

**AVALIAÇÃO DOS FATORES ASSOCIADOS AO USO DE ÁLCOOL E
DROGAS NA CRIMINALIDADE:
UM ESTUDO NO SISTEMA PENITENCIÁRIO**

Rafael Stella Wellausen

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do Grau de Mestre em Psicologia
sob Orientação da Prof^a. Dra. Denise Ruschel Bandeira

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Instituto de Psicologia

Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Porto Alegre 2009.

AGRADECIMENTOS

Não foi fácil chegar até aqui. Por diversas razões em alguns momentos cheguei a pensar que jamais poderia me tornar um Mestre em Psicologia. Porém, felizmente com a ajuda e o apoio de várias pessoas este sonho se realizou. Por esta razão são muitas às pessoas a quem devo meus agradecimentos. Em primeiro lugar, aos meus pais Cely e Araré. Muito obrigado por sempre terem feito tudo, sem medir esforços e sacrifícios, para que eu alcançasse meus objetivos. Pai obrigado por me ensinar o amor pelo conhecimento. Mãe obrigado por me ensinar a determinação e a perseverança. Sem o carinho e o incentivo de vocês o caminho até aqui teria sido muito mais difícil.

Também quero agradecer em especial a Tatiana, minha irmã, que sempre faz questão de valorizar e de se orgulhar das realizações do mano. Tati tu és e sempre será meu vínculo mais importante com o passado. Uma lembrança também especial à memória do meu cunhado João Pedro que muitas vezes proporcionou momentos de alegria e amizade, mas que infelizmente não pode ver o final desta trajetória ser completada. Tenho certeza de que ele estaria orgulhoso. Deixou perpetuada na Maria Eduarda a perene lembrança de sua presença.

Um agradecimento especial a minha noiva Silvia a quem tive a felicidade de encontrar ao longo desta jornada e com quem compartilhei os momentos mais difíceis neste percurso e com quem desejo compartilhar, para sempre, as minhas conquistas. Um agradecimento especial também à sua família em quem encontrei um apoio e uma amizade muito carinhosa.

Um agradecimento especial à minha Orientadora Denise Bandeira por ter acreditado que valia a pena se embrenhar num campo pouco investigado e até mesmo desacreditado da sociedade. Obrigado por ter me ensinado que era possível transformar palavras em números. Denise, muito obrigado pela confiança depositada em mim!

Agradeço também aos colegas do Grupo de Pesquisa da Psicologia da UFRGS com quem tive a oportunidade de trocar experiências e aprender muitas coisas. Sem a ajuda de vocês seria praticamente impossível tornar minha escrita um pouco mais científica. Obrigado em especial à Vivian Lago, à Adriana Serafini, à Ana Celina Albornoz, à Josiane Pawlowski, ao Wagner Machado, à Joice Segabinazi, à Juliane Borsa e à Alyane Silveira. Agradeço ainda à Patrícia Alves, bolsista da UFRGS, por ter organizado os dados deste estudo transformando pilhas de papel numa ferramenta que cabia na palma da mão.

Agradeço ao David Bergmann que melhor que ninguém sabe das batalhas internas que tive de enfrentar ao longo desse percurso, e que esteve sempre ao meu lado me mostrando coisas que meus olhos não podiam enxergar.

Um agradecimento especial ao Dr. Félix Kessler e ao Dr. Flávio Pechansky por permitirem minha aproximação dos problemas que envolvem o trabalho com dependentes químicos no Brasil através do Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (CPAD-HCPA).

Também sou grato à Superintendência dos Serviços Penitenciários (SUSEPE), através do Departamento de Tratamento Penal e da Direção do Presídio Central de Porto Alegre por consentirem em que este estudo fosse conduzido nesse que é um dos principais presídios do país.

Por fim, mas não menos importante agradeço aos participantes deste estudo sem os quais nada teria sido possível. Desejo que o passo dado através dessa pesquisa possa servir para atrair o interesse científico sobre esta parcela da população que historicamente tem sido ignorada. Hoje não tenho dúvidas de que estas pessoas carecem muito da atenção e dos conhecimentos de que nós, cientistas, dispomos.

SUMÁRIO

Lista de Tabelas.....	6
Resumo.....	7
Abstract.....	8
Apresentação.....	9
Capítulo I	
Introdução.....	11
1.1 Fatores associados ao consumo de álcool e drogas na criminalidade.....	11
1.2 Avaliação de dependência de substância química no contexto penal.....	15
1.3 Avaliação de comorbidades psiquiátricas no Sistema Penitenciário.....	18
1.4 Avaliação dos Estilos Parentais: teoria do apego aplicada em criminosos.....	20
Capítulo II	
Estudo I. O tipo de vínculo entre pais e filhos está associado ao desenvolvimento de comportamento antissocial?	
Resumo.....	26
Abstract.....	27
Introdução.....	28
Família: matriz social dos vínculos afetivos.....	30
Desajustamento familiar, psicopatologia e lei.....	32
Transtorno Antissocial de Personalidade e crime.....	34
Objetivos.....	36
Método	
2.1 Participantes.....	36
2.2 Instrumentos.....	37
2.3 Procedimentos de coleta.....	39
2.4 Questões éticas.....	40
2.5 Procedimentos de análise.....	40
Resultados.....	41
Discussão.....	46
Limitações e relevância do estudo.....	50

Capítulo III

Estudo II. Álcool, drogas e HIV: um estudo no maior presídio do Brasil

Resumo.....	54
Abstract.....	55
Introdução.....	56
Álcool, drogas e criminalidade.....	57
Cuidados básicos em saúde e HIV.....	59
Objetivos.....	62
Método	
3.1 Participantes.....	62
3.2 Instrumentos.....	63
3.3 Procedimentos de coleta.....	64
3.4 Questões éticas.....	65
3.5 Procedimentos de análise.....	65
Resultados.....	66
Discussão.....	68
Limitações e relevância do estudo.....	70
Considerações Finais.....	72
Referências.....	74
Anexos	
Anexo A. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	92
Anexo B. Escala de Gravidade de Dependência (ASI6).....	93
Anexo C. Parental Bonding Instrument.....	110
Anexo D. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI).....	111

LISTA DE TABELAS

Estudo I

Tabela 1. Perfil sócio-demográfico dos prisioneiros.....	37
Tabela 2. Percentual dos diagnósticos psiquiátricos conforme a MINI.....	42
Tabela 3. Percentual de TASP e/ou TH entre os abusadores/dependentes de substâncias.....	43
Tabela 4. Tipificação criminal em relação ao diagnóstico psiquiátrico.....	44
Tabela 5. Percentual dos Estilos Parentais (EP) conforme o genitor.....	45
Tabela 6. Diferenças entre o cuidado e a superproteção a partir do diagnóstico de TASP.....	45
Tabela 7. Associação entre Estilo Parental e Tipificação criminal.....	45

Estudo II

Tabela 1. Perfil sócio-demográfico dos prisioneiros.....	61
--	----

RESUMO

A presente Dissertação de Mestrado consiste de um capítulo introdutório na qual são apresentados os quatro eixos que formam a estrutura teórica de dois estudos empíricos apresentados em forma de artigos. Os estudos foram realizados no Presídio Central de Porto Alegre e contaram com uma amostra de 50 prisioneiros sem condenação prévia com idades entre 18 e 35 anos. No primeiro estudo foram utilizados dois instrumentos: O *Parental Bonding Instrument* (PBI) e a *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI). Buscou-se verificar a qualidade dos vínculos afetivos entre os presidiários e seus pais, assim como avaliar os principais quadros psiquiátricos que acometem esta população. Para análise dos dados foram realizadas análises estatísticas com o Teste *t* e o Teste Qui-quadrado. Os resultados desse estudo revelaram a presença de diversos transtornos psiquiátricos e problemas no vínculos afetivos entre pais e filhos. Houve alta incidência de uso/dependência de drogas sendo a maconha e o *crack* as mais consumidas. Aqueles prisioneiros que apresentavam um Transtorno Antissocial de Personalidade (TASP) também apresentavam fracasso bipolar. Independentemente do diagnóstico psiquiátrico os crimes mais frequentes foram os contra o patrimônio. O segundo estudo procurou investigar a relação entre uso de álcool e drogas e comportamento sexual de risco para HIV/AIDS. Neste estudo o *Addiction Severity Index* (ASI6) foi o instrumento utilizado para avaliar gravidade de dependência e comportamento sexual. Os resultados indicaram que com o advento do *crack* houve uma redução no número de usuários de drogas injetáveis (UDI). Apesar disso, foi verificado que o risco para a contaminação com o vírus do HIV ainda é alto entre os prisioneiros. Duas são as possíveis razões: um descuido geral em relação à saúde, e o sexo ter-se tornado uma moeda de troca por drogas. Ambos os estudos têm relevância uma vez que revelaram aspectos pouco conhecidos sobre a realidade daqueles que se encontram aprisionados.

Palavras-chave: prisioneiros; ASI6; MINI; PBI; Transtorno Antissocial de Personalidade; HIV; álcool e drogas.

ABSTRACT

The present Master's Dissertation consists of an introductory chapter in which four axes are presented. They constitute the theoretical structure involving two empirical studies presented in article format. The studies were carried out at the *Presídio Central* in Porto Alegre. The sample comprised 50 inmates, ranging from 18 to 35 years old. In the first study, two instruments were used: The Parental Bonding Instrument (PBI) and the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). It attempted to verify the quality of affective bonds between the inmates and their parents as well as to assess the main psychiatric histories which affected this population. For the data statistical analysis, the *t* Test and the Chi-square Test were used. The results revealed the presence of several psychiatric disorders and problems involving the affective bonds between parents and their sons. There was a high incidence of the use/dependency of drugs, with marijuana and crack being the most used. Those inmates who presented Antisocial Personality Disorder (ASPD) also presented biparental failure. Independently from the psychiatric diagnosis, the most frequent crimes are the ones against the patrimony. The second study investigated the relation between the use of drugs and the risky sexual behavior for HIV/AIDS. In this study, the Addiction Severity index (ASI6) was the instrument used to assess the severity of dependency and sexual behavior. The results showed that, with the advent of crack, there was a decrease in the number of injecting drug users (IDU). Nevertheless, it was found that the risk for contamination with the HIV virus is still high among the inmates. There are two possible reasons for this to happen: a general disregard with health and the fact that sex became a certain kind of currency to be exchanged for drugs. Both studies are relevant since they demonstrate some unknown aspects about the reality of those inmates.

Keywords: inmates; ASI6; MINI; PBI; Antisocial Personality Disorder (ASPD); HIV; alcohol and drugs.

APRESENTAÇÃO

Muitos dos problemas em relação ao aumento nos índices de violência e criminalidade que assolaram alguns países desenvolvidos acerca de uma ou duas décadas atrás, parecem estar nos últimos anos, se tornando uma realidade brasileira. Os presídios e penitenciárias do Brasil nunca estiveram tão lotados. Cada vez os crimes têm sido cometidos por uma população mais jovem e de forma ainda mais cruel e violenta. Parte desses problemas se devem a ausência ou ao fracasso do Estado brasileiro, nos últimos 50 anos, em fornecer condições dignas de cidadania como saúde, educação, moradia, trabalho, entre outras a uma grande massa de trabalhadores.

Por outro lado, houve nas duas últimas décadas, em todo o mundo, um avanço tecnológico sem precedentes na história do homem. Tais mudanças abalaram as estruturas de instituições sólidas entre as quais a família. Os papéis de homem e de mulher e consequentemente as funções de pai e de mãe vêm passando por transformações. Novas configurações familiares foram surgindo com famílias monoparentais ou com pais do mesmo sexo. Além disso, os valores éticos e morais que regulam as relações entre os membros da sociedade parecem também terem sofrido abalos.

Ao mesmo tempo em que hoje o homem desenvolve condições em diversos campos do saber para prolongar e aumentar a sua qualidade de vida, alguns pensadores descrevem a Sociedade como marcada pelas patologias do vazio. Um vazio de relações humanas genuínas e confiáveis, que dêem sustentação na busca de objetivos e de metas reais.

A chamada “epidemia do *crack*”, mas também o uso praticamente indiscriminado de tantas outras substâncias psicoativas que ocorre hoje no Brasil, talvez represente uma tentativa de solução mágica proporcionada pelas drogas no preenchimento deste sentimento de vazio e de falta de esperança. A presença maciça das drogas entre os jovens atrapalha o estabelecimento de fronteiras entre o que é certo e o que é errado, criando uma permissividade excessiva. Por outro lado, quem sabe por medo do envelhecimento e da morte muitos pais têm fracassado na

delimitação entre as gerações, tornando os limites entre pais e filhos confusos e indiscriminados. Parece não haver mais um ideal a ser alcançado. A busca por um estado de completude e satisfação não é mais o resultado de um árduo trabalho e dedicação, ele está logo ali, ao alcance da mão e da boca, por mais superficial e efêmero que ela seja.

Neste trabalho serão abordadas algumas conseqüências no plano individual, mas também social, de alguns dos problemas que atingem às famílias vítimas do fracasso na assunção de suas funções parentais. O objetivo é chamar a atenção para as repercussões individuais e sociais (dependência de drogas, criminalidade, doença mental e doença física), que retiram da sociedade um parcela importante de pessoas que deixam de contribuir com a força de seu trabalho e com sua criatividade encontrando-se marginalizadas e excluídas.

