não se aplica/desconhecido	9	11,7%	4	10,8%
14. Contactos Sociais	Sem necessidade	35	45,5%	21	56,8%
	Necessidade satisfeita	7	9,1%	2	5,4%
	Necessidade não-satisfeita	34	44,2%	14	37,8%
	Não se aplica/desconhecido	1	1,3%	0	,0%
15. D. Não Aplicável	Sem necessidade	44	57,1%	24	64,9%

CANFOR domínios pontuados pelos reclusos (n=114)		RCs (n=77)		RPs (n=37)	
		n	%	n	%
	Necessidade satisfeita	1	1,3%	0	,0%
	Necessidade não-satisfeita	32	41,6%	13	35,1%
	Não se aplica/desconhecido	0	,0%	0	,0%
16. Relacionamento Sexual	Sem necessidade	27	35,1%	11	29,7%
	Necessidade satisfeita	0	,0%	0	,0%
	Necessidade não-satisfeita	49	63,6%	26	70,3%
	Não se aplica/desconhecido	1	1,3%	0	,0%
17. Cuidados Parentais	Sem necessidade	5	6,5%	4	10,8%
	Necessidade satisfeita	12	15,6%	5	13,5%
	Necessidade não-satisfeita	27	35,1%	15	40,5%
	Não se aplica/desconhecido	33	42,9%	13	35,1%
18. Literacia Básica	Sem necessidade	60	77,9%	33	89,2%
	Necessidade satisfeita	12	15,6%	1	2,7%
	Necessidade não-satisfeita	5	6,5%	3	8,1%
	Não se aplica/desconhecido	0	,0%	0	,0%
19. Telefone	Sem necessidade	55	71,4%	33	89,2%
	Necessidade satisfeita	14	18,2%	1	2,7%
	Necessidade não-satisfeita	8	10,4%	3	8,1%
	Não se aplica/desconhecido	0	,0%	0	,0%
20. Utilização de Transportes	Sem necessidade	4	5,2%	4	10,8%
	Necessidade satisfeita	0	,0%	0	,0%
	Necessidade não-satisfeita	0	,0%	0	,0%
	Não se aplica/desconhecido	73	94,8%	33	89,2%
21. Dinheiro	Sem necessidade	58	75,3%	34	91,9%
	Necessidade satisfeita	7	9,1%	2	5,4%
	Necessidade não-satisfeita	7	9,1%	1	2,7%
	Não se aplica/desconhecido	5	6,5%	0	,0%
22. Subsídios Sociais	Sem necessidade	10	13,0%	14	37,8%
	Necessidade satisfeita	1	1,3%	1	2,7%
	Necessidade não-satisfeita	62	80,5%	21	56,8%
	Não se aplica/desconhecido	4	5,2%	1	2,7%
23. Tratamento	Sem necessidade	55	71,4%	32	86,5%
	Necessidade satisfeita	13	16,9%	3	8,1%
	Necessidade não-satisfeita	8	10,4%	1	2,7%
	Não se aplica/desconhecido	1	1,3%	1	2,7%
24. Crimes Sexuais	Sem necessidade	1	1,3%	1	2,7%
	Necessidade satisfeita	1	1,3%	2	5,4%
	Necessidade não-satisfeita	0	,0%	2	5,4%
	Não se aplica/desconhecido	75	97,4%	32	86,5%
25. Fogo Posto	Sem necessidade	1	1,3%	1	2,7%
	Necessidade satisfeita	1	1,3%	1	2,7%
	Necessidade não-satisfeita	1	1,3%	2	5,4%
	Não se aplica/desconhecido	74	96,1%	33	89,2%

Tabela 9 - Pontuações de Necessidade Não-satisfeita nos domínios CANFOR dos RCs e RPs

CANFOR domínios pontuados pelos reclusos (n=114)		RCs (0) (n=77)		RPs (1) (n=37)		Valor p (Qui- quadrado/ *T. Exacto de Fischer)	Odds Ratio (IC 95%)
		n	%	n	%		
1. Alojamento	OP (0)	74	96,1%	36	97,3%	1,000*	0,685 (0,069-6,820)
	NNS (1)	3	3,9%	1	2,7%		
2. Alimentação	OP (0)	75	97,4%	37	100,0%	1,000*	0,670 (0,588-0,763)
	NNS (1)	2	2,6%	0	0,0%		
3. Cuidados Com o Alojamento	OP (0)	75	97,4%	37	100,0%	1,000*	0,670 (0,588-0,763)
	NNS (1)	2	2,6%	0	0,0%		
4. Cuidados Pessoais	OP (0)	75	97,4%	37	100,0%	1,000*	0,670 (0,588-0,763)
	NNS (1)	2	2,6%	0	0,0%		
5. Actividades Diárias	OP (0)	40	51,9%	17	45,9%	0,548	1,272 (0,580-2,791)
	NNS (1)	37	48,1%	20	54,1%		
6. Saúde Física	OP (0)	63	81,8%	29	78,4%	0,663	1,241 (0,469-3,287)
	NNS (1)	14	18,2%	8	21,6%		
7. Sintomas Psicóticos	OP (0)	69	89,6%	32	86,5%	0,754*	1,348 (0,409-4,445)
	NNS (1)	8	10,4%	5	13,5%		
8. Informação Sobre a Doença e Tratamento	OP (0)	38	49,4%	25	67,6%	0,067	0,468 (0,206-1,063)
	NNS (1)	39	50,6%	12	32,4%		
9. Sofrimento Psicológico	OP (0)	26	33,8%	16	43,2%	0,326	0,669 (0,3-1,495)
	NNS (1)	51	66,2%	21	56,8%		
10. Segurança Para o Próprio	OP (0)	42	54,5%	28	75,7%	0,030	0,386 (0,161-0,925)
	NNS (1)	35	45,5%	9	24,3%		
11. Segurança Para os Outros	OP (0)	64	83,1%	35	94,6%	0,138*	0,281 (0,6-1,318)
	NNS (1)	13	16,9%	2	5,4%		
12. Álcool	OP (0)	76	98,7%	36	97,3%	0,546*	2,111 (0,128-34,718)
	NNS (1)	1	1,3%	1	2,7%		
13. Drogas	OP (0)	55	71,4%	33	89,2%	0,034	0,303 (0,096-0,956)
	NNS (1)	22	28,6%	4	10,8%		
14. Contactos Sociais	OP (0)	43	55,8%	23	62,2%	0,522	0,770 (0,345-1,717)
	NNS (1)	34	44,2%	14	37,8%		
15. Relações Afectivas Com Parceiro(a)	OP (0)	45	58,4%	24	64,9%	0,511	0,762 (0,338-1,717)
	NNS (1)	32	41,6%	13	35,1%		
16. Relacionamento Sexual	OP (0)	28	36,4%	11	29,7%	0,485	1,351 (0,581-3,142)
	NNS (1)	49	63,6%	26	70,3%		
17. Cuidados Parentais	OP (0)	50	64,9%	22	59,5%	0,570	1,263 (0,564-2,827)
	NNS (1)	27	35,1%	15	40,5%		
	OP (0)	72	93,5%	34	91,9%	0,713*	1,271

CANFOR domínios pontuados pelos reclusos (n=114)		RCs (0) (n=77)		RPs (1) (n=37)		Valor p (Qui- quadrado/ *T. Exacto de Fischer)	Odds Ratio (IC 95%)
		n	%	n	%		
18. Literacia Básica	NNS (1)	5	6,5%	3	8,1%		(0,287-5,628)
19. Telefone	OP (0)	69	89,6%	34	91,9%	1,000*	0,761
	NNS (1)	8	10,4%	3	8,1%		(0,19-3,052)
20. Utilização de Transportes	OP (0)	75	97,4%	36	97,3%	1,000*	1,042
	NNS (1)	2	2,6%	1	2,7%		(0,091-11,869)
21. Dinheiro	OP (0)	70	90,9%	36	97,3%	0,272*	0,278
	NNS (1)	7	9,1%	1	2,7%		(0,33-2,346)
22. Benefícios Sociais	OP (0)	15	19,5%	16	43,2%	0,008	0,318
	NNS (1)	62	80,5%	21	56,8%		(0,134-0,751)
23. Tratamento	OP (0)	69	89,6%	36	97,3%	0,267*	0,24
	NNS (1)	8	10,4%	1	2,7%		(0,029-1,991)
24. Crimes Sexuais	OP (0)	76	98,7%	35	94,6%	0,246*	4.343
	NNS (1)	1	1,3%	2	5,4%		(0,381-49,509)
25. Fogo Posto	OP (0)	75	97,4%	35	94,6%	0,594*	2.143
	NNS (1)	2	2,6%	2	5,4%		(0,29-15,843)

NNS – Necessidade Não-satisfeita. OP – Outra pontuação. (0) – Categoria de referência nas comparações.

Tabela 10 - Pontuações totais nas secções do CANFOR dos RCs e RPs

CANFOR Secções, pontuação dos reclusos	RCs =77 RPs =37	Mín.	Máx.	Mediana	Média	Testes de Normalidade*	Valor p**
Número de Nec. Satisfeitas	RCs	0	8	2	2,7	Não assumido	n.s.
	RPs	0	7	2	2,4	Não assumido	
Número de Nec. Não Satisfeitas	RCs	1	10	6	5,7	Não assumido	n.s.
	RPs	1	11	6	5,8	Não assumido	
Número de Necessidades Totais	RCs	2	16	8	8,3	Não assumido	n.s.
	RPs	2	15	9	8,2	Não assumido	
Ajuda Informal Recebida	RCs	0	18	5	6,2	Não assumido	n.s.
	RPs	1	18	5	6,2	Não assumido	
Ajuda Formal Recebida	RCs	0	15	5	5,6	Não assumido	n.s.
	RPs	0	14	5	5,6	Assumido	
Ajuda Formal Necessária	RCs	3	41	19	18,0	Assumido	n.s.
	RPs	0	29	20	17,5	Assumido	
Satisfação	RCs	0	9	2	2,8	Não assumido	n.s.
	RPs	0	5	2	2,4	Não assumido	

* Testes de Kolmogorov-Smirnof e Shapiro-Wilks. **Teste Mann-Whitney. n.s.- Valor $p > 0,05$

Tabela 11 -- Pontuações de Necessidade (Secção 1) nos domínios CANFOR dos técnicos dos RCs e RPs

CANFOR domínios pontuados pelos técnicos (n=114)		RCs (n=77)		RPs (n=37)	
		n	%	n	%
		1. Alojamento	Sem necessidade	1	1,3%
	Necessidade satisfeita	2	2,6%	1	2,7%
	Necessidade não-satisfeita	0	,0%	2	5,4%
	Não se aplica/desconhecido	74	96,1%	31	83,8%
2. Alimentação	Sem necessidade	3	3,9%	6	16,2%
	Necessidade satisfeita	0	,0%	0	,0%
	Necessidade não-satisfeita	0	,0%	0	,0%
	Não se aplica/desconhecido	74	96,1%	31	83,8%
3. Cuidados Com o Alojamento	Sem necessidade	55	71,4%	29	78,4%
	Necessidade satisfeita	19	24,7%	7	18,9%
	Necessidade não-satisfeita	3	3,9%	0	,0%
	Não se aplica/desconhecido	0	,0%	1	2,7%
4. Cuidados Pessoais	Sem necessidade	62	80,5%	29	78,4%
	Necessidade satisfeita	12	15,6%	8	21,6%
	Necessidade não-satisfeita	3	3,9%	0	,0%
	Não se aplica/desconhecido	0	,0%	0	,0%
5. Actividades Diárias	Sem necessidade	36	46,8%	12	32,4%
	Necessidade satisfeita	18	23,4%	11	29,7%
	Necessidade não-satisfeita	23	29,9%	14	37,8%
	Não se aplica/desconhecido	0	,0%	0	,0%
6. Saúde Física	Sem necessidade	45	58,4%	20	54,1%
	Necessidade satisfeita	20	26,0%	10	27,0%
	Necessidade não-satisfeita	7	9,1%	3	8,1%
	Não se aplica/desconhecido	5	6,5%	4	10,8%
7. Sintomas Psicóticos	Sem necessidade	59	76,6%	27	73,0%
	Necessidade satisfeita	14	18,2%	4	10,8%
	Necessidade não-satisfeita	3	3,9%	2	5,4%
	Não se aplica/desconhecido	1	1,3%	4	10,8%
8. Informação Sobre a Doença e Tratamento	Sem necessidade	55	71,4%	24	64,9%
	Necessidade satisfeita	17	22,1%	8	21,6%
	Necessidade não-satisfeita	4	5,2%	4	10,8%
	Não se aplica/desconhecido	1	1,3%	1	2,7%
9. Sofrimento Psicológico	Sem necessidade	18	23,4%	9	24,3%
	Necessidade satisfeita	24	31,2%	8	21,6%
	Necessidade não-satisfeita	35	45,5%	20	54,1%
	Não se aplica/desconhecido	0	,0%	0	,0%

CANFOR domínios pontuados pelos técnicos (n=114)		RCs (n=77)		RPs (n=37)	
		n	%	n	%
		10. Segurança Para o Próprio	Sem necessidade	40	51,9%
	Necessidade satisfeita	16	20,8%	5	13,5%
	Necessidade não-satisfeita	19	24,7%	8	21,6%
	Não se aplica/desconhecido	2	2,6%	0	,0%
11. Segurança Para os Outros (excluindo crimes sexuais e fogo posto)	Sem necessidade	52	67,5%	30	81,1%
	Necessidade satisfeita	7	9,1%	2	5,4%
	Necessidade não-satisfeita	18	23,4%	5	13,5%
	Não se aplica/desconhecido	0	,0%	0	,0%
12. Álcool	Sem necessidade	51	66,2%	23	62,2%
	Necessidade satisfeita	2	2,6%	0	,0%
	Necessidade não-satisfeita	0	,0%	1	2,7%
	Não se aplica/desconhecido	24	31,2%	13	35,1%
13. Drogas	Sem necessidade	25	32,5%	23	62,2%
	Necessidade satisfeita	0	,0%	0	,0%
	Necessidade não-satisfeita	26	33,8%	4	10,8%
	Não se aplica/desconhecido	26	33,8%	10	27,0%
14. Contactos Sociais	Sem necessidade	46	59,7%	16	43,2%
	Necessidade satisfeita	9	11,7%	1	2,7%
	Necessidade não-satisfeita	21	27,3%	19	51,4%
	Não se aplica/desconhecido	1	1,3%	1	2,7%
15. Relações Afectivas Com Parceiro(a)	Sem necessidade	31	40,3%	24	64,9%
	Necessidade satisfeita	6	7,8%	0	,0%
	Necessidade não-satisfeita	15	19,5%	9	24,3%
	Não se aplica/desconhecido	25	32,5%	4	10,8%
16. Relacionamento Sexual	Sem necessidade	13	16,9%	9	24,3%
	Necessidade satisfeita	0	,0%	0	,0%
	Necessidade não-satisfeita	62	80,5%	25	67,6%
	Não se aplica/desconhecido	2	2,6%	3	8,1%
17. Cuidados Parentais	Sem necessidade	17	22,1%	10	27,0%
	Necessidade satisfeita	4	5,2%	0	,0%
	Necessidade não-satisfeita	18	23,4%	16	43,2%
	Não se aplica/desconhecido	38	49,4%	11	29,7%
18. Literacia Básica	Sem necessidade	66	85,7%	28	75,7%
	Necessidade satisfeita	3	3,9%	2	5,4%
	Necessidade não-satisfeita	3	3,9%	4	10,8%
	Não se aplica/desconhecido	5	6,5%	3	8,1%
19. Telefone	Sem necessidade	71	92,2%	37	100,0%
	Necessidade satisfeita	5	6,5%	0	,0%

CANFOR domínios pontuados pelos técnicos (n=114)		RCs (n=77)		RPs (n=37)	
		n	%	n	%
	Necessidade não-satisfeita	0	,0%	0	,0%
	Não se aplica/desconhecido	1	1,3%	0	,0%
20. Utilização de Transportes	Sem necessidade	4	5,2%	4	10,8%
	Necessidade satisfeita	0	,0%	0	,0%
	Necessidade não-satisfeita	0	,0%	0	,0%
	Não se aplica/desconhecido	73	94,8%	33	89,2%
21. Dinheiro	Sem necessidade	53	68,8%	28	75,7%
	Necessidade satisfeita	2	2,6%	1	2,7%
	Necessidade não-satisfeita	10	13,0%	2	5,4%
	Não se aplica/desconhecido	12	15,6%	6	16,2%
22. Subsídios Sociais	Sem necessidade	11	14,3%	15	40,5%
	Necessidade satisfeita	3	3,9%	0	,0%
	Necessidade não-satisfeita	5	6,5%	3	8,1%
	Não se aplica/desconhecido	58	75,3%	19	51,4%
23. Tratamento	Sem necessidade	56	72,7%	29	78,4%
	Necessidade satisfeita	10	13,0%	4	10,8%
	Necessidade não-satisfeita	8	10,4%	1	2,7%
	Não se aplica/desconhecido	3	3,9%	3	8,1%
24. Crimes Sexuais	Sem necessidade	0	,0%	0	,0%
	Necessidade satisfeita	1	1,3%	0	,0%
	Necessidade não-satisfeita	0	,0%	4	10,8%
	Não se aplica/desconhecido	76	98,7%	33	89,2%
25. Fogo Posto	Sem necessidade	0	,0%	3	8,1%
	Necessidade satisfeita	0	,0%	0	,0%
	Necessidade não-satisfeita	0	,0%	1	2,7%
	Não se aplica/desconhecido	77	100,0%	33	89,2%

Tabela 12 - Pontuação de Necessidade Não-satisfeita nos domínios CANFOR dos técnicos dos RCs e RCs

CANFOR, domínios pontuados pelos técnicos (n=114)		RCs (0) (n=77)		RPs (1) (n=37)		Valor p (Qui- quadrado/ *T. Exacto de Fischer)	Odds Ratio (IC 95%)
		n	%	n	%		
1. Alojamento	OP (0)	77	100,0%	35	94,6%	0,103*	0,313 (0,237-0,411)
	NNS (1)	0	0,0%	2	5,4%		
2. Alimentação	OP (0)	76	98,7%	37	100,0%	1,000*	0,673 (0,591-0,765)
	NNS (1)	1	1,3%	0	0,0%		
3. Cuidados Com o Alojamento	OP (0)	73	94,8%	37	100,0%	0,302*	0,664 (0,581-0,758)
	NNS (1)	4	5,2%	0	0,0%		
4. Cuidados Pessoais	OP (0)	74	96,1%	37	100,0%	0,550*	0,667 (0,584-0,760)
	NNS (1)	3	3,9%	0	0,0%		
5. Actividades Diárias	OP (0)	54	70,1%	23	62,2%	0,395	1,429 (0,627-3,259)
	NNS (1)	23	29,9%	14	37,8%		
6. Saúde Física	OP (0)	70	90,9%	34	91,9%	1,000*	0,882 (0,215-3,626)
	NNS (1)	7	9,1%	3	8,1%		
7. Sintomas Psicóticos	OP (0)	74	96,1%	35	94,6%	0,659*	1,41 (0,225-8,820)
	NNS (1)	3	3,9%	2	5,4%		
8. Informação Sobre a Doença e Tratamento	OP (0)	73	94,8%	33	89,2%	0,434*	2,212 (0,521-9,389)
	NNS (1)	4	5,2%	4	10,8%		
9. Sofrimento Psicológico	OP (0)	42	54,5%	17	45,9%	0,390	1,412 (0,643-3,101)
	NNS (1)	35	45,5%	20	54,1%		
10. Segurança Para o Próprio	OP (0)	58	75,3%	29	78,4%	0,720	0,842 (0,329-2,153)
	NNS (1)	19	24,7%	8	21,6%		
11. Segurança Para os Outros	OP (0)	59	76,6%	32	86,5%	0,219	0,512 (0,174-1,508)
	NNS (1)	18	23,4%	5	13,5%		
12. Álcool	OP (0)	77	100,0%	36	97,3%	0,325*	0,319 (0,243-0,417)
	NNS (1)	0	0,0%	1	2,7%		
13. Drogas	OP (0)	51	66,2%	33	89,2%	0,009	0,238 (0,076-0,744)
	NNS (1)	26	33,8%	4	10,8%		
14. Contactos Sociais	OP (0)	56	72,7%	18	48,6%	0,012	2,815 (1,244-6,370)
	NNS (1)	21	27,3%	19	51,4%		
15. Relações Afectivas Com Parceiro(a)	OP (0)	62	80,5%	28	75,7%	0,553	1,329 (0,519-3,398)
	NNS (1)	15	19,5%	9	24,3%		
16. Relacionamento Sexual	OP (0)	15	19,5%	12	32,4%	0,128	0,504 (0,207-1,227)
	NNS (1)	62	80,5%	25	67,6%		
17. Cuidados Parentais	OP (0)	59	76,6%	21	56,8%	0,030	2,497 (1,081-5,771)
	NNS (1)	18	23,4%	16	43,2%		
	OP (0)	74	96,1%	33	89,2%	0,211*	2,99

CANFOR, domínios pontuados pelos técnicos (n=114)		RCs (0) (n=77)		RPs (1) (n=37)		Valor p (Qui- quadrado/ *T. Exacto de Fischer)	Odds Ratio (IC 95%)
		n	%	n	%		
18. Literacia Básica	NNS (1)	3	3,9%	4	10,8%		(0,633-14,117)
19. Telefone	OP (0)	76	98,7%	37	100,0%	1,000*	0,673 (0,591-0,765)
	NNS (1)	1	1,3%	0	0,0%		
20. Utilização de Transportes	OP (0)	76	98,7%	37	100,0%	1,000*	0,670 (0,588-0,763)
	NNS (1)	1	1,3%	0	0,0%		
21. Dinheiro	OP (0)	67	87,0%	35	94,6%	0,332*	0,383 (0,079-1,844)
	NNS (1)	10	13,0%	2	5,4%		
22. Subsídios Sociais	OP (0)	72	93,5%	34	91,9%	0,713*	1,271 (0,287-5,628)
	NNS (1)	5	6,5%	3	8,1%		
23. Tratamento	OP (0)	69	89,6%	36	97,3%	0,267*	0,24 (0,029-1,991)
	NNS (1)	8	10,4%	1	2,7%		
24. Crimes Sexuais	OP (0)	77	100,0%	33	89,2%	0,01*	0,300 (0,226-0,399)
	NNS (1)	0	0,0%	4	10,8%		
25. Fogo Posto	OP (0)	77	100,0%	36	97,3%	0,325*	0,319 (0,243-0,417)
	NNS (1)	0	0,0%	1	2,7%		

NNS – Necessidade Não-satisfeita. OP – Outra pontuação. (0)– Categoria de referência nas comparações.

Tabela 13 - Pontuações totais nas secções do CANFOR dos técnicos dos RCs e RPs

CANFOR Secções, pontuação dos técnicos	RCs = 77 RPs =37	Mín.	Máx.	Mediana	Média	Testes de Normalidade*	Valor p**
Número de Nec. Satisfeitas	RCs	0	9	2	2,5	Não assumido	n.s.
	RPs	0	6	1	2,1	Não assumido	
Número de Nec. Não Satisfeitas	RCs	0	10	4	5,7	Não assumido	n.s.
	RPs	1	8	4	3,8	Não assumido	
Número de Necessidades Totais	RCs	1	15	6	6,2	Não assumido	n.s.
	RPs	2	12	6	5,9	Não assumido	
Ajuda Informal Recebida	RCs	0	14	3	3,8	Não assumido	n.s.
	RPs	0	10	4	3,6	Assumido	
Ajuda Formal Recebida	RCs	0	19	6	6,7	Não assumido	n.s.
	RPs	0	15	5	6,2	Não assumido	
Ajuda Formal Necessária	RCs	2	30	13	13,4	Assumido	n.s.
	RPs	4	25	13	12,9	Assumido	

* Testes de Kolmogorov-Smirnof e Shapiro-Wilks. **Teste Mann-Whitney. n.s.- Valor p>0,

Tabela 14 - Variáveis sociodemográficas dos reclusos femininos (RF) e masculinos (RM)

Variáveis Sociodemográficas (n=114)		RF (0) (n=35)		RM (1) (n=79)		Valor p (Qui-quadrado/ *T. Fischer)	Odds ratio (IC 95%)
		n	%	n	%		
Estado Civil	Solteiro	16	45,7%	53	67,1%		
	Casado/União de facto	11	31,4%	13	16,5%		
	Divorciado	6	17,1%	11	13,9%		
	Viúvo	2	5,7%	2	2,5%		
	Outro Estado civil (0)	19	54,3%	26	32,9%	0,031	2,421 (1,073-5,463)
	Solteiro (1)	16	45,7%	53	67,1%		
	Outro Estado civil (0)	24	69,6%	66	83,5%	0,07	0,430 (0,170-1,088)
	Casado/União de facto (1)	11	30,4%	13	16,5%		
Nacionalidade	Portuguesa	28	80,0%	59	74,7%		
	País Lusófono	5	14,3%	12	15,2%		
	País CE	1	2,9%	6	7,6%		
	Outra	1	2,9%	2	2,5%		
	Outra (0)	7	20,0%	20	35,3%	0,538	0,737 (0,279-1,948)
	Portuguesa (1)	28	80,0%	59	74,7%		
Habilitações Escolares	<1º ciclo	3	8,6%	13	16,5%		
	1º ciclo	11	31,4%	22	27,8%		
	2º ciclo	6	17,1%	12	15,2%		
	3º ciclo	7	20,0%	19	24,1%		
	Secundário	5	14,3%	10	12,7%		
	Ensino superior	3	8,6%	3	3,8%		
	Sem esc. obrigatória (0)	20	57,1%	47	59,5%		
	Com esc. obrigatória (1)	15	42,9%	32	40,5%		
Agregado Familiar	Sozinho	2	5,7%	15	19,0%		
	Cônjuge/companheiro(a)	20	55,9%	29	36,7%		
	Com progenitores	9	26,5%	30	38,0%		
	Com outras pessoas	4	11,8%	5	6,3%		
	Acompanhado (0)	33	94,3	64	81,0%	0,066	3,867 (0,834-17,932)
	Sozinho (1)	2	5,7%	15	19,0%		
Cuidador Informal	Ausente	5	14,3%	17	21,5%		
	Cônjuge/companheiro(a)	14	40,0%	30	38,0%		
	Progenitor	11	31,4%	28	35,4%		
	Outra pessoa	5	14,3%	4	5,1%		
	Ausente (0)	5	14,3%	17	21,5%	0,367	0,608 (0,205-1,805)
	Presente (1)	32	85,7%	62	78,5%		
Alojamento	Próprio(a)	16	45,7%	33	41,8%		
	Família/amigos	18	51,4%	37	46,8%		

Variáveis Sociodemográficas (n=114)		RF (0) (n=35)		RM (1) (n=79)		Valor p (Qui-quadrado/ *T. Fischer)	Odds ratio (IC 95%)
		n	%	n	%		
	SSocial ou outra entidade	1	2,9%	2	2,5%	0,695	0,852 (0,382-1,899)
	Sem abrigo	0	0,0%	2	2,5%		
	Pensão	0	0,0%	5	6,3%		
	Outra situação (0)						
	Próprio(a) (1)	16	45,7%	33	41,8%		
Situação Laboral	Desempregado	15	42,9%	27	34,2%	0,299	1,534 (0,683-6,445)
	Emprego a tempo parcial	6	17,1%	10	12,7%		
	Emprego a tempo inteiro	13	37,1%	41	51,9%		
	Reformado	1	2,9%	1	1,3%		
	Inactiva (0)	16	45,7%	28	35,4%		
	Activa (1)	29	54,3%	51	64,6%		
Fontes de Rendimento ^a	Trabalho	21	60,0%	56	70,9%	0,252	1,623 (0,706-3,732)
	Familiares	7	20,0%	11	13,9%		
	Subsídio S.Social	7	20,0%	5	6,3%		
	Outra fonte/ ilícita	21	60,0%	51	64,6%		
	Reforma	1	2,9%	1	1,3%		
	Outra (0)	14	40,0%	23	29,1%		
	Trabalho (1)	21	60,0%	56	70,9%		
Região da Residência Habitual	Região Norte	3	8,6%	10	12,7%		
	Região Centro	3	8,6%	6	7,6%		
	Região Sul	28	80,0%	55	69,6%		
	Região Autónomas	0	,0%	4	5,1%		
	Outra (fora do País)	1	2,9%	4	5,1%		
Distância à Residência Habitual	<150km (0)	25	71,4%	53	67,1%	0,646	1,226 (0,513-2,929)
	>150 km (1)	10	28,6%	26	32,9%		
Distância aos Familiares/Amigos	<150km (0)	26	74,3%	50	63,3%	0,251	1,676 (0,691-4,061)
	>150 km (1)	9	25,7%	29	36,7%		

(0) – Categoria de referência nas comparações. ^a Pode existir mais do que uma possibilidade. n.s. – Valor p >0,05

Tabela 15 - Variáveis clínicas dos RF e RM

Variáveis Clínicas (n=114)		RF (0) (n=35)		RM (1) (n=79)		Valor p (Qui- quadrado/ *T. Fischer)	Odds ratio (I.C. 95%)
		n	%	n	%		
Contacto c/ Psiquiatria no Ano Anterior à Detenção	Ausente (0)	28	80,0%	58	73,4%	0,451	1,356 (0,513-5,581)
	Presente (1)	7	20,0%	21	26,6%		
Utilização de Serviços de Psiquiatria ao Longo da Vida	Ausente (0)	13	37,1%	26	32,9%	0,660	1,205 (0,525-2,765)
	Presente (1)	22	62,9%	53	67,1%		
Tipo(s) de Serviço(s) Psiquiátrico(s) Utilizado(s) ao Longo da Vida ^a	Consultas	19	54,3%	45	57,0%	n.s.	
	Hospital de dia	0	0,0%	2	2,5%		
	Forum sócio- ocupacional	1	2,9%	0	0,0%		
	Formação profissional protegida	3	8,6%	0	0,0%		
	Visitas domiciliárias	0	0,0%	0	0,0%		
	CAT	5	14,3%	13	16,5%		
	Comunidade Terapêutica	5	14,3%	13	16,5%		
	Outro	2	5,7%	0	0,0%		
Tratamento Psiquiátrico ao Longo da Vida	Ausente (0)	11	31,4%	26	32,9%	0,876	0,934 (0,398-2,195)
	Presente (1)	24	68,6%	53	67,1%		
Tipo(s) de Tratamento(s) Psiquiátrico(s) ao Longo da Vida ^a	Comprimidos	20	57,1%	52	65,8%	n.s.	
	Injecção periódica	2	5,7%	4	5,1%		
	Electroterapia	1	2,9%	1	1,3%		
	Psicoterapia individual	7	20,0%	11	13,9%		
	Psicoterapia de grupo	0	0,0%	1	1,3%		
	Psicoeducação	1	2,9%	0	0,0%		
	Intervenção familiar	1	2,9%	1	1,3%		
	Outro	2	5,7%	0	0,0%		
Internamentos Psiquiátricos Cíveis Anteriores	Nenhum	31	88,6%	66	83,5%	n.s.	
	1	3	8,6%	9	11,4%		
	2 a 5	1	2,9%	3	3,8%		
	>5	0	0,0%	1	1,3%		
Antecedentes Psiquiátricos na Família (n=72; 42)	Ausente (0)	19	79,2%	36	75,0%	0,695	1,297 (0,388-4,131)
	Presente (1)	5	20,8%	12	25,0%		

Variáveis Clínicas		RF (0) (n=35)		RM (1) (n=79)		Valor p (Qui-	<i>Odds ratio</i> (I.C. 95%)
desconhecidos)							
Motivo de Referência Actual Para a Psiquiatria	Psicopatologia	23	66,7%	40	50,6%	n.s.	
	Risco para o próprio	7	20,0%	26	32,9%		
	Desabituação de droga	3	8,6%	9	11,4%		
	Outros	2	5,7%	4	5,1%		
Internamentos Psiquiátricos na Prisão	Nenhum	24	68,6%	45	57,0%	n.s.	
	1	4	11,4%	12	15,2%		
	2 a 5	7	20,0%	14	17,7%		
	>5	0	0,0%	8	10,1%		
Diagnóstico Clínico	Esquizofrenia	0	0,0%	1	1,3%	0,001	0,192 (0,072-0,513)
	Perturbação bipolar – episódio mania	0	0,0%	3	3,8%		
	Perturbação bipolar – episódio depressivo	0	0,0%	1	1,3%		
	Depressão unipolar	29	82,9%	38	48,1%		
	Outras psicoses	1	2,9%	6	7,6%		
	Perturbação da ansiedade/neurose	2	5,7%	9	11,4%		
	Perturbação da personalidade	0	0,0%	15	19,0%		
	Dependência química	3	8,6%	6	7,6%		
	Outro (0)	6	17,1%	41	51,9%		
	Depressão unipolar (1)	29	82,9%	38	48,1%		
Medicação Actual ^a	Nenhuma	3	8,6%	9	13,4%	n.s.	
	Antipsicótico	15	42,9%	39	49,4%		
	Antidepressivo	10	28,6%	20	25,3%		
	Estabilizador do humor	12	34,3%	28	35,4%		
	Ansiolíticos	19	54,3%	32	40,5%		
	Hipnóticos	3	8,6%	11	13,9%		
Anti-psicóticos ^a	Orais 1ª geração	3	8,6%	12	15,2%	n.s.	
	Orais 2ª geração	13	37,1%	29	36,7%		
	Depot 1ª geração	1	2,9%	5	6,3%		

(0)– Categoria de referência nas comparações. n.s.- Valor p >0,05. ^a - Pode existir mais do que uma possibilidade.

Tabela 16 - Variáveis clínicas de tipo contínuo nos RF e RM

Variáveis Clínicas (n=114)	n	Mín.	Máx.	Mediana	Testes de Normalidade*	Valor p**
Idade no Primeiro Contacto Com Psiquiatria						
RF	35	6	46	25,00	Não assumido	n.s.
RM	79	6	65	27,00	Não assumido	
Anos Decorridos Desde o Primeiro Contacto Com Psiquiatria						
RF	35	1	39	6,00	Não assumido	n.s.
RM	79	1	42	6,00	Não assumido	
Idade no Início do Tratamento Psiquiátrico						
RF	35	12	46	26,00	Não assumido	n.s.
RM	79	6	65	29,00	Não assumido	
Anos Decorridos Desde o Primeiro Tratamento de Psiquiatria						
RF	35	0	32	4,00	Não assumido	n.s.
RM	79	0	42	4,00	Não assumido	

*- Testes de Kolmogorov-Smirnof e Shapiro-Wilks. ** Teste de Mann-Whitney. n.s.- $p > 0,05$. n.a.- Não assumido

Tabela 17 - Variáveis associadas aos consumos de substâncias dos RF e RM

Variáveis Clínicas (n=114)		RF (0) (n=35)		RM (1) (n=79)		Valor p (Qui-quadrado/ *T. Exacto de Fischer)	Odds ratio (I.C. 95%)
		n	%	n	%		
Consumos de Substâncias no Mês Prévio à Detenção ^a	Álcool	7	20,0%	27	34,2%	n.s.	
	Cannabis	12	34,3%	35	44,3%	n.s.	
	Heroína	14	40,0%	35	44,3%	n.s.	
	Cocaína	6	17,1%	41	51,9%	0,001	
	Ecstasy	0	0,0%	1	1,3%	n.s.	
	LSD	0	0,0%	2	2,5%	n.s.	
	Fármacos sem prescrição	1	2,9%	1	1,3%	n.s.	
	Outro(s)	1	2,9%	6	7,6%	n.s.	
	Ausente (0)	17	48,6%	18	22,8%	0,006	3,201 (1,373-7,459)
	Presente (1)	18	51,4%	61	77,2%		
	Outra (0)	29	82,9%	38	48,1%	0,001	5,215 (1,950-13,945)
	Cocaína (1)	6	17,1%	41	51,9%		
Tratamento(s) Prévio(s) Dirigido(s) ao(s) Consumo(s) ^a	Ausente	3	8,6%	24	30,9%		
	Na prisão	6	17,1%	6	7,6%		
	Internamento hospitalar civil	5	14,3%	4	5,1%		
	Comunidade terapêutica	5	14,3%	13	16,5%		
	Consulta de Psiquiatria	6	17,1%	10	12,7%		
	Consulta de Psicologia	6	17,1%	3	3,8%		
	CAT	5	14,3%	13	16,5%		
	Outro/desconhecido	2	5,7%	30	38,0%		
	Ausente (0)	3	8,6%	24	30,9%	0,012	0,215 (0,060-0,770)
	Presente (1)	32	91,4%	55	69,1%		
	Outra (0)	29	82,9%	76	96,2%	0,023*	0,191 (0,045-0,814)
	Consulta de psicologia (1)	6	17,1%	3	3,8%		
Consequência(s) do(s) Consumo(s) ^a	Ausente	20	57,1%	18	22,8%		
	Detenção	2	5,7%	3	3,8%		
	Pena de prisão	12	34,3%	48	60,8%		
	Pessoal	9	25,7%	19	24,1%		
	Familiar	13	37,1%	42	53,2%		
	Outro	1	1,9%	7	8,9%		
	Ausente (0)	20	57,1%	18	22,8%	<0,001	4,519 (1,929-10,585)
	Presente (1)	15	42,9%	61	77,2%		

Variáveis Clínicas (n=114)		RF (0) (n=35)		RM (1) (n=79)		Valor p (Qui-quadrado/ *T. Exacto de Fischer)	Odds ratio (I.C. 95%)
		n	%	n	%		
	Outra (0)	23	65,7%	31	39,2%	0,009	2,968 (1,292-6,815)
	Pena de prisão (1)	12	34,3%	48	60,8%		
MINI							
Álcool - Dependência/Abuso	Ausente (0)	33	94,3%	71	89,9%	0,721*	1,859 (0,374-9,241)
	Presente (1)	2	5,7%	8	10,1%		
Outras drogas - Dependência/Abuso ^a	Ausente	25	71,4%	35	44,3%	0,047	2,289 (1,002 – 5,232)
	Cannabis	7	20,0%	29	36,7%		
	Cocaína	7	20,0%	26	32,9%		
	Heroína	6	17,1%	26	32,9%		
	Ácidos	4	11,4%	2	2,5%		
	Ausente (0)	23	65,7%	36	45,6%		
	Presente (1)	12	34,3%	43	54,4%		
CANFOR, reclusos							
12. Álcool	OP (0)	35	100%	78	98,7%	0,522*	0,436 ^a (0,026 – 7,175)
	NNS (1)	0	0,0%	1	1,3%		
13. Drogas	OP (0)	34	97,1%	54	68,4%	0,001	15,741 (2,038 – 121,580)
	NNS (1)	1	2,9%	25	31,6%		
CANFOR, técnicos							
12. Álcool	OP (0)	35	100%	78	98,7%	1*	
	NNS (1)	0	0,0%	1	1,3%		
13. Drogas	OP (0)	30	85,7%	54	68,4%	0,052	2,778 (0,963 – 8,008)
	NNS (1)	5	14,3%	25	31,6%		

(0)– Categoria de referência nas comparações. ^a Pode existir mais do que uma possibilidade.

^a Odds ratio calculado atribuindo o valor mínimo (1) na célula da tabela 2x2 com valor zero.

Tabela 18 - Categorias diagnósticas nos RF e RM

Variáveis Clínicas (n=114)		RF (0) (n=35)		RM (1) (n=79)		Valor p (Qui- quadrado/ *T. Fischer)	Odds ratio (I.C. 95%)
		n	%	n	%		
A. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAJOR	Ausente (0)	13	37,1	37	46,8	0,336	0,671 (0,297 – 1,516)
	Presente (1)	22	62,9	42	53,2		
A1. E.D.M. c/características melancólicas	Ausente (0)	26	74,3	65	82,3	0,327	0,622 (0,240 – 1,614)
	Presente (1)	9	25,7	14	17,7		
B. DISTIMIA	Ausente (0)	34	97,1%	71	89,9%	0,271*	3,831 (0,460-31,874)
	Presente (1)	1	2,9%	8	10,1%		
C. RISCO DE SUICÍDIO	Nulo	23	65,7%	39	49,4%	0,398	1,450 (0,611-3,442)
	Reduzido	2	5,7%	11	13,9%		
	Moderado	2	5,7%	4	5,1%		
	Elevado	8	22,9%	25	31,6%		
	Nulo/Reduzido (0)	25	71,4%	50	63,3%		
	Moderado/Elevado (1)	10	28,6%	29	36,7%		
D. EPISÓDIO (HIPO)MANÍACO	Ausente (0)	30	85,7%	73	92,4%	0,308*	0,493 (0,140-1,740)
	Presente (1)	5	14,3%	6	7,6%		
E. PERTURBAÇÃO DE PÂNICO	Ausente (0)	31	88,6%	73	92,4%	0,493*	0,637 (0,168-2,416)
	Presente (1)	4	11,4%	6	7,6%		
F. AGORAFOBIA	Ausente (0)	34	97,1%	76	96,2%	1*	1,342 (0,135-13,373)
	Presente (1)	1	2,9%	3	3,8%		
G. FOBIA SOCIAL	Ausente (0)	35	100%	77	97,5%	1*	0,688 (0,607-0,779)
	Presente (1)	0	0,0%	2	2,5%		
H. PERTURBAÇÃO OBSESSIVO- COMPULSIVA	Ausente (0)	34	97,2%	75	94,9%	1*	1,813 (0,195-16,838)
	Presente (1)	1	2,9%	4	5,1%		
I. PERTURBAÇÃO DE STRESS PÓS- TRAUMÁTICO	Ausente (0)	31	88,6%	60	75,9%	0,121	2,454 (0,768-7,845)
	Presente (1)	4	11,4%	19	24,1%		
J. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE ÁLCOOL	Ausente (0)	33	94,3%	71	89,9%	0,721*	1,859 (0,374-9,241)
	Presente (1)	2	5,7%	8	10,1%		
K. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE SUBSTÂNCIA(S)	Ausente (0)	23	65,7%	36	45,6%	0,047	2,289 (1,002-5,232)
	Presente (1)	12	34,3%	43	54,4%		
L. SÍNDROME PSICÓTICA	Ausente (0)	30	85,7%	54	81,0%	0,543	1,406 (0,468-4,229)
	Presente (1)	5	14,3%	15	19,0%		
M. ANOREXIA NERVOSA	Ausente (0)	34	97,1%	79	100%	0,307	0,301 (0,227-0,399)
	Presente (1)	1	2,9%	0	0,0%		

Variáveis Clínicas (n=114)		RF (0) (n=35)		RM (1) (n=79)		Valor p (Qui- quadrado/ *T. Fischer)	Odds ratio (I.C. 95%)
		n	%	n	%		
N. BULÍMIA NERVOSA	Ausente (0)	33	94,3%	79	100%	0,092*	0,295 (0,221-0,392)
	Presente (1)	2	5,7%	0	0,0%		
O. PERTURBAÇÃO DE ANSIEDADE GENERALIZADA	Ausente (0)	16	45,7%	41	51,9%	0,542	0,780 (0,351-1,734)
	Presente (1)	19	54,3%	38	48,1%		
P. PERTURBAÇÃO ANTI-SOCIAL DA PERSONALIDADE	Ausente (0)	18	51,4%	30	38,0%	0,18	1,729 (0,774-3,863)
	Presente (1)	17	48,6%	49	62,0%		

(0) – Categoria de referência nas comparações.

Tabela 19 - Variáveis Forenses dos RF e RM

Variáveis Forenses (n=114)		Feminino (0) (n=35)		Masculino (1) (n=79)		Valor p (Qui-quadrado/ *T. Fischer)	Odds ratio (I.C. 95%)
		n	%	n	%		
Tipo de Detenção	Preventivo (0)	10	28,6%	27	34,2%	0,555	0,770 (0,323-1,836)
	Pena (1)	25	71,4%	52	65,8%		
Crime Actual	Contra pessoas	17	48,6%	44	55,7%	0,482	1,331 (0,599-2,956)
	Contra propriedade	3	8,5%	24	30,3%		
	Outro tipo de crime	15	42,9%	11	13,9%		
	Outro (0)	18	51,4%	35	44,3%		
	Contra pessoas (1)	17	48,6%	44	55,7%		
Antecedentes Penais	Sem condenação	24	68,6%	32	40,5%		
	Condenado com pena suspensa	6	17,1%	7	8,9%		
	Condenado com prisão	5	14,3%	40	50,6%		
Condenação Anterior	Ausente (0)	24	68,6%	32	40,5%	0,006	3,205 (1,379-7,447)
	Presente (1)	11	31,4%	47	59,5%		
Número de Condenações (n=58)	1	1	9,1%	3	4,3%	n.s.	
	2 a 5	7	63,6%	32	69,6%		
	>5	3	27,3%	12	26,1%		
Crime Anterior (n=58)	Contra pessoas	5	45,5%	22	46,8%	0,935	1,056 (0,283-3,945)
	Contra propriedade	0	0,0%	14	29,8%		
	Outro tipo de crime	6	54,5%	11	23,4%		
	Outro (0)	6	54,5%	25	53,2%		
	Contra pessoas (1)	5	45,5%	22	46,8%		
Antecedentes Familiares Penais* (n=78) * 36 desconhecidos	Ausentes	17	68,0%	30	56,6%	0,337	1,629 (0,599-4,431)
	1º Grau	8	22,9%	20	25,3%		
	Outro grau	0	0,0%	3	3,8%		
	Ausentes (0)	17	68,0%	30	56,6%		
	Presentes (1)	8	32,0%	23	43,4%		

(0)– Categoria de referência nas comparações. n.s.*- Valor p >0,05 Teste Qui-quadrado.

Tabela 20 - Pontuações de Necessidade (Secção 1) nos domínios CANFOR dos RF e RM

CANFOR domínios pontuados pelos reclusos n=114	Secção 1	RF n=35		RM n=79	
		n	%	n	%
1. Alojamento	Sem necessidade	3	8,6%	2	2,5%
	Necessidade satisfeita	0	,0%	0	,0%
	Necessidade não-satisfeita	0	,0%	3	3,8%
	Não se aplica/desconhecido	32	91,4%	74	93,7%
2. Alimentação	Sem necessidade	3	8,6%	5	6,3%
	Necessidade satisfeita	0	,0%	1	1,3%
	Necessidade não-satisfeita	0	,0%	1	1,3%
	Não se aplica/desconhecido	32	91,4%	72	91,1%
3. Cuidados Com o Alojamento	Sem necessidade	34	97,1%	72	91,1%
	Necessidade satisfeita	1	2,9%	6	7,6%
	Necessidade não-satisfeita	0	,0%	1	1,3%
	Não se aplica/desconhecido	0	,0%	0	,0%
4. Cuidados Pessoais	Sem necessidade	34	97,1%	67	84,8%
	Necessidade satisfeita	1	2,9%	11	13,9%
	Necessidade não-satisfeita	0	,0%	1	1,3%
	Não se aplica/desconhecido	0	,0%	0	,0%
5. Actividades Diárias	Sem necessidade	13	37,1%	16	20,3%
	Necessidade satisfeita	10	28,6%	18	22,8%
	Necessidade não-satisfeita	12	34,3%	45	57,0%
	Não se aplica/desconhecido	0	,0%	0	,0%
6. Saúde Física	Sem necessidade	18	51,4%	44	55,7%
	Necessidade satisfeita	8	22,9%	22	27,8%
	Necessidade não-satisfeita	9	25,7%	13	16,5%
	Não se aplica/desconhecido	0	,0%	0	,0%
7. Sintomas Psicóticos	Sem necessidade	27	77,1%	47	59,5%
	Necessidade satisfeita	4	11,4%	18	22,8%
	Necessidade não-satisfeita	3	8,6%	10	12,7%
	Não se aplica/desconhecido	1	2,9%	4	5,1%
8. Informação Sobre a Doença e Tratamento	Sem necessidade	17	48,6%	28	35,4%
	Necessidade satisfeita	4	11,4%	14	17,7%
	Necessidade não-satisfeita	14	40,0%	37	46,8%
	Não se aplica/desconhecido	0	,0%	0	,0%
9. Sofrimento Psicológico	Sem necessidade	3	8,6%	13	16,5%
	Necessidade satisfeita	10	28,6%	16	20,3%
	Necessidade não-satisfeita	22	62,9%	50	63,3%
	Não se aplica/desconhecido	0	,0%	0	,0%
10. Segurança Para o Próprio	Sem necessidade	18	51,4%	38	48,1%
	Necessidade satisfeita	4	11,4%	10	12,7%
	Necessidade não-satisfeita	13	37,1%	31	39,2%
	Não se aplica/desconhecido	0	,0%	0	,0%
11. Segurança Para os Outros (excluindo crimes sexuais e fogo posto)	Sem necessidade	29	82,9%	55	70,5%
	Necessidade satisfeita	3	8,6%	9	11,5%
	Necessidade não-satisfeita	2	5,7%	13	16,7%
	Não se aplica/desconhecido	1	2,9%	1	1,3%
12. Álcool	Sem necessidade	32	91,4%	76	96,2%
	Necessidade satisfeita	0	,0%	0	,0%
	Necessidade não-satisfeita	0	,0%	1	1,3%
	Não se aplica/desconhecido	3	8,6%	2	2,5%
13. Drogas	Sem necessidade	27	77,1%	42	53,2%
	Necessidade satisfeita	1	2,9%	5	6,3%
	Necessidade não-satisfeita	1	2,9%	25	31,6%
	Não se aplica/desconhecido	6	17,1%	7	8,9%
14. Contactos Sociais	Sem necessidade	15	42,9%	41	51,9%
	Necessidade satisfeita	2	5,7%	7	8,9%
	Necessidade não-satisfeita	18	51,4%	30	38,0%
	Não se aplica/desconhecido	0	,0%	1	1,3%
15. Relações Afectivas Com Parceiro(a)	Sem necessidade	31	88,6%	37	46,8%
	Necessidade satisfeita	1	2,9%	0	,0%
	Necessidade não-satisfeita	3	8,6%	42	53,2%
	Não se aplica/desconhecido	0	,0%	0	,0%

CANFOR domínios pontuados pelos reclusos n=114	Secção 1	RF n=35		RM n=79	
		n	%	n	%
16. Relacionamento Sexual	Sem necessidade	23	65,7%	15	19,0%
	Necessidade satisfeita	0	,0%	0	,0%
	Necessidade não-satisfeita	12	34,3%	63	79,7%
	Não se aplica/desconhecido	0	,0%	1	1,3%
17. Cuidados Parentais	Sem necessidade	2	5,7%	7	8,9%
	Necessidade satisfeita	7	20,0%	10	12,7%
	Necessidade não-satisfeita	13	37,1%	29	36,7%
	Não se aplica/desconhecido	13	37,1%	33	41,8%
18. Literacia Básica	Sem necessidade	28	80,0%	65	82,3%
	Necessidade satisfeita	4	11,4%	9	11,4%
	Necessidade não-satisfeita	3	8,6%	5	6,3%
	Não se aplica/desconhecido	0	,0%	0	,0%
19. Telefone	Sem necessidade	27	77,1%	61	77,2%
	Necessidade satisfeita	2	5,7%	13	16,5%
	Necessidade não-satisfeita	6	17,1%	5	6,3%
	Não se aplica/desconhecido	0	,0%	0	,0%
20. Utilização de Transportes	Sem necessidade	3	8,6%	5	6,3%
	Necessidade satisfeita	0	,0%	0	,0%
	Necessidade não-satisfeita	0	,0%	0	,0%
	Não se aplica/desconhecido	32	91,4%	74	93,7%
21. Dinheiro	Sem necessidade	31	88,6%	61	77,2%
	Necessidade satisfeita	1	2,9%	8	10,1%
	Necessidade não-satisfeita	1	2,9%	7	8,9%
	Não se aplica/desconhecido	2	5,7%	3	3,8%
22. Subsídios Sociais	Sem necessidade	10	28,6%	14	17,7%
	Necessidade satisfeita	1	2,9%	1	1,3%
	Necessidade não-satisfeita	22	62,9%	61	77,2%
	Não se aplica/desconhecido	2	5,7%	3	3,8%
23. Tratamento	Sem necessidade	26	74,3%	61	77,2%
	Necessidade satisfeita	4	11,4%	12	15,2%
	Necessidade não-satisfeita	4	11,4%	5	6,3%
	Não se aplica/desconhecido	1	2,9%	1	1,3%
24. Crimes Sexuais	Sem necessidade	0	,0%	2	2,5%
	Necessidade satisfeita	0	,0%	3	3,8%
	Necessidade não-satisfeita	0	,0%	2	2,5%
	Não se aplica/desconhecido	35	100,0%	72	91,1%
25. Fogo Posto	Sem necessidade	0	,0%	2	2,5%
	Necessidade satisfeita	0	,0%	2	2,5%
	Necessidade não-satisfeita	0	,0%	3	3,8%
	Não se aplica/desconhecido	35	100,0%	72	91,1%