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

1.1 Fatores associados ao consumo de álcool e outras drogas na criminalidade

Segundo Bucher (1988), o uso de drogas acompanhou o homem desde os tempos mais remotos. Existem registros do consumo de álcool (obtido da fermentação de diversos vegetais) entre os povos do Oriente Médio e nas culturas da Mesopotâmia desde o final do segundo milênio a.C.. Quanto ao ópio (papoula), este era utilizado pelos chineses desde muito tempo, constituindo-se num símbolo nacional. Estão documentados desde 7.000 anos atrás o uso do ópio entre os povos da Baixa Mesopotâmia (hoje Iraque). Histórias semelhantes podem ser relatadas em relação à folha de coca consumida pelos povos andinos, à mescalina entre os astecas, ou à maconha (ganja), entre os jamaicanos. Independentemente da origem, o álcool e as drogas foram utilizadas, no passado, em eventos místicos e religiosos nos quais sua ingestão provocava alterações da consciência que permitiam a realização de rituais e sacrifícios humanos ou animais em nome de divindades benevolentes, “cujo amparo viria suprir o desamparo humano” (Bucher, 1988, p. 18).

Uma das vantagens destes eventos serem realizados sob efeito de alguma droga era que, ao promoverem alterações na consciência, muito provavelmente não vinham acompanhados do ônus do arrependimento ou do sentimento de culpa, sendo portanto permitidos. Do ponto de vista antropológico, a droga, segundo Bucher (1988), ao ser compartilhada em termos de hora e local por determinado grupo de pessoas, teria também uma função estruturante ao possibilitar que através da união de seus participantes em determinados ritos, fosse criado, entre eles, um clima apaziguador e integrador. Finalmente, este mesmo autor ressalta que toda sociedade consome drogas e estas se constituem, portanto, num fenômeno cultural, especificamente humano. Atribui

a ela três funções sociais: superar a angústia existencial, possibilitar o contato com forças sobrenaturais e obter prazer.

Posteriormente, com os avanços científicos, principalmente na química, na farmacologia e na medicina, diversas substâncias puderam ser sintetizadas em laboratórios passando a se tornar também um recurso médico (Calanca, 1991). Com a industrialização e os processos de culturalização e globalização, determinadas práticas e ritos ficaram restritos aos povos ditos primitivos.

Diferentemente do que ocorria nas sociedades antigas, nas modernas se estabeleceu um debate, mediante convenções jurídicas e sociais, sobre a legalidade ou ilegalidade das drogas, e também se elas se constituem num problema médico ou legal. Deste modo, questões de mercado, de lucro, e de criminalidade se interpuseram desde a Guerra do Ópio (Burns, 1966) travada entre os ingleses e os chineses no século XIX (1839-1842 e 1856-1860). A fim de estabelecer um controle legal sobre a produção e a comercialização de drogas, uma série de convenções foram estabelecidas em todo o mundo, sendo a de Viena (1988) a mais conhecida.

Em alguns países houve, nas últimas décadas, mudanças na legislação sobre as drogas. No Brasil, por exemplo, parece ter havido uma maior flexibilização quanto à política em relação às drogas. A Lei 11.343 de 2006, instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD) no Brasil. Apesar dessa lei reconhecer quão fundamental é o problema da dependência de drogas e de um trabalho multidisciplinar na abordagem deste grave problema, frequentemente associado a violência e criminalidade, em certo sentido ela descriminalizou o uso de entorpecentes. Segundo esta lei (11.343/06), não deve haver mais para os envolvidos com drogas, o cumprimento de penas, mas a punição através de advertências e medidas sócio-educativas (Lei, 11.343/06). O artigo 28 exemplifica essa questão:

“Art. 28. Quem adquirir, guardar, tiver em depósito, transportar ou trouxer consigo, para consumo pessoal, drogas sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar será submetido às seguintes penas:

I - advertência sobre os efeitos das drogas;

II - prestação de serviços à comunidade;

III - medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo”

É provável que esta atitude em relação ao usuário/dependente represente uma tendência presente na atualidade. Parece que de uma postura eminentemente punitiva adotada no passado, atualmente se caminha no sentido de poder oferecer um tratamento adequado às necessidades dos usuários de drogas.

Ilustrativamente pode-se mencionar que nos Estados Unidos, principalmente no início do século XIX, ocorreu uma criminalização em relação ao usuário de drogas. Pessoas respeitadas e prestigiadas socialmente, porém embasadas em idéias moralistas e religiosas, colocavam em relação de causalidade a droga e o crime (Inciardi, 2001). No entanto, nas últimas décadas, diversos estudos empíricos têm mostrado que a relação entre criminalidade e drogas pode não ser diretamente causal.

Alguns modelos teóricos foram desenvolvidos para explicar a possível relação entre crime-droga. Uma síntese destes modelos foi realizada (Inciardi, 2001) e será apresentada a seguir em função da sua pertinência para este estudo. O *modelo psicofarmacológico de violência*, por exemplo, propõe que os usuários de drogas como a cocaína e os barbitúricos podem sofrer de alterações do pensamento e da sensopercepção. Tais alterações tendem a desencadear delírios e alucinações paranóides que seriam responsáveis pelo comportamento irracional e irascível e cometimento de crimes violentos.

O *modelo de compulsão econômica para violência* busca explicar fundamentalmente os crimes violentos cometidos contra o patrimônio como os roubos e os furtos. Frequentemente nestes crimes os usuários estão em busca de dinheiro para financiar e sustentar sua dependência química. Este modelo se aplica aos usuários de heroína, cocaína e *crack*.

Por fim, existe o *modelo sistêmico de violência* que entende o cometimento de crimes violentos como consequência intrínseca àqueles que se envolvem com drogas. Esse modelo é

aplicado aos casos envolvendo disputa por território entre traficantes, desavenças entre setores hierarquizados do tráfico, eliminação de informantes, punição de pessoas que vendem drogas adulteradas, estupro e agressão física de mulheres usuárias, entre outros.

Além destes modelos de cunho eminentemente sociológico, também pode ser mencionado o modelo de automedicação (Khantzian, 1980, 1991). Este autor acredita que o uso de drogas, do ponto de vista individual, pode estar associado com tentativas de suprir falhas na formação de estruturas mentais como o *ego/self*. Através da droga, o usuário também se sentiria mais apto nas situações de interação interpessoal. A droga serviria como um recurso adicional (remédio) que possibilitaria ao usuário o fortalecimento de sua auto-estima contribuindo no enfrentamento de diversas situações da vida.

De um modo geral, o que se percebe claramente é que de uma atitude policialesca em relação aos usuários de drogas, hoje se está frente de uma abordagem mais voltada aos aspectos sociais e preventivos no que tange às drogas e aos seus usuários. Somadas a esta nova atitude, aumentou-se a profilaxia em relação às doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e outras doenças como a hepatite e a tuberculose. Tal modificação nesse cenário pode estar relacionada ao fato de que a droga, que numa época esteve associada às camadas menos favorecidas da sociedade, hoje esteja aumentando sua presença em outros contextos sócio-econômicos e culturais (Kessler & Pechansky, 2008).

Na esteira desta realidade, é aparente que os índices de criminalidade no Brasil vêm crescendo significativamente. Os dados da Superintendência dos Serviços Penitenciários (www.susepe-rs.gov.br) revelam que até a década de noventa (1996) o Estado do Rio Grande do Sul contava com uma população carcerária na ordem de onze mil prisioneiros. Atualmente (2009), este número aumentou para mais de vinte e oito mil prisioneiros. Destes, apenas 5% são mulheres.

Praticamente não existem estudos empíricos mostrando a incidência e a prevalência do uso de drogas entre a população carcerária no Brasil. Todavia, se forem utilizados para

comparação os dados de estudos internacionais, os números podem ser alarmantes. Diversas pesquisas (Inciardi, 2001) apontam que mais de 60% da população penitenciária faz uso de substâncias ilícitas.

Este estudo descreve algumas características pertinentes a esta população, identificando características de personalidade, perfil sócio-econômico, bem com o padrão de consumo de álcool e drogas. É importante repisar que apesar da delimitação e definição destes fatores, deve-se considerar o problema do uso de drogas e da criminalidade numa perspectiva multideterminada e policausal.

1.2 A avaliação de dependência de substância química no contexto penal

No intuito de se compreender a relação entre droga e crime, tem-se buscado verificar a existência de características específicas que diferem as pessoas que usam drogas e cometem delitos, da população geral (Cropsey et al., 2007). Diversos instrumentos têm sido utilizados para avaliação de uso de drogas e dependência de substância com diferentes populações e propósitos distintos (Peters et al. 1999). Dentre os principais instrumentos mencionados na literatura encontram-se o *Alcohol Dependence Scale* (ADS), o *Drug Abuse Screening Test* (DAST), o *Michigan Alcoholism Screening Test* (MAST), a entrevista estruturada do DSM-IV, o MMPI (Inventário Multifásico de Personalidade Minnesota), o *Substance Abuse Subtle Screening Inventory* (SASSI), o *Texas Christian University Drug Screen* (TCUDS) e o *Addiction Severity Index* (ASI) (Belenko, Lang, & O’Conor, 2003; Fazel et. al, 2006; Peters, Greenbaum, Steinberg, Carter, Ortiz, Fry, & Valle, 2000; Rikoon, Cacciola, Carise, Alterman, & McLellan, 2006).

Em estudo realizado no Brasil para identificar as principais escalas internacionalmente utilizadas para avaliar tratamento de dependência química, Castel e Formignoni (1999) selecionaram quatro: *Addiction Severity Index* (ASI), *Leeds Dependence Questionnaire* (LDQ), *The Drinker Inventory of Consequences* (DrInC) e as Escalas de Seguimento de Alcoolistas

(ESAs). Segundo estes autores, ao menos duas dessas escalas são de domínio público, sendo que a confiabilidade apresentada por estes instrumentos foi considerada boa. A ressalva que fazem é que, ao menos no Brasil, não foram realizados estudos de sensibilidade a mudanças no tempo.

Em 2006, os pesquisadores Félix Kessler e Flávio Pechansky do Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas (CPAD) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre realizaram a adaptação e validação do ASI (*Addiction Severity Index*) em sua sexta versão. O projeto de validação e adaptação consistiu em um estudo transcultural envolvendo cinco centros de pesquisa em diferentes Estados brasileiros (RS, SP, BA, RJ) e contou com uma amostra de 740 pacientes ambulatoriais e internados. (Kessler et al., 2007).

O ASI foi desenvolvido nos Estados Unidos no início da década de 80 por pesquisadores da Universidade da Pennsylvania a fim de preencher a necessidade de uma avaliação multidimensional para o uso de álcool e outras drogas (Leonhard, Mulvey, Gastfriend, & Shwartz, 2000). Nos anos seguintes foi adaptado e validado em diversos países tais como França (1996), Alemanha (2000) e Japão (2006). O principal objetivo do instrumento é verificar a gravidade da dependência de drogas, detectando quais dentre as sete áreas na vida do examinando (médica, emprego, álcool e drogas, legal, família, psiquiátrica), encontram-se mais prejudicadas pelo uso de álcool e drogas e necessitando tratamento (Currie, El-Guebaly, Coulson, Hodgins, & Mansley, 2004). Esta avaliação se refere às experiências durante a vida e ao mês anterior a mensuração.

Com relação às propriedades psicométricas, apesar de o ASI ter recebido algumas críticas severas quanto a sua confiabilidade e consistência interna, foi também reconhecido como um instrumento valioso tendo em vista a escassez de medidas para avaliar usuários de drogas e a capacidade de atrair a atenção dos avaliadores para áreas da vida do paciente que outrora não seriam foco de atenção (Mäkelä, 2004). O resultado da análise da consistência interna realizada por Leonhard, Mulvey, Gastfriend e Shwartz (2000) revelou que apenas em três áreas o alfa de Crombach ficou abaixo de 0,70 (ocupação/emprego 0,65, drogas 0,69 e legal 0,65). Atualmente

o ASI é um dos instrumentos mais utilizados em estudos sobre dependência de drogas principalmente nos Estados Unidos (Leonhard, Mulvey, Gastfriend, & Shwartz, 2000; Peters et al. 2000; Rikoon et al., 2006). Desde 2002 foi o instrumento adotado pela cidade de Los Angeles (EUA) como medida padrão na avaliação de usuários de drogas realizada pelos centros públicos de saúde (Spear, Brown, & Rawson, 2005).

O ASI já foi utilizado em amostras com características específicas dentre as quais moradores de rua (Zanis, McLellan, Caan & Randall, 1994), usuários de plano de saúde (Weisner, McLellan, & Hunkeler, 2000), pacientes portadores de comorbidades psiquiátricas (Reelick & Wierdsma, 2006; Zanis, McLellan, & Corse, 1997), revelando-se um instrumento confiável e consistente. O estudo de Peters et al. (2000), dedicado a orientar o Departamento de Justiça Criminal do Texas sobre a efetividade de alguns instrumentos na detecção de presidiários usuários de drogas, o ASI foi apontado como um dos mais efetivos. Em outro estudo (Hiller et al. 2005) com uma amostra de mais de 600 presidiários, o ASI mostrou-se revelador da presença da droga neste contexto bem como das conseqüências de seu consumo em termos de saúde física e dos problemas emocionais que atingem este tipo de população.

Especificamente no que tange ao presente estudo, a avaliação desta área no contexto penitenciário do Rio Grande do Sul através do ASI parece indispensável devido à premente necessidade de se conhecer mais os usuários de drogas que se encontram sob a custódia do Estado. O resultado deste levantamento poderia ser comparado com outros estudos envolvendo presidiários realizados com o ASI e que não mostraram, por exemplo, evidências de uma correlação forte entre problemas legais e uso de drogas (Leonhard, Mulvey, Gastfriend, & Shwartz, 2000).

Finalmente, é possível afirmar que em comparação com outros instrumentos destinados a dependentes químicos, este possui a vantagem de poder ser utilizado tanto em contextos clínicos como de pesquisa.