Tabela 21 - Pontuação de Necessidades Não-satisfeitas nos domínios CANFOR dos RF e RM

CANFOR domínios pontuados pelos reclusos (n=114)		RF (0) (n=35)		RM (1) (n=79)		Valor p (Qui-quadrado/ *T. Fischer)	Odds Ratio (IC 95%)	
		n	%	n	%			
1. Alojamento	OP (0)	35	100%	76	96,2%	1,000*	2.122 (0.44-10.239)	
	NNS (1)	0	0,0%	3	3,8%			
2. Alimentação	OP (0)	35	100%	78	98,7%	0,522*		
	NNS (1)	0	0,0%	1	1,3%			
3. Cuidados Com o Alojamento	OP (0)	35	100,0%	78	98,7%	0,522*		
	NNS (1)	0	0,0%	1	1,3%			
4. Cuidados Pessoais	OP (0)	35	100,0%	78	98,7%	0,522*		
	NNS (1)	0	0,0%	1	1,3%			
5. Actividades Diárias	OP (0)	23	65,7%	34	43,0%	0,026		2,537 (1,108 – 5,806)
	NNS (1)	12	34,3%	45	57,0%			
6. Saúde Física	OP (0)	26	74,3%	66	83,5%	0,248		
	NNS (1)	9	25,7%	13	16,5%			
7. Sintomas Psicóticos	OP (0)	31	91,2%	65	86,7%	0,527		
	NNS (1)	3	8,8%	10	13,3%			
8. Informação Sobre a Doença e Tratamento	OP (0)	21	60,0%	42	53,2%	0,498		
	NNS (1)	14	40,0%	37	46,8%			
9. Sofrimento Psicológico	OP (0)	13	37,1%	29	36,7%	0,965		
	NNS (1)	22	62,9%	50	63,3%			
10. Segurança Para o Próprio	OP (0)	22	62,9%	48	60,8%	0,832		
	NNS (1)	13	37,1%	31	39,2%			
11. Segurança Para os Outros	OP (0)	33	94,3%	66	83,5%	0,118		
	NNS (1)	2	5,7%	13	16,5%			
12. Álcool	OP (0)	35	100,0%	78	98,7%	0,522*		
	NNS (1)	0	0,0%	1	1,3%			
13. Drogas	OP (0)	34	97,1%	54	68,4%	0,001	15,741 (2,038 – 121,580)	
	NNS (1)	1	2,9%	25	31,6%			
14. Contactos Sociais	OP (0)	17	48,6%	49	62,0%	0,180		
	NNS (1)	18	51,4%	30	38,0%			
15. Relações Afectivas Com Parceiro(a)	OP (0)	32	91,4%	37	46,8%	<0,001	12,108 (3,423 – 42,825)	
	NNS (1)	3	8,6%	42	53,2%			
16. Relacionamento Sexual	OP (0)	23	65,7%	15	19,2%	<0,001	7,547 (3,106 – 18,337)	
	NNS (1)	12	34,3%	63	80,8%			
17. Cuidados Parentais	OP (0)	9	40,9%	17	37,0%	0,965		
	NNS (1)	13	59,1%	29	63,0%			

CANFOR domínios pontuados pelos reclusos (n=114)		RF (0) (n=35)		RM (1) (n=79)		Valor p (Qui-quadrado/ *T. Fischer)	Odds Ratio (IC 95%)
		n	%	n	%		
18. Literacia Básica	OP (0)	32	91,4%	74	93,7%	0,666	
	NNS (1)	3	8,6%	5	6,3%		
19. Telefone	OP (0)	29	82,9%	74	93,7%	0,071	
	NNS (1)	6	17,1%	5	6,3%		
20. Utilização de Transportes	OP (0)	35	100,0%	79	100,0%	1,000*	
	NNS (1)	0	,0%	0	,0%		
21. Dinheiro	OP (0)	34	97,1%	72	91,1%	0,247	
	NNS (1)	1	2,9%	7	8,9%		
22. Subsídios Sociais	OP (0)	13	37,1%	18	22,8%	0,112	
	NNS (1)	22	62,9%	61	77,2%		
23. Tratamento	OP (0)	31	88,6%	74	93,7%	0,352	
	NNS (1)	4	11,4%	5	6,3%		
24. Crimes Sexuais	OP (0)	35	100,0%	77	71,4%	1,000*	
	NNS (1)	0	0,0%	2	28,6%		
25. Fogo Posto	OP (0)	35	100,0%	76	96,2%	1,000*	
	NNS (1)	0	0,0%	3	3,8%		

NNS – Necessidade Não-satisfeita. OP – Outra pontuação. * Qui-quadrado e Odds ratio calculados com atribuição do valor mínimo (1) na(s) célula(s) com valor zero.

Tabela 22 - Pontuações totais nas secções do CANFOR dos RF e RM

CANFOR Secções Pontuação dos Reclusos	Género M (n=79) F (n=35)	Mín.	Máx.	Mediana	Média	Testes de Normalidade*	Valor p**
Número de Nec. Satisfeitas	M	0	8	2	2,8	Não assumido	n.s.
	F	0	8	2	2,2	Não assumido	
Número de Nec. Não Satisfeitas	M	1	11	7	6,3	Não assumido	<0,001
	F	1	9	4	4,3	Não assumido	
Número de Necessidades Totais	M	2	16	9	9,1	Não assumido	<0,001
	F	2	12	7	6,5	Não assumido	
Ajuda Informal Recebida	M	1	18	5	6,5	Não assumido	n.s.
	F	0	18	5	5,4	Não assumido	
Ajuda Formal Recebida	M	0	15	5	5,9	Não assumido	n.s.
	F	0	14	5	5,0	Assumido	
Ajuda Formal Necessária	M	3	41	20	19,7	Não assumido	<0,001
	F	0	27	12	13,5	Assumido	
Satisfação	M	0	9	3	2,9	Não assumido	n.s.
	F	0	9	2	2,2	Não assumido	

* Tesde de Kolmogorov-Smirnof e Shapiro-Wilks. ** Teste Mann-Whitney. n.s.- Valor p>0,05

Tabela 23 - Pontuações de Necessidade (Secção 1) nos domínios CANFOR dos técnicos dos RF e RM

CANFOR Domínios pontuados pelos técnicos (n=114)	Secção 1	RF n=35		RM n=79	
		n	%	n	%
1. Alojamento	Sem necessidade	2	5,7%	2	2,5%
	Necessidade satisfeita	2	5,7%	1	1,3%
	Necessidade não-satisfeita	0	,0%	2	2,5%
2. Alimentação	Não se aplica/ desconhecido	31	88,6%	74	93,7%
	Sem necessidade	4	11,4%	5	6,3%
	Necessidade satisfeita	0	,0%	0	,0%
3. Cuidados Com o Alojamento	Necessidade não-satisfeita	0	,0%	0	,0%
	Não se aplica/ desconhecido	31	88,6%	74	93,7%
	Sem necessidade	22	62,9%	62	78,5%
4. Cuidados Pessoais	Necessidade satisfeita	10	28,6%	16	20,3%
	Necessidade não-satisfeita	2	5,7%	1	1,3%
	Não se aplica/ desconhecido	1	2,9%	0	,0%
5. Actividades Diárias	Sem necessidade	28	80,0%	63	79,7%
	Necessidade satisfeita	5	14,3%	15	19,0%
	Necessidade não-satisfeita	2	5,7%	1	1,3%
6. Saúde Física	Não se aplica/ desconhecido	0	,0%	0	,0%
	Sem necessidade	19	54,3%	29	36,7%
	Necessidade satisfeita	9	25,7%	20	25,3%
7. Sintomas Psicóticos	Necessidade não-satisfeita	7	20,0%	30	38,0%
	Não se aplica/ desconhecido	0	,0%	0	,0%
	Sem necessidade	18	51,4%	47	59,5%
8. Informação Sobre a Doença e Tratamento	Necessidade satisfeita	13	37,1%	17	21,5%
	Necessidade não-satisfeita	2	5,7%	8	10,1%
	Não se aplica/ desconhecido	2	5,7%	7	8,9%
9. Sofrimento Psicológico	Sem necessidade	30	85,7%	56	70,9%
	Necessidade satisfeita	3	8,6%	15	19,0%
	Necessidade não-satisfeita	1	2,9%	4	5,1%
10. Segurança Para o Próprio	Não se aplica/ desconhecido	1	2,9%	4	5,1%
	Sem necessidade	27	77,1%	52	65,8%
	Necessidade satisfeita	7	20,0%	18	22,8%
11. Segurança Para os Outros (excluindo crimes sexuais e fogo posto)	Necessidade não-satisfeita	0	,0%	8	10,1%
	Não se aplica/ desconhecido	1	2,9%	1	1,3%
	Sem necessidade	7	20,0%	20	25,3%
12. Álcool	Necessidade satisfeita	11	31,4%	21	26,6%
	Necessidade não-satisfeita	17	48,6%	38	48,1%
	Não se aplica/ desconhecido	0	,0%	0	,0%
13. Drogas	Sem necessidade	17	48,6%	47	59,5%
	Necessidade satisfeita	9	25,7%	12	15,2%
	Necessidade não-satisfeita	8	22,9%	19	24,1%
14. Contactos Sociais	Não se aplica/ desconhecido	1	2,9%	1	1,3%
	Sem necessidade	25	71,4%	57	72,2%
	Necessidade satisfeita	1	2,9%	8	10,1%
15. Relações Afectivas Com Parceiro(a)	Necessidade não-satisfeita	9	25,7%	14	17,7%
	Não se aplica/ desconhecido	0	,0%	0	,0%
	Sem necessidade	27	77,1%	47	59,5%
16. Relacionamento Sexual	Necessidade satisfeita	1	2,9%	1	1,3%
	Necessidade não-satisfeita	0	,0%	1	1,3%
	Não se aplica/ desconhecido	7	20,0%	30	38,0%

CANFOR Domínios pontuados pelos técnicos (n=114)	Secção 1	RF n=35		RM n=79	
		n	%	n	%
17. Cuidados Parentais	Necessidade satisfeita	0	,0%	0	,0%
	Necessidade não-satisfeita	18	51,4%	69	87,3%
	Não se aplica/ desconhecido	2	5,7%	3	3,8%
18. Literacia Básica	Sem necessidade	6	17,1%	21	26,6%
	Necessidade satisfeita	0	,0%	4	5,1%
	Necessidade não-satisfeita	14	40,0%	20	25,3%
19. Telefone	Não se aplica/ desconhecido	15	42,9%	34	43,0%
	Sem necessidade	28	80,0%	66	83,5%
	Necessidade satisfeita	3	8,6%	2	2,5%
20. Utilização de Transportes	Necessidade não-satisfeita	2	5,7%	5	6,3%
	Não se aplica/ desconhecido	2	5,7%	6	7,6%
	Sem necessidade	35	100,0%	73	92,4%
21. Dinheiro	Necessidade satisfeita	0	,0%	5	6,3%
	Necessidade não-satisfeita	0	,0%	0	,0%
	Não se aplica/ desconhecido	0	,0%	1	1,3%
22. Subsídios Sociais	Sem necessidade	4	11,4%	4	5,1%
	Necessidade satisfeita	0	,0%	0	,0%
	Necessidade não-satisfeita	0	,0%	0	,0%
23. Tratamento	Não se aplica/ desconhecido	31	88,6%	75	94,9%
	Sem necessidade	26	74,3%	55	69,6%
	Necessidade satisfeita	1	2,9%	2	2,5%
24. Crimes Sexuais	Necessidade não-satisfeita	2	5,7%	10	12,7%
	Não se aplica/ desconhecido	6	17,1%	12	15,2%
	Sem necessidade	15	42,9%	11	13,9%
25. Fogo Posto	Necessidade satisfeita	2	5,7%	1	1,3%
	Necessidade não-satisfeita	1	2,9%	7	8,9%
	Não se aplica/ desconhecido	17	48,6%	60	75,9%
	Sem necessidade	28	80,0%	57	72,2%
	Necessidade satisfeita	5	14,3%	9	11,4%
	Necessidade não-satisfeita	1	2,9%	8	10,1%
	Não se aplica/ desconhecido	1	2,9%	5	6,3%
	Sem necessidade	0	,0%	0	,0%
	Necessidade satisfeita	0	,0%	1	1,3%
	Necessidade não-satisfeita	0	,0%	4	5,1%
	Não se aplica/ desconhecido	35	100,0%	74	93,7%
	Sem necessidade	0	,0%	3	3,8%
	Necessidade satisfeita	0	,0%	0	,0%
	Necessidade não-satisfeita	0	,0%	1	1,3%
	Não se aplica/ desconhecido	35	100,0%	75	94,9%

* Testes de Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilks. **Teste Mann-Whitney. n.s.- Valor $p > 0$,

Tabela 24 – Pontuações de NCNS dos técnicos dos RF e RM nos Domínios CANFOR

CANFOR Domínios (n=114)		Feminino (ref.) (n=35)		Masculino (n=79)		Valor p (Qui-quadrado/ *T. Fischer)	Odds Ratio (IC 95%)
		n	%	n	%		
1. Alojamento	OP (0)	35	100,0%	77	97,5%	1,000*	1.733 (0.189-15.885)
	NNS (1)	0	0,0%	2	2,5%		
2. Alimentação	OP (0)	35	100,0%	79	100,0%	1,000*	0.697 (0.632-0.769)
	NNS (1)	0	0,0%	0	0,0%		
3. Cuidados Com o Alojamento	OP (0)	33	94,3%	78	98,7%	0,585	
	NNS (1)	2	5,7%	1	1,3%		
4. Cuidados Pessoais	OP (0)	33	94,3%	78	98,7%	0,223	
	NNS (1)	2	5,7%	1	1,3%		
5. Actividades Diárias	OP (0)	28	80,0%	49	62,0%	0,059	
	NNS (1)	7	20,0%	30	38,0%		
6. Saúde Física	OP (0)	33	94,3%	71	89,9%	0,442	
	NNS (1)	2	5,7%	8	10,1%		
7. Sintomas Psicóticos	OP (0)	34	97,1%	75	94,9%	1,000	4.614 (1.035-20.575)
	NNS (1)	1	2,9%	4	5,1%		
8. Informação Sobre a Doença e Tratamento	OP (0)	35	100,0%	71	89,9%	0,104	0.686 (0.62-0.76)
	NNS (1)	0	0,0%	8	10,1%		
9. Sofrimento Psicológico	OP (0)	18	51,4%	41	51,9%	0,963	
	NNS (1)	17	48,6%	38	48,1%		
10. Segurança Para o Próprio	OP (0)	27	77,1%	60	75,9%	0,890	
	NNS (1)	8	22,9%	19	24,1%		
11. Segurança Para os Outros	OP (0)	26	74,3%	65	82,3%	0,327	
	NNS (1)	9	25,7%	14	17,7%		
12. Álcool	OP (0)	35	100,0%	78	98,7%	1,000	
	NNS (1)	0	0,0%	1	1,3%		
13. Drogas	OP (0)	30	85,7%	54	68,4%	0,052	
	NNS (1)	5	14,3%	25	31,6%		
14. Contactos Sociais	OP (0)	21	60,0%	53	67,1%	0,464	
	NNS (1)	14	40,0%	26	32,9%		
15. Relações Afectivas Com Parceiro(a)	OP (0)	26	74,3%	64	81,0%	0,416	
	NNS (1)	9	25,7%	15	19,0%		
16. Relacionamento Sexual	OP (0)	17	48,6%	10	12,7%	<0,001	6,517 (2,552 – 16,644)
	NNS (1)	18	51,4%	69	87,3%		

CANFOR Domínios (n=114)		Feminino (ref.) (n=35)		Masculino (n=79)		Valor p (Qui-quadrado/ *T. Fischer)	Odds Ratio (IC 95%)
		n	%	n	%		
17. Cuidados Parentais	OP (0)	21	60,0%	59	74,7%	0,114	
	NNS (1)	14	40,0%	20	25,3%		
18. Literacia Básica	OP (0)	33	94,3%	74	93,7%	1,000*	
	NNS (1)	2	5,7%	5	6,3%		
19. Telefone	OP (0)	35	100,0%	79	100,0%	1,000*	0.699 (0.634-0.77)
	NNS (1)	0	0,0%	0	0,0%		
20. Utilização de Transportes	OP (0)	35	100,0%	79	100,0%	1,000*	0.852 (0.076-9.609)
	NNS (1)	0	0,0%	0	0,0%		
21. Dinheiro	OP (0)	33	94,3%	69	87,3%	0,265	
	NNS (1)	2	5,7%	10	12,7%		
22. Subsídios Sociais	OP (0)	34	97,1%	72	91,1%	0,247	
	NNS (1)	1	2,9%	7	8,9%		
23. Tratamento	OP (0)	34	97,1%	71	89,9%	0,184	
	NNS (1)	1	2,9%	8	10,1%		
24. Crimes Sexuais	OP (0)	35	100,0%	75	94,9%	0,310*	0.682 (0.600-0.775)
	NNS (1)	0	0,0%	4	5,1%		
25. Fogo posto	OP (0)	35	100,0%	78	98,7%	1,000*	0.690 (0.610-0.781)
	NNS (1)	0	0,0%	1	1,3%		

NNS – Necessidade Não-satisfeita. OP – Outra pontuação. * Qui-quadrado e Odds ratio calculado com atribuição do valor mínimo (1) na(s) célula(s) com valor zero

Tabela 25 - Pontuações totais nas secções do CANFOR dos técnicos dos RF e RM

CANFOR, Secções Pontuação dos Reclusos	Género M (n=79) F (n=35)	Mín.	Máx.	Mediana	Média	Testes de Normalidade*	Valor p**
Número de Nec. Satisfeitas	M	0	9	2	2,2	Não assumido	n.s.
	F	0	7	2	2,7	Não assumido	
Número de Nec. Não Satisfeitas	M	1	8	4	4,0	Não assumido	0.028
	F	0	10	2	2,1	Não assumido	
Número de Necessidades Totais	M	1	15	6	6,2	Não assumido	n.s.
	F	1	12	5	5,8	Assumido	
Ajuda Informal Recebida	M	0	14	3	3,7	Não assumido	n.s.
	F	0	11	4	4,0	Não assumido	
Ajuda Formal Recebida	M	0	19	5	6,1	Não assumido	n.s.
	F	0	19	6	7,6	Assumido	
Ajuda Formal Necessária	M	3	30	13	13,6	Não assumido	n.s.
	F	2	26	11	12,4	Assumido	

* Teste de Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilks. ** Teste Mann-Whitney. n.s.- Valor $p > 0,05$

Tabela 26 – Análise bivariável entre Necessidades Não-satisfeitas/Outra Pontuação, pontuadas por reclusos, e os Factores do BPRS

CANFOR domínios pontuados pelos reclusos n=114		Factor Sintomas Positivos		Factor Sintomas Negativos		Factor Mania / Excitação		Factor Depressão / Ansiedade	
		Mediana (Média)	Valor p*	Mediana (Média)	Valor p*	Mediana (Média)	Valor p*	Mediana (Média)	Valor p*
1. Alojamento	OP (n=110)	6	n.s.	4	n.s.	7	n.s.	11	n.s.
	NNS (n=4)	5		7		11		8	
2. Alimentação	OP (n=112)	6	n.s.	4	n.s.	7	0,002	11	n.s.
	NNS (n=2)	7,5		7		18,5		9	
3. Cuidados Com o Alojamento	OP (n=112)	6	n.s.	4	n.s.	7	n.s.	11	n.s.
	NNS (n=2)	5,5		7		10,5		13,5	
4. Cuidados Pessoais	OP (n=112)	6	n.s.	4	n.s.	7	n.s.	11	n.s.
	NNS (n=2)	5,5		7		10,5		13,5	
5. Actividades Diárias	OP (n=55)	6	0,001	4 (4,4)	0,044	7	n.s.	10	0,005
	NNS (n=55)	7		4 (4,8)		8		11	
6. Saúde Física	OP (n=92)	6	n.s.	4 (4,6)	n.s.	7	n.s.	10	n.s.
	NNS (n=22)	7		4 (4,5)		8		11	
7. Sintomas Psicóticos	OP (n=101)	6	<0,001	4	0,007	7	n.s.	11	n.s.
	NNS (n=13)	11		5		8		10	
8. Informação Sobre a Doença e Tratamento	OP (n=63)	6	<0,001	4 (4,6)	n.s.	7	n.s.	11 (11,0)	n.s.
	NNS (n=51)	8		4 (4,6)		8		11 (11,0)	
9. Sofrimento Psicológico	OP (n=42)	6	0,052	4 (4,5)	n.s.	8	n.s.	8,5	<0,001
	NNS (n=72)	7		4 (4,6)		7		12	
10. Segurança Para o Próprio	OP (n=70)	6	n.s.	4 (4,5)	0,035	7,5	n.s.	10	<0,001
	NNS (n=44)	7		4 (4,6)		7		13	
11. Segurança Para os Outros	OP (n=99)	6	n.s.	4 (4,6)	n.s.	6	<0,001	11	n.s.
	NNS (n=15)	7		4 (4,3)		7		12	
12. Álcool	OP (n=112)	6		4		7	n.s.	11	n.s.
	NNS (n=2)	a		a		11		9	
13. Drogas	OP (n=88)	6	n.s.	4 (4,5)	n.s.	7	0,050	10	0,005
	NNS (n=26)	7		4 (4,9)		8,5		13	
14. Contactos Sociais	OP (n=66)	6	n.s.	4 (4,3)	0,002	8	0,025	10	0,023
	NNS (n=48)	6,5		4 (4,9)		7		11	

CANFOR domínios pontuados pelos reclusos n=114		Factor Sintomas Positivos		Factor Sintomas Negativos		Factor Mania / Excitação		Factor Depressão / Ansiedade	
		Mediana (Média)	Valor p*	Mediana (Média)	Valor p*	Mediana (Média)	Valor p*	Mediana (Média)	Valor p*
15. Relações Afetivas Com Parceiro(a)	OP (n=69)	6	0,038	4 (4,5)	n.s.	7	n.s.	11 (10,7)	n.s.
	NNS (n=45)	7		4 (4,6)		8		11 (11,5)	
16. Relacionamen to Sexual	OP (n=39)	6	0,025	4 (4,5)	n.s.	7	0,043	10	n.s.
	NNS (n=75)	7		4 (4,6)		8		11	
17. Cuidados Parentais	OP (n=72)	7	n.s.	4 (4,7)	n.s.	7	n.s.	11	n.s.
	NNS (n=42)	6		4 (4,4)		8		10	
18. Literacia Básica	OP (n=106)	6 (7,4)	n.s.	4 (4,5)	n.s.	7 (8,4)	n.s.	10,5	n.s.
	NNS (n=8)	6 (8,3)		4 (5,0)		7 (7,3)		13	
19. Telefone	OP (n=103)	6	n.s.	4	0,047	7	n.s.	11	n.s.
	NNS (n=11)	7		5		8		10	
20. Utilização de Transportes	OP (n=111)	6	n.s.	4 (4,6)	n.s.	7	n.s.	11	n.s.
	NNS (n=3)	7		4 (4,7)		10		12	
21. Dinheiro	OP (n=106)	6	n.s.	4 (4,6)	n.s.	7 (8,3)	n.s.	11	n.s.
	NNS (n=8)	7		4 (4,8)		7 (8,4)		10,5	
22. Subsídios Sociais	OP (n=31)	6 (7,0)	n.s.	4 (4,2)	0,006	8	n.s.	11 (10,7)	n.s.
	NNS (n=83)	6 (7,6)		4 (4,7)		7		11 (11,1)	
23. Tratamento	OP (n=105)	6	0,017	4 (4,6)	n.s.	7	0,013	11	n.s.
	NNS (n=9)	8		4 (4,6)		9		9	
24. Crimes Sexuais	OP (n=111)	6	n.s.	4 (4,6)	n.s.	7	n.s.	11	n.s.
	NNS (n=3)	5		4 (4,3)		6		12	
25. Fogo Posto	OP (n=110)	6	n.s.	4 (4,6)	n.s.	7	0,007	11 (11,0)	n.s.
	NNS (n=4)	7		4 (4,5)		11		11 (10,5)	

NNS – Necessidade Não-satisfeita. OP – Outra pontuação. ^a Não calculado porque uma célula não recebeu nenhum valor. *Teste de Mann-Whitney.