1.3 Avaliação de comorbidades psiquiátricas no Sistema Penitenciário

Alguns autores (Gabbard, 2006; Kernberg, 1975, 1995), sugerem que determinadas psicopatologias e organizações de personalidade caracterizadas por falhas importantes em sua formação e estrutura têm se tornado mais frequentes na contemporaneidade. Tais alterações na personalidade aparecem comumente nos quadros graves em que a conduta e o comportamento caracterizam-se pela impulsividade em detrimento da capacidade de autocontrole e manejo da frustração.

Além desses aspectos psicodinâmicos sugeridos como presentes na etiologia dos comportamentos aditivos e violentos, a neurociência tem indicado que o uso de álcool e outras drogas altera neuroquimicamente a formação de redes neurais ligadas aos sistemas de recompensa (dopamina), interferindo nas vias normais de satisfação das necessidades e gerando comportamentos desadaptativos (Cordioli & Giglio, 2008; Kalivas & Volkow, 2005).

No que se refere às principais doenças psiquiátricas associadas ao uso de drogas são encontrados principalmente os transtornos de ansiedade (28%), os transtornos de humor (26%), a personalidade anti-social (18%) e esquizofrenia (7%) (Zaleski et al. 2006). O estudo conduzido por Hiller et al. (2005) na Filadélfia, a partir da análise de quatro grupos de presidiários (somente doentes mentais, somente dependente de drogas, doentes mentais e dependentes de drogas, e sem doenças), revelou que o grupo que apresentava a comorbidade uso de drogas mais doença mental utilizava muito mais o sistema de saúde e permanecia mais tempo na prisão.

Segundo Ditton (1999), na década de 90 a prevalência de doença mental em prisões americanas era de 24% para as mulheres e 16% para os homens. Informações mais atuais do ano de 2005 do relatório do *Bureau of Justice Statistics* revelam que os problemas mentais entre apenados americanos estavam entre 45 e 64%, dependendo dos dados serem provenientes de prisões estaduais ou federais (Flecher, et. al., 2007). Ainda segundo estes mesmos autores, os presidiários que apresentam alguma comorbidade psiquiátrica têm mais registros de crimes

violentos, três ou mais prisões anteriores, história prévia de abuso ou dependência de substância e uso de substância no mês anterior à prisão. Além desses registros, foram também constatados: história de vivência na rua no ano que antecedeu à prisão, história de abuso físico ou sexual e pais abusadores de álcool ou drogas. No período em que estiveram presos foram vítimas de mais ofensas verbais e físicas do que outros apenados.

Na avaliação de psicopatologia, a literatura indica que alguns instrumentos, ao menos no exterior, já estão consagrados e disponíveis para avaliar diversas síndromes e transtornos mentais. Todavia, no Brasil, ainda são poucas as entrevistas diagnósticas estruturadas e semi-estruturadas validadas e adaptadas (Tavares, 2002). O conhecimento mais detalhado dos sinais e sintomas das doenças mentais possibilitou a definição de critérios diagnósticos precisos para determinação de transtorno mental. A criação de um sistema de comunicação através de uma linguagem unificada entre os técnicos da saúde foi uma das principais vantagens da construção dos manuais diagnósticos como o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV) e a Classificação Internacional das Doenças (CID-10). Estas diretrizes diagnósticas permitiram por sua vez a construção de testes, escalas, inventários, e diversos outros instrumentos que tornaram o trabalho do avaliador mais objetivo.

Atualmente, tanto para a classificação diagnóstica americana (DSM-IV) quanto para a estabelecida pela Organização Mundial da Saúde (CID-10), existem medidas que permitem uma avaliação padronizada e sistematizada dos transtornos mentais. Dentre as entrevistas estruturadas e semi-estruturadas encontram-se destacadas a *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI), a *Structured Clinical Interview for DSM-IV* (SCID), a *Diagnostic Interview Schedule* (DIS), a *Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry* (SCAN), a *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia* (SADS), a *Positive and Negative Symptoms for Schizophrenia* (PANSS), a *Renard Diagnostic Interview* (RDI) e o *Present State Examination* (PSE) (Amorin, 2000; Tavares, 2002).

No final da década de 90, houve a validação internacional da MINI (*Mini International Neuropsychiatric Interview*) para uso no Brasil (Amarin, 2000). A MINI é uma entrevista diagnóstica estruturada desenvolvida por pesquisadores americanos e franceses a partir dos critérios da CID-10 e do DSM-IV. Dentre os vários instrumentos disponíveis, a MINI destaca-se por sua forma rápida e simples de aplicação e levantamento, assim como a prioridade dada à exploração dos transtornos atuais. Para a adequada utilização do instrumento um clínico necessita apenas de um breve treinamento (em média 2 horas). A MINI foi elaborada para ser utilizada em ensaios clínicos e em cuidados primários compreendendo dezenove módulos que correspondem a dezessete transtornos do Eixo I do DSM-IV. A versão *Plus* da MINI explora as vinte e três categorias diagnósticas do DSM-IV.

Em relação à confiabilidade, a MINI apresentou uma concordância entre avaliadores e teste-reteste $\geq 0,75$ para todos os diagnósticos exceto para episódio maníaco atual (0,35). Na comparação com a CIDI e a SCID, os índices psicométricos de sensibilidade e especificidade da MINI ficaram em $\geq 0,70$. Quando avaliada a concordância entre o diagnóstico sugerido por clínicos e psiquiatras utilizando a MINI como método de avaliação, obteve-se um acordo em 85% dos casos. Em razão da brevidade, economia e de se constituir num instrumento adequado à avaliação diagnóstica de pacientes graves e de estar de acordo com os critérios internacionais (Amarin, 2000), a MINI é a opção apropriada para este estudo no diagnóstico dos transtornos mentais.

1.4 Avaliação dos Estilos Parentais: teoria do apego aplicada em criminosos

Do ponto de vista sociológico, diversos intelectuais (Baumann, 2001; Lasch, 1983) têm apontado que no mundo moderno, das sociedades industrializadas ou na pós-modernidade, promoveram-se mudanças importantes nas relações humanas. O encurtamento das distâncias possibilitado pelas tecnologias da informação, ao mesmo tempo em que aproximou pessoas,

diminuindo distâncias através da virtualidade, trouxe junto um modo de vida mais impessoal, menos íntimo.

Há uma consistência na literatura mostrando que a família, definida como a união de pessoas por aliança e pelo sangue (Levi-Strauss, Gough & Spiro, 1980; Osório, 1997) serviria como primeira e mais importante rede de proteção para que não ocorra o envolvimento com as drogas e outros comportamentos de risco (Friedman & Glassman, 2000; Kilpatrick et al. 2000; Nurco, Kinlock, O'Grady & Hanlon, 1996; Sanches, Oliveira & Nappo, 2004). Em consonância com esta noção, Le Blanc (1992) lembra que a relação entre família e criminalidade é um dos temas mais estudados em criminologia.

Diversos estudos apresentam dados consistentes mostrando que o papel da família estaria em proporcionar um substrato afetivo e de apoio emocional que serviria como antídoto às influências negativas de outras pessoas ou do grupo de iguais (Dembo, Williams, Wothke, & Schmeidler, 1994; Newcomb et al. 2001; Pomery et al. 2005). Famílias que apresentam uso de drogas (Boyd, Plemons, Schwartz, Johnson, & Pickens, 1999), índices elevados de trauma, violência ou abuso (Medrano, Hatch, Zule, & Desmond, 2002), excessivo autoritarismo ou descuido (Gerevich & Bacskai, 1996) permitiriam ou não perceberiam o envolvimento dos filhos com as drogas e em situações de risco.

O *Parental Bonding Instrument* (PBI) foi desenvolvido no final da década de setenta (Parker, 1979) com o objetivo de avaliar determinados aspectos da relação entre pais e filhos. Pode ser aplicado em adultos para avaliar a qualidade da relação com os pais até os 16 anos de idade. Consiste de 25 questões referentes a duas dimensões: cuidado (*care*) e superproteção (*overprotection*) acessadas independentemente para a relação com o pai e a mãe. (Hauck et al., 2006; Overbeek, Volleberg, Meeus, Graaf, & Engels, 2004). Cada uma dessas dimensões possui pólos contrastantes. Na dimensão cuidado, em um dos pólos encontra-se afeição, empatia e proximidade; no pólo oposto, encontra-se indiferença e negligência. A dimensão superproteção

abarca, por um lado, intrusividade, superproteção e infantilização e, no pólo contrário, vê-se encorajamento da autonomia.

A validação desse instrumento no contexto brasileiro ocorreu em 2006 e os pesquisadores do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, responsáveis pelo Projeto optaram pelo levantamento original que considera duas dimensões e não as três propostas atualmente em alguns estudos. As informações referentes às propriedades psicométricas do instrumento em sua versão para o português brasileiro são ainda preliminares, mas indicam que os índices estão de acordo com os encontrados em estudos internacionais (Hauck et al., 2006).

Diversos estudos têm utilizado o PBI para avaliação de psicopatologia (Enns, Cox, & Clara, 2002,) ainda que a maioria tenha sido voltada para a compreensão do papel dos pais no desenvolvimento da depressão e suicidabilidade (McGarvey, Kryzhanovskaya, Koopman, Waite, & Canterbury, 1999). Alguns estudos também foram conduzidos para avaliação da relação entre pais e filhos em outros transtornos mentais como, por exemplo, jogo patológico (Grant & Kim, 2002), anorexia nervosa (Bullik, Sullivan, Fear, & Pichering, 2000), transtorno *borderline* de personalidade (Fossati et al., 2001), criminosos sexuais (Crassati, McClurg, & Browne, 2002), como preditor de transtornos mentais em adultos (Favaretto & Torresani, 1997) e em personalidades anti-sociais (Reti et al., 2002).

No que tange à aplicação deste instrumento em usuários de drogas, o estudo de Torresani, Favaretto e Zimmermann (2000) avaliou as representações parentais de dependentes de drogas e de seus pais observando a repetição de padrões de dependência ocorrendo em níveis transgeracionais. Na Nova Zelândia, Joyce et al. (1994) aplicaram o PBI a uma amostra randomizada de alcoolistas adultos verificando que estes percebiam seus pais como superprotetores, porém não cuidadores. Com populações carcerárias foram encontrados dois estudos. O primeiro deles (Biggan & Power, 1998), que marcou a introdução do PBI no contexto penal, buscava encontrar uma definição das características das relações parentais de 125 jovens delinquentes entre 16 e 21 anos e seus pais, e também compreender qual o papel que o vínculo

parental desempenhava na adaptação à vida prisional. Foi verificado que em quase metade da amostra (47,2%) o pai tinha história criminal e mais de um terço dos jovens o pai era alcoolista. Outros dois estudos também realizados na Escócia utilizando amostras de jovens presidiários (Chambers, Power, Loucks, & Swanson, 2000, 2001) verificaram que o PBI é um instrumento seguro para avaliar o impacto das relações entre pais e filhos no desenvolvimento de psicopatologias como depressão, ansiedade, bem como problemas de comportamento.

No contexto penitenciário, do ponto de vista empírico e teórico, é patente que os técnicos observem invariavelmente um histórico de relações familiares instáveis e conturbadas. A estrutura ou desestrutura familiar, vale mencionar, envolve questões muito complexas que certamente não se restringem nem deveriam ser confundidas apenas com a fenomenologia da presença/ausência de um pai, uma mãe e filho(s). A utilização do PBI poderia oferecer uma imagem mais objetiva e um tanto quanto realista da associação entre a representação interna (lembança) dessas relações humanas - entre pais e filhos - e o desenvolvimento de comportamento aditivo e no ingresso na criminalidade.

Caso seja constatado que o vínculo familiar está associado com o uso de drogas ou a algum transtorno mental, tal verificação poderia reverter, no futuro, em um conjunto de ações de saúde voltadas ao desenvolvimento de estratégias e intervenções terapêuticas que efetivamente agissem no sentido de alterar tanto a dinâmica interna do paciente/apenado (personalidade), quanto aquela que mantém e incrementa a patologia do vínculo familiar. Outra vantagem seria habilitá-los melhor para o exercício da função paterna. Ainda que o referencial da terapia familiar sistêmica não tenha sido o adotado nesta dissertação, registra-se que os teóricos deste modelo de tratamento consignam ao sistema familiar a responsabilidade pelo adoecimento mental em seus componentes (Falceto, 2008; Minuchin, 1990).

Como preconizado por diversos estudos mencionados no volume 44 da TIP (*Department of Health and Human Services, 2005*), no momento em que o criminoso ingressa no sistema penitenciário deveria ocorrer a avaliação das necessidades de tratamento e da gravidade da

dependência química. Desta forma, as ações de saúde envolvendo avaliação da abstinência e outras conseqüências do uso de drogas poderiam ser verificadas precocemente evitando maiores prejuízos ao paciente/apenado, bem como dos gastos governamentais.

No momento não existe nenhum protocolo padrão de avaliação psicológica/psiquiátrica nos presídios gaúchos. Baseado nesta carência instrumental se faz necessário o estabelecimento de diretrizes científicas para um plano de avaliação e uma abordagem mais voltada às necessidades dos apenados no Estado do Rio Grande do Sul.

CAPÍTULO II

ESTUDO I

O tipo de vínculo entre pais e filhos está associado ao desenvolvimento de comportamento antissocial?

Is the bond between parents and sons associated with the development of antisocial behavior?

Rafael Stella Wellausen

Denise Ruschel Bandeira

Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Porto Alegre

RESUMO

Objetivo: Investigar a associação entre o Transtorno Antissocial de Personalidade (TASP) e os Estilos Parentais (EP) numa amostra de 50 prisioneiros sem condenação prévia, com idades entre 18 e 35 anos. **Instrumentos:** Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) e Parental Bonding Instrument (PBI). **Resultados:** Através da MINI foi verificado que 32% dos prisioneiros preenchem critério diagnóstico para TASP. O uso e dependência de drogas e os Transtornos de Humor também estavam presentes nesta amostra. O EP, tanto materno quanto paterno, que mais esteve associado aos TASP foi o exercido com controle sem afeto. **Conclusão:** Houve associação preditiva entre o EP exercido com controle e sem afeto com o TASP.

Palavras chave: Transtorno Antissocial de Personalidade; estilo parental; prisioneiros.

ABSTRACT

Objective : To investigate the association between the Anti-Social Personality Disorder (ASPD) and Parental Style (PS) in a sample of 50 prisoners at the ages from 18 up to 35 years-old and with no previous convictions. **Instruments:** Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) and Parental Bonding Instrument (PBI). **Results:** Through the MINI was verified that 32% of the prisoners filled the criterion diagnosis for ASPD. The use and the addiction of non alcoholic substances and the Humor Disorder is also verified in these sample. The maternal and paternal style that has been more associated to ASPD was played with affectionless control. **Conclusion:** There was predictive association between the PS practiced with affectionless control and ASPD.

Keywords: Anti-social Personality Disorder; parental style; prisoners.

Introdução

Os crescentes índices de violência e criminalidade, presentes na sociedade brasileira neste início de milênio, despertaram atenção de vários campos do conhecimento. A Psicologia, por meio de seus métodos e teorias, tem buscado investigar, descrever e compreender os diversos fatores psicológicos presentes neste cenário.

Em relação às três áreas – Psiquiatria, Direito e Psicologia – dentre as diversas interessadas na criminalidade, cada uma tem um papel importante no estudo da criminologia. À Psiquiatria, coube a tarefa de categorizar os comportamentos através de uma série de sinais e sintomas a fim de estabelecer critérios diagnósticos para os diferentes transtornos mentais e de comportamento. Segundo as principais classificações psiquiátricas (Manual Diagnóstico e Estatístico das Doenças Mentais – DSM-IV-TR e a Classificação Internacional de Doenças – CID-10), aqueles comportamentos que, de modo geral, vão contra os interesses e o bem-estar da coletividade, em detrimento de interesses pessoais e exclusivos, serão denominados de antissociais.

Aos operadores do Direito, competiu, por sua vez, estabelecer através do Código Penal e do Código de Processo Penal quais desses comportamentos antissociais, conforme a gravidade do ato e a intencionalidade do agente, seriam punidos com pena privativa de liberdade. Os mesmos Códigos definiram que aquelas pessoas incapazes de se autodeterminar seriam consideradas inimputáveis ou semi-imputáveis.

Como já mencionado, a Psicologia busca verificar quais os elementos que podem contribuir para que uma pessoa rompa com as normas sociais e infrinja a lei. As teorias criminogênicas diferem fundamentalmente quanto à ênfase sobre aspectos sociais, biológicos e psicológicos (Shoemaker, 1990). Existem teorias que enfatizam a desorganização social ou a anomia (fracasso e instabilidade das estruturas e instituições sociais) como causa de comportamentos que desviam o indivíduo da norma jurídica estabelecida. Tais teorias, surgidas

no final do século XIX e início do XX, representaram uma tentativa de mostrar a delinquência como produto de causas externas ao homem (Shoemaker, 1990).

No Brasil, alguns estudos (Almeida & Almeida, 2003) alegam haver a criminalização de alguns comportamentos desviantes a fim de que uma pequena elite dominante mantenha sob forte controle social uma grande massa de desfavorecidos. Esse modelo teórico ampara-se em idéias marxistas as quais, segundo Shoemaker, (1990) fundamentam a Teoria Radical (*Radical Theory*). Tal teoria advoga que os comportamentos delinquentes representariam uma forma de “empoderamento” (*empowerment*) e uma tentativa de visibilidade social que até então não havia sido permitida a uma classe social menos privilegiada.

Teorias biologicistas atribuem a etiologia dos comportamentos disruptivos e delinquentiais a disposições heredo-constitucionais. Historicamente, essas teorias foram caracterizadas por dois momentos: no primeiro, que durou até o final do século XIX, acreditava-se que os criminosos e delinquentes eram portadores de má-formação orgânica ou sofriam de degenerescências (Lombroso in Silva, 1951). No segundo momento, as teorias de cunho biológico passaram a sugerir que os problemas sociais e econômicos que costumam atingir as famílias cujos membros se envolvem em crimes (desemprego, evasão escolar, uso/abuso de drogas) podem contribuir de forma sinérgica, somando-se às disposições herdadas geneticamente (retardo mental, epilepsias, entre outras disposições), tornando tais pessoas mais vulneráveis.

Outros fatores biológicos que não são genéticos, como é o caso de níveis aumentados de testosterona, também podem ser responsáveis por comportamentos agressivos (Morana, Stone, & Abdalla-Filho, 2006). Eysenck e Gudjohnsson, em sua Teoria da Excitação Geral para Criminalidade (in Morana, Stone, & Abdalla-Filho, 2006), destacaram que os psicopatas possuem um sistema nervoso relativamente insensível a baixos níveis de estimulações e valem-se do crime como forma de instigar sua excitação.

Outras teorias buscam equacionar tanto fatores biológico-individuais quanto contextuais, procurando valorizar as experiências ocorridas no ambiente familiar e cultural no qual o

indivíduo se desenvolveu. Essas teorias que propõem um modelo integrativo (Shoemaker, 1990) reconhecem que, apesar das condições socioeconômicas desfavoráveis e de bagagem hereditária, as experiências positivas ocorridas na infância e o vínculo afetivo entre a criança e o seu cuidador constituiriam um fator de proteção perante uma realidade social por vezes insalubre.

Ponderadamente, Shoemaker (1990) avalia que nenhum destes modelos teóricos de forma isolada é capaz de explicar integralmente os fenômenos delinquentiais. Cada teoria pode esclarecer melhor alguns aspectos sobre o comportamento delincente do que outros, uma vez que representa visões parciais, facetas do ser humano. Shoemaker (1990) alerta que as teorizações sobre a etiologia da delinquência variam principalmente conforme a capacidade persuasiva implícita em sua estrutura conceitual.

O presente trabalho é uma contribuição na compreensão dos fatores psicológicos e ambientais que participam da conduta antissocial e criminosa; ele, portanto, converge a atenção às experiências psicológicas precoces vivenciadas no ambiente familiar.

Família: matriz social dos vínculos afetivos

Independentemente de questões socioeconômicas, a família, como matriz e alicerce do grupo social, tem sido atingida em sua estrutura e composição. Nas últimas décadas, os papéis e, especialmente, as funções de pai e mãe, em alguma medida, tornaram-se confusos e praticamente indiscriminados. Novas configurações familiares surgiram - às vezes com ausência do pai, outras vezes com múltiplos pais e mães - e casais do mesmo sexo tornaram-se mais frequentes (Falceto, 2008).

Tanto as ciências sociais (Sociologia, Antropologia) quanto as da saúde (Medicina, Psicologia) assinalam que a família, definida como a união de pessoas por aliança e pelo sangue (Levi-Strauss, Gough & Spiro, 1980), serviria como a primeira e mais importante rede de proteção contra o envolvimento em situações de risco como uso de drogas e criminalidade

(Nurco, Kinlock, O'Grady & Hanlon, 1996; Sanches, Oliveira & Nappo, 2004). A negligência e os problemas na atenção e nos cuidados dispensados pelos pais aos filhos são temas centrais na Teoria do Apego (*Attachment Theory*). Sem ignorar causas sociais, porém enfatizando conhecimentos advindos da etologia, da biologia evolucionária, da psicanálise e das ciências cognitivas, Bowlby sugeriu (1988) que os primeiros seis anos de vida são fundamentais para a consolidação de uma estrutura de personalidade hígida. Para Bowlby, o apego consiste em um comportamento biologicamente programado a serviço de um controle homeostático em que um ser humano (inicialmente a genitora ou substituta) coloca-se disponível a outro (bebê/criança), proporcionando-lhe segurança e proteção (Dalbem & Dell'Aglio, 2005).

Segundo a Teoria do Apego (TA), a principal variável dependente para a saúde mental é a qualidade do vínculo afetivo entre a criança e seus cuidadores primários. A qualidade deste vínculo é multideterminada, mas envolve primeiramente uma relação em que mãe e criança obtenham prazer na companhia uma da outra (Bowlby, 1988). A função e o papel do pai nestes primeiros anos seria basicamente o de prover condições ambientais (materiais e emocionais) a fim de que a mãe possa estar interna e externamente disponível para atender às demandas de proteção e segurança do filho. O fracasso na consolidação desta parentalidade (*parenthood*), ou nos termos da TA (Bowlby, 1969/1984, 1973a/1984, 1973b/1985), a privação do vínculo afetivo (seja por perda ou separação), acarretam uma série de consequências adversas.

Weil (1978) salientou que se a negligência no primeiro ano de vida pode levar a criança à morte, no segundo ano, pode atrasar a aquisição da linguagem e influenciar negativamente na formação de estruturas cognitivas subjacentes à formação do pensamento abstrato. Estudo realizado com menores infratores no Rio Grande do Sul mostrou que, de uma amostra de 75 jovens, menos de 3% completaram o ensino médio (Rodrigues, Rosseto, & Rovinski, 2001). Pesquisas baseadas em modelos que integram neurociência, psicanálise e TA (Shore, 2002) demonstram que as mais diferentes e complexas formas de interação afetiva da mãe (posteriormente do pai) com o filho – através do olhar, dos gestos, das expressões faciais e da

fala, entre outras – possibilitam que o aparato sensório-motor, cognitivo e afetivo seja posto em marcha.

Dalbem & Dell’Aglio (2005) em sua revisão sobre as contribuições de Bowlby afirmam que ao longo do ciclo vital são consolidados modelos internos de funcionamento (*working models*). Estes modelos refletem basicamente quatro formas de apego: apego seguro, apego inseguro, apego evitativo e apego desorganizado. O principal efeito da privação afetiva consiste na edificação de uma “personalidade incapaz de afeto” (Bowlby, 1988), com severos prejuízos na capacidade para estabelecer relações de confiança, amizade e cooperação com outras pessoas.

Em termos de psicopatologia, os problemas decorrentes desses modelos de funcionamento (*working models*) podem manifestar-se em condutas psicopáticas através do roubo, da violência e na conduta sexual perversa (Bowlby, 1988).

Desajustamento familiar, psicopatologia e lei

McCord (1979) pesquisou de que forma a atmosfera do lar na infância, definida através de sete variáveis, poderia influenciar no desenvolvimento de comportamento antissocial na vida adulta de homens. As sete variáveis que descreviam a atmosfera do lar eram: afeto materno, supervisão, conflito parental, comportamento desviante do pai, ausência paterna, agressão parental e autoconfiança materna. Os resultados a respeito dos antecedentes de vida de 201 sujeitos revelaram que o afeto materno e os comportamentos desviantes dos pais estiveram significativamente relacionados com crimes cometidos contra a propriedade (39% da variância). Nos crimes contra pessoas, o afeto materno foi responsável por 35,7% da variância desde que controlando para *status* social e características parentais. Concluem os autores que o modelo proposto serviu para explicar 39,1% da variância do total dos crimes cometidos.

O estudo realizado por Sourander et al. (2006) indicou que entre os preditores na infância de delinquência juvenil ou condenação criminal na adultez estavam: déficit de

atenção/hiperatividade, baixo QI (quociente intelectual), abandono escolar, escassa supervisão parental, disciplina inconsistente, negligência, disciplina áspera ou punitiva, separação conjugal ou pais solteiros, família grande, histórico de delinquência na família, baixo *status* socioeconômico, rejeição entre pares, *bullying* e, finalmente, viver em locais onde frequentemente ocorrem crimes.

Com relação ao número de crimes cometidos, foi verificado que o fato de viver em companhia de outros adultos – que não os pais biológicos – ou o baixo nível de educação dos pais aumentava em praticamente três vezes o número de crimes cometidos. Semelhante resultado a respeito da quantidade de crimes foi encontrado na relação entre baixa escolaridade e existência de sintomas de hiperatividade, e depressão. No que se refere ao tipo de crime cometido, o fato de viver com pais – que não os biológicos – ou a pouca escolaridade do pai predisseram todos os tipos de crime. Especificamente no que tange ao uso de drogas, não foram encontradas variáveis preditivas. Sourander et al. (2006) explicaram tal achado mostrando que o uso de drogas difere de outros comportamentos que envolvem a lei, pois a principal vítima é o próprio usuário.

Estudo realizado por Gottfredson e Hirschi (1990) verificou que crianças vindas de lares desfeitos ou reconstituídos apresentavam maiores índices de envolvimento com o crime. Suas conclusões estavam baseadas na crença de que as tendências delinquentiais se devem a uma falha no autocontrole, resultante de incapacidade dos pais, no passado, para reconhecer e punir os comportamentos inadequados dos filhos.

Loeber e Dishion (1983) mencionaram como preditores de comportamento antissocial história de criminalidade na família, disciplina severa, baixo nível de coesão intrafamiliar e baixa afetividade. Em estudo realizado no Brasil, em uma comunidade carente e com altos índices de delinquência, Conte (in Serafim 2003) observou que as relações entre pais e filhos eram marcadas por punições em excesso (espancamento), pouco diálogo e poucos reforçadores positivos. As demonstrações de afeto foram mencionadas como raras.