Tabela 27 - Análise bivariável entre Necessidades Não-satisfeitas/Outra Pontuação, pontuadas pelos técnicos, e os Factores do BPRS

CANFOR domínios pontuados pelos técnicos n=114		Factor Sintomas Positivos		Factor Sintomas Negativos		Factor Mania / Excitação		Factor Depressão / Ansiedade	
		Mediana (Média)	Valor p	Mediana (Média)	Valor p	Mediana (Média)	Valor p	Mediana (Média)	Valor p
1. Alojamento	OP (n=112)	6	n.s.	4	n.s.	7	n.s.	11	n.s.
	NNS (n=2)	9,5		5		9		8	
2. Alimentação	OP (n=113)	6	n.s.	4	n.s.	7	0,018^b	11	n.s.
	NNS (n=1)	a		a		a			
3. Cuidados Com o Alojamento	OP (n=110)	6	n.s.	4	n.s.	7	n.s.	11	n.s.
	NNS (n=4)	7,5		5		6		11,5	
4. Cuidados Pessoais	OP (n=111)	6	n.s.	4	n.s.	7	0,037^b	11 (11,0)	n.s.
	NNS (n=3)	8		6		a		11 (12,0)	
5. Actividades Diárias	OP (n=77)	6	n.s.	4 (4,5)	n.s.	7	n.s.	10	0,035
	NNS (n=37)	7		4 (4,7)		8		11	
6. Saúde Física	OP (n=104)	6	n.s.	4 (4,6)	n.s.	7	n.s.	11 (11,0)	n.s.
	NNS (n=10)	7,5		4 (4,3)		8		11 (11,4)	
7. Sintomas Psicóticos	OP (n=109)	6	<0,001	4	0,002	7	n.s.	11	n.s.
	NNS (n=5)	15		6		8		10	
8. Informação Sobre a Doença e Tratamento	OP (n=106)	6	<0,001	4	0,012	7		11	
	NNS (n=8)	15		6		8		10	
9. Sofrimento Psicológico	OP (n=59)	6 (7,3)	n.s.	4 (4,3)	0,009	8	n.s.	10	0,002
	NNS (n=55)	6 (7,6)		4 (4,9)		7		12	
10. Segurança Para o Próprio	OP (n=87)	6 (7,6)	n.s.	4 (4,6)	n.s.	7 (8,5)	n.s.	10	<0,001
	NNS (n=27)	6 (6,9)		4 (4,5)		7 (7,7)		13	
11. Segurança Para os Outros	OP (n=91)	6 (7,6)	n.s.	4 (4,7)	0,049	7	<0,001	10	n.s.
	NNS (n=23)	6 (6,9)		4 (4,2)		10		11	
12. Álcool	OP (n=112)	6		4		7		11	
	NNS (n=2)	a		a		a		a	
13. Drogas	OP (n=84)	6	n.s.	4 (4,5)	n.s.	7,5	n.s.	10	0,011
	NNS (n=30)	7		4 (4,9)		7		12	
14. Contactos Sociais	OP (n=66)	6 (7,3)	n.s.	4 (4,5)	n.s.	8	0,036	10,5	n.s.

CANFOR domínios pontuados pelos técnicos n=114		Factor Sintomas Positivos		Factor Sintomas Negativos		Factor Mania / Excitação		Factor Depressão / Ansiedade	
		Mediana (Média)	Valor p	Mediana (Média)	Valor p	Mediana (Média)	Valor p	Mediana (Média)	Valor p
	NNS (n=48)	6 (7,7)		4 (4,6)		7		11	
15. Relações Afectivas Com Parceiro(a)	OP (n=90)	6	n.s.	4 (4,5)	n.s.	7	n.s.	11 (11,1)	n.s.
	NNS (n=24)	7		4 (4,8)		8		11 (10,6)	
16. Relacionamento Sexual	OP (n=27)	6	n.s.	4 (4,6)	n.s.	7	0,041	10	n.s.
	NNS (n=87)	7		4 (4,6)		8		11	
17. Cuidados Parentais	OP (n=80)	7	n.s.	4 (4,7)	n.s.	7 (8,3)	n.s.	10	n.s.
	NNS (n=34)	6		4 (4,2)		7 (8,4)		11	
18. Literacia Básica	OP (n=107)	6	0,049	4 (4,6)	n.s.	7 (8,4)	n.s.	11	n.s.
	NNS (n=7)	5		4 (4,4)		7 (7,6)		12	
19. Telefone	OP (n=113)	6	n.s.	4	n.s.	7	n.s.	11	n.s.
	NNS (n=1)	a		a		a		a	
20. Utilização de Transportes	OP (n=113)	6	n.s.	4	n.s.	7	n.s.	11	n.s.
	NNS (n=1)	a		a		a		a	
21. Dinheiro	OP (n=102)	6	n.s.	4 (4,6)	n.s.	7	0,014	11	n.s.
	NNS (n=12)	7		4 (4,4)		9,5		10,5	
22. Subsídios Sociais	OP (n=106)	6	n.s.	4	n.s.	8	0,044	11 (11,0)	n.s.
	NNS (n=8)	7,5		4,5		6		11 (10,6)	
23. Tratamento	OP (n=105)	6	n.s.	7	n.s.	7	0,047	11 (11,0)	n.s.
	NNS (n=9)	7		4		9		11 (10,6)	
24. Crimes Sexuais	OP (n=110)	6	n.s.	4 (4,6)	n.s.	7,5	0,050	11 (11,0)	n.s.
	NNS (n=4)	5,5		4 (4,3)		6		11 (10,8)	
25. Fogo Posto	OP (n=113)	6		4		7		11	
	NNS (n=1)	a		a		a		a	

NNS – Necessidade Não-satisfeita. OP – Outra pontuação. ^a Não calculado porque a célula não recebeu nenhum valor.

Tabela 28 - Idade dos participantes reclusos (PRs) e Risco de Suicídio (RS)

Idade (n=114)	n	Mín.	Máx.	Mediana	Média	Valor p (Teste Mann-Whitney)
RS Nulo/ Reduzido (0)	75	19	65	36	36,5	n.s.
RS Moderado/ Elevado (1)	39	19	66	34	35,2	

Tabela 29 - Variáveis Sociodemográficas e o Risco de Suicídio nos PRs

Variáveis (n =114)	Categorias	Risco de Suicídio				Valor p Qui- quadrado/ *T.Exacto de Fisher	Odds Ratio (I.C. 95%)
		Nulo/ Reduzido (0)		Moderado/ Elevado (1)			
		n	%	n	%		
Género	Feminino (0)	25	33,3%	10	25,6%	0,714	1,450 (0,611-3,442)
	Masculino (1)	50	66,7%	29	74,4%		
Estado Civil	Outro Estado (0)	60	80,0%	30	76,9%	0,702	1,200 (0,471-3,058)
	Relação marital (1)	15	20,0%	9	23,1%		
	Outro Estado (0)	28	37,3%	17	43,6%	0,420	0,771 (0,351-1,694)
	Solteiro (1)	47	62,7%	22	56,4%		
Escolaridade Obrigatória	Ausente (0)	40	53,3%	27	69,2%	0,102	0,508 (0,224-1,150)
	Presente (1)	35	46,7%	12	30,8%		
Nacionalidade	Outra	22	29,3%	5	12,8%	0,049	2,823 (0,976-8,166)
	Portuguesa	53	70,7%	34	87,2%		
Emprego	Ausente	31	41,3%	11	28,2%	0,168	1,793 (0,778-4,134)
	Presente	44	58,7%	28	71,8%		
Rendimento Principal do Próprio	Outra	26	34,7%	11	28,2%	.485	1,351 (0,581-3,142)
	Próprio	49	65,3%	28	71,8%		
Cuidador Informal	Ausente	14	18,7%	8	20,5%	0,813	0,889 (0,337-2,347)
	Presente	61	81,3%	31	79,5%		
Agregado familiar ¹	Sozinho	10	13,3%	7	17,9%	0,512	1,422 (0,495-4,082)
	Acompanhado	65	86,7%	32	82,1%		
Alojagreg	Outra situação	45	60,0%	20	51,3%	0,372	1,425 (0,654-3,107)
	Próprio	30	40,0%	19	48,7%		
Distância à Residência Habitual	<150 Km (0)	56	74,7%	22	56,4%	0,047	2,278 (1,004-5,168)
	>150 Km (1)	19	25,3%	17	43,6%		
Distância aos Familiars	<150 Km (0)	54	72,0%	22	56,4%	0,094	1,987 (0,885-4,463)
	>150 Km (1)	21	28,0%	17	43,6%		

Tabela 30 - Variáveis Clínicas e o Risco de Suicídio nos PRs

Variáveis (n =114)	Categorias	Risco de Suicídio				Valor p Qui- quadrado/ *T.Exacto de Fisher	Odds Ratio (I.C. 95%)
		Nulo/ Reduzido (0)		Moderado/ Elevado (1)			
		n	%	n	%		
Contacto Com a Psiquiatria ao Longo da Vida	Ausente	58	77,3%	28	71,8%	0,515	1,340 (0,555-3,239)
	Presente	17	22,7%	11	28,2%		
Contacto Com a Psiquiatria no Último Ano Antes da Detenção	Ausente	59	78,7%	28	71,8%	,413	1,449 (0,595-3,527)
	Presente	16	21,3%	11	28,2%		
Internamento Psiq. Civil Anterior	Ausente	66	88,0%	31	79,5%	,226	1,892 (0,666-5,374)
	Presente	9	12,0%	8	20,5%		
Depressão Unipolar	Ausente	36	48,0%	11	28,2%	0,042	2,350 (1,023-5,397)
	Presente	39	52,0%	28	71,8%		
Auto-agressão Anterior	Ausente	47	62,7%	4	10,3%	<0,001	14,688 (4,719-45,712)
	Presente	28	37,3%	35	89,7%		
Letalidade da Auto- agressão Anterior (n=63)	Reduzida	8	28,6%	4	11,4%	0,085	3,100 (0,824-11,667)
	Elevada	20	71,4%	31	88,6%		
Consumo de Substâncias Prévio à Detenção	Ausente	28	37,3%	7	17,9%	0,033	2,723 (1,061-6,987)
	Presente	47	62,7%	32	82,1%		
Antecedentes Familiars Penais (n=78)	Ausente	36	63,2%	11	52,4%	0,388	1,558 (0,567-4,285)
	Presente	21	36,8%	10	47,6%		
Antecedentes Familiars Psiquiátricos (n=72)	Ausente	43	79,6%	12	66,7%	0,338*	1,955 (0,599-6,378)
	Presente	11	20,4%	6	33,3%		

Tabela 31 - Variáveis Forenses e o Risco de Suicídio nos PRs

Variáveis (n =114)	Categorias	Risco de Suicídio				Valor p Qui- quadrado/ *T.Exacto de Fisher	Odds Ratio (I.C. 95%)
		Nulo/ Reduzido (0)		Moderado/ Elevado (1)			
		n	%	n	%		
Regime de Detenção	Pena de prisão	46	61,3%	31	79,5%	0,050	0,409 (0,166-1,012)
	Preventivo	29	38,7%	8	20,5%		
Crime Actual Contra Pessoas	Ausente	42	56,0%	11	28,2%	0,005	3,240 (1,408-7,454)
	Presente	33	44,0%	28	71,8%		
Crime Anterior Contra pessoas	Ausente	20	60,6%	11	44,0%	.209	1,958 (0,682-5,619)
	Presente	13	39,4%	14	56,0%		
Crime Contra Pessoas ao Longo da Vida	Ausente	20	36,4%	7	20,0%	0,099	2,286 (0,846-6,175)
	Presente	35	63,6%	28	80,0%		
Condenação Anterior	Ausente	41	54,7%	15	38,5%	0,101	1,929 (0,876-4,248)
	Presente	34	45,3%	24	61,5%		
Condenações Anteriores	Uma	4	11,8%	1	4,0%	0,627*	2,400 (0,234-24,567)
	Mais de uma	30	88,2%	24	96,0%		

Tabela 32 - Categorias diagnósticas e Risco de Suicídio nos PRs

MINI Categorias diagnósticas		Risco de Suicídio				Valor p Qui-quadrado/ *T.Exacto de Fisher	Odds Ratio (I.C. 95%)
		Nulo/Reduzido (0) (n=75)		Moderado/Elevado (1) (n=39)			
		n	%	n	%		
A. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAJOR	Ausente	46	61,3%	4	10,3%	<0,001	13,879 (4,465 – 43,140)
	Presente	29	38,7%	35	89,7%		
A1. E.D.M. c/características melancólicas	Ausente	68	90,7%	23	59,0%	<0,001	6,758 (2,471 – 18,483)
	Presente	7	9,3%	16	41,0%		
B. DISTIMIA	Ausente	69	92,0%	36	92,3%	1,000*	0,958 (0,226-4,058)
	Presente	6	8,0%	3	7,7%		
D. EPISÓDIO (HIPO) MANÍACO	Ausente	68	90,7%	35	89,7%	1,000*	1,11 (0,304-4,051)
	Presente	7	9,3%	4	10,3%		
E. PERTURBAÇÃO DE PÂNICO	Ausente	72	96,0%	32	82,1%	0,03*	5,250 (1,275-21,615)
	Presente	3	4,0%	7	17,9%		
F. AGORAFOBIA	Ausente	74	98,7%	36	92,3%	0,115*	6,167 (0,62-61,381)
	Presente	1	1,3%	3	7,7%		
G. FOBIA SOCIAL	Ausente	75	100,0%	37	94,9%	0,115*	0,33 (0,2554-0,430)
	Presente	0	,0%	2	5,1%		
H. PERTURBAÇÃO OBSESSIVO- COMPULSIVA	Ausente	73	97,3%	36	92,3%	0,336*	3,042 (0,486-19,022)
	Presente	2	2,7%	3	7,7%		
I. PERTURBAÇÃO DE STRESS PÓS- TRAUMÁTICO	Ausente	65	86,7%	26	66,7%	0,012	3,250 (1,268-8,333)
	Presente	10	13,3%	13	33,3%		
J. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE ÁLCOOL	Ausente	70	93,3%	34	87,2%	0,306*	2,059 (0,558-7,596)
	Presente	5	6,7%	5	12,8%		

MINI Categorias diagnósticas		Risco de Suicídio				Valor p Qui-quadrado/ *T.Exacto de Fisher	Odds Ratio (I.C. 95%)
		Nulo/Reduzido (0) (n=75)		Moderado/Elevado (1) (n=39)			
		n	%	n	%		
K. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE SUBSTÂNCIA(S)	Ausente	42	56,0%	18	46,2%	0,208	1,647 (0,755-3,593)
	Presente	33	44,0%	21	53,8%		
L. SÍNDROME PSICÓTICA	Ausente	66	88,0%	28	71,8%	0,031	2,881 (1,075-7,719)
	Presente	9	12,0%	11	28,2%		
M. ANOREXIA NERVOSA	Ausente	74	98,7%	39	100,0%	1,000*	0,655 (0,573-0,749)
	Presente	1	1,3%	0	,0%		
N. BULÍMIA NERVOSA	Ausente	75	100,0%	37	94,9%	0,115*	0,33 (0,254-0,43)
	Presente	0	,0%	2	5,1%		
O. PERTURBAÇÃO DE ANSIEDADE GENERALIZADA	Ausente	36	48,0%	21	53,8%	0,554	0,791 (0,364-1,718)
	Presente	39	52,0%	18	46,2%		
P. PERTURBAÇÃO ANTI-SOCIAL DA PERSONALIDADE	Ausente	37	49,3%	11	28,2%	0,030	2,478 (1,079-5,692)
	Presente	38	50,7%	28	71,8%		

(0) – Variável de referência

Tabela 33 - Pontuações totais do BPRS, Factores BPRS, GAF, CANFOR e Risco de Suicídio nos PRs

Instrumentos (n=114)	Risco de Suicídio	N	Min.	Máx.	Mediana	Média	Valor p*
BPRS Pontuação total ^a	Reduzido	75	26	61	36	36,2	<0,001
	Elevado	39	32	61	41	41,6	
BPRS Factor Sintomas Positivos ^b	Reduzido	75	5	23	6	7,4	n.s.
	Elevado	39	5	16	7	7,6	
BPRS Factor Sintomas Negativos ^c	Reduzido	75	4	8	4	4,5	n.s.
	Elevado	39	4	10	4	4,8	
BPRS Factor Mania / Excitação ^d	Reduzido	75	6	22	7	8,4	n.s.
	Elevado	39	6	15	7	8,2	
BPRS Factor Depressão / Ansiedade ^e	Reduzido	75	5	16	9	9,5	<0,001
	Elevado	39	8	18	14	13,9	
GAF, escala de incapacidade	Reduzido	75	20	85	58	53,5	<0,001
	Elevado	39	10	75	25	26,9	
CANFOR, Valores totais (pontuação dos reclusos)							
Necessidades Satisfeitas	Reduzido	75	0	8	2	2,6	n.s.
	Elevado	39	0	8	2	2,5	
Necessidades Não Satisfeitas	Reduzido	75	1	10	6	5,4	n.s.
	Elevado	39	1	11	7	6,3	
Necessidades Totais	Reduzido	75	2	15	8	8,0	n.s.
	Elevado	39	2	16	9	8,8	
Ajuda Informal Recebida	Reduzido	75	0	18	5	5,9	n.s.
	Elevado	39	1	18	7	6,7	
Ajuda Formal Recebida	Reduzido	75	0	14	5	5,7	n.s.
	Elevado	39	0	15	5	5,5	
Ajuda Formal Necessária	Reduzido	75	0	32	18	16,8	n.s.
	Elevado	39	3	41	20	19,7	
Satisfação	Reduzido	75	0	9	3	2,9	n.s.
	Elevado	39	0	6	2	2,4	
CANFOR, Valores totais (pontuação dos técnicos)							
Necessidades Satisfeitas	Reduzido	75	0	8	1	2,2	n.s.
	Elevado	39	0	9	3	2,8	
Necessidades Não-Satisfeitas	Reduzido	75	0	10	3	3,5	0,045
	Elevado	39	1	8	4	4,2	
Necessidades Totais	Reduzido	75	1	12	5	5,6	0,017
	Elevado	39	1	15	7	7,0	
Ajuda Informal	Reduzido	75	0	14	4	3,6	n.s.

Instrumentos (n=114)	Risco de Suicídio	N	Min.	Máx.	Mediana	Média	Valor p*
Recebida	Elevado	39	0	11	4	4,0	n.s.
Ajuda Formal Recebida	Reduzido	75	0	19	5	6,0	
	Elevado	39	0	18	6	7,7	0,015
Ajuda Formal Necessária	Reduzido	75	2	25	11	12,1	
	Elevado	39	3	30	16	15,4	

^a – amplitude da pontuação: 24- 168 (pior). ^b – amplitude da pontuação: 5 - 35 (pior). ^c – amplitude da pontuação: 4 – 28 (pior). ^d – amplitude da pontuação: 6 – 42 (pior). ^e – amplitude da pontuação: 4 – 28 (pior). * Teste Mann-Whitney. n.s. – Valor p>0,05.

Tabela 34 - Necessidades de Cuidados Não-satisfeitas dos PRs e Risco de Suicídio

CANFOR, domínios pontuados pelos reclusos (n=114)		Risco de Suicídio				Valor p Qui-quadrado/ *T.Exacto de Fisher	Odds Ratio (I.C. 95%)
		Nulo/ Reduzido (0) (n=75)		Moderado/ Elevado (1) (n=39)			
		n	%	n	%		
1. Alojamento	OP (0)	73	97,3%	37	94,9%	0,605*	1,973 (0,267-14,571)
	NCNS (1)	2	2,7%	2	5,1%		
2. Alimentação	OP (0)	74	98,7%	38	97,4%	1,000*	1,947 (0,119-32,000)
	NCNS (1)	1	1,3%	1	2,6%		
3. Cuidados Com o Alojamento	OP (0)	75	100,0%	37	94,9%	0,115*	0,33 (0,254-0,430)
	NCNS (1)	0	,0%	2	5,1%		
4. Cuidados Pessoais	OP (0)	75	100,0%	37	94,9%	0,115*	0,33 (0,254-0,430)
	NCNS (1)	0	,0%	2	5,1%		
5. Actividades Diárias	OP (0)	40	53,3%	17	43,6%	0,324	1,479 (0,679-3,222)
	NCNS (1)	35	46,7%	22	56,4%		
6. Saúde Física	OP (0)	59	78,7%	33	84,6%	0,445	0,670 (0,239-1,879)
	NCNS (1)	16	21,3%	6	15,4%		
7. Sintomas Psicóticos	OP (0)	68	90,7%	33	84,6%	0,363	1,766 (0,550-5,674)
	NCNS (1)	7	9,3%	6	15,4%		
8. Informação Sobre a Doença e Tratamento	OP (0)	44	58,7%	19	48,7%	0,311	1,494 (0,686-3,253)
	NCNS (1)	31	41,3%	20	51,3%		
9. Sofrimento Psicológico	OP (0)	34	45,3%	8	20,5%	0,009	3,213 (1,306-7,907)
	NCNS (1)	41	54,7%	31	79,5%		
10. Segurança Para o Próprio	OP (0)	60	80,0%	10	25,6%	<0,001	11,600 (4,647-28,955)
	NCNS (1)	15	20,0%	29	74,4%		
11. Segurança Para os Outros	OP (0)	66	88,0%	33	84,6%	0,612	1,333 (0,438-4,063)
	NCNS (1)	9	12,0%	6	15,4%		
12. Álcool	OP (0)	74	98,7%	38	97,4%	1,000*	1,947 (0,119-32,000)
	NCNS (1)	1	1,3%	1	2,6%		
13. Drogas	OP (0)	63	84,0%	25	64,1%	0,016	2,940 (1,196-7,228)
	NCNS (1)	12	16,0%	14	35,9%		
14. Contactos Sociais	OP (0)	49	65,3%	17	43,6%	0,026	2,439 (1,105-5,383)
	NCNS (1)	26	34,7%	22	56,4%		
15. Relações Afectivas Com Parceiro(a)	OP (0)	47	62,7%	22	56,4%	0,517	1,297 (0,590-2,850)
	NCNS (1)	28	37,3%	17	43,6%		
16. Relacionamento Sexual	OP (0)	27	36,0%	12	30,8%	0,577	1,266 (0,553-2,895)
	NCNS (1)	48	64,0%	27	69,2%		
17. Cuidados	OP (0)	43	57,3%	29	74,4%	0,074	0,463

CANFOR, domínios pontuados pelos reclusos (n=114)		Risco de Suicídio				Valor p Qui-quadrado/ *T.Exacto de Fisher	Odds Ratio (I.C. 95%)
		Nulo/ Reduzido (0) (n=75)		Moderado/ Elevado (1) (n=39)			
		n	%	n	%		
Parentais	NCNS (1)	32	42,7%	10	25,6%		(0,198-1,086)
18. Literacia Básica	OP (0)	72	96,0%	34	87,2%	0,120	3,529 (0,797-15,634)
	NCNS (1)	3	4,0%	5	12,8%		
19. Telefone	OP (0)	70	93,3%	33	84,6%	0,182	2,545 (0,724-8,946)
	NCNS (1)	5	6,7%	6	15,4%		
20. Utilização de Transportes	OP (0)	73	97,3%	38	97,4%	1,000*	0,961 (0,084-10,935)
	NCNS (1)	2	2,7%	1	2,6%		
21. Dinheiro	OP (0)	71	94,7%	35	89,7%	0,442*	2,029 (0,479-8,595)
	NCNS (1)	4	5,3%	4	10,3%		
22. Subsídios Sociais	OP (0)	23	30,7%	8	20,5%	0,248	1,714 (0,684-4,297)
	NCNS (1)	52	69,3%	31	79,5%		
23. Tratamento	OP (0)	69	92,0%	36	92,3%	1,000*	0,958 (0,226-4,058)
	NCNS (1)	6	8,0%	3	7,7%		
24. Crimes Sexuais	OP (0)	74	98,7%	37	94,9%	0,269*	4,000 (0,351-45,557)
	NCNS (1)	1	1,3%	2	5,1%		
25. Fogo Posto	OP (0)	73	97,3%	37	94,9%	0,605*	1,973 (0,267-14,571)
	NCNS (1)	2	2,7%	2	5,1%		

NCNS – Necessidade de Cuidados Não-satisfeita. OP – Outra pontuação. (0) – variável de referência

Tabela 35 – Necessidades Não-satisfeitas pontuadas pelos técnicos dos PRs e Risco de Suicídio

CANFOR Pontuação dos técnicos (n=114)		Risco de Suicídio				Valor p Qui-quadrado/ *T.Exacto de Fisher	Odds Ratio (I.C. 95%)
		Nulo/reduzido (0) (n=75)		Moderado/elevado (1) (n=39)			
		n	%	n	%		
1. Alojamento	OP (0)	73	97,3%	39	100,0%	0,546*	0,652 (0,569-0,746)
	NCNS (1)	2	2,7%	0	0,0%		
2. Alimentação	OP (0)	74	98,7%	39	100,0%	1,000*	0,655 (0,573-0,749)
	NCNS (1)	1	1,3%	0	0,0%		
3. Cuidados Com o Alojamento	OP (0)	72	96,0%	38	97,4%	1,000*	0,632 (0,064-6,281)
	NCNS (1)	3	4,0%	1	2,6%		
4. Cuidados pessoais	OP (0)	73	97,3%	38	97,4%	1,000*	0,961 (0,084-10,935)
	NCNS (1)	2	2,7%	1	2,6%		
5. Actividades diárias	OP (0)	55	73,3%	22	56,4%	0,067	2,125 (0,0942-4,796)
	NCNS (1)	20	26,7%	17	43,6%		
6. Saúde física	OP (0)	67	89,3%	37	94,9%	0,490*	0,453 (0,091-2,244)
	NCNS (1)	8	10,7%	2	5,1%		
7. Sintomas psicóticos	OP (0)	71	94,7%	38	97,4%	0,659*	0,467 (0,050-4,329)
	NCNS (1)	4	5,3%	1	2,6%		
8. Informação sobre a doença e tratamento	OP (0)	69	92,0%	37	94,9%	0,713*	0,622 (0,119-3,235)
	NCNS (1)	6	8,0%	2	5,1%		
9. Sofrimento psicológico	OP (0)	45	60,0%	14	35,9%	0,015	2,679 (1,202-5,967)
	NCNS (1)	30	40,0%	25	64,1%		
10. Segurança para o próprio	OP (0)	68	90,7%	19	48,7%	<0,001	10,226 (3,763-27,789)
	NCNS (1)	7	9,3%	20	51,3%		
11. Segurança para os outros (excluindo crimes sexuais e fogo posto)	OP (0)	58	77,3%	33	84,6%	0,358	0,620 (0,223-1,727)
	NCNS (1)	17	22,7%	6	15,4%		
12. Álcool	OP (0)	74	98,7%	39	100,0%	1,000*	0,655 (0,573-0,749)
	NCNS (1)	1	1,3%	0	0,0%		
13. Drogas	OP (0)	60	80,0%	24	61,5%	0,034	2,500 (1,060-5,896)
	NCNS (1)	15	20,0%	15	38,5%		
14. Contactos sociais	OP (0)	51	68,0%	23	59,0%	0,338	1,478 (0,663-3,295)
	NCNS (1)	24	32,0%	16	41,0%		
15. Relações afectivas com parceiro(a)	OP (0)	57	76,0%	33	84,6%	0,284	0,576 (0,208-1,594)
	NCNS (1)	18	24,0%	6	15,4%		
16. Relacionamento sexual	OP (0)	20	26,7%	7	17,9%	0,299	1,662 (0,633-4,362)
	NCNS (1)	55	73,3%	32	82,1%		
17. Cuidados parentais	OP (0)	50	66,7%	30	76,9%	0,256	0,6 (0,247-1,456)
	NNS (1)	25	33,3%	9	23,1%		

CANFOR Pontuação dos técnicos (n=114)		Risco de Suicídio				Valor p Qui-quadrado/ *T.Exacto de Fisher	Odds Ratio (I.C. 95%)
		Nulo/reduzido (0) (n=75)		Moderado/elevado (1) (n=39)			
		n	%	n	%		
18. Literacia básica	OP (0)	71	94,7%	36	92,3%	0,689*	1,479 (0,314-6,967)
	NCNS (1)	4	5,3%	3	7,7%		
19. Telefone	OP (0)	74	98,7%	39	100,0%	1,000*	0,655 (0,573-0,749)
	NCNS (1)	1	1,3%	0	0,0%		
20. Utilização de transportes	OP (0)	74	98,7%	39	100,0%	1,000*	0,655 (0,573-0,749)
	NCNS (1)	1	1,3%	0	0,0%		
21. Dinheiro	OP (0)	66	88,0%	36	92,3%	0,749*	0,611 (0,156-2,401)
	NCNS (1)	9	12,0%	3	7,7%		
22. Subsídios sociais	OP (0)	71	94,7%	35	89,7%	0,442*	2,029 (0,479-8,595)
	NCNS (1)	4	5,3%	4	10,3%		
23. Tratamento	OP (0)	69	92,0%	36	92,3%	1,000*	0,958 (0,226-4,058)
	NCNS (1)	6	8,0%	3	7,7%		
24. Crimes sexuais	OP (0)	72	96,0%	38	97,4%	1,000*	0,632 (0,064-6,281)
	NCNS (1)	3	4,0%	1	2,6%		
25. Fogo posto	OP (0)	74	98,7%	39	100,0%	1,000*	0,655 (0,573-0,749)
	NCNS (1)	1	1,3%	0	0,0%		

NCNS – Necessidade de Cuidados Não-satisfeita. OP – Outra pontuação. (0) – Variável de referência

Tabela 36 - Comportamentos auto-agressivos e sequelas nos RF e RM

Variáveis (n=114)	Categorias	Gênero				Valor p (Qui-quadrado)	Odds ratio (I.C. 95%)
		RF (0) (n=35)		RM (1) (n=79)			
		n	%	n	%		
Auto-agressão anterior	Ausente (0)	17	48,6%	34	43,0%	0,584	1,250 (0,562-2,778)
	Presente (1)	18	51,4%	45	57,0%		
Auto-agressão anterior na prisão (n=64)	Nenhuma	16	72,7%	29	69,0%	n.s.	
	1	3	13,6%	5	11,9%		
	2 a 5	3	13,6%	8	19,0%		
Meio(s) de auto-agressão ^a	Ingestão de medicamentos	6	17,1%	10	12,7%	n.s.	
	Enforcamento	8	22,9%	20	25,3%		
	Ferimentos em áreas vitais	7	20,0%	23	29,1%		
	Ferimentos em áreas não vitais	1	2,9%	4	5,1%		
	Salto	0	0,0%	2	2,5%		
	Atropelamento	0	0,0%	2	2,5%		
	Ingestão de corpos estranhos	0	0,0%	4	5,1%		
	Outro	1	2,9%	4	5,1%		
Letalidade da auto-agressão mais grave (n=63)	Reduzida letalidade (0)	5	27,8%	7	25,6%	n.s.	
	Elevada letalidade (1)	13	72,2%	38	74,4%		
Sequelas da auto-agressão ^a (n=63)	Ausente	16	88,9%	20	44,4%	<0,001	
	Cicatriz	1	5,6%	24	53,3%		
	Gastroenterológica	1	5,6%	3	6,7%		
	Dores	0	0,0%	2	4,4%		
	Ausente (0)	16	88,9%	20	44,4%	0,001	10,000 (2,053-48,706)
	Presente (1)	2	11,1%	25	55,6%		
	Cicatriz ausente (0)	17	94,4%	21	46,7%	<0,001	19,429 (2,379-158,673)
	Cicatriz presente (1)	1	5,6%	24	53,3%		

(0) – Variável de referência. *Valor p do Qui-quadrado. ^a Pode existir mais do que uma possibilidade.

Tabela 37 - Pontuações totais dos Factores do BPRS, do GAF e do CANFOR nos RF

Instrumentos RF (n=35)	Risco de Suicídio	n	Min.	Máx.	Mediana	Média	Valor p*
BPRS Total	Reduzido	25	26	61	33	35,3	0,045
	Elevado	10	32	61	36,5	40,7	
BPRS Factor Sintomas Positivos ^b	Reduzido	50	5	23	6	7,0	n.s.
	Elevado	29	5	13	6	6,5	
BPRS Factor Sintomas Negativos ^c	Reduzido	50	4	6	4	4,2	n.s.
	Elevado	29	4	7	4	4,5	
BPRS Factor Mania / Excitação ^d	Reduzido	50	6	19	7	8,3	n.s.
	Elevado	29	6	15	8	8,2	
BPRS Factor Depressão/Ansiedade ^e	Reduzido	50	6	13	10	9,5	0,002
	Elevado	29	10	17	12	12,5	
GAF	Reduzido	25	30	85	65	60,6	<0,001
	Elevado	10	12	51	30,5	28,6	
CANFOR, Secções pontuação das RF							
Necessidades satisfeitas	Reduzido	25	0	5	1	1,7	0,012
	Elevado	10	1	8	3,5	3,4	
Necessidades não satisfeitas	Reduzido	25	1	9	3	3,8	n.s.
	Elevado	10	1	9	5,5	5,4	
Necessidades totais	Reduzido	25	2	9	5	5,5	0,002
	Elevado	10	7	12	8	8,8	
Ajuda informal Recebida	Reduzido	25	0	12	3	4,4	0,034
	Elevado	10	1	18	7,5	8,0	
Ajuda formal recebida	Reduzido	25	0	10	4	4,3	0,050
	Elevado	10	3	14	6,5	6,9	
Ajuda formal necessária	Reduzido	25	0	22	11	11,5	0,003
	Elevado	10	11	27	17,5	18,4	
Satisfação	Reduzido	25	0	9	2	2,2	n.s.
	Elevado	10	1	4	2,5	2,4	

^a – amplitude da pontuação: 24- 168 (pior). ^b – amplitude da pontuação: 5 - 35 (pior). ^c – amplitude da pontuação: 4 – 28 (pior). ^d – amplitude da pontuação: 6 – 42 (pior). ^e – amplitude da pontuação: 4 – 28 (pior). * Teste Mann-Whitney. n.s. – Valor p>0,05.

Tabela 38 - Pontuações totais dos Factores do BPRS, do GAF e do CANFOR nos RM

Instrumentos RM (n=79)	Risco de Suicídio	n	Min.	Máx.	Mediana	Média	Valor p (Teste Mann- Whitney)
BPRS Pontuação total ^a	Reduzido	50	26	50	37	36,7	0,001
	Elevado	29	33	53	42	41,9	
BPRS Factor Sintomas Positivos ^b	Reduzido	50	5	19	7	7,6	n.s.
	Elevado	29	5	16	7	7,9	
BPRS Factor Sintomas Negativos ^c	Reduzido	50	4	8	4	4,6	n.s.
	Elevado	29	4	10	4	4,9	
BPRS Factor Mania / Excitação ^d	Reduzido	50	6	22	7,5	8,5	n.s.
	Elevado	29	6	15	7	8,2	
BPRS Factor Depressão/Ansiedade ^e	Reduzido	50	5	16	9	9,5	<0,001
	Elevado	29	8	18	14	14,3	
GAF	Reduzido	50	10	75	51	50,0	<0,001
	Elevado	29	20	75	25	26,3	
CANFOR, Secções pontuação dos RM							
Necessidades Satisfeitas	Reduzido	50	0	8	3	3,1	0,036
	Elevado	29	0	7	2	2,2	
Necessidades Não satisfeitas	Reduzido	50	1	10	7	6,2	n.s.
	Elevado	29	1	11	7	6,6	
Necessidades Totais	Reduzido	50	2	15	9	9,3	n.s.
	Elevado	29	2	16	9	8,8	
Ajuda Informal Recebida	Reduzido	50	1	18	5	6,6	n.s.
	Elevado	29	1	13	5	6,3	
Ajuda Formal Recebida	Reduzido	50	0	14	6	6,4	n.s.
	Elevado	29	1	15	5	5,0	
Ajuda formal Necessária	Reduzido	50	4	32	20	19,5	n.s.
	Elevado	29	3	41	20	20,2	
Satisfação	Reduzido	50	0	9	3	3,2	n.s.
	Elevado	29	0	6	2	2,4	

^a – amplitude da pontuação: 24- 168 (pior). ^b – amplitude da pontuação: 5 - 35 (pior). ^c – amplitude da pontuação: 4 – 28 (pior). ^d – amplitude da pontuação: 6 – 42 (pior). ^e – amplitude da pontuação: 4 – 28 (pior). n.s. – Valor p>0,05

Tabela 39 - Pontuações totais dos técnicos dos RF e RM nas Secções do CANFOR e Risco de Suicídio

CANFOR, Secções pontuação dos técnicos das RF (n=35)	Risco de Suicídio	n	Min.	Máx.	Mediana	Média	Valor p (Teste Mann-Whitney)
Necessidades satisfeitas	Reduzido	25	0	6	1	2,1	0,002
	Elevado	10	2	7	4	4,1	
Necessidades não satisfeitas	Reduzido	25	0	10	2	2,8	n.s.
	Elevado	10	2	7	4	4,0	
Necessidades totais	Reduzido	25	1	11	5	4,9	0,006
	Elevado	10	5	12	8	8,1	
Ajuda informal Recebida	Reduzido	25	0	10	4	3,6	n.s.
	Elevado	10	1	11	4	4,9	
Ajuda formal recebida	Reduzido	25	0	19	5	6,6	n.s.
	Elevado	10	3	18	10	10,1	
Ajuda formal necessária	Reduzido	25	2	24	10	10,2	0,007
	Elevado	10	10	26	17,5	17,7	
pontuação dos técnicos dos RM (n=79)							
Necessidades satisfeitas	Reduzido	50	0	8	1,5	2,2	n.s.
	Elevado	29	0	9	2	2,3	
Necessidades não satisfeitas	Reduzido	50	1	8	3	3,8	n.s.
	Elevado	29	1	8	4	4,3	
Necessidades totais	Reduzido	50	1	12	5	5,9	n.s.
	Elevado	29	1	15	7	6,6	
Ajuda informal recebida	Reduzido	50	0	14	3,5	3,6	n.s.
	Elevado	29	0	10	3	3,7	
Ajuda formal recebida	Reduzido	50	0	19	5	5,7	n.s.
	Elevado	29	1	17	6	6,8	
Ajuda formal necessária	Reduzido	50	3	25	12	13,0	n.s.
	Elevado	29	3	30	15	14,6	

n.s. – Valor $p > 0,05$

Tabela 40 - Variáveis Sociodemográficas, Clínicas e Forenses nos PRs com Condenações Múltiplas

Variáveis sociodemográficas e clínicas (n=114)		Condenações Múltiplas				Valor p (Qui-quadrado/ *T.Exacto de Fisher)	Odds Ratio (I.C. 95%)
		Ausente (0) (n=60)		Presente (1) (n=54)			
		n	%	n	%		
Género	Feminino	25	41,7%	10	18,5%	0,007	3,143 (1,334-7,407)
	Masculino	35	58,3%	44	81,5%		
Solteiro	Outro Estado	28	46,7%	17	31,5%	0,098	
	Presente	32	53,3%	37	68,5%		
Relação Marital	Outro estado	45	75,0%	45	83,3%	0,276	
	Presente	15	25,0%	9	16,7%		
Escolaridade Obrigatória	Ausente	28	46,7%	39	72,2%	0,006	0,337 (0,154-0,736)
	Presente	32	53,3%	15	27,8%		
Empreg./Reformado	Ausente	20	33,3%	22	40,7%	0,413	
	Presente	40	66,7%	32	59,3%		
Rendimento Principal do Próprio	Outra	18	30,0%	19	35,2%	0,555	
	Próprio	42	70,0%	35	64,8%		
Alojamento	Outro	33	55,0%	32	59,3%	0,646	
	Próprio	27	45,0%	22	40,7%		
Viver Sozinho	Outro	53	88,3%	44	81,5%	0,305	
	Sozinho	7	11,7%	10	18,5%		
Cuidador Informal	Ausente	11	18,3%	11	20,4%	,783	
	Presente	49	81,7%	43	79,6%		
Distância à Residência Habitual (n=58)	<150 Km	41	68,3%	37	68,5%	0,983	
	>150 Km	19	31,7%	17	31,5%		
Distância a familiares	<150 Km	40	66,7%	36	66,7%	1,000	
	>150 Km	20	33,3%	18	33,3%		
Depressão Unipolar	Ausente	23	38,3%	24	44,4%	,508	
	Presente	37	61,7%	30	55,6%		
Consumo de subs. prévio à detenção	Ausente	28	46,7%	7	13,0%	<0,001	5,875 (2,290-15,073)
	Presente	32	53,3%	47	87,0%		
Contacto com a Psiq. ao longo da vida	Ausente	48	80,0%	38	70,4%	0,233	
	Presente	12	20,0%	16	29,6%		
Contacto com a Psiq. no último ano antes da detenção	Ausente	48	80,0%	39	72,2%	0,329 ^a	
	Presente	12	20,0%	15	27,8%		
Internamento psiq. civil anterior	Ausente	51	85,0%	46	85,2%	0,978	
	Presente	9	15,0%	8	14,8%		
Antecedentes familiares psiq (n=72)	Ausente	34	77,3%	21	75,0%	0,825	
	Presente	10	22,7%	7	25,0%		
Antecedentes familiares penais =78)	Ausente	30	65,2%	17	53,1%	0,283	
	Presente	16	34,8%	15	46,9%		
PASP (MINI P.)	Ausente	36	60,0%	12	22,2%	0,000*	5,250

	Presente	24	40,0%	42	77,8%		(2,304-11,963)
Crime Anterior Contra pessoas (n=58)	Ausente	2	50,0%	29	53,7%	1,000*	
	Presente	2	50,0%	25	46,3%		
Crime Actual Contra Pessoas	Ausente	27	45,0%	26	48,1%	0,736	
	Presente	33	55,0%	28	51,9		
Crime Contra Pessoas (n=90)	Ausente	2	5,6%	25	46,3%	1,000*	
	Presente	34	94,4%	29	53,7%		

(0) – variável de referência

Tabela 41 - Pontuações totais do BPRS, do GAF e do CANFOR nos PRs com Condenações Múltiplas

Instrumentos (n=114)	Condenações Múltiplas	n	Min.	Máx.	Mediana	Média	Valor p (Teste Mann-Whitney)
BPRS Pontuação total ^a	Ausente (0)	60	26	61	36	36,7	n.s.
	Presente (1)	54	28	61	39	39,6	
BPRS Factor Sintomas Positivos ^b	Ausente (0)	60	5	23	6	7,2	n.s.
	Presente (1)	54	5	16	7	7,8	
BPRS Factor Sintomas Negativos ^c	Ausente (0)	60	4	10	4	4,4	n.s.
	Presente (1)	54	4	8	4	4,8	
BPRS Factor Mania / Excitação ^d	Ausente (0)	60	6	22	7	8,3	n.s.
	Presente (1)	54	6	18	8	8,3	
BPRS Factor Depressão / Ansiedade ^e	Ausente (0)	60	5	18	10,5	10,5	n.s.
	Presente (1)	54	6	18	11	11,5	
GAF	Ausente (0)	60	12	85	50,5	49,6	n.s.
	Presente (1)	54	10	75	35	38,6	
CANFOR, Secções pontuação dos PRs							
Necessidades satisfeitas	Ausente (0)	60	0	8	2	2,5	n.s.
	Presente (1)	54	0	8	2,5	2,7	
Necessidades não satisfeitas	Ausente (0)	60	1	11	6	5,4	n.s.
	Presente (1)	54	1	10	7	6,0	
Necessidades totais	Ausente (0)	60	2	15	8	7,9	n.s.
	Presente (1)	54	2	16	9	8,6	
Ajuda informal recebida	Ausente (0)	60	0	18	5	6,2	n.s.
	Presente (1)	54	0	18	5	6,1	
Ajuda formal recebida	Ausente (0)	60	0	14	5	5,7	n.s.
	Presente (1)	54	0	15	5	5,6	
Ajuda formal necessária	Ausente (0)	60	0	29	18	17,0	n.s.
	Presente (1)	54	3	41	20	18,7	
Satisfação	Ausente (0)	60	0	9	2	2,6	n.s.
	Presente (1)	54	0	9	2	2,8	

^a – amplitude da pontuação: 24- 168 (pior). ^b – amplitude da pontuação: 5 - 35 (pior). ^c – amplitude da pontuação: 4 – 28 (pior).

^d – amplitude da pontuação: 6 – 42 (pior). ^e – amplitude da pontuação: 4 – 28 (pior). n.s. – Valor $p > 0,05$

Tabela 42 - Pontuações totais nas secções do CANFOR dos técnicos nos PRs com Condenações Múltiplas

CANFOR, Secções pontuação dos técnicos n=114	Condenações Múltiplas	n	Min.	Máx.	Mediana	Média	Valor p (Teste Mann-Whitney)
Necessidades satisfeitas	Ausente (0)	60	0	6	1,5	2,0	n.s.
	Presente (1)	54	0	9	2,5	2,8	
Necessidades não satisfeitas	Ausente (0)	60	1	10	3	3,4	n.s.
	Presente (1)	54	0	8	4	4,1	
Necessidades totais	Ausente (0)	60	1	12	5	5,4	0,045
	Presente (1)	54	1	15	7	6,9	
Ajuda informal Recebida	Ausente (0)	60	0	14	4	3,7	n.s.
	Presente (1)	54	0	11	3,5	3,8	
Ajuda formal recebida	Ausente (0)	60	0	19	5	5,9	n.s.
	Presente (1)	54	0	19	6	7,3	
Ajuda formal necessária	Ausente (0)	60	2	24	11	11,4	0,049
	Presente (1)	54	2	30	15	15,0	

n.s. – Valor $p > 0,05$

Tabela 43 - Necessidades de Cuidados Não-satisfeitas nos PRs com Condenações Múltiplas

CANFOR, domínios pontuação dos reclusos (n=114)		Condenações Múltiplas				Valor p Qui-quadrado/ *T.Exacto de Fisher	Odds Ratio (I.C. 95%)
		Ausente (0) (n=60)		Presente (1) (n=54)			
		n	%	n	%		
1. Alojamento	OP (0)	58	96,7%	52	96,3%	n.s.	
	NCNS (1)	2	3,3%	2	3,7%		
2. Alimentação	OP (0)	59	98,3%	53	98,1%	n.s.	
	NCNS (1)	1	1,7%	1	1,9%		
3. Cuidados com o alojamento	OP (0)	59	98,3%	53	98,1%	n.s.	
	NCNS (1)	1	1,7%	1	1,9%		
4. Cuidados pessoais	OP (0)	59	98,3%	53	98,1%	n.s.	
	NCNS (1)	1	1,7%	1	1,9%		
5. Actividades diárias	OP (0)	30	50,0%	27	50,0%	n.s.	
	NCNS (1)	30	50,0%	27	50,0%		
6. Saúde física	OP (0)	49	81,7%	43	79,6%	n.s.	
	NCNS (1)	11	18,3%	11	20,4%		
7. Sintomas psicóticos	OP (0)	56	93,3%	45	83,3%	n.s.	
	NCNS (1)	4	6,7%	9	16,7%		
8. Informação sobre a doença e tratamento	OP (0)	38	63,3%	25	46,3%	n.s.	
	NCNS (1)	22	36,7%	29	53,7%		
9. Sofrimento psicológico	OP (0)	26	43,3%	16	29,6%	n.s.	
	NCNS (1)	34	56,7%	38	70,4%		
10. Segurança para o próprio	OP (0)	44	73,3%	26	48,1%	0,006	2,962 (1,354-6,477)
	NCNS (1)	16	26,7%	28	51,9%		
11. Segurança para os outros	OP (0)	56	93,3%	43	79,6%	0,031	3,581 (1,066-12,027)
	NCNS (1)	4	6,7%	11	20,4%		
12. Álcool	OP (0)	59	98,3%	53	98,1%	n.s.	
	NCNS (1)	1	1,7%	1	1,9%		
13. Drogas	OP (0)	52	86,7%	36	66,7%	0,011	3,250 (1,276-8,278)
	NCNS (1)	8	13,3%	18	33,3%		
14. Contactos sociais	OP (0)	36	60,0%	30	55,6%	n.s.	
	NCNS (1)	24	40,0%	24	44,4%		
15. Relações afectivas com parceiro(a)	OP (0)	42	7,0%	27	50,0%	0,029	2,333 (1,083-5,028)
	NCNS (1)	18	30,0%	27	50,0%		
16. Relacionamento sexual	OP (0)	23	38,3%	16	29,6%	n.s.	
	NCNS (1)	37	61,7%	38	70,4%		
17. Cuidados parentais	OP (0)	38	63,3%	34	63,0%	n.s.	
	NCNS (1)	22	36,7%	20	37,0%		
18. Literacia básica	OP (0)	58	96,7%	48	88,9%	n.s.	

CANFOR, domínios pontuação dos reclusos (n=114)		Condenações Múltiplas				Valor p Qui-quadrado/ *T.Exacto de Fisher	Odds Ratio (I.C. 95%)
		Ausente (0) (n=60)		Presente (1) (n=54)			
		n	%	n	%		
	NCNS (1)	2	3,3%	6	11,1%		
19. Telefone	OP (0)	57	95,0%	46	85,2%	n.s.	
	NCNS (1)	3	5,0%	8	14,8%		
20. Utilização de transportes	OP (0)	59	98,3%	52	96,3%	n.s.	
	NCNS (1)	1	1,7%	2	3,7%		
21. Dinheiro	OP (0)	56	93,3%	50		n.s.	
	NCNS (1)	4	6,7%	4	7,4%		
22. Subsídios sociais	OP (0)	22	36,7%	9	16,7%	0,017	2,895 (1,192-7,032)
	NCNS (1)	38	63,3%	45	83,3%		
23. Tratamento	OP (0)	53	88,3%	52	96,3%	n.s.	
	NCNS (1)	7	11,7%	2	3,7%		
24. Crimes sexuais	OP (0)	59	98,3%	52	96,3%	n.s.	
	NCNS (1)	1	1,7%	2	3,7%		
25. Fogo posto	OP (0)	58	96,7%	52	96,3%	n.s.	
	NCNS (1)	2	3,3%	2	3,7%		

NCNS – Necessidade de Cuidados Não-satisfeita. OP – Outra pontuação. (0) – variável de referência. n.s. – Valor $p > 0,05$

Tabela 44 - Necessidades de Cuidados Não-satisfeitas pontuadas pelos técnicos dos PRs com Condenações Múltiplas

CANFOR, domínios pontuação dos técnicos (n=114)		Condenações Múltiplas				Valor p Qui-quadrado/ *T.Exacto de Fisher	Odds Ratio (I.C. 95%)
		Ausente (0) (n=60)		Presente (1) (n=54)			
		n	%	n	%		
1. Alojamento	OP (0)	58	96,7%	54	100,0%	n.s.	
	NCNS (1)	2	3,3%	0	0,0%		
2. Alimentação	OP (0)	59	98,3%	54	100,0%	n.s.	
	NCNS (1)	1	1,7%	0	0,0%		
3. Cuidados com o alojamento	OP (0)	58	96,7%	52	96,3%	n.s.	
	NCNS (1)	2	3,3%	2	3,7%		
4. Cuidados pessoais	OP (0)	58	96,7%	53	98,1%	n.s.	
	NCNS (1)	2	3,3%	1	1,9%		
5. Actividades diárias	OP (0)	41	68,3%	36	66,7%	n.s.	
	NCNS (1)	19	31,7%	18	33,3%		
6. Saúde física	OP (0)	56	93,3%	48	88,9%	n.s.	
	NCNS (1)	4	6,7%	6	11,1%		
7. Sintomas psicóticos	OP (0)	57	95,0%	52	96,3%	n.s.	
	NCNS (1)	3	5,0%	2	3,7%		
8. Informação sobre a doença e tratamento	OP (0)	56	93,3%	50	92,6%	n.s.	
	NCNS (1)	4	6,7%	4	7,4%		
9. Sofrimento psicológico	OP (0)	32	53,3%	27	50,0%	n.s.	
	NCNS (1)	28	46,7%	27	50,0%		
10. Segurança para o próprio	OP (0)	49	81,7%	38	70,4%	n.s.	
	NCNS (1)	11	18,3%	16	29,6%		
11. Segurança para os outros	OP (0)	48	80,0%	43	79,6%	n.s.	
	NCNS (1)	12	20,0%	11	20,4%		
12. Álcool	OP (0)	59	98,3%	54	100,0%	n.s.	
	NCNS (1)	1	1,7%	0	0,0%		
13. Drogas	OP (0)	53	88,3%	31	57,4%	<0,001	5,618 (2,161-14,599)
	NCNS (1)	7	11,7%	23	42,6%		
14. Contactos sociais	OP (0)	38	63,3%	36	66,7%	n.s.	
	NCNS (1)	22	36,7%	18	33,3%		
15. Relações afectivas com parceiro(a)	OP (0)	49	81,7%	41	75,9%	n.s.	
	NCNS (1)	11	18,3%	13	24,1%		
16. Relaciona. sexual	OP (0)	19	31,7%	8	14,8%	0,035	2,665 (1,054-6,734)
	NCNS (1)	41	68,3%	46	85,2%		
17. Cuidados parentais	OP (0)	36	60,0%	44	81,5%	0,012	0,341 (0,144-0,805)
	NCNS (1)	24	40,0%	10	18,5%		