O estudo longitudinal de Trentacosta e Shaw (2008) observou 231 meninos por um período de doze anos em nove intervalos de tempo distintos. Especificamente no que tange às características maternas, foi sugerido que a idade da mãe na primeira gestação, sua falta de empatia e a presença de alguns indicadores de agressividade em sua personalidade influenciaram indiretamente no desenvolvimento de comportamento antissocial do filho.

Foi percebida uma correlação positiva e preditiva entre as características agressivas da mãe e o comportamento antissocial do filho na adolescência. Duas conclusões puderam ser descritas: por um lado, a presença de algum componente de agressividade herdado geneticamente e transmitido entre a mãe e o filho; por outro, o modelo de relação oferecido pela mãe servindo para erigir tendências comportamentais agressivas na interação social futura.

Jaffee, Moffitt, Caspi e Taylor (2003) verificaram que, em casa, a presença de um pai com características de personalidade antissocial desencadeava uma conduta antissocial no filho. Constataram que naquelas famílias em que o pai biológico estava efetivamente presente, assumindo sua função de cônjuge e de pai, ele próprio reduzia comportamentos desviantes como uso de drogas, envolvimento em brigas e depressão. Naqueles lares em que o pai não assumia sua função conjugal e parental ou ele próprio apresentava fortes indicadores de comportamento antissocial ocorria aumento significativo dos comportamentos antissociais dos filhos. Salientaram, entretanto, que não era a frequência dos encontros, mas a qualidade da relação que influenciava no bem-estar da criança e, conseqüentemente, em seu desempenho escolar e social.

Transtorno Antissocial de Personalidade e crime

Para os fins deste artigo, será foco de atenção o Transtorno Antissocial de Personalidade (TASP) que, junto com os Transtornos Borderline, o Histriônico e o Narcisista, compõem o agrupamento B dos Transtornos de Personalidade do DSM-IV-TR (2003). Neste grupo,

convergem os transtornos em que os indivíduos costumam se mostrar dramáticos, emotivos ou imprevisíveis.

Dentre as principais características do TASP, segundo o DSM-IV-TR (2003), estão: fracasso em se conformar com as normas sociais e legais, propensão a enganar e a tirar vantagens em relação aos outros, impulsividade, agressividade, irresponsabilidade e ausência de remorso ou culpa por danos causados. Como qualquer outro Transtorno de Personalidade, o TASP não deve ser diagnosticado antes dos dezoito anos de idade.

A prevalência do TASP na população geral é maior entre os homens, chegando a 3:1 em relação às mulheres. Geralmente o diagnóstico de TASP aparece associado às classes sociais menos favorecidas, sendo que um padrão familiar em parentes de primeiro grau de homens com TASP foi observado (Kaplan, Sadock, & Grebb, 1997). Contudo, Morana, Stone e Abdalla-Filho (2006) apontaram que até hoje não foram encontrados genes específicos para os Transtornos de Personalidade, mas sim para sua predisposição. Esses mesmos autores e outros (Hare, 1999) destacam que, apesar de os indivíduos portadores de TASP cometerem atos antissociais e criminosos contínuos, esse diagnóstico não pode ser sinônimo de criminalidade.

Como destacado por Vaughn, Howard e DeLisi (2008), a criminologia tem retomado nos últimos anos o interesse em pesquisar a relação entre personalidade e criminalidade. Em países como a Finlândia, por exemplo, o sistema penitenciário adotou o critério da separação entre os presidiários conforme características de personalidade (Serafin, 2003). Apesar de pessoas portadoras de outros Transtornos de Personalidade, como os *borderlines* e os paranóides também se envolverem com a Lei e a Justiça, é o diagnóstico de TASP que mais aparece associado à criminalidade, chegando a representar o TP mais encontrado na população penitenciária do Rio Grande do Sul (Teitelbaum & Passos, 1999). Neste sentido, Morana, Stone e Abdalla-Filho (2006) ressaltam que o termo Personalidade Antissocial pertence à área médica, ao passo que a expressão psicopata foi absorvida pelo Direito.

Objetivo Principal

Verificar a associação entre Estilo Parental e Transtorno Antissocial de Personalidade em apenados.

Objetivos Específicos

Verificar a associação entre os transtornos psiquiátricos e o tipo específico de crime/delito.

Verificar a frequência dos Estilos Parentais e sua associação com os transtornos psiquiátricos e a tipificação criminal.

Método

Participantes

Foram convidados a participar desta pesquisa 54 prisioneiros do sexo masculino, com idades entre 18 e 35 anos ($M= 22,3$ e $DP= 3,9$), desde que estivessem em cumprimento de prisão preventiva ou provisória sem condenação prévia. Da amostra inicial de 54 apenados, participaram do estudo 50 deles, uma vez que dois presidiários preenchiam critério de exclusão (Retardo Mental avaliado clinicamente) e outros dois apenados optaram por não participar da pesquisa. A tabela 1 apresenta informações sobre o perfil sociodemográfico dos apenados.

Tabela 1
Perfil sociodemográfico dos presidiários (n = 50)

Características sociodemográficas	%
Cor	
Branca	52
Parda	30
Negra	16
Amarela	2
Escolaridade	
Ensino fundamental	70
Ensino médio	24
Ensino superior incompleto	6
Estado civil	
Solteiro	66
Casado/amigado	28
Separado	4
Situação Laboral	
Trabalhando	44
Desempregado/fora do mercado	40
Bicos	16
Renda dos últimos seis meses (legal e ilegal)	
Zero a R\$ 1.000,00	30
1.001,00 a 3.000,00	30
3.001,00 a 5.000,00	28
5.001,00 a 7.000,00	6
7.001,00 a 10.000,00	2
Mais de 10.000,00	4

Instrumentos

MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview)

A MINI é uma entrevista diagnóstica estruturada que se destaca por sua forma rápida e simples de aplicação e levantamento, assim como a prioridade dada à exploração dos transtornos atuais (Amarin, 2000). A MINI foi elaborada para ser utilizada em ensaios clínicos e em cuidados primários compreendendo dezenove módulos que correspondem a dezessete

transtornos do Eixo I do DSM-IV. Neste estudo, optamos pela utilização de uma versão reduzida da MINI, que explora quinze diagnósticos.

Em relação à confiabilidade, MINI apresentou na sua validação (Amarin, 2000) uma concordância entre avaliadores e teste-reteste $\geq 0,75$ para todos os diagnósticos, exceto para episódio maníaco atual (0,35).

PBI (*Parental Bonding Instrument*)

Com relação aos Estilos Parentais (EP), o instrumento utilizado foi o *Parental Bonding Instrument* (PBI), desenvolvido por Parker et al. (1979). O PBI é um instrumento autoaplicável Tipo Likert (0-3) com 25 perguntas em relação ao pai e à mãe, nas quais o sujeito responde o quanto o comportamento descrito corresponde ao de seus pais, tendo em vista o período de convivência até a idade de dezesseis anos do entrevistado. O tempo de aplicação médio é de quinze minutos. O PBI foi idealizado para medir dois fatores: Cuidado (*care*) e Superproteção (*overprotection*), acessadas independentemente para a relação com o pai e a mãe. O fator Cuidado irá aferir afeto, calor, disponibilidade *versus* frieza e rejeição. À Superproteção corresponderá intrusão, controle, *versus* encorajamento da autonomia (Hauck et al., 2006; Overbeek, Volleberg, Meeus, Graaf, & Engels, 2004). A partir das combinações dos dois fatores, o PBI sugere a existência de quatro tipos de vínculos entre pais e filhos que são descritos como: parentalidade ótima (*optimal parenting*), parentalidade negligente (*neglectful parenting*), controle sem afeto (*affectionless control*) e controle com afeto (*affectionate constraint*).

A estabilidade do PBI foi testada em quatro diferentes momentos: 1978, 1983, 1988, 1998 (Wilhelm, Niven, Parker, & Hadzi-Pavlovic, 2005). Em todas essas medições, o PBI mostrou-se não permeável à passagem do tempo (teste-reteste para cuidado materno entre 0,64 e 0,83 e paterno entre 0,74 e 0,82) e utilizável em população clínica e não clínica, porém modestamente influenciado por questões culturais (Chambers, Power, Loucks, & Swanson,

2000). Quanto à confiabilidade das memórias, diversas pesquisas demonstraram impermeabilidade ao fator temporal, aos traços de personalidade e aos estados de humor no que se refere às lembranças de vivências pretéritas dos filhos com seus cuidadores (Overbeek, Volleberg, Meeus, Graaf, & Engels, 2004).

Dentre outros instrumentos que avaliam EP, o PBI foi escolhido para este estudo devido às suas características psicométricas e, sobretudo, por estar baseado na TA (Schneider & Ramires, 2007). Na validação deste instrumento no contexto brasileiro, os responsáveis (Hauck et al., 2006) optaram pelo levantamento original que considera duas dimensões e não as três propostas atualmente em alguns estudos (Terra et al, 2009).

Procedimentos de coleta

Mediante autorização do Diretor do Presídio Central de Porto Alegre (PCPA), foram colocados à disposição dos pesquisadores todos os prisioneiros que se encontravam na galeria B daquele estabelecimento. Nessa galeria, são abrigados diariamente, em média, vinte indivíduos que ingressaram no sistema penitenciário com prisão provisória ou preventiva. Todas as manhãs, esses novos prisioneiros são encaminhados ao Setor de Triagem onde passam por entrevistas com psicólogos e assistentes sociais. Às segundas-feiras, entre oito e dez horas da manhã, o policial militar responsável pela coordenação da Triagem separava os detentos que preenchiam os critérios de idade e de primariedade, e os que se encontravam dentro dos critérios eram convidados a participar da pesquisa ao longo daquela semana. O procedimento de coleta estendeu-se de novembro de 2008 a janeiro de 2009.

Todas as entrevistas foram realizadas nas salas de triagem do PCPA por um dos pesquisadores e tiveram duração média de uma hora e trinta minutos. Os participantes responderam a três instrumentos: ASI (*Addiction Severity Index*), PBI (*Parental Bonding*

Instrument) e MINI (*Mini International Neuropsychiatric Interview*). Esse estudo faz parte de um estudo maior sobre o sistema penitenciário do Rio Grande do Sul.

Questões éticas

Os aspectos éticos que garantem a integridade dos participantes foram assegurados com base na Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde, que regula e normatiza a pesquisa com seres humanos (Conselho Nacional de Saúde, 1996). Após decidirem participar do estudo, todos os entrevistados preencheram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Este termo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Protocolo 029/2008 UFRGS). A todos foi garantido o direito de não participar da pesquisa, esclarecendo que não seriam, de modo algum, penalizados por tal decisão.

Procedimentos de análise

Especificamente para este estudo foram analisados os três diagnósticos psiquiátricos mais frequentes nesta amostra: os TASP, os Transtornos de Humor e o Abuso/Dependência de substância (não alcoólica). Optou-se por unificar os casos de Episódio Depressivo Maior, de Transtorno Distímico e de Episódio Hipomaníaco sob a denominação de Transtornos de Humor. O mesmo procedimento foi adotado em relação aos Transtornos de Ansiedade. Essas medidas foram tomadas a fim de evitar que numa amostra já reduzida houvesse diluição excessiva e desnecessária dos apenados entre os diferentes diagnósticos agrupados nestes Transtornos.

Em relação ao PBI, foi solicitado àqueles apenados que não lembravam dos pais ou que referiam não ter convivido com algum deles, que não respondessem às perguntas relativas àquele genitor. Da mesma forma, os presidiários que haviam sido criados por pessoas que não os pais

biológicos (irmãos, avós, tios, outros parentes) também foram orientados a não responder sobre aquele familiar mesmo que ele tivesse ocupado o papel paterno ou materno.

Ainda no que tange aos apenados, foi realizada, a partir do levantamento dos tipos de crimes cometidos, uma categorização da tipificação criminal baseada no Código Penal Brasileiro e nas sugestões de uma bacharela em Direito com Mestrado em Psicologia. Essa medida possibilitou agrupar em três categorias os delitos/crimes mais frequentes.

As diferenças encontradas na maioria das análises não foram estatisticamente significativas. Podem, contudo, ser consideradas clinicamente expressivas, tendo em vista o tamanho reduzido da amostra. Estima-se que, com amostras um pouco maiores, os resultados encontrados seriam estatisticamente significativos. Todas as análises estatísticas foram realizadas com a versão 16.0 do SPSS.

Resultados

A MINI possibilitou que fossem encontrados os diagnósticos psiquiátricos mais frequentes na amostra de presidiários. Dentre os participantes, apenas 20% não preencheram critério para qualquer diagnóstico. Do restante, a maior parte foi diagnosticada como abusadores/dependentes de substância não alcoólica (64%). Um número considerável dos entrevistados preencheu critérios diagnósticos para Transtornos de Humor (TH), e cerca de um terço dos apenados (16 casos) foi diagnosticado como portador de Transtornos Antissocial de Personalidade (TASP). A Tabela 2 mostra a frequência dos principais diagnósticos psiquiátricos.

Tabela 2***Percentual dos diagnósticos psiquiátricos conforme a MINI***

<i>Diagnósticos psiquiátricos</i>	<i>%</i>
Abuso/dependência de substância (não alcoólica)	64
Transtornos de Humor	40
Transtorno Antissocial de Personalidade	32
Transtorno de Ansiedade	26
Sem Diagnóstico	20
Síndrome Psicótica	4

Dentre aqueles que receberam o diagnóstico de abusadores/dependentes de substância não alcoólica, a maioria (62%) utilizava maconha e cerca de 40% destes também fazia uso do crack. Da amostra de abusadores/dependentes, constatou-se que a maior parte deles dividia-se entre os que possuíam TH e TASP, conforme mostra a Tabela 3.

Tabela 3***Percentual de TASP e/ou TH entre os abusadores/dependentes de substâncias***

<i>Diagnósticos</i>	<i>Abuso/Dependência de substância</i>
Transtorno de Humor	46,9 %
Transtorno Antissocial de Personalidade	43,8 %

Em relação à associação entre diagnóstico psiquiátrico e perfil sociodemográfico verificou-se que aqueles diagnosticados como TASP casaram-se menos frequentemente (81,2%) do que os que não receberam este diagnóstico (58,8%). Observou-se também que aqueles que não preencheram critérios para qualquer diagnóstico tiveram renda, nos últimos seis meses,

superior aos que foram diagnosticados. Em relação ao desempenho escolar, foi averiguado que, independentemente da substância consumida, há tendência à evasão escolar ao final do ensino fundamental. Por fim, foi constatado que nenhum dos componentes do grupo que foi diagnosticado como antissocial conseguiu chegar ao ensino superior.

Posteriormente, buscou-se verificar a existência de associação entre o diagnóstico psiquiátrico e a tipificação criminal através da análise do Qui-quadrado. Na categoria dos crimes contra o patrimônio, foram incluídos roubo, furto, receptação e estelionato. Nos crimes contra a pessoa: homicídio, tentativa de homicídio, agressão, lesão corporal, ameaça, atentado violento ao pudor e injúria. Entre os crimes contra a ordem pública, foram inseridos o tráfico, o porte de arma, a perturbação da ordem pública e o dirigir sem permissão. Não foi encontrada associação significativa, mas com relação aos tipos de crimes cometidos, verificou-se que a maioria deles foi contra a propriedade (46%) e os menos frequentes foram contra a pessoa (12%), independentemente do diagnóstico psiquiátrico (Tabela 4).

Tabela 4
Tipificação criminal em relação ao diagnóstico psiquiátrico

<i>Tipificação criminal</i>	<i>TASP</i>	<i>Abuso/Dependência</i>	<i>TH</i>	<i>Total</i>
	<i>de substância</i>			
Crimes contra patrimônio	43,8	50,0	52,2	46,0
Crimes contra pessoa	12,5	12,5	16,7	12,0
Crimes contra ordem pública	43,8	37,5	33,3	42,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Cabe destacar que os crimes contra a ordem pública – nos quais está contido o tráfico de drogas - ocuparam o segundo lugar entre abusadores/dependentes de substância. Isso demonstra

que estes indivíduos cometem mais frequentemente outros tipos de crimes, diferentemente daqueles especificamente relacionados com o tráfico de drogas.

No *Parental Bonding Instrument*, as médias desta amostra para o fator Cuidado ficaram em 26,69 para mãe e 22,80 para o pai; para o fator Superproteção, foi encontrada a média 17,18 para mãe e 17,22 para o pai. Originalmente o ponto de corte para o Cuidado materno é de 27,0 e o paterno de 24,0. No que se refere à Superproteção, o ponto de corte é em 13,5 para a mãe e 12,5 para o pai (Parker et al., 1979).

A partir dos pontos de corte, foram calculados os estilos parentais de cada participante. Dessa forma, PBI permitiu verificar que tanto o EP paterno quanto o materno que melhor descreve as experiências dos prisioneiros com seus pais foi aquele exercido com controle sem afeto (Tabela 5). É interessante observar que nenhum dos apenados considerou a mãe negligente, ao passo que apenas dois entrevistados consideraram o pai negligente.

Tabela 5
Percentual dos Estilos Parentais (EP) conforme o genitor

<i>Estilo Parental</i>	<i>Pai</i>	<i>Mãe</i>
	F(%)	F(%)
Controle sem afeto	(20) 40%	(21) 42%
Controle com afeto	(10) 20%	(18) 36%
Parentalidade ótima	(6) 12%	(8) 16%
Parentalidade negligente	—	(2) 4%
Total	100%	100%

Quando analisado de forma comparativa nos diversos diagnósticos, o PBI mostrou resultados interessantes. As médias dos fatores Cuidado e Superproteção, avaliadas através do Teste *t* para amostras independentes, foram diferentes somente entre os portadores de TASP e aqueles que não possuíam este diagnóstico, conforme se observa na Tabela 6.

Tabela 6
Diferenças entre o Cuidado e a Proteção a partir do diagnóstico de TASP

<i>Fator</i>	<i>Com TASP</i>	<i>Sem TASP</i>	<i>p</i>
Cuidado			
Mãe	23,12	28,42	0,014
Pai	17,10	25,00	0,037
Proteção			
Mãe	16,31	17,60	n.s
Pai	18,00	16,92	n.s

n.s não significativo

A análise da associação entre o EP e o tipo de crime cometido através do Qui-Quadrado não foi estatisticamente significativa, mas permitiu constatar que o controle exercido sem afeto, tanto por parte da mãe quanto do pai, também estava relacionado, principalmente, aos crimes contra o patrimônio (Tabela 7).

Tabela 7
Associação entre Estilo Parental e Tipificação criminal

<i>Estilo Parental</i>	<i>Mãe</i>			<i>Pai</i>		
	CCPt	CCP	CCOP	CCPt	CCP	CCOP
Controle sem afeto	54,5	33,3	33,3	60,0	50,0	50,0
Controle com afeto	27,3	16,7	52,4	30,0	—	28,6
Parentalidade ótima	13,6	33,3	14,3	10,0	50,0	21,4
Parentalidade negligente	4,5	16,7	—	—	—	—
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%

CCPt = Crimes contra patrimônio; CCP = crimes contra pessoa; CCOP = crimes contra ordem pública.

Pai e mãe que exerceram controle sem afeto responderam por 62,5% (cinco casos) dos TASP. Com exceção da parentalidade negligente para o pai, o diagnóstico de TASP distribuiu-se entre todos os estilos parentais. No entanto, um achado interessante foi o de que 14 apenados não preencheram o PBI em relação ao pai, em acordo com os critérios adotados. Destes, seis eram TASP. Em relação à mãe, todos preencheram o PBI. A maior frequência de TASP foi encontrada entre indivíduos em que ambos os pais exerciam controle sem afeto.

Discussão

Em relação aos diagnósticos psiquiátricos, não surpreende o fato de que a maioria dos entrevistados fizesse uso de substâncias psicoativas. Diversos estudos (Belenko & Peugh, 2005; Flecher et al., 2007; French et al., 2000; Kinlock, O'Grady, & Hanlon, 2003; Peters, 2000; Peters, Greenbaum, Edens, Carter, & Ortiz, 1998; Woody, McLellan, Luborsky & O'Brien, 1985) revelaram índices entre 74 e 95% de presidiários que estão envolvidos com uso, abuso, consumo e dependência de substâncias psicoativas. Bushnell e Bakker (1997), em estudo conduzido na Nova Zelândia, mostraram que entre os presidiários o consumo de drogas chegava a ser oito vezes maior do que entre a população geral. Estudo recentemente realizado com prisioneiros gaúchos revelou que problemas envolvendo uso de álcool e drogas representam a área de maior vulnerabilidade apontada tanto pelos próprios apenados quanto por seus familiares (Ricaldo da Rosa & De Antoni, 2007). Apesar das altas taxas de abuso/dependência de maconha encontradas entre os entrevistados, praticamente a totalidade deles não se considerava dependente dessa droga, acreditando não necessitar de tratamento. Apenas uma parcela dos apenados demonstrou algum nível de preocupação e interesse em tratamento para dependência química devido ao consumo de *crack*. O problema em relação à maconha é que diversos estudos (Tavares, Béria e Lima, 2001) apontam-na como uma das drogas mais utilizadas entre os jovens, além de ser uma porta de entrada para outras drogas. Ao negar dependência da maconha, os

entrevistados perseveraram em um comportamento que, além de lhes trazer diversos prejuízos (pessoais, acadêmicos, laborais, etc.), mantém-nos numa posição de vulnerabilidade em relação à dependência química, além de contrariar as normas sociais e legais vigentes.

Quanto aos quadros psiquiátricos associados ao uso de drogas, os achados revelaram frequências acima daquelas encontradas na população geral que faz uso de drogas, nas quais os Transtornos de Ansiedade respondem por (28%), os Transtornos de Humor (26%), os TASP (18%) e a Esquizofrenia (7%) (Zaleski et al. 2006). Entretanto, considerando que a amostra foi constituída por pessoas em conflito com a lei, pode-se supor que: 1) tanto a dependência de drogas quanto a doença psiquiátrica são mais graves, o que gera um nível de desadaptação social tão intenso que impõe a necessidade de privar tal indivíduo de sua liberdade, retirando-o do convívio social; 2) por outro lado, pode-se conjecturar que a recente privação da liberdade poderia estar se constituindo numa situação geradora de tensão capaz de produzir alterações importantes no estado mental. Tais alterações estariam eventualmente relacionadas a sintomas de abstinência de drogas refletidos em alteração do humor e/ou elevação dos níveis de ansiedade. 3) Por outro lado, se considerado o modelo do uso de drogas como auto-medicação (Khantzian, 1980, 1991) vê-se claramente o uso de drogas não como uma forma de obtenção de prazer, mas um modo de aplacar sentimentos de inadequação ante situações de *stress*. 4) Por último, vale assinalar que a literatura psicodinâmica desde muito tempo (Rascovsky & Liberman, 1979) aponta uma associação, por exemplo, entre quadros maníacos (sintomatologia que atualmente compõe alguns dos transtornos presentes nos Transtornos de Humor) e psicopatia (atualmente denominada de TASP).

Em relação à tipificação criminal, ficou evidente a ocorrência de delitos/crimes envolvendo o patrimônio alheio, independentemente do diagnóstico psiquiátrico. Este resultado está em consonância com os levantamentos estatísticos dos anos de 2008 e 2009 da Secretaria da Segurança Pública do Rio Grande do Sul sobre a criminalidade (www.ssp.rs.gov.br/estatistica), nos quais o furto, o roubo e o estelionato ocupam as três primeiras posições no *ranking*. Em

quarto, quinto e sexto lugares são encontrados a posse de entorpecentes, o porte de armas e munição e o homicídio, respectivamente. Cabe destacar que os crimes envolvendo furtos e roubos também foram descritos como os mais frequentes numa amostra de usuários de cocaína e *crack* na cidade de Miami (Inciardi, 1991).

Ainda que na amostra não houvesse nenhum caso de latrocínio (roubo seguido de morte), é importante destacar que não foi investigado o grau de violência empregado nos crimes/delitos. Como sugerem algumas teorias (Shoemaker, 1990), é possível que a desigualdade social refletida na má distribuição de renda possa contribuir para o aumento da criminalidade, uma vez que o acesso à educação de qualidade e ao mercado de trabalho são limitados. Existe ainda a possibilidade de que os crimes contra o patrimônio sirvam para a manutenção e a sustentação da dependência de substâncias químicas (Inciardi, 2001). Por fim, em sendo correta a interpretação de que as causas sociais desempenham um componente em direção à criminalidade, isso não deveria implicar que os comportamentos delitivos ou criminosos cometidos não sejam punidos conforme a lei. Justificá-los exclusivamente por motivações de ordem social e econômica, sem considerar as motivações psicológicas, representaria uma visão parcial da realidade.

Com respeito à frequência de TASP, o percentual está acima do encontrado para esta população se comparado a um estudo realizado na década passada (Teitelbaum & Passos, 1999). Ainda assim, o número pode ser considerado esperado quando se trata de presidiários, pois certos estudos chegam a apontar que entre 30 e 75% dos presidiários teriam TASP (DSM-IV-TR, 2003; Kaplan, Sadock & Grebb, 1997). A pesquisa aqui descrita permitiu constatar algumas peculiaridades em relação aos TASP. Em primeiro lugar foi verificado que o afeto parece ser um regulador significativo das relações humanas, mediando vínculos mais saudáveis e adaptativos entre os genitores e a prole. O maior percentual dos casos de TASP foi encontrado naquelas famílias em que tanto a mãe quanto o pai foram descritos como tendo exercido seus papéis e funções com maior controle e sem afeto. Este achado demonstrou a existência de associação entre o fracasso parental e a saúde mental, corroborando resultados de outros estudos (Enns, Cox

& Clara, 2002). Como já havia sido descrito por Bowlby (1988), uma mãe e, posteriormente, um pai que realizam suas funções privando a criança de afeto, tendem a conduzir à construção de um modelo de funcionamento (*working models*) patológico. Consubstanciando este aspecto, foi notável a baixa frequência de respostas referindo a parentalidade ótima tanto para o pai quanto para a mãe entre os presidiários avaliados. Neste sentido, vale ressaltar a alta frequência de protocolos não preenchidos do PBI, nos quais o pai não foi mencionado. Este achado encontra suporte na literatura (Jaffee, Moffitt, Caspi & Taylor, 2003; Sourander et al, 2006; Trentacosta & Shaw, 2008), bem como nos pontos de vista psicodinâmicos (Kernberg, 1995) que sugerem problemas com a figura paterna como uma das características marcantes dos antissociais.

Outro achado importante foi o de que a maioria dos componentes do grupo diagnosticado como TASP nunca foram casados. Este dado pode ser considerado um indicativo da dificuldade em estabelecer e manter vínculos afetivos baseados em relações de confiança e cooperação (Bowlby, 1988). No que se refere à escolaridade e TASP, verifica-se que quanto mais educação é fornecida, menor é a chance de que TASP se desenvolva. Uma possível explicação refere-se ao fato de que a disciplina e outros quesitos exigidos para quem frequenta a escola, talvez, contribuam para a aceitação das normas e regras sociais e a internalização de limites. Este aspecto pode estar refletindo o que Weil (1978) assinalou sobre o impacto que a negligência tem nos primeiros anos de vida e sobre o desenvolvimento da capacidade para o pensamento abstrato, exigida quando se avança na escolaridade. Finalmente, é possível a suposição de que a frequência dos TASP fosse maior se considerados não somente o preenchimento completo dos critérios diagnósticos, conforme a MINI, mas se traços antissociais de qualquer intensidade, avaliados através de outros instrumentos, fossem considerados.