CANFOR, domínios pontuação dos técnicos (n=114)		Condenações Múltiplas				Valor p Qui-quadrado/ *T.Exacto de Fisher	Odds Ratio (I.C. 95%)	
		Ausente (0) (n=60)		Presente (1) (n=54)				
		n	%	n	%			
18. Literacia básica	OP (0)	57	95,0%	50	92,6%	n.s.		
	NCNS (1)	3	5,0%	4	7,4%			
19. Telefone	OP (0)	60	100,0%	53	98,1%	n.s.		
	NCNS (1)	0	,0%	1	1,9%			
20. Utilização de transportes	OP (0)	60	100,0%	53	98,1%	n.s.		
	NCNS (1)	0	,0%	1	1,9%			
21. Dinheiro	OP (0)	54	90,0%	48	88,9%	n.s.		
	NCNS (1)	6	10,0%	6	11,1%			
22. Subsídios sociais	OP (0)	59	98,3%	47	87,0%	0,026*		8,787 (1,044-73,947)
	NCNS (1)	1	1,7%	7	13,0%			
23. Tratamento	OP (0)	57	95,0%	48	88,9%	n.s.		
	NCNS (1)	3	5,0%	6	11,1%			
24. Crimes sexuais	OP (0)	57	95,0%	53	98,1%	n.s.		
	NCNS (1)	3	5,0%	1	1,9%			
25. Fogo posto	OP (0)	59	98,3%	54	100,0%	n.s.		
	NCNS (1)	1	1,7%	0	0,0%			

NCNS – Necessidade de Cuidados Não-satisfeita. OP – Outra pontuação. (0) – variável de referência. n.s. – Valor p>0,05

Tabela 45 - Idade e idade no início do tratamento nos RM com NCNS no domínio Drogas

CANFOR NCNS no domínio 13. Drogas RM (n= 79)	Categorias	n	Mín.	Máx.	Mediana	Média	Valor p (Teste Mann-Whitney)
Idade	OP	54	19	66	38	38,4	0,007
	NNS	25	19	54	33	32,4	
Idade no início do tratamento	OP	54	6	65	33	32,9	0,002
	NNS	25	8	44	23	24,4	

NCNS – Necessidade de Cuidados Não-satisfeita. OP – Outra pontuação

Tabela 46 - Variáveis Sociodemográficas, Clínicas e Forenses nos RM com NCNS no domínio Drogas

Variáveis RM (n=79)		13. Domínio Drogas				Valor p Qui-quadrado/ *T.Exacto de Fisher	Odds Ratio (I.C. 95%)
		OP (0)		NNS (1)			
		n	%	n	%		
Género	Feminino	34	3,6%	1	3,8%	0,001*	15,741 (2,038-121,580)
	Masculino	54	61,4%	25	96,2%		
Estado Civil Solteiro	Outro Estado	21	38,9%	5	2,0%	0,097	
	Solteiro	33	61,1%	20	80,0%		
Escolaridade Obrigatória	Ausente	30	55,6%	17	68,0%	0,295	
	Presente	24	44,4%	8	32,0%		
Emprego	Ausente	20	37,0%	7	28,0%	0,431	
	Presente	34	63,0%	18	72,0%		
Fonte de Rendimento	Outra	16	29,6%	7	28,0%	0,882	
	Próprio	38	70,4%	18	72,0%		
Nacionalidade	Estrangeira	17	31,5%	3	12,0%	0,064	
	Portuguesa	37	68,5%	22	88,0%		
Distância à Residência Habitual	<150 Km	37	68,5%	16	64,0%	0,691	
	>150 Km	17	31,5%	9	36,0%		
Distância aos Familiares	<150 Km	34	63,0%	16	64,0%	0,929	
	>150 Km	20	37,0%	9	36,0%		
Cuidador Informal	Ausente	12	22,2%	5	20,0%	0,823	
	Presente	42	77,8%	20	80,0%		
Agregado familiar	Outro	42	77,8%	22	88,0%	0,281 ^a	
	Sozinho	12	22,2%	3	12,0%		
Antecedentes familiares penais	Ausente	24	64,9%	6	37,5%	0,065	
	Presente	13	35,1%	10	62,5%		
Antecedentes familiares psiquiátricos (n=48)	Ausente	27	84,4%	9	56,3%	0,073*	
	Presente	5	15,6%	7	43,8%		
Contacto Anterior com a Psiquiatria	Ausente	40	74,1%	18	72,0%	n.s.	
	Presente	14	25,9%	7	28,0%		
Internamento Civil Anterior	Ausente	45	83,3%	21	84,0%	n.s.	
	Presente	9	16,7%	4	16,0%		
Internamento Prisional Anterior	Ausente	34	63,0%	11	44,0%	n.s.	
	Presente	20	37,0%	14	56,0%		
Regime de Detenção	Pena	31	57,4%	21	84,0%	0,020*	0,257 (,078-,850)
	Preventivo	23	42,6%	4	16,0%		
Crime Actual Contra Pessoas	Ausente	25	46,3%	10	40,0%	n.s.	
	Presente	29	53,7%	15	60,0%		
Crime Contra Pessoas ao Longo da Vida	Ausente	15	33,3%	8	34,8%	n.s.	
	Presente	30	66,7%	15	65,2%		

Variáveis RM (n=79)		13. Domínio Drogas				Valor p Qui-quadrado/ *T.Exacto de Fisher	Odds Ratio (I.C. 95%)	
		OP (0)		NNS (1)				
		n	%	n	%			
Condenações Anteriores	Até uma	27	50,0%	8	32,0%	n.s.		
	Duas ou mais	27	50,0%	17	68,0%			
Antecedentes de Auto-agressão	Nenhuma	28	58,3%	8	40,0%	n.s.		
	Uma ou mais	20	41,7%	12	60,0%			
Letalidade da Auto-agressão	Reduzida	4	14,8%	3	16,7%	n.s.		
	Elevada	23	85,2%	15	83,3%			
Sequelas da Auto-agressão	Ausente	13	48,1%	7	38,9%	n.s.		
	Presente	14	51,9%	11	61,1%			
Consumo de Substâncias Prévio à Detenção	Ausente	18	33,3%	0	,0%	0,001*		1,694 (1,375-2,089)
	Presente	36	66,7%	25	100,0%			
Tratamento Anterior Devido a Consumos de Substâncias	Ausente	20	37,0%	4	16,0%	0,059		
	Presente	34	63,0%	21	84,0%			
Consequências dos Consumos de Substâncias	Ausente	18	33,3%	0	,0%	0,001*	1,694 (1,375-2,089)	
	Presente	36	66,7%	25	100,0%			
Episódio Depressivo Major (MINI A.)	Ausente	27	50,0%	10	40,0%	0,407		
	Presente	27	50,0%	15	60,0%			
Risco de Suicídio (MINI C.)	Nulo/Reduzido	38	70,4%	12	48,0%	0,055		
	Moderado/Elevado	16	29,6%	13	52,0%			
Abuso/Dependência de Substâncias (MINI K.)	Ausente	32	59,3%	4	16,0%	<0,001	7,636 (2,302 -25,332)	
	Presente	22	40,7%	21	84,0%			
Perturbação de Personalidade Anti-social (MINI P.)	Ausente	27	50,0%	3	12,0%	0,001*	7,333 (1,961- 27,423)	
	Presente	27	50,0%	22	88,0%			

NCNS - Necessidade de Cuidados Não-satisfeita. OP – Outra pontuação (0) – variável de referência. . n.s. – p>0,05

Tabela 47 - Pontuações totais do BPRS, GAF, CANFOR nos RM com NCNS no domínio Drogas

Instrumentos	NCNS	n	Min.	Máx.	Mediana	Média	Valor p*
Reclusos Masculinos (n=79)	13. Drogas						
BPRS Pontuação total ^a	Ausente	54	26	50	39	37,59	n.s.
	Presente	25	31	53	40	40,84	
BPRS Factor Sintomas Positivos ^b	Ausente	54	5	19	7	7,83	n.s.
	Presente	25	5	16	7	7,4	
BPRS Factor Sintomas Negativos ^c	Ausente	54	4	10	4	4,57	n.s.
	Presente	25	4	10	4	4,92	
BPRS Factor Mania / Excitação ^d	Ausente	54	6	22	7	8,04	n.s.
	Presente	25	6	18	8	9,08	
BPRS Factor Depressão / Ansiedade ^e	Ausente	54	5	18	10	10,69	0,019
	Presente	25	7	18	13	12,60	
GAF	Ausente	54	12	75	40	43,41	n.s.
	Presente	25	10	75	35	36,64	
CANFOR, Secções RM n=79							
Necessidades satisfeitas	Ausente	54	0	8	2,5	2,72	n.s.
	Presente	25	0	7	2	2,84	
Necessidades não satisfeitas	Ausente	54	1	11	7	6,35	n.s.
	Presente	25	1	10	7	6,32	
Necessidades totais	Ausente	54	2	16	9	9,07	n.s.
	Presente	25	2	15	9	9,16	
Ajuda informal recebida	Ausente	54	1	18	5	6,13	n.s.
	Presente	25	3	14	7	7,28	
Ajuda formal recebida	Ausente	54	0	15	5	6,06	n.s.
	Presente	25	1	14	5	5,52	
Ajuda formal necessária	Ausente	54	4	41	20	19,61	n.s.
	Presente	25	3	29	20	19,96	
Satisfação	Ausente	54	0	9	2	2,72	n.s.
	Presente	25	1	8	3	3,32	

* Teste Mann-Whitney. NCNS - Necessidade de Cuidados Não-satisfeita. n.s. – p>0,05

Tabela 48 - Pontuações totais das Secções do CANFOR pontuadas pelos técnicos dos RM com NCNS no domínio Drogas

CANFOR, Secções pontuação dos técnicos RM (n=79)	NCNS 13. Drogas	n	Min.	Máx.	Mediana	Média	Valor p*
Necessidades satisfeitas	Ausente	54	0	8	1	2,07	n.s.
	Presente	25	0	9	2	2,56	
Necessidades não satisfeitas	Ausente	54	1	8	4	4,02	n.s.
	Presente	25	1	8	4	3,84	
Necessidades totais	Ausente	54	1	15	5,5	6,09	n.s.
	Presente	25	1	11	7	6,40	
Ajuda informal recebida	Ausente	54	0	10	3	3,39	n.s.
	Presente	25	0	14	4	4,20	
Ajuda formal recebida	Ausente	54	0	19	5	6,09	n.s.
	Presente	25	0	14	6	6,12	
Ajuda formal necessária	Ausente	54	3	30	12,5	13,43	n.s.
	Presente	25	3	23	15	13,96	

* Teste Mann-Whitney. NCNS - Necessidade de Cuidados Não-satisfeita. n.s. – p>0,05

Tabela 49 - Outras Necessidades Não-satisfeitas nos RM com NCNS no domínio Drogas

CANFOR, domínios pontuação dos RM (n=79)		13. Domínio Drogas				Valor p Qui-quadrado/ *T.Exacto de Fisher	Odds Ratio (I.C. 95%)
		OP (0)		NNS (1)			
		n	%	n	%		
1. Alojamento	OP (0)	52	96,3%	24	96,0%	n.s.	
	NCNS (1)	2	3,7%	1	4,0%		
2. Alimentação	OP (0)	53	98,1%	25	100,0%	n.s.	
	NCNS (1)	1	1,9%	0	0,0%		
3. Cuidados com o alojamento	OP (0)	53	98,1%	25	100,0%	n.s.	
	NCNS (1)	1	1,9%	0	0,0%		
4. Cuidados pessoais	OP (0)	53	98,1%	25	100,0%	n.s.	
	NCNS (1)	1	1,9%	0	0,0%		
5. Actividades diárias	OP (0)	22	40,7%	12	48,0%	n.s.	
	NCNS (1)	32	59,3%	13	52,0%		
6. Saúde física	OP (0)	44	81,5%	22	88,0%	n.s.	
	NCNS (1)	10	18,5%	3	12,0%		
7. Sintomas psicóticos	OP (0)	45	83,3%	24	96,0%	n.s.	
	NCNS (1)	9	16,7%	1	4,0%		
8. Informação sobre a doença e tratamento	OP (0)	25	46,3%	17	68,0%	n.s.	
	NCNS (1)	29	53,7%	8	32,0%		
9. Sofrimento psicológico	OP (0)	22	40,7%	7	28,0%	n.s.	
	NCNS (1)	32	59,3%	18	72,0%		
10. Segurança para o próprio	OP (0)	37	68,5%	11	44,0%	0,038*	2,770 (1,043-7,354)
	NCNS (1)	17	31,5%	14	56,0%		
11. Segurança para os outros	OP (0)	47	87,0%	19	76,0%	n.s.	
	NCNS (1)	7	13,0%	6	24,0%		
12. Álcool	OP (0)	53	98,1%	25	100,0%	n.s.	
	NCNS (1)	1	1,9%	0	0,0%		
14. Contactos sociais	OP (0)	37	68,5%	12	48,0%	n.s.	
	NCNS (1)	17	31,5%	13	52,0%		
15. Relações afectivas com parceiro(a)	OP (0)	27	50,0%	10	40,0%	n.s.	
	NCNS (1)	27	50,0%	15	60,0%		
16. Relaciona. sexual	OP (0)	12	22,2%	4	16,0%	n.s.	
	NCNS (1)	42	77,8%	21	84,0%		
17. Cuidados parentais	OP (0)	34	63,0%	16	64,0%	n.s.	
	NCNS (1)	20	37,0%	9	36,0%		
18. Literacia básica	OP (0)	50	92,6%	24	96,0%	n.s.	
	NCNS (1)	4	7,4%	1	4,0%		
19. Telefone	OP (0)	51	94,4%	23	92,0%	n.s.	
	NCNS (1)	3	5,6%	2	8,0%		

CANFOR, domínios pontuação dos RM (n=79)		13. Domínio Drogas				Valor p Qui-quadrado/ *T.Exacto de Fisher	<i>Odds Ratio</i> (I.C. 95%)
		OP (0)		NNS (1)			
		n	%	n	%		
20. Utilização de transportes	OP (0)	53	98,1%	24	96,0%	n.s.	
	NCNS (1)	1	1,9%	1	4,0%		
21. Dinheiro	OP (0)	53	98,1%	19	76,0%	0,003*	16,737 (1,890-148,194)
	NCNS (1)	1	1,9%	6	24,0%		
22. Subsídios sociais	OP (0)	17	31,5%	1	4,0%	0,007*	11,027 (1,376-88,370)
	NCNS (1)	37	68,5%	24	96,0%		
23. Tratamento	OP (0)	51	94,4%	23	92,0%	n.s.	
	NCNS (1)	3	5,6%	2	8,0%		
24. Crimes sexuais	OP (0)	52	96,3%	25	100,0%	n.s.	
	NCNS (1)	2	3,7%	0	0,0%		
25. Fogo Posto	OP (0)	51	94,4%	25	100,0%	n.s.	
	NCNS (1)	3	5,6%	0	0,0%		

(0) – Variável de referência. OP – Outra pontuação. NCNS – Necessidade de Cuidados Não-satisfeita. n.s. – $p > 0,05$

Tabela 50 - Outras Necessidades Não-satisfeitas pontuadas pelos técnicos dos RM com NCNS no domínio Drogas

CANFOR, domínios pontuação dos técnicos RM (n=79)		13. Domínio Drogas				Valor p Qui-quadrado/ *T.Exacto de Fisher	Odds Ratio (I.C. 95%)
		OP (0)		NNS (1)			
		n	%	n	%		
1. Alojamento	OP (0)	52	96,3%	25	100%	n.s.	
	NCNS (1)	2	3,7%	0	0,0%		
2. Alimentação	OP (0)	53	98,1%	25	100%	n.s.	
	NCNS (1)	1	1,9%	0	0,0%		
3. Cuidados com o alojamento	OP (0)	53	98,1%	24	96,0%	n.s.	
	NCNS (1)	1	1,9%	1	4,0%		
4. Cuidados pessoais	OP (0)	53	98,1%	25	100%	n.s.	
	NCNS (1)	1	1,9%	0	0,0%		
5. Actividades diárias	OP (0)	31	57,4%	18	72,0%	n.s.	
	NCNS (1)	23	42,6%	7	28,0%		
6. Saúde física	OP (0)	48	88,9%	23	92,0%	n.s.	
	NCNS (1)	6	11,1%	2	8,0%		
7. Sintomas psicóticos	OP (0)	50	92,6%	25	100%	n.s.	
	NCNS (1)	4	7,4%	0	0,0%		
8. Informação sobre a doença e tratamento	OP (0)	48	88,9%	23	92,0%	n.s.	
	NCNS (1)	6	11,1%	2	8,0%		
9. Sofrimento psicológico	OP (0)	30	55,6%	11	44,0%	n.s.	
	NCNS (1)	24	44,4%	14	56,0%		
10. Segurança para o próprio	OP (0)	43	79,6%	17	68,0%	n.s.	
	NCNS (1)	11	20,4%	8	32,0%		
11. Segurança para os outros	OP (0)	48	88,9%	17	68,0%	0,053*	3,765 (1,140-12,429)
	NCNS (1)	6	11,1%	8	32,0%		
12. Álcool	OP (0)	53	98,1%	25	100%	n.s.	
	NCNS (1)	1	1,9%	0	0,0%		
14. Contactos sociais	OP (0)	34	63,0%	19	76,0%	n.s.	
	NCNS (1)	20	37,0%	6	24,0%		
15. Relações afectivas com parceiro(a)	OP (0)	45	83,3%	19	76,0%	n.s.	
	NCNS (1)	9	16,7%	6	24,0%		
16. Relaciona. sexual	OP (0)	8	14,8%	2	8,0%	n.s.	
	NCNS (1)	46	85,2%	23	92,0%		
17. Cuidados parentais	OP (0)	39	72,2%	20	80,0%	n.s.	
	NCNS (1)	15	27,8%	5	20,0%		
18. Literacia básica	OP (0)	51	94,4%	23	92,0%	n.s.	
	NCNS (1)	3	5,6%	2	8,0%		
19. Telefone	OP (0)	53	98,1%	25	100%	n.s.	
	NCNS (1)	1	1,9%	0	0,0%		

20. Utilização de transportes	OP (0)	53	98,1%	25	100%	n.s.	
	NCNS (1)	1	1,9%	0	0,0%		
21. Dinheiro	OP (0)	51	94,4%	18	72,0%	0,009*	6,611 (1,543-28,335)
	NCNS (1)	3	5,6%	7	28,0%		
22. Subsídios sociais	OP (0)	50	92,6%	22	88,0%	n.s.	
	NCNS (1)	4	7,4%	3	12,0%		
23. Tratamento	OP (0)	50	92,6%	21	84,0%	n.s.	
	NCNS (1)	4	7,4%	4	16,0%		
24. Crimes sexuais	OP (0)	50	92,6%	25	100%	n.s.	
	NCNS (1)	4	7,4%	0	0,0%		
25. Fogo Posto	OP (0)	53	98,1%	25	100%	n.s.	
	NCNS (1)	1	1,9%	0	0,0%		

(0) – Variável de referência. OP – Outra pontuação. NCNS – Necessidade de Cuidados Não-satisfeita. n.s. – $p > 0,05$

Tabela 51 - Análise de Regressão Logística Múltipla para extracção das variáveis mais relevantes para o Risco de Suicídio Moderado/Elevado

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 ^a Episódio Depressivo Major	3,086	0,762	16,395	1	0,000	21,890	4,915	97,501
BPRS, total	0,093	0,054	2,930	1	0,087	1,097	0,987	1,220
Escolaridade Obrigatória	-1,100	0,638	2,968	1	0,085	0,333	0,095	1,163
Regime de Detencao	-1,443	0,669	4,651	1	0,031	0,236	0,064	0,877
Condenação Anterior	-0,327	0,642	0,259	1	0,611	0,721	0,205	2,537
Km_residencia	0,459	0,583	0,621	1	0,431	1,583	0,505	4,959
MINI_I	0,989	0,690	2,055	1	0,152	2,687	0,696	10,384
MINI_L	0,990	0,869	1,300	1	0,254	2,692	0,491	14,771
MINI_P	-0,093	0,677	0,019	1	0,891	0,911	0,242	3,435
Tec_nec_não_cobertas	0,031	0,163	0,037	1	0,847	1,032	0,750	1,420
Tec_Ajuda_formal_dada	-0,045	0,079	0,333	1	0,564	0,956	0,819	1,115
unmet9	-0,645	0,704	0,838	1	0,360	0,525	0,132	2,086
unmet13	0,922	0,711	1,682	1	0,195	2,514	0,624	10,123
unmet14	0,147	0,576	0,065	1	0,799	1,158	0,374	3,580
Constant	-5,449	2,012	7,336	1	0,007	0,004		

a. Variable(s) entered on step 1: MINI_A, TOTAL_Bprs, EscolaridadeObrigatória, Regime_Detencao, Condenacao_anterior, Km_residencia, MINI_I, MINI_L, MINI_P, Tec_nec_não_cobertas, Tec_Ajuda_formal_dada, unmet9, unmet13, unmet14.

Tabela 52 - Análise de Regressão Logística Múltipla para extração das variáveis mais relevantes para Condenações Múltiplas

		Variables in the Equation							
		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
								Lower	Upper
Step 1 ^a	Consumo1	1,053	,632	2,776	1	,096	2,865	,831	9,886
	Sexo	,902	,541	2,782	1	,095	2,465	,854	7,114
	Estcivilagreg2	,510	,482	1,119	1	,290	1,666	,647	4,289
	Nescolagregada	-,599	,487	1,513	1	,219	,550	,212	1,426
	MINI_P	1,245	,604	4,251	1	,039	3,472	1,063	11,334
	BPRSmania	-,049	,100	,240	1	,624	,952	,783	1,158
	Tec_Total_Nec	,397	,360	1,215	1	,270	1,487	,734	3,013
	Tec_ajuda_formal_necessária	-,105	,163	,418	1	,518	,900	,654	1,239
	unmet22	,019	,587	,001	1	,975	1,019	,322	3,220
	unmet13	-,050	,612	,007	1	,935	,952	,287	3,160
	Constant	-2,921	1,274	5,254	1	,022	,054		

a, Variable(s) entered on step 1: Consumo1, Sexo, Estcivilagreg2, Nescolagregada, MINI_P, BPRSmania, Tec_Total_Nec, Tec_ajuda_formal_necessária, unmet22, unmet13,

Tabela 53 - Análise de Regressão Logística Múltipla para extração das variáveis mais relevantes para Necessidade de Cuidados Não-satisfeita no domínio Drogas

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
BPRSdepressao	,219	,205	1,145	1	,285	1,245	,834	1,859
ldade_inicio_tx	-,178	,092	3,758	1	,053	,837	,699	1,002
Estcivilagreg2	,912	1,258	,526	1	,468	2,489	,212	29,300
Nacionagregada	-,560	1,399	,160	1	,689	,571	,037	8,854
Antfampenais	,987	1,111	,789	1	,374	2,684	,304	23,707
Step 1 ^a Antfampsiagregado	-,742	1,276	,338	1	,561	,476	,039	5,802
Detencaomagregada	-1,487	1,247	1,422	1	,233	,226	,020	2,604
Tratam1	,989	1,174	,709	1	,400	2,688	,269	26,853
Conseq1	19,986	9609,703	,000	1	,998	478545802,162	,000	.
MINI_P	-,574	1,277	,202	1	,653	,563	,046	6,890
Constant	-18,345	9609,704	,000	1	,998	,000		

a. Variable(s) entered on step 1: BPRSdepressao, ldade_inicio_tx, Estcivilagreg2, Nacionagregada, Antfampenais, Antfampsiagregado, Detencaomagregada, Tratam1, Conseq1, MINI_P.

Tabela 54 - Variáveis sociodemográficas dos PRs e dos PCs

Variáveis sociodemográficas (n=235)		PCs (0) (n=121)		PRs (1) (n=114)		Qui-quadrado/ *Teste Exacto de Fisher	Odds-ratio (I.C. 95%)
		n	%	n	%		
Género	Feminino (0)	45	37,2%	35	30,7%	0,294	1,336 (0,777-2,299)
	Masculino (1)	76	62,8%	79	69,3%		
Nacionalidade	Portuguesa	108	89,3%	87	76,3%	0,008	0,388 (0,189-0,796)
	Lusófona	12	9,9%	17	14,9%		
	Europeia	1	0,8%	7	6,1%		
	Outra	0	0,0%	3	2,6%		
	Estrangeira (0)	13	10,7%	27	23,7%		
	Portuguesa (1)	108	89,3%	87	76,3%		
Estado Civil	Solteiro	61	50,4%	69	60,5%	0,119	1,508 (0,899-2,531)
	Casado/União de facto	33	27,3%	24	21,1%		
	Divorciado	22	18,2%	17	14,9%		
	Viúvo	5	4,1%	4	3,5%		
	Outro estado (0)	60	49,6%	45	39,5%		
	Solteiro (1)	61	50,4%	69	60,5%		
Habilitações Escolares	<1º ciclo	4	3,3%	16	14,0%	0,029	0,564 (0,336-0,946)
	1º ciclo	19	15,7%	34	29,8%		
	2º ciclo	32	26,4%	18	15,8%		
	3º ciclo	19	15,7%	26	22,8%		
	Secundário	23	19,0%	15	13,2%		
	Ensino superior	24	19,8%	5	4,4%		
	Sem esc. obrigatória (0)	55	45,5%	68	59,6%		
	Com esc. obrigatória (1)	66	54,5%	46	40,4%		
Situação Laboral	Desempregado	58	47,9%	42	36,8%	0,005	2,111 (1,253-3,555)
	Emprego a tempo parcial	9	7,4%	16	14,0%		
	Emprego a tempo inteiro	43	35,5%	54	47,4%		
	Reformado	11	9,1%	2	1,8%		
	Inactiva (0)	69	57,0%	44	38,6%		
	Activa (1)	52	43,0%	70	61,4%		
Fontes de rendimento ^a	Trabalho	57	47,1%	77	67,5%		
	Familiares	35	28,9%	18	15,8%		

Variáveis sociodemográficas (n=235)	PCs (0) (n=121)		PRs (1) (n=114)		Qui-quadrado/ *Teste Exacto de Fisher	Odds-ratio (I.C. 95%)	
	n	%	n	%			
	Subsídio S.Social	35	28,9%	12	10,5%	0,002	2,337 (1,375-3,971)
	Outra fonte/ ilícita	3	2,5%	72	63,2%		
	Reforma	11	9,1%	2	1,8%		
	Outra (0)	64	52,9%	37	32,5%		
	Próprio (1)	57	47,1%	77	67,5%		
Alojamento	Próprio	58	47,9%	49	43,0%	0,446	0,819 (0,490-1,370)
	Família/amigos	56	46,3%	55	48,2%		
	Seg. Social ou outra entidade	4	3,3%	3	2,6%		
	Sem abrigo	0	,0%	2	1,8%		
	Hoteleiro	3	2,5%	5	4,4%		
	Outro (0)	63	52,1%	65	57,0%		
	Próprio (1)	58	47,9%	49	43,0%		
Agregado familiar	Sozinho	31	25,6%	17	15,0%	0,042	0,509 (0,264-0,982)
	Cônjuge/companheiro(a)	28	23,1%	48	42,5%		
	Progenitores	49	40,5%	39	34,5%		
	Outras pessoas	13	10,7%	9	8,0%		
	Outro (0)	90	74,4%	97	85,1%		
	Sozinho (1)	31	25,6%	17	14,9%		
Cuidador informal	Ninguém	38	31,4%	22	19,3%	0,033	1,915 (1,047-3,499)
	Cônjuge/companheiro(a)	26	21,5%	44	38,6%		
	Progenitor	46	38,0%	39	34,2%		
	Outra pessoa	11	9,1%	9	7,9%		
	Ausente (0)	38	31,4%	22	19,3%		
	Presente (1)	83	68,6%	92	80,7%		
Antecedentes familiares psiquiátricos (n=188)	Nenhum familiar	84	72,4%	55	76,4%	0,546	0,811 (0,411-1,601)
	1º Grau	27	23,3%	15	20,8%		
	Outro grau	5	4,3%	2	2,8%		
	Ausente (0)	84	72,4%	55	76,4%		
	Presente (1)	32	27,6%	17	23,6%		
Antecedentes familiares penais (n=195)	Nenhum familiar	99	84,6%	47	60,3%	<0,001	3,628 (1,844-7,137)
	1º Grau	13	11,1%	28	35,9%		
	Outro grau	5	4,3%	3	3,8%		
	Ausente (0)	99	84,6%	47	60,3%		
	Presente (1)	18	15,4%	31	39,7%		

(0) – variável de referência. ^a Pode existir mais do que uma possibilidade

Tabela 55 - Variáveis clínicas de tipo contínuo dos PRs e PCs

Variáveis	Civis (n=121) Reclusos (n=114)	Mín.	Máx.	Mediana	Média	Normalidade*	Valor p**
Idade 1º contacto com a psiquiatria	Civis	6	68	27	30,5	n.a.	n.s.
	Reclusos	6	66	26,5	28,6	n.a.	
Anos decorridos desde o 1º contacto	Civis	1	43	6	9,1	n.a.	n.s.
	Reclusos	1	42	4,5	8,0	n.a.	
Idade de início do tratamento	Civis	6	68	27	30,4	n.a.	n.s.
	Reclusos	6	65	27	29,5	n.a.	
Anos decorridos desde o início do tratamento	Civis	1	43	6	8,9	n.a.	0,031
	Reclusos	1	42	4	7,0	n.a.	