Limitações e relevância do estudo

Em primeiro lugar, é preciso mencionar que o reduzido tamanho da amostra não permite generalizações, principalmente porque grande parte dos achados não encontra significação estatística, mas sim clínica. Algumas palavras de cautela com relação aos resultados deste estudo precisam, portanto, ser ditas. Apesar de vermos confirmadas algumas hipóteses sobre a importância dos vínculos iniciais entre pais e filhos para o desenvolvimento de uma personalidade psicologicamente saudável, não resta dúvida de que outros fatores também são importantes. As diferenças individuais, as estratégias de enfrentamento, a capacidade de resiliência, o meio social e o imponderável não permitem afirmar que os mesmos estímulos evocarão sempre as mesmas respostas. Cada indivíduo reagirá ao ambiente mediante a interferência de inúmeras variáveis que não poderiam ser abarcadas em um estudo da proporção em que este foi realizado. Um outro aspecto diz respeito à ausência de um grupo de comparação com características semelhantes. As comparações puderam ser realizadas somente com os dados normativos dos instrumentos.

Em relação aos instrumentos, alguns apontamentos precisam ser feitos. Existe a possibilidade da MINI não ser o instrumento mais adequado para avaliação de psicopatologia nesta população. Diversas são as razões que justificam esta hipótese: baixa escolaridade, possíveis sequelas do uso de drogas, limitada capacidade de auto-observação e introvisão, presença de comportamentos egossintônicos. Todos esses elementos somados podem tornar suspeita a validade das informações prestadas, recaindo sobre as impressões clínicas a principal fonte de informação.

Em contrapartida, o PBI mostrou-se apropriado e de complexidade manejável por parte dos participantes. Excetuando algumas questões (principalmente aquelas que faziam uma afirmação negativa), a maioria dos entrevistados não teve problemas em responder a este

instrumento. Por fim, o fato de que neste estudo a perspectiva dos pais não foi considerada, sem dúvida, torna os resultados parciais.

Em termos de relevância, pode-se afirmar que, apesar da existência de algumas tentativas de compreender o sistema penal brasileiro, poucos estudos empíricos em psicologia foram realizados no Brasil com esta população (Ricaldo da Rosa & De Antoni, 2007). A ausência de política penitenciária voltada tanto para ações de segurança quanto de saúde tem trazido o tema do cárcere e das penas privativas de liberdade para as manchetes dos jornais diuturnamente. Ações isoladas tentam remediar o problema crônico das prisões brasileiras lotadas. Tais ações, na maioria das vezes, não estão embasadas em informações científicas, mas pautadas por questões ideológicas e políticas. Neste sentido, é válido destacar que em países, como a Finlândia, que adotaram uma classificação psiquiátrica quanto à personalidade do criminoso, os resultados têm sido positivos. Os achados deste estudo podem ser úteis na proposição de intervenções terapêuticas específicas conforme a necessidade dos casos.

Não é possível pensar em uma causa única para a criminalidade, porém, na qualidade de agente de saúde mental, é preciso alertar a sociedade, chamando-a à percepção de que casos de criminalidade são possíveis consequências da adoção de um modelo familiar em que pais e mães estão apresentando muita dificuldade em lidar com as suas funções maternas e paternas. Tal modelo familiar pode estar relacionado ao índice de aumento da violência e da criminalidade em tempos atuais. O interesse neste estudo não foi o de promover a morte social (Garcia, 2003) de tais pessoas, mas alertar os diversos setores da sociedade para os efeitos que o não oferecimento das necessárias condições de vida pode promover em termos de problemas sociais como o aumento da criminalidade e da violência. Famílias despreparadas e desamparadas são um criadouro de problemas psicológicos.

Em síntese, pode-se verificar que diversos estressores biopsicossociais (a violência e o abuso intrafamiliar, a hereditariedade, as condições socioeconômicas, o desemprego, o ócio e o

tráfico de drogas) têm sido apontados como direta ou indiretamente relacionados ao desenvolvimento de comportamento criminoso ou antissocial.

CAPÍTULO III

Estudo II

Álcool, drogas e HIV/AIDS no maior presídio do Brasil

Alcohol, drugs and HIV: a study in the largest prison in Brazil

Rafael Stella Wellausen

Denise Ruschel Bandeira

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

RESUMO

O presente estudo investigou de forma transversal o uso de álcool, drogas e os comportamentos de risco para o HIV/AIDS. Participaram da pesquisa uma amostra de 50 prisioneiros sem condenação previa com média de idade de 22,3 anos ($DP=3,9$). Os participantes responderam ao *Addiction Severity Index* (ASI6). Neste estudo foram consideradas apenas duas áreas (médica e álcool e drogas) das sete (médica, emprego, álcool e drogas, legal, família, lazer e psiquiátrica) investigadas pelo ASI6. Os resultados apontam que menos de 5% dos entrevistados faz uso regular de álcool enquanto que 64% faz uso de outras substâncias psicoativas (não alcoólicas). A maconha e o crack apresentam-se como as drogas de eleição. Mais de 80% dos participantes nunca recebeu qualquer tratamento para dependência química. Em relação ao HIV/AIDS a maioria refere desconhecer sua situação em relação à contaminação.

Palavras-chave: álcool; drogas; HIV; prisioneiros; ASI6.

ABSTRACT

The present cross-sectional study aimed to investigate the use of alcohol, drugs, and other risky behaviors for HIV/AIDS transmission. A total of 50 inmates, average of 22.3 years with SD= 3.9, who had not been convicted yet, participated in the research. The subjects answered to the Addiction Severity Index (ASI6). For this study, only two areas (medical, alcohol and drugs) out of seven (medical, employment, alcohol and drugs, legal, family, leisure, and psychiatric) were investigated by the ASI6. The results showed that at least 5% of the subjects interviewed were alcohol users, whereas 60% were using psychoactive substances (non-alcoholic). Marijuana and crack were the drugs of choice. More than 80% of the participants have never received any kind of treatment for chemical dependency. With regard to HIV/AIDS, the majority preferred not to know their HIV status.

Keywords: Alcohol; Drug; HIV; inmates; ASI6.

Introdução

Existe um conhecimento sendo construído entre os profissionais que atendem jovens a adultos encarcerados no Brasil de que uma parcela considerável daqueles que se envolvem em atividades delitivas ou criminosas faz uso de algum tipo de droga (Chalub & Telles, 2006; Peres, Paiva, Silveira, Peres & Hearst, 2002). Também é sabido que uma parcela considerável destas pessoas que estão aprisionadas em penitenciárias e presídios brasileiros se origina das classes sociais menos favorecidas nas quais o acesso às condições mínimas de cidadania (saúde, saneamento básico, cultura, lazer, informação, entre outras), não foram devidamente oferecidas e/ou asseguradas (Conte, Oliveira, Henn, Wolf, 2007). Além disso, diversos estudos (Martin, O'Connell, Inciardi, Surratt & Maiden, 2008; Pechansky, Von Diemen, Inciardi, Surratt & De Boni, 2004) apontam que o uso de álcool e outras drogas frequentemente estão associados com comportamentos sexuais de risco envolvendo as doenças sexualmente transmissíveis (DST) como o HIV/AIDS. Apesar do conhecimento sobre a associação entre uso de drogas, HIV e criminalidade já ter avançado em países como os Estados Unidos (Inciardi, 2008), no Brasil ainda caminhamos lentamente nesta questão (Peres et al. 2002; Conte et al. 2007).

A literatura sugere (Pechansky et al., 2005) que a associação entre álcool, drogas e HIV decorre, por um lado, de problemas sociais, dentre os quais os principais parecem ser o prejuízo no acesso à informação e a orientação preventiva. A evasão escolar, o desemprego, a carência de oportunidades de vida, a ausência de uma rede de apoio social e as péssimas condições gerais de cidadania às quais estão sujeitas muitas pessoas no Brasil tendem a alimentar um ciclo de violência e de criminalidade.

Por outro lado, somando-se a essas questões sociais também é possível que elementos de ordem psicológica e psiquiátrica participem reforçando e acentuando mutuamente tanto os comportamentos sexuais de risco, quanto o abuso e a dependência de substâncias ilegais

(Inciardi, 1991; Rounsaville & Carroll, 1991). O resultado desta equação, em muitos casos, termina no envolvimento com a Justiça e na privação da liberdade.

Apesar desta situação já ter sido identificada e mapeada em outros países (Belenko, Lang & O'Connor 2003), no Brasil ainda se carece de informações fidedignas tanto no que tange ao uso de drogas quanto a respeito da soroprevalência e do comportamento sexual de risco envolvendo adultos encarcerados.

Álcool, drogas e criminalidade

Alguns autores (Newcomb, Galaif & Carmona, 2001) descrevem modelos teóricos que se propõem explicar a associação entre uso de drogas lícitas e ilícitas e a criminalidade. Dentre essas, a *Teoria do Funcionamento Prejudicado* sustenta que o abuso de drogas levaria à criminalidade porque interfere ou prejudica o funcionamento psicológico, social e físico dos usuários. Ao consumir a droga, o usuário se tornaria capaz de realizar atos que, sem o uso da substância ilícita, ele estaria inibido para cometer. Um padrão de comportamento desviante passaria a ser adotado na consecução dos mais variados objetivos. Outra teoria que procura explicar a associação entre droga e criminalidade é a *Teoria do Suporte Social*. Essa sugere que um nível elevado de suporte social da família, dos amigos ou de centros de tratamento funcionando mediante aconselhamento, apoio e encorajamento emocional, poderia ajudar na redução tanto do uso de drogas quanto dos comportamentos criminosos. Por fim, a *Teoria da Direção Sociológica* indica que a participação em atividades criminosas criaria a oportunidade e o contexto para a experimentação de drogas (Newcomb, Galaif & Carmona, 2001).

O fato é que diversos estudos revelaram que entre 74 e 95% dos de presidiários estão envolvidos com uso, abuso, consumo e dependência de substâncias ilícitas (Flecher et. al., 2007; Inciardi, 2001; Kinlock, O'Grady, & Hanlon, 2003; French et al., 2000). Bushnell e Bakker (1997) em estudo conduzido na Nova Zelândia mostraram que o uso de álcool entre os apenados

era duas vezes maior que o da população em geral e o de outras drogas oito vezes maior. Fazel, Bains e Doll (2006) referiram que, entre os criminosos americanos do sexo masculino, cerca de 18 a 30% apresentavam problemas com álcool; e que 10 a 48% tinham algum envolvimento com o uso de drogas.

Segundo pesquisa norte-americana, um em cada três presidiários referiu ter cometido seu delito sob efeito de alguma droga, ao passo que um em cada seis o fez para comprar drogas (Peters et al., 2000). Este último achado foi corroborado por Lo e Stephens (2002) em seu estudo sobre o papel das drogas na criminalidade, revelando ainda que os presidiários norte-americanos admitiam ter consumido ao menos uma droga dois dias antes de terem cometido seus crimes.

Em levantamento também realizado com presidiários norte-americanos esses revelaram ter iniciado o consumo de drogas, em média aos 14 anos e terem sido presos pela primeira vez antes dos 18 anos de idade (Flecher et al., 2007). Estudos realizados ainda na década de 90 (Inciardi, 1991) já apontavam o *crack* como sendo a droga de eleição entre as pessoas que possuíam algum envolvimento com a Justiça.

No Brasil não foram encontrados muitos estudos empíricos sobre uso de drogas com pessoas encarceradas, entretanto estudo realizado por Peres et. al (2002) com adolescentes da Febem entre 13 e 19 anos confirmou os dados de pesquisas realizadas com estudantes (Galduróz, Notto & Carlini, 1998). Entre os estudantes, foi verificado que o consumo de drogas no Brasil inicia entre os 10 e 12 anos de idade. A Região Nordeste brasileira é a que mais consome drogas, excetuando álcool e tabaco. A Região Sul (Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná) ocupa os primeiros lugares, dentre as regiões brasileiras, no uso de maconha, cocaína e *crack* (CEBRID 2001, 2005). Estudo recente realizado com prisioneiros gaúchos revelou que os problemas envolvendo o uso de álcool e drogas representavam a área de maior vulnerabilidade apontada tanto pelos próprios apenados quanto por seus familiares (Ricaldo da Rosa & De Antoni, 2007).

Do ponto de vista do tratamento, de longa data se reconhece que ambos, criminosos e dependentes de drogas, frequentemente estão envolvidos com situações de reincidência (Olivenstein, 1984).

Cuidados básicos em saúde, HIV e criminalidade

Ao se procurar compreender a relação entre droga e crime, estudos têm verificado a presença de características específicas que diferem as pessoas que usam drogas e cometem delitos, da população geral (Cropsey et al., 2007). Em diversos de seus estudos Khantzian (1980) sugeriu a existência, entre os dependentes de drogas, de perturbações na capacidade de autocuidado (*self care*). Segundo Khantzian (1980) esta capacidade para o autocuidado se origina em fases precoces do desenvolvimento como resultado dos cuidados e da proteção oferecidos pelos pais, particularmente pela mãe. A falha no oferecimento do cuidado e da proteção ocasiona, segundo ele, déficits na internalização de funções de ego que envolvem a capacidade para o autocuidado e a autoproteção. A ausência ou a deficiência destas funções internalizadas justificaria os comportamentos autodestrutivos comumente verificados entre os dependentes de drogas. Faltaria aos adictos uma adequada capacidade de antecipação e de avaliação dos riscos, bem como para tomada das devidas precauções frente a situações perigosas. Khantzian (1980) assinala que os problemas no autocuidado, manifestados em relação a auto-estima, ao amor-próprio e nas relações interpessoais que parecerem secundários à adição, frequentemente fazem parte da vida destas pessoas desde muito cedo. Alerta para o fato de que tendem a persistir mesmo depois de períodos de desintoxicação e de abstinência.