*Teste de Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilks. ** Teste de Mann-Witney. n.a. – não assumido. n.s. – valor p>0,05

Tabela 56 - Variáveis clínicas de tipo categorial dos PRs e PCs

Variáveis Clínicas (n=235)		PCs (0) (n=121)		PRs (1) (n=114)		Qui- quadrado/ *Teste Exacto de Fisher	Odds-ratio (I.C. 95%)		
		n	%	n	%				
Contacto com a psiquiatria no último ano da vida civil	Não (0)	70	57,9%	87	76,3%	0,003	0,426 (0,243-0,748)		
	Sim (1)	51	42,1%	27	23,7%				
Internamento(s) psiquiátrico(s) prévio(s)	Ausente	52	43,0%	64	56,1%	0,044	0,589 (0,351-0,987)		
	1	28	23,1%	15	13,2%				
	2 a 5	29	24,0%	22	19,3%				
	>5	12	9,9%	13	11,4%				
	Civil	Ausente (0)	52	43,0%	64	56,1%	<0,001	0,132 (0,070-0,248)	
		Presente (1)	69	57,0%	50	43,9%			
		Prisonal	Ausente (0)	52	43,0%	97	85,1%	<0,001	78,261 (10,553-580,374)
			Presente (1)	69	57,0%	17	14,9%		
	Utilização de Serviços ao longo da vida ^a	Consulta	103	85,1%	64	56,1%	<0,001	0,314	
		Hospital-de-dia	28	23,1%	2	1,8%			
Fórum sócio-ocupacional		9	7,4%	1	0,9%				
Comunidade terapêutica		6	5,0%	18	15,8%				
Formação profissional protegida		2	1,7%	3	2,6%				
Visitas domiciliárias		2	1,7%	0	0,0%				
CAT		1	0,8%	18	15,8%				
Outro serviço		0	0,0%	2	1,8%				
Ausente (0)		17	14,0%	39	34,2%				

Variáveis Clínicas (n=235)		PCs (0) (n=121)		PRs (1) (n=114)		Qui- quadrado/ *Teste Exacto de Fisher	Odds-ratio (I.C. 95%)	
		n	%	n	%			
		Presente (1)		104	86,0%			75
Tratamentos ^a								
Fármacos orais	Ausente (0)	16	13,2%	42	36,8%	<0,001	0,261 (0,136-0,500)	
	Presente (1)	105	86,8%	72	63,2%			
Fármaco injectável (<i>depot</i>)	Ausente (0)	94	77,7%	108	94,7%	<0,001	0,193 (0,077-0,489)	
	Presente (1)	27	22,3%	6	5,3%			
Electroterapia	Ausente (0)	118	97,5%	112	98,2%	0,700		
	Presente (1)	3	2,5%	2	1,8%			
Psicoterapia individual	Ausente (0)	78	64,5%	96	84,2%	0,001	0,340 (0,182-0,636)	
	Presente (1)	43	35,5%	18	15,8%			
Psicoterapia de grupo	Ausente (0)	115	95,0%	113	99,1%	0,066		
	Presente (1)	6	5,0%	1	0,9%			
Psicoeducação	Ausente (0)	121	100%	113	99,1%	0,302		
	Presente (1)	0	0,0%	1	0,9%			
Intervenção familiar	Ausente (0)	118	97,5%	112	98,2%	0,700		
	Presente (1)	3	2,5%	2	1,8%			
Outro		0	0,0%	2	1,8%			
Tratamentos ^a								
		Ausente (0)	15	12,4%	37	33,5%	<0,001	0,294 (0,151-0,574)
		Presente (1)	106	87,6%	77	67,5%		
Medicação actual ^a								
Antipsicótico	Ausente (0)	50	41,3%	60	51,6%	0,082		
	Presente (1)	71	58,7%	54	47,4%			
Antidepressivo	Ausente (0)	60	49,6%	84	73,7%	<0,001	0,351 (0,203-0,608)	
	Presente (1)	61	50,4%	30	26,3%			
Estabilizador do humor	Ausente (0)	89	73,6%	74	64,9%	0,151		
	Presente (1)	32	26,4%	40	35,1%			
Ansiolíticos	Ausente (0)	51	42,1%	63	55,3%	0,044	0,590 (0,352-0,988)	
	Presente (1)	70	57,9%	51	44,7%			
Hipnóticos	Ausente (0)	119	98,3%	100	87,7%	0,001	8,330 (1,849-37,529)	
	Presente (1)	2	1,7%	14	12,3%			
Desconhecido		5	4,1%	0	0,0%			
Antipsicótico oral primeira geração	Ausente (0)	102	84,3%	99	86,8%	0,579		
	Presente (1)	19	15,7%	15	13,2%			
Antipsicótico oral segunda geração	Ausente (0)	62	51,2%	72	63,2%	0,065		
	Presente (1)	59	48,8%	42	36,8%			
Antipsicótico <i>depot</i>	Ausente (0)	114	94,2%	108	94,7%	0,861		

Variáveis Clínicas (n=235)		PCs (0) (n=121)		PRs (1) (n=114)		Qui- quadrado/ *Teste Exacto de Fisher	Odds-ratio (I.C. 95%)		
		n	%	n	%				
primeira geração Antipsicótico <i>depot</i> segunda geração Medicação actual ^d	Presente (1)	7	5,8%	6	5,3%	0,030 ^b	0,502 (0,441-0,571)		
	Ausente (0)	115	95,0%	114	100%				
	Presente (1)	6	5,0%	0	0,0%	0,012	0,216 (0,059-0,787)		
	Ausente (0)	3	2,5%	12	10,5%				
	Presente (1)	118	97,5%	102	89,5%				
Diagnóstico clínico principal	Esquizofrenia	8	6,6%	1	0,9%	0,001	2,495 (1,475-4,220)		
	Outras psicoses	28	23,1%	7	6,1%				
	Perturbação bipolar – mania	8	6,6%	3	2,6%				
	Perturbação bipolar – depressão	5	4,1%	1	0,9%				
	Depressão unipolar	44	36,4%	67	58,8%				
	Perturbação da ansiedade/neurose	15	12,4%	11	9,6%				
	Perturbação da personalidade	7	5,8%	15	13,2%				
	Dependência química	4	3,3%	9	7,9%				
	Outro diagnóstico	2	1,7%	0	0,0%				
	Outro (0)	77	63,6%	47	41,2%			<0,001	0,178 (0,079-0,404)
	Depressão unipolar (1)	44	36,4%	67	58,8%				
	Outro (0)	85	70,2%	102	93,0%			0,052	2,468 (0,967-6,296)
	Esquizofrenia/ Outras psicoses (1)	36	29,8%	8	7,0%				
	Outro (0)	114	94,2%	99	86,8%			0,124	2,507 (0,750-8,382)
	Perturbação da personalidade (1)	7	5,8%	15	13,2%				
	Outro (0)	117	96,7%	105	94,5%			<0,001	4,094 (2,374-7,061)
Dependência química (1)	4	3,3%	9	7,9%					
Consumo de substâncias no último mês vida civil (PRs) ou último mês (PCs)	Bebidas alcoólicas	33	27,3%	32	28,1%				
	Cannabis	20	16,5%	43	37,7%				
	Heroína	3	2,5%	45	39,5%				
	Cocaína	9	7,4%	43	37,7%				
	Ecstasy	0	0,0%	1	0,9%				
	LSD	0	0,0%	2	1,8%				
	Fármacos	5	4,1%	2	1,8%				
	Ausente (0)	78	64,5%	35	30,7%				
Presente (1)	43	35,5%	79	69,3%					

Variáveis Clínicas (n=235)		PCs (0) (n=121)		PRs (1) (n=114)		Qui- quadrado/ *Teste Exacto de Fisher	Odds-ratio (I.C. 95%)	
		n	%	n	%			
Consumo de substâncias no último mês vida civil	Cannabis ausente (0)	101	83,5%	72	63,2%	<0,001	2,946 (1,597-5,434)	
	Cannabis presente (1)	20	16,5%	42	36,8%			
	Heroína ausente (0)	118	97,5%	70	61,4%	<0,001	24,724 (7,400-82,607)	
	Heroína presente (1)	3	2,5%	44	38,6%			
	Cocaína ausente (0)	112	92,6%	72	63,2%	<0,001	7,259 (3,333-15,811)	
	Cocaína presente (1)	9	7,4%	42	36,8%			
Tratamentos orientados para os consumos ^a	Na prisão	1	0,8%	12	10,5%	<0,001	5,504 (2,896-10,462)	
	Informal	6	5,0%	0	0,0%			
	Internamento hospitalar	6	5,0%	9	7,9%			
	Comunidade terapêutica	7	5,8%	15	13,2%			
	Consulta de psiquiatria	7	5,8%	7	6,1%			
	Consulta de psicologia	2	1,7%	9	7,9%			
	CAT	1	0,8%	18	15,8%			
	Outro	0	0,0%	9	7,9%			
	Ausente (0)	105	86,8%	62	54,4%			
	Presente (1)	16	13,2%	52	45,6%			
Consequências dos consumos ^a	Detenção	Ausente (0)	119	98,3%	108	94,7%	0,161*	
		Presente (1)	2	1,7%	6	5,3%		
	Pena de prisão	Ausente (0)	118	97,5%	54	47,4%	<0,001	43,704 (13,118-145,598)
		Presente (1)	3	2,5%	60	52,6%		
	Pessoais	Ausente (0)	100	82,6%	86	75,4%	0,174	
		Presente (1)	21	17,4%	28	24,6%		
	Familiares	Ausente (0)	113	93,4%	59	51,8%	<0,001	13,167 (5,883-29,472)
		Presente (1)	8	6,6%	55	48,2%		
	Outra	Ausente (0)	94	77,7%	46	40,4%	<0,001	5,147 (2,915-9,086)
		Presente (1)	27	22,3%	68	59,6%		
Auto-agressão anterior (n=219)	Ausente (0)	70	57,9%	41	41,8%	0,018	1,908 (1,112-3,274)	
	Presente (1)	51	42,1%	57	58,2%			
Métodos de auto- agressão								
Ingestão de medicam./ tóxicos	Ausente (0)	81	66,9%	82	83,7%	0,005	0,395 (0,205-0,761)	
	Presente (1)	40	33,1%	16	16,3%			
Enforcamento	Ausente (0)	115	95,0%	74	75,5%	<0,001	6,216 (2,426-15,930)	
	Presente (1)	6	5,0%	24	24,5%			
Ferimentos em áreas	Ausente (0)	111	91,7%	65	66,3%	<0,001	5,635	

Variáveis Clínicas (n=235)		PCs (0) (n=121)		PRs (1) (n=114)		Qui- quadrado/ *Teste Exacto de Fisher	Odds-ratio (I.C. 95%)
		n	%	n	%		
vitais	Presente (1)	10	8,3%	33	33,7%		(2,617-12,182)
Ferimentos em áreas não vitais	Ausente (0)	116	95,9%	92	93,9%	0,503	1,513 (0,448-5,414)
	Presente (1)	5	4,1%	6	6,1%		
Salto de altura	Ausente (0)	118	97,5%	96	98,0%	1,000*	0,819 (0,134-5,004)
	Presente (1)	3	2,5%	2	2,0%		
Atropelamento	Ausente (0)	120	99,2%	96	98,0%	0,442	2,500 (0,223-27,986)
	Presente (1)	1	0,8%	2	2,0%		
Ingestão de corpos estranhos	Ausente (0)	117	96,7%	94	95,9%	0,761	1,245 (0,303-5,110)
	Presente (1)	4	3,3%	4	4,1%		
Letalidade (n=107)	Reduzida (0)	31	60,8%	7	12,5%	<0,001	10,850 (4,108-28,655)
	Elevada (1)	20	39,2%	49	87,5%		
Sequelas da auto-agressão ^a (n=107)	Cicatrizes	10	19,6%	25	44,6%	0,011	2,769 (1,245-6,158)
	Queixas G-I	0	0,0%	4	7,1%		
	Queixas neurológicas	3	5,9%	0	0,0%		
	Queixas algicas	1	2,0%	2	3,6%		
	Outras	1	2,0%	1	1,8%		
	Ausente (0)	36	70,6%	26	46,4%		
	Presente (1)	15	29,4%	30	53,6%		

(0) – variável de referência. ^a – Pode existir mais do que uma categoria. ^b – Cálculo efectuado com atribuição do valor mínimo (1) a célula de valor zero.

Tabela 57 - Variáveis Forenses nos PCs e PRs

Variáveis Forenses (n=235)		PCs (0) (n=121)		PRs (1) (n=114)		Qui-quadrado/ *Teste Exacto de Fisher	Odds-ratio (I.C. 95%)
		N	%	n	%		
Antecedentes Penais	Ausentes	110	90,9%	56	49,1%		
	Pena suspensa	7	5,8%	13	11,4%		
	Pena de prisão	3	2,5%	45	39,5%		
	Medida Segurança	1	0,8%	0	0,0%		
Condenação anterior	Ausente (0)	110	90,9%	56	49,1%	<0,001	10,357 (5,039-21,287)
	Presente (1)	11	9,1%	58	50,9%		
Número de condenações anteriores (n=69)	1	6	54,5%	4	6,8%		
	2 a 5	5	45,5%	40	67,8%		
	>5	0	0%	15	25,4%		
Crime anterior contra pessoas (n=69)	Ausente (0)	119	98,3%	88	77,2%	<0,001	17,580 (4,065-76,029)
	Presente (1)	2	1,7%	26	22,8%		
Crime anterior contra o património	Ausente (0)	119	98,3%	98	86,0%	<0,001	9,714 (2,180-43,280)
	Presente (1)	2	1,7%	16	14,0%		
Outros crimes	Ausente (0)	115	95,0%	100	87,7%	0,044	2,683 (0,994-7,245)
	Presente (1)	6	5,0%	14	12,3%		

Tabela 58 - Categorias diagnósticas nos PCs e PRs

MINI Categorias diagnósticas (n=235)		PCs (0) (n=121)		PRs (1) (n=114)		Qui-quadrado/ *Teste Exacto de Fisher	Odds-ratio (I.C. 95%)
		n	%	n	%		
A. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAJOR	Ausente (0)	81	66,9%	50	43,9%	0,001	2,592 (1,527 – 4,401)
	Presente (1)	40	33,1%	64	56,1%		
A1. E.D.M. c/características melancólicas	Ausente (0)	112	92,6%	91	79,8%	0,004	3,145 (1,387 – 7,133)
	Presente (1)	9	7,4%	23	20,2%		
B. DISTIMIA	Ausente (0)	115	95,0%	105	92,1%	0,357	1,643 (0,556-4,772)
	Presente (1)	6	5,0%	9	7,9%		
C. RISCO DE SUICÍDIO	Ausente (0)	84	69,4%	62	54,4%	0,018	1,904 (1,116-3,249)
	Presente (1)	37	30,6%	52	44,6%		
Ligeiro	Presente (1)	10	8,3%	10	8,8%	0,003	2,600 (1,356-4,986)
Médio	Presente (1)	10	8,3%	6	5,3%		
Elevado	Ausente (0)	104	86,0%	80	70,2%		
D. EPISÓDIO (HIPO) MANÍACO	Ausente (0)	108	89,3%	103	90,4%	0,782	0,887 (0,380-2,070)
	Presente (1)	13	10,7%	11	9,6%		
E. PERTURBAÇÃO DE PÂNICO	Ausente (0)	109	90,1%	104	91,2%	0,763	0,873 (0,362-2,108)
	Presente (1)	12	9,9%	10	8,8%		
F. AGORAFOBIA	Ausente (0)	113	93,4%	110	96,5%	0,280	0,514 (0,150-1,755)
	Presente (1)	8	6,6%	4	3,5%		
G. FOBIA SOCIAL	Ausente (0)	117	96,7%	112	98,2%	0,451	0,522 (0,094-2,908)
	Presente (1)	4	3,3%	2	1,8%		
H. PERTURBAÇÃO OBSESSIVO- COMPULSIVA	Ausente (0)	119	98,3%	109	95,6%	0,218	2,729 (0,519-14,359)
	Presente (1)	2	1,7%	5	4,4%		
I. PERTURBAÇÃO DE STRESS PÓS- TRAUMÁTICO	Ausente (0)	119	98,3%	91	79,8%	<0,001	15,038 (3,456-65,436)
	Presente (1)	2	1,7%	23	20,2%		
J. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE ÁLCOOL	Ausente (0)	106	87,6%	104	91,2%	0,368	0,679 (0,292-1,581)
	Presente (1)	15	12,4%	10	8,8%		
K. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE SUBSTÂNCIA(S)	Ausente (0)	109	90,1%	59	51,8%	<0,001	8,468 (4,204-17,55)
	Presente (1)	12	9,9%	55	48,2%		
Haxixe	Ausente (0)	110	90,9%	78	68,4%	<0,001	4,615 (2,213-9,624)
	Presente (1)	11	9,1%	36	31,6%		
Cocaína	Ausente (0)	118	97,5%	81	71,1%	<0,001	16,025 (4,752-54,022)
	Presente (1)	3	2,5%	33	28,9%		
Heroína	Ausente (0)	121	100,0%	82	71,9%	<0,001	46,829 ^a (6,274-349,525)
	Presente (1)	0	0%	32	28,1%		

MINI Categorias diagnósticas (n=235)		PCs (0) (n=121)		PRs (1) (n=114)		Qui-quadrado/ *Teste Exacto de Fisher	Odds-ratio (I.C. 95%)
		n	%	n	%		
Ácidos	Ausente (0)	121	100,0%	108	94,7%	0,012*	6,667 ^a (0,790-56,262)
	Presente (1)	0	0%	6	5,3%		
L. SÍNDROME PSICÓTICA	Ausente (0)	99	81,8%	94	82,5%	0,898	
	Presente (1)	22	18,2%	20	17,5%		
M. ANOREXIA NERVOSA	Ausente (0)	121	100%	113	99,1%	0,485 ^a	
	Presente (1)	0	0,0%	1	0,9%		
N. BULÍMIA NERVOSA	Ausente (0)	120	99,2%	112	98,2%	0,612	
	Presente (1)	1	0,8%	2	1,8%		
O. PERTURBAÇÃO DE ANSIEDADE GENERALIZADA	Ausente (0)	88	72,7%	57	50,0%	<0,001	2,667 (1,549-4,590)
	Presente (1)	33	27,3%	57	50,0%		
P. PERTURBAÇÃO ANTI-SOCIAL DA PERSONALIDADE	Ausente (0)	115	95,0%	48	42,1%	<0,001	26,354 (10,704-64,889)
	Presente (1)	6	5,0%	66	57,9%		

(0) – variável de referência. ^a Cálculo efectuado com atribuição do valor mínimo (1) na célula com valor zero

Tabela 59 - Pontuação dos Factores do BPRS nos PCs e PRs

BPRS Factores Pontuação Total (n=235)	PCs (n=121) PRs (n=114)	Min.	Max.	Mediana	Média	Testes Normalidade*	Valor p**
Sintomas Positivos ^a	Civis	5	25	6	8,21	n.a.	n.s.
	Reclusos	5	23	6	7,45	n.a.	
Sintomas Negativos ^b	Civis	4	20	5	5,69	n.a.	<0,001
	Reclusos	4	10	4	4,56	n.a.	
Mania / Excitação ^c	Civis	6	23	7	8,40	n.a.	n.s.
	Reclusos	6	22	7	8,33	n.a.	
Depressão/ Ansiedade ^d	Civis	4	21	12	11,96	n.a.	n.s.
	Reclusos	5	23	12	11,97	n.a.	

^a – amplitude da pontuação: 5 - 35 (pior). ^b – amplitude da pontuação: 4 - 28 (pior). ^c – amplitude da pontuação: 6 - 42 (pior). ^d – amplitude da pontuação: 4 - 28 (pior). a. Assumido. n.a. – Não assumido. * Testes de Kolmogorov-Smirnoff e Shappiro-Wilks.

** Teste Mann-Whitney

Tabela 60 – Pontuações de NCNS nos domínios CAN/CANFOR nos PCs e PRs

CAN / CANFOR, domínios (n=235)	Pontuação dos participantes	PCs (0) (n=121)		PRs (1) (n=114)		Qui-quadrado / *Teste Exacto de Fisher	Odds Ratio (I.C. 95%)
		n	%	n	%		
1. Alojamento	OP (0)	115	95,0%	110	96,5%	0,750*	0,697 (0,191 - 2,537)
	NCNS (1)	6	5,0%	4	3,5%		
2. Alimentação	OP (0)	116	95,9%	112	98,3%	0,448*	0,414 (0,079 - 2,179)
	NCNS (1)	5	4,1%	2	1,7%		
3. Cuidados com o alojamento	OP (0)	117	96,7%	112	98,2%	0,684*	0,522 (0,094 - 2,908)
	NCNS (1)	4	3,3%	2	1,8%		
4. Cuidados pessoais	OP (0)	119	98,3%	112	98,2%	1,000*	1,063 (0,147 - 7,671)
	NCNS (1)	2	1,7%	2	1,8%		
5. Actividades diárias	OP (0)	82	67,8%	57	50,0%	0,006	2,103 (1,238 - 3,570)
	NCNS (1)	39	32,2%	57	50,0%		
6. Saúde física	OP (0)	113	93,4%	92	80,7%	0,004	3,378 (1,437 - 7,940)
	NCNS (1)	8	6,6%	22	19,3%		
7. Sintomas psicóticos	OP (0)	113	93,4%	101	88,6%	0,198	1,818 (0,724 - 4,565)
	NCNS (1)	8	6,6%	13	11,4%		
8. Informação sobre a doença e tratamento	OP (0)	102	84,3%	63	55,3%	<0,001	4,346 (2,354-8,025)
	NCNS (1)	19	15,7%	51	44,7%		
9. Sofrimento psicológico	OP (0)	60	49,6%	42	36,8%	0,049	1,686 (1,001- 2,840)
	NCNS (1)	61	50,4%	72	63,2%		
10. Segurança para o próprio	OP (0)	92	76,0%	70	61,4%	0,015	1,994 (1,136 - 3,500)
	NCNS (1)	29	24,0%	44	38,6%		
11. Segurança para os outros	OP (0)	109	90,1%	99	86,8%	0,436	1,376 (0,614 - 3,083)
	NCNS (1)	12	9,9%	15	13,2%		
12. Álcool	OP (0)	110	90,9%	108	99,1%	0,014	0,179 (0,039 - 0,824)
	NCNS (1)	11	9,1%	2	1,8%		
13. Drogas	OP (0)	110	90,9%	88	77,2%	0,004	2,955 (1,384 - 6,309)
	NCNS (1)	11	9,1%	26	22,8%		
14. Contactos sociais	OP (0)	76	62,8%	66	57,9%	0,441	1,228 (0,728 - 2,073)
	NCNS (1)	45	37,2%	48	42,1%		
15. Relações afectivas com parceiro(a)	OP (0)	84	69,4%	69	60,5%	0,153	1,481 (0,864-2,538)
	NCNS (1)	37	30,6%	45	39,5%		
16. Relacionamento sexual	OP (0)	96	79,3%	39	34,2%	<0,001	7,385 (4,110 - 13,269)
	NCNS (1)	25	20,7%	75	65,8%		
17. Cuidados parentais	OP (0)	113	93,4%	72	38,2%	<0,001	8,240 (3,659-18,555)
	NCNS (1)	8	6,6%	42	61,8%		
18. Literacia básica	OP (0)	115	95,0%	106	93,0%	0,505	1,447 (0,486 - 4,306)
	NCNS (1)	6	5,0%	8	7,0%		

CAN / CANFOR, domínios (n=235)	Pontuação dos participantes	PCs (0) (n=121)		PRs (1) (n=114)		Qui-quadrado / *Teste Exacto de Fisher	<i>Odds Ratio</i> (I.C. 95%)
		n	%	n	%		
19. Telefone	OP (0)	119	98,3%	103	90,4%	0,017	6,354 (1,377– 29,332)
	NCNS (1)	2	1,7%	11	9,6%		
20. Utilização de transportes	OP (0)	117	96,7%	111	97,4%	1,000*	0,791 (0,173-3,612)
	NCNS (1)	4	3,3%	3	2,6%		
21. Dinheiro	OP (0)	102	84,3%	106	93,0%	0,037	0,405 (0,170 – 0,967)
	NCNS (1)	19	15,7%	8	7,0%		
22. Subsídios sociais	OP (0)	73	60,3%	31	23,2%	<0,001	4,072 (2,349 – 7,060)
	NCNS (1)	48	39,7%	83	76,8%		
23. Tratamento	OP (0)	118	97,5%	105	92,1%	0,589	3,371 (0,889 – 12,784)
	NCNS (1)	3	2,5%	9	7,9%		

OP – Outra pontuação. NCNS – Necessidade de Cuidados Não-satisfeita. (0) – Variável de referência

Tabela 61 – Pontuações de NCNS nos domínios CAN/CANFOR dos técnicos dos PCs e PRs

CAN / CANFOR, domínios (n=131)	Pontuação dos técnicos	PCs (0) (n= 63)		PRs (1) (n= 68)		Valor p Qui-quadrado / *T. Exacto de Fisher	Odds Ratio (I.C. 95%)
		n	%	n	%		
1. Alojamento	OP (0)	60	95,2%	66	97,1%	0,671*	0,606 (0,098 – 3,752)
	NCNS (1)	3	4,8%	2	2,9%		
2. Alimentação	OP (0)	62	98,4%	68	100,0%	0,481*	0,925** (0,057-15,115)
	NCNS (1)	1	1,6%	0	0,0%		
3. Cuidados com o alojamento	OP (0)	59	93,7%	67	98,5%	0,195*	0,220 (0,024– 2,025)
	NCNS (1)	4	6,3%	1	1,5%		
4. Cuidados pessoais	OP (0)	60	96,8%	67	98,5%	0,608*	0,455 (0,040– 5,147)
	NCNS (1)	2	3,2%	1	1,5%		
5. Actividades diárias	OP (0)	31	49,2%	45	66,2%	0,049	0,495 (0,245– 1,002)
	NCNS (1)	32	50,8%	23	33,8%		
6. Saúde física	OP (0)	60	95,2%	66	97,1%	0,671*	0,606 (0,098– 3,752)
	NCNS (1)	3	4,8%	2	2,9%		
7. Sintomas psicóticos	OP (0)	47	74,6%	52	92,9%	0,005	0,233 (0,080–0,682)
	NCNS (1)	16	25,4%	4	7,1%		
8. Informação sobre a doença e tratamento	OP (0)	63	100,0%	49	87,5%	0,064*	7,115** (0,850-59,565)
	NCNS (1)	0	0,0%	7	12,5%		
9. Sofrimento psicológico	OP (0)	31	49,2%	27	48,2%	0,938	1,027 (0,518–2,040)
	NCNS (1)	32	50,8%	29	51,8%		
10. Segurança para o próprio	OP (0)	43	68,3%	38	67,9%	0,800	1,099 (0,529– 2,282)
	NCNS (1)	20	31,7%	18	32,1%		
11. Segurança para os outros	OP (0)	49	77,8%	57	83,8%	0,379	0,675 (0,281– 1,624)
	NCNS (1)	14	22,2%	11	16,2%		
12. Álcool	OP (0)	47	75,8%	67	98,5%	<0,001	0,048 (0,006–0,374)
	NCNS (1)	15	24,2%	1	1,5%		
13. Drogas	OP (0)	46	74,2%	42	61,8%	0,116	1,818 (0,860 –3,846)
	NCNS (1)	16	25,8%	26	38,2%		
14. Contactos sociais	OP (0)	43	68,3%	48	70,6%	0,772	0,896 (0,426– 1,885)
	NCNS (1)	20	31,7%	20	29,4%		
15. Relações afectivas com parceiro(a)	OP (0)	40	66,7%	55	80,9%	0,096	0,508 (0,227– 1,136)
	NCNS (1)	20	33,3%	13	19,1%		
16. Relacionamento sexual	OP (0)	51	89,5%	11	16,2%	<0,001	49,227 (17,050–142,132)
	NCNS (1)	6	10,5%	57	83,8%		
17. Cuidados parentais	OP (0)	26	78,8%	57	83,8%	0,400	1,544 (0,558– 4,268)
	NCNS (1)	7	21,2%	11	16,2%		
18. Literacia básica	OP (0)	60	96,8%	64	94,1%	0,682*	1,906 (0,337– 10,787)
	NCNS (1)	2	3,2%	4	5,9%		

CAN / CANFOR, domínios (n=131)	Pontuação dos técnicos	PCs (0) (n= 63)		PRs (1) (n= 68)		Valor p Qui-quadrado / *T. Exacto de Fisher	Odds Ratio (I.C. 95%)
		n	%	n	%		
19. Telefone	OP (0)	63	100,0%	68	100,0%	a	a
	NCNS (1)	0	0,0%	0	0,0%		
20. Utilização de transportes	OP (0)	61	96,8%	68	100,0%	0,229*	0,455 ^b (0,040-5,147)
	NCNS (1)	2	3,2%	0	0,0%		
21. Dinheiro	OP (0)	41	68,3%	61	89,7%	0,004	0,266 (0,103-0,687)
	NCNS (1)	19	31,7%	7	10,3%		
22. Subsídios sociais	OP (0)	46	82,1%	61	89,7%	0,342	0,608 (0,216- 1,710)
	NCNS (1)	10	17,9%	7	10,3%		
23. Tratamento	OP (0)	49	87,5%	60	88,2%	0,907	1,067 (0,363 - 3,134)
	NCNS (1)	7	12,5%	8	11,8%		

OP – Outra pontuação. NCNS – Necessidade de Cuidados Não-satisfeita. (0) – Variável de referência.

^a Cálculo não efectuado devido a 50% das células registarem valor 0. ^b Cálculo efectuado com atribuição do valor mínimo (1) na célula com valor zero

Tabela 62 - Pontuações totais das Secções CAN/CANFOR dos técnicos dos PCs e PRs

CAN / CANFOR, Secções Pontuação dos técnicos (n=131)		n	Min.	Máx.	Mediana	Média	Testes de Normalidade*	Valor p**
Total de necessidades satisfeitas	PRs	68	0	9	2,5	2,9	n.a.	0,732
	PCs	63	0	7	2	2,6	n.a.	
Necessidades não-satisfeitas	PRs	68	1	8	4	3,9	n.a.	0,881
	PCs	63	1	9	4	3,9	n.a.	
Total de Necessidades	PRs	68	1	15	6,5	6,8	n.a.	0,684
	PCs	63	1	14	6	6,5	n.a.	
Ajuda informal recebida	PRs	68	0	11	3,5	3,9	n.a.	<0,001
	PCs	63	0	20	9	9,0	n.a.	
Ajuda formal recebida	PRs	68	1	19	6	7,5	n.a.	0,030
	PCs	63	1	17	8	8,8	n.a.	
Ajuda formal necessária	PRs	68	3	30	15	14,8	sim	0,421
	PCs	63	1	26	14	13,7	n.a.	

Tabela 63 - Concordância das pontuações das NCNS nos domínios CAN/CANFOR entre os participantes e os técnicos

Domínios CAN / CANFOR (n=131)	Pontuação dos participantes	Pontuação dos técnicos				Coeficiente <i>Kappa</i>
		OP (0)		NNS (1)		
		n	%	n	%	
1. Alojamento	OP (0)	119	97,5%	3	2,5%	0,249
	NCNS (1)	7	77,8%	2	22,2%	
2. Alimentação	OP (0)	123	99,2%	1	0,8%	0,203
	NCNS (1)	6	85,7%	1	14,3%	
3. Cuidados com o alojamento	OP (0)	124	96,9%	4	3,1%	0,427
	NCNS (1)	1	33,3%	2	66,7%	
4. Cuidados pessoais	OP (0)	125	98,4%	2	1,6%	0,318
	NCNS (1)	2	66,7%	1	33,3%	
5. Actividades diárias	OP (0)	46	70,8%	19	29,2%	0,253
	NCNS (1)	30	45,5%	36	54,5%	
6. Saúde física	OP (0)	112	97,4%	3	2,6%	0,140
	NCNS (1)	14	87,5%	2	12,5%	
7. Sintomas psicóticos	OP (0)	97	85,1%	17	14,9%	0,078
	NCNS (1)	13	76,5%	4	23,5%	
8. Informação sobre a doença e tratamento	OP (0)	79	97,5%	2	2,5%	0,090
	NCNS (1)	45	90,0%	5	10,0%	
9. Sofrimento psicológico	OP (0)	38	67,9%	18	32,1%	0,326
	NCNS (1)	26	34,7%	49	65,3%	
10. Segurança para o próprio	OP (0)	66	88,0%	9	12,0%	0,502
	NCNS (1)	22	39,3%	34	60,7%	
11. Segurança para os outros (excluindo crimes sexuais e fogo posto)	OP (0)	98	85,2%	17	14,8%	0,284
	NCNS (1)	8	50,0%	8	50,0%	
12. Álcool	OP (0)	113	93,4%	8	6,6%	0,576
	NCNS (1)	2	20,0%	8	80,0%	
13. Drogas	OP (0)	83	82,2%	18	17,8%	0,545
	NCNS (1)	6	20,0%	24	80,0%	
14. Contactos sociais	OP (0)	64	83,1%	13	16,9%	0,345
	NCNS (1)	27	50,0%	27	50,0%	
15. Relações afectivas com parceiro(a)	OP (0)	66	79,5%	17	20,5%	0,138
	NCNS (1)	32	66,7%	16	33,3%	
16. Relacionamento sexual	OP (0)	55	74,3%	19	25,7%	0,509
	NCNS (1)	13	22,8%	44	77,2%	
17. Cuidados parentais	OP (0)	101	93,5%	7	6,5%	0,452
	NCNS (1)	12	52,2%	11	47,8%	
18. Literacia básica	OP (0)	118	98,3%	2	1,7%	0,437
	NCNS (1)	7	63,6%	4	36,4%	

Domínios CAN / CANFOR	Pontuação dos participantes	Pontuação dos técnicos				Coeficiente <i>Kappa</i>
		OP (0)		NNS (1)		
19. Telefone	OP (0)	119	100,0%	0	0,0%	0,142
	NCNS (1)	11	91,7%	1	8,3%	
20. Utilização de transportes	OP (0)	126	100,0%	0	0,0%	0,743
	NCNS (1)	2	40,0%	3	60,0%	
21. Dinheiro	OP (0)	91	84,3%	17	15,7%	0,222
	NCNS (1)	14	60,9%	9	39,1%	
22. Subsídios sociais	OP (0)	45	91,8%	4	8,2%	0,061
	NCNS (1)	69	84,1%	13	15,9%	
23. Tratamento	OP (0)	112	91,8%	10	8,2%	0,362
	NCNS (1)	4	44,4%	5	55,6%	
Média dos Coeficientes Kappa						0,262

OP – Outra pontuação. NCNS – Necessidade de Cuidados Não-satisfeita. (0) – Variável de referência

Tabela 64 - Concordância das pontuações das NCNS nos domínios CAN/CANFOR entre os PRs e os técnicos

CANFOR (n=114)	Pontuação dos PRs	Pontuação dos técnicos				Coeficiente Kappa
		OP (0)		NNS (1)		
		n	%	n	%	
1. Alojamento	OP (0)	109	97,3%	1	50,0%	0,317
	NCNS (1)	3	2,7%	1	50,0%	
2. Alimentação	OP (0)	112	99,1%	0	0,0%	0,663
	NCNS (1)	1	0,9%	1	100,0%	
3. Cuidados com o alojamento	OP (0)	109	99,1%	3	75,0%	0,317
	NCNS (1)	1	0,9%	1	25,0%	
4. Cuidados pessoais	OP (0)	110	99,1%	2	66,7%	0,387
	NCNS (1)	1	0,9%	1	33,3%	
5. Actividades diárias	OP (0)	47	61,0%	10	27,0%	0,298
	NCNS (1)	30	39,0%	27	73,0%	
6. Saúde física	OP (0)	88	84,6%	4	40,0%	0,289
	NCNS (1)	16	15,4%	6	60,0%	
7. Sintomas psicóticos	OP (0)	100	91,7%	1	20,0%	0,407
	NCNS (1)	9	8,3%	2	80,0%	
8. Informação sobre a doença e tratamento	OP (0)	61	57,5%	6	25,0%	0,093
	NCNS (1)	45	42,5%	6	75,0%	
9. Sofrimento psicológico	OP (0)	28	47,5%	14	25,5%	0,218
	NCNS (1)	31	52,5%	41	74,5%	
10. Segurança para o próprio	OP (0)	65	74,7%	5	18,5%	0,462
	NCNS (1)	22	25,3%	22	81,5%	
11. Segurança para os outros	OP (0)	84	92,3%	15	65,2%	0,311
	NCNS (1)	7	7,7%	8	34,8%	
12. Álcool	OP (0)	112	99,1%	0	0,0%	0,663
	NCNS (1)	1	0,9%	1	100,0%	
13. Drogas	OP (0)	74	88,1%	14	46,7%	0,433
	NCNS (1)	10	11,9%	16	53,3%	
14. Contactos sociais	OP (0)	51	68,9%	15	37,5%	0,300
	NCNS (1)	23	31,1%	25	62,5%	
15. Relações afectivas com parceiro(a)	OP (0)	58	64,4%	11	45,8%	0,141
	NCNS (1)	32	35,6%	13	54,2%	
16. Relacionamento sexual	OP (0)	18	66,7%	21	24,1%	0,369
	NCNS (1)	9	33,3%	66	75,9%	
17. Cuidados parentais	OP (0)	63	78,8%	9	26,5%	0,490
	NCNS (1)	17	21,3%	25	73,5%	
18. Literacia básica	OP (0)	102	95,3%	4	57,1%	0,358
	NCNS (1)	5	4,7%	3	42,9%	

CANFOR (n=114)	Pontuação dos PRs	Pontuação dos técnicos				Coeficiente Kappa
		OP (0)		NNS (1)		
		n	%	n	%	
19. Telefone	OP (0)	103	91,2%	0	0,0%	0,153
	NCNS (1)	10	8,8%	1	100,0%	
20. Utilização de transportes	OP (0)	111	98,2%	0	0,0%	0,493
	NCNS (1)	2	1,8%	1	100,0%	
21. Dinheiro	OP (0)	95	93,1%	11	91,7%	0,017
	NCNS (1)	7	6,9%	1	8,3%	
22. Subsídios sociais	OP (0)	31	29,2%	0	0,0%	0,055
	NCNS (1)	75	70,8%	8	100,0%	
23. Tratamento	OP (0)	99	94,3%	6	66,7%	0,276
	NCNS (1)	6	5,7%	3	33,3%	
Média dos Coeficientes Kappa						0,305

OP – Outra Pontuação. NCNS – Necessidade de Cuidados Não-satisfeita. (0) – Variável de referência

Tabela 65 - Concordância das pontuações das Necessidades Não-satisfeitas nos domínios CAN/CANFOR entre os PRs internados e os técnicos

CANFOR (n=68)	Pontuação dos PRs internados	Pontuação dos técnicos				Coeficiente Kappa / *Taxa de Concordância
		OP (0)		NNS (1)		
		n	%	n	%	
1. Alojamento	OP (0)	63	95,5%	1	50,0%	0,306
	NNS (1)	3	4,5%	1	50,0%	
2. Alimentação	OP (0)	66	98,5%	0	0,0%	0,660
	NNS (1)	1	1,5%	1	100,0%	
3. Cuidados com o alojamento	OP (0)	65	98,5%	1	50,0%	0,485
	NNS (1)	1	1,5%	1	50,0%	
4. Cuidados pessoais	OP (0)	66	98,5%	0	0,0%	0,660
	NNS (1)	1	1,5%	1	100,0%	
5. Actividades diárias	OP (0)	21	46,7%	4	17,4%	0,241
	NNS (1)	24	53,3%	19	82,6%	
6. Saúde física	OP (0)	58	87,9%	0	0,0%	0,299
	NNS (1)	8	12,1%	2	100,0%	
7. Sintomas psicóticos	OP (0)	56	88,9%	1	20,0%	0,444
	NNS (1)	7	11,1%	4	80,0%	
8. Informação sobre a doença e tratamento	OP (0)	29	47,5%	2	28,6%	0,065
	NNS (1)	32	52,5%	5	71,4%	
9. Sofrimento psicológico	OP (0)	18	54,5%	7	20,0%	0,348
	NNS (1)	15	45,5%	28	80,0%	
10. Segurança para o próprio	OP (0)	28	62,2%	3	13,0%	0,428
	NNS (1)	17	37,8%	20	87,0%	
11. Segurança para os outros (excluindo crimes sexuais e fogo posto)	OP (0)	54	94,7%	6	54,5%	0,452
	NNS (1)	3	5,3%	5	45,5%	
12. Álcool	OP (0)	66	98,5%	0	0,0%	0,660
	NNS (1)	1	1,5%	1	100,0%	
13. Drogas	OP (0)	36	85,7%	11	42,3%	0,451
	NNS (1)	6	14,3%	15	57,7%	
14. Contactos sociais	OP (0)	30	62,5%	6	30,0%	0,277
	NNS (1)	18	37,5%	14	70,0%	
15. Relações afectivas com parceiro(a)	OP (0)	35	63,6%	6	46,2%	0,124
	NNS (1)	20	36,4%	7	53,8%	
16. Relacionamento sexual	OP (0)	7	63,6%	16	28,1%	0,247
	NNS (1)	4	36,4%	41	71,9%	
17. Cuidados parentais	OP (0)	46	80,7%	3	27,3%	0,413
	NNS (1)	11	19,3%	8	72,7%	
18. Literacia básica	OP (0)	59	92,2%	2	50,0%	0,312

CANFOR (n=68)	Pontuação dos PRs internados	Pontuação dos técnicos				Coeficiente Kappa / *Taxa de Concordância
		OP (0)		NNS (1)		
		n	%	n	%	
	NNS (1)	5	7,8%	2	50,0%	
19. Telefone	OP (0)	58	86,6%	0	0,0%	0,159
	NNS (1)	9	13,4%	1	100,0%	
20. Utilização de transportes	OP (0)	66	98,5%	0	0,0%	0,660
	NNS (1)	1	1,5%	1	100,0%	
21. Dinheiro	OP (0)	55	90,2%	7	100,0%	0,809*
	NNS (1)	6	9,8%	0	0,0%	
22. Subsídios sociais	OP (0)	14	23,0%	0	0,0%	0,058
	NNS (1)	47	77,0%	7	100,0%	
23. Tratamento	OP (0)	57	95,0%	5	62,5%	0,364
	NNS (1)	3	5,0%	3	37,5%	
Média dos Coeficientes Kappa						0,369
Média dos Coeficientes Kappa e Taxas de concordância						0,388

OP – Outra pontuação. NNS – Necessidade Não-satisfeita. (0) – Variável de referência

Tabela 66 - Concordância das pontuações das NNS nos domínios CAN entre os PCs internados e os técnicos

CAN (n=63)	Pontuação dos PCs	Pontuação dos técnicos				Coeficiente Kappa / *Taxa de concordância
		OP (0)		NNS (1)		
		n	%	n	%	
1. Alojamento	OP (0)	56	93,3%	2	66,7%	0,203
	NNS (1)	4	6,7%	1	33,3%	
2. Alimentação	OP (0)	57	91,1%	1	100,0%	0,904*
	NNS (1)	5	8,1%	0	0,0%	
3. Cuidados com o alojamento	OP (0)	59	100,0%	3	75,0%	0,384
	NNS (1)	0	0,0%	1	25,0%	
4. Cuidados pessoais	OP (0)	59	98,3%	2	100,0%	0,937*
	NNS (1)	1	1,7%	0	0,0%	
5. Actividades diárias	OP (0)	25	80,6%	15	46,9%	0,336
	NNS (1)	6	19,4%	17	53,1%	
6. Saúde física	OP (0)	54	90,0%	3	100,0%	0,857*
	NNS (1)	6	10,0%	0	0,0%	
7. Sintomas psicóticos	OP (0)	41	87,2%	16	100,0%	0,651*
	NNS (1)	6	12,8%	0	0,0%	
8. Informação sobre a doença e tratamento	OP (0)	50	79,4%	0	0,0%	0,794*
	NNS (1)	13	20,6%	0	0,0%	
9. Sofrimento psicológico	OP (0)	20	64,5%	11	34,4%	0,301
	NNS (1)	11	35,5%	21	65,6%	
10. Segurança para o próprio	OP (0)	38	88,4%	6	30,0%	0,592
	NNS (1)	5	11,6%	14	70,0%	
11. Segurança para os outros (excluindo crimes sexuais e fogo posto)	OP (0)	44	89,8%	11	78,6%	0,311
	NNS (1)	5	10,2%	3	21,4%	
12. Álcool	OP (0)	46	97,9%	8	53,3%	0,530
	NNS (1)	1	2,1%	7	46,7%	
13. Drogas	OP (0)	46	100,0%	7	43,8%	0,656
	NNS (1)	0	0,0%	9	56,3%	
14. Contactos sociais	OP (0)	34	79,1%	7	35,0%	0,429
	NNS (1)	9	20,9%	13	65,0%	
15. Relações afectivas com parceiro(a)	OP (0)	29	72,5%	11	55,0%	0,175
	NNS (1)	11	27,5%	9	45,0%	
16. Relacionamento sexual	OP (0)	43	84,3%	3	50,0%	0,251
	NNS (1)	8	15,7%	3	50,0%	
17. Cuidados parentais	OP (0)	25	96,2%	4	57,1%	0,463
	NNS (1)	1	3,8%	3	42,9%	
18. Literacia básica	OP (0)	58	96,7%	0	0,0%	0,652
	NNS (1)	2	3,3%	2	100,0%	

19. Telefone	OP (0)	61	96,8%	0	0,0%	0,968*
	NNS (1)	2	3,2%	0	0,0%	
20. Utilização de transportes	OP (0)	60	98,4%	0	0,0%	0,792*
	NNS (1)	1	1,6%	2	100,0%	
21. Dinheiro	OP (0)	34	82,9%	10	52,6%	0,316
	NNS (1)	7	17,1%	9	47,4%	
22. Subsídios sociais	OP (0)	28	60,9%	4	40,0%	0,135
	NNS (1)	18	39,1%	6	60,0%	
23. Tratamento	OP (0)	49	100,0%	5	71,4%	0,412
	NNS (1)	0	0,0%	2	28,6%	
Média dos Coeficientes <i>Kappa</i>						0,408
Média dos Coeficientes <i>Kappa</i> e Taxas de concordância						0,524

OP – Outra pontuação. NCNS – Necessidade de Cuidados Não-satisfeita. (0) – Variável de referência

Tabela 67 - Índices de concordância das pontuações das NCNS nos domínios CAN/CANFOR entre os participantes internados e os técnicos

CANFOR / CAN Domínios	Pontuações de Necessidades de Cuidados Não-satisfeitas	
	Coeficiente (<i>Kappa</i>) e *Taxa de Concordância	
	PRs Internados/Técnicos (n=68)	PCs Internados/Técnicos (n=63)
1. Alojamento	0,306	0,203
2. Alimentação	0,660	0,904*
3. Cuidados com o alojamento	0,485	0,384
4. Cuidados pessoais	0,660	0,937*
5. Actividades diárias	0,241	0,336
6. Saúde física	0,299	0,857*
7. Sintomas psicóticos	0,444	0,651*
8. Informação sobre a doença e tratamento	0,065	0,794*
9. Sofrimento psicológico	0,348	0,301
10. Segurança para o próprio	0,428	0,592
11. Segurança para os outros	0,452	0,311
12. Álcool	0,660	0,530
13. Drogas	0,451	0,656
14. Contactos sociais	0,277	0,429
15. Relações afectivas com parceiro(a)	0,124	0,175
16. Relacionamento sexual	0,247	0,251
17. Cuidados parentais	0,413	0,463
18. Literacia básica	0,312	0,652
19. Telefone	0,159	0,968*
20. Utilização de transportes	0,660	0,792
21. Dinheiro	0,809*	0,316
22. Subsídios sociais	0,058	0,135
23. Tratamento	0,364	0,412
Média do Coeficiente <i>Kappa</i>	0,369	0,408
	p=0,515 ^a	
Média do Coef. <i>Kappa</i> e T. de Concordância	0,388	0,524
	p=0,055 ^a	

OP – Outra pontuação. NCNS – Necessidade de Cuidados Não-satisfeita. (0) – Variável de referência. ^a Teste t para amostras independentes

Anexo 4 – Carta de Aceitação do Artigo

From: **BioMed Central Editorial** <editorial@biomedcentral.com>
Date: Tue, Apr 9, 2013 at 1:52 PM
Subject: Your manuscript is acceptable for publication in principle.
To: Miguel Talina <miguel.talina@fcm.unl.pt>

Authors: Miguel Talina, Stuart Thomas, Ana Cardoso, Pedro Aguiar, Jose M Caldas de Almeida and Miguel Xavier
Title : CANFOR Portuguese Version: validation study
Journal: BMC Psychiatry
MS : 5030466172865200

Dear Dr. Talina,

Good day!

Peer review of your manuscript (above) is now complete and we are delighted to accept the manuscript for publication in BMC Psychiatry.

Please upload your revised manuscript submission in our system in .doc file for assessing your manuscript by our Production Team if it complies with the correct format within 24 hours to avoid delay in the publication process.

Before publication, our production team needs to check the format of your manuscript, to ensure that it conforms to the standards of the journal. They will get in touch with you shortly to request any necessary changes or to confirm that none are needed.

If you have any problems or questions regarding your manuscript, please do get in touch.

Best wishes,

Mr. Carlo Rye Chua
The BMC Psychiatry Editorial Team

e-mail: editorial@biomedcentral.com
Web: <http://www.biomedcentral.com/>