A partir da constatação da presença de comorbidades psiquiátricas, principalmente Transtornos de Humor e de Personalidade associados à dependência de drogas Khantzian (1991) recentemente propôs a hipótese da automedicação como modelo explicativo para dependência química. O propósito da droga serviria muito menos para obtenção de prazer e muito mais para

auxiliar no combate ao sofrimento interno. Khantzian (1991) assinala que cada substância química (álcool, cocaína, *crack*, maconha, entre outras) será eleita para lidar com estes estados afetivos conforme suas propriedades euforizantes ou depressoras Sistema Nervoso Central.

Os estudos de Belenko e Peugh (2005) e Belenko (2006) parecem confirmar o modelo de Khantzian (1980, 1991) ao verificarem que, em comparação com a população geral, os presidiários enfrentam problemas em diversas áreas da vida. As principais áreas mapeadas envolvem riscos relativos à saúde e problemas sociais, tais como: baixa escolaridade, falta de emprego, problemas de saúde física e mental, problemas de moradia e instabilidade familiar. Coincidindo com estes achados, Flechner et al. (2007) definiram como fatores sensíveis, seja para o início na criminalidade ou para a reincidência em atividades delitivas: ter histórico de uso ou de tratamento para drogas, histórico prisional, altos níveis de doença física e mental, envolvimento em comportamentos de risco para HIV, problemas conjugais e trabalho em atividades ilegais. Problemas semelhantes já haviam sido identificados no Canadá (Lightfoot & Hodgins, 1988).

Em levantamento realizado nos Estados Unidos, foi revelado que, no que diz respeito à saúde física, os presidiários apresentam índices bem mais elevados que a população geral para determinadas patologias. As doenças clínicas que mais freqüentemente acometem os presidiários são o HIV, com uma taxa até cinco vezes maior do que a população geral, a hepatite C chegando a atingir 25% desta população, além de outras doenças infecto-contagiosas decorrentes de comportamentos de risco pelo uso de drogas (Fletcher, et al. 2007; Inciardi, 2008b). O estudo de Belenko e Peugh (2005) referiu problemas médicos em mais de 48% de sua população de 14.000 entrevistados numa amostra de 275 prisões americanas.

Quando a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) foi identificada na década de 80 inicialmente apareceu associada aos *gays* e, portanto, restrita a uma população de risco (Inciardi, 2008). Este fato acabou acentuando fortes preconceitos em relação a estas pessoas aumentando ainda mais o estigma social do qual eram vítimas. Posteriormente, foi constatado

que a AIDS era transmitida não pelo sêmen, mas pelo sangue. A esta altura, porém a AIDS já havia se tornado uma epidemia espalhada pelo mundo (Inciardi, 2008). Muitos esforços foram empreendidos no enfrentamento desta doença o que fez com que de fatal hoje ela seja considerada uma doença crônica como a dos diabéticos e a dos doentes renais.

Entretanto, diferentemente da diabetes e da doença renal crônica, a AIDS é uma doença contagiosa em que uma vez tomadas as devidas precauções, sua contaminação pode ser evitada. Os usuários de drogas, principalmente as injetáveis, no entanto, muitas vezes pareceram ignorar tal conhecimento (Pechansky et al, 2001). No passado alegava-se que a falta de informação era a principal responsável pelo avanço na propagação da AIDS. Mais recentemente, em decorrência de inúmeros programas governamentais e do acesso mais democrático à informação e aos serviços de saúde, houve, segundo o Ministério da Saúde (www.saude.gov.br/portal/saude/area), uma diminuição dos novos casos de AIDS nos Estados do Sul, Sudeste e Centro-oeste do Brasil.

Todavia, a pesquisa realizada no Brasil com 275 jovens encarcerados (Peres et al. 2002) revelou que apesar de 86% dos entrevistados demonstrarem possuir um bom nível de informação sobre a contaminação, 72% não tomavam as devidas precauções em relação à prevenção da AIDS. Os autores desse estudo discutiram a possibilidade de que outros elementos além da informação contribuem para o descuido em relação à contaminação entre estes jovens. Uma das conclusões é de que, além das questões de vulnerabilidade social, os aspectos relativos à identidade de gênero (ser homem e ser mulher) e a concomitante capacidade de procriar contribuem para o reconhecimento, a admiração e o respeito perante o grupo.

Atualmente houve, segundo informações (Kessler & Pechansky, 2008) uma redução no número de usuários de drogas injetáveis (UDI). Tanto a maconha quanto para o *crack* são administrados através das vias aéreas, fato este que em tese manteria sob controle os novos casos de AIDS entre os dependentes químicos. Entretanto pesquisas (Inciardi, 1991; Kessler & Pechansky, 2008) revelam que o sexo tem se tornado moeda de troca por droga. A expressão “*puta pedra*” (sic) foi mencionada por alguns prisioneiros neste estudo para se referir as

mulheres usuárias de *crack* que vendem seu corpo pela droga. Sendo assim, percebe-se que de modo indireto os usuários de drogas ainda continuam bastante expostos e vulneráveis a contaminação pelo HIV/AIDS.

Objetivo Principal

Descrever o perfil da amostra de prisioneiros em relação ao consumo de álcool e drogas e em relação aos comportamentos de risco para HIV/AIDS.

Objetivos secundários

São objetivos secundários:

- verificar a frequência de dependentes de álcool e outras drogas entre os presidiários da amostra;
- verificar a existência de tratamentos prévios para uso de álcool e drogas;
- verificar a existência de comportamentos sexuais de risco; e,
- verificar o percentual dos apenados que realizaram o exame de HIV.

Método

Participantes

Foram convidados a participar desta pesquisa 54 prisioneiros do sexo masculino, com idades entre 18 e 35 anos ($M= 22,3$ e $DP= 3,9$), desde que estivessem em cumprimento de prisão preventiva ou provisória sem condenação prévia. Da amostra inicial de 54 apenados, participaram do estudo 50 deles, uma vez que dois presidiários preenchiam critério de exclusão (Retardo Mental avaliado clinicamente) e outros dois apenados optaram por não participar da pesquisa. A tabela 1 apresenta informações sobre o perfil sociodemográfico dos apenados.

Tabela 1
Perfil sociodemográfico dos presidiários (n = 50)

Características sociodemográficas	%
Cor	
Branca	52
Parda	30
Negra	16
Amarela	2
Escolaridade	
Ensino fundamental	70
Ensino médio	24
Ensino superior incompleto	6
Estado civil	
Solteiro	66
Casado/amigado	28
Separado	4
Situação Laboral	
Trabalhando	44
Desempregado/fora do mercado	40
Bicos	16
Renda dos últimos seis meses (legal e ilegal)	
Zero a R\$ 1.000,00	30
1.001,00 a 3.000,00	30
3.001,00 a 5.000,00	28
5.001,00 a 7.000,00	6
7.001,00 a 10.000,00	2
Mais de 10.000,00	4

Instrumentos

Addiction Severity Index (ASI6)

O ASI foi desenvolvido nos Estados Unidos no início da década de 80 por pesquisadores da Universidade da Pennsylvania a fim de preencher a necessidade de uma avaliação multidimensional para o uso de álcool e outras drogas (McLellan, Luborsky, Cacciola & Griffith, 1985; Leonhard, Mulvey, Gastfriend, & Shwartz, 2000). O principal objetivo do instrumento é verificar a gravidade da dependência de drogas, detectando quais áreas na vida do examinando encontram-se mais prejudicadas pelo uso de drogas e necessitando tratamento (Currie, El-

Guebaly, Coulson, Hodgins, & Mansley, 2004). São elas a área médica, psiquiátrica, lazer, família, trabalho, legal. Dentre as sete áreas compreendidas foram escolhidas somente aquelas referentes ao uso de álcool e drogas e a área médica. Esta avaliação se refere às experiências durante a vida e ao mês anterior a mensuração.

Com relação às propriedades psicométricas o ASI foi reconhecido como um instrumento valioso tendo em vista a escassez de medidas para avaliar usuários de drogas e a capacidade de atrair a atenção dos avaliadores para áreas da vida do paciente que outrora não seriam foco de atenção (Mäkelä, 2004). O resultado da análise da consistência interna realizado por Leonhard, Mulvey, Gastfriend e Shwartz (2000) revelou que apenas em três áreas o alfa de Crombach ficou abaixo de .70 (ocupação/emprego .65, drogas .69 e legal .65). Atualmente o ASI é um dos instrumentos mais utilizados em estudos sobre dependência de drogas principalmente nos Estados Unidos (Leonhard, Mulvey, Gastfriend, & Shwartz, 2000; Peters et al. 2000; Rikoon et al., 2006). Desde 2002 foi o instrumento adotado pela cidade de Los Angeles (EUA) como medida padrão na avaliação de usuários de drogas realizada pelos centros públicos de saúde (Spear, Brown, & Rawson, 2005). No estudo de Peters et al. (2000) dedicado a orientar o departamento de justiça criminal do Texas sobre a afetividade de alguns instrumentos na detecção de presidiários usuários de drogas, o ASI foi apontado como um dos mais efetivos.

Em 2006 o ASI6 foi adaptado e validado no Brasil (Kessler & Pechansky, 2006) mostrando ser um instrumento valioso uma vez que pode ser utilizado tanto em contextos clínicos como de pesquisa, demonstrando em quais áreas da vida há prejuízo no funcionamento e maior necessidade de tratamento.

Procedimentos de coleta

Mediante autorização do Diretor do Presídio Central de Porto Alegre (PCPA), foram colocados à disposição dos pesquisadores todos os prisioneiros que se encontravam na galeria B

daquele estabelecimento. Nessa galeria, são abrigados diariamente em média 20 indivíduos que ingressaram no Sistema Penitenciário com prisão provisória ou preventiva. Todas as manhãs, estes novos prisioneiros são encaminhados ao Setor de Triagem onde passam por entrevistas com psicólogos e assistentes sociais. Nas segundas-feiras entre oito e dez horas da manhã o policial militar responsável pela coordenação da Triagem separava os detentos que preenchiam os critérios de idade e de primariedade. Todos aqueles que se encontravam dentro dos critérios eram convidados a participar da pesquisa ao longo daquela semana. O procedimento de coleta se estendeu de novembro de 2008 a janeiro de 2009.

Todas as entrevistas foram conduzidas nas salas de triagem do PCPA por um dos pesquisadores e tiveram duração média de uma hora e 30 minutos. Os participantes responderam a três instrumentos: ASI (*Addiction Severity Index*), PBI (*Parental Bonding Instrument*) e MINI (*Mini International Neuropsychiatric Interview*). Este estudo compõe um estudo maior realizado no Sistema Penitenciário e para ele foram utilizados somente os dados do ASI.

Questões éticas

Os aspectos éticos que garantem a integridade dos participantes foram assegurados, baseados na Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde, que regula e normatiza a pesquisa com seres humanos (Conselho Nacional de Saúde, 1996). Todos os entrevistados preenchem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) após terem decidido participar do estudo. Este termo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Protocolo 029/2008 UFRGS). A todos foi garantido o direito de não participar do estudo informando que não seriam de modo algum penalizados por tal decisão.

Procedimentos de análise

Para este estudo foram analisadas, a partir das informações do ASI, as questões sobre gravidade de dependência do álcool e outras drogas e os cuidados em relação à saúde. Todas as análises estatísticas foram realizadas com a versão 16.0 do SPSS e envolveram análises descritivas de frequência.

Resultados

Dependência e tratamento para álcool e drogas

Foi possível verificar que entre os prisioneiros apenas uma minoria considera-se dependente de álcool (4%), enquanto a maioria (64%) faz uso de alguma substância psicoativa não alcoólica. Dos 50 participantes, 11 fazem uso exclusivo de maconha e outros 20 usam essencialmente o *crack*. Os usuários de *crack* também utilizam maconha seja isoladamente, seja misturada com o *crack* (cigarro de pitico). No que se refere à primeira experiência com álcool, ela se situa entre os 12 e 18 anos, sendo que o pico da experimentação ocorre mais frequentemente aos 15 anos de idade.

Em relação ao tratamento para uso de álcool e drogas, 90,9% dos usuários de maconha e 84,2% dos usuários de *crack* nunca receberam qualquer tipo de tratamento para sua dependência. Dos dois casos de alcoolismo um já havia sido tratado ao menos uma vez. Ainda em relação ao álcool, mais da metade dos entrevistados (51,3%) fez uso dele na última semana antes de ser preso. Entre os usuários de maconha, 72,7% acredita não necessitar tratamento e 54,5% não considera importante a abstinência. Entre os que já tentaram a abstinência os alcoolistas estão em primeiro lugar, seguidos dos usuários de *crack* (29,4%).

No que se refere ao período de tempo em que consomem alguma droga por três ou mais vezes na semana, a maioria apresenta um histórico de três anos de uso contínuo. Esta frequência diminui um pouco, mas se mantém estável até cerca de nove anos de uso. Cerca de 58% dos entrevistados consumiu no último mês alguma droga entre três e sete vezes por semana. No que se refere à semana anterior à prisão, 48% admitiu ter consumido algum tipo de droga ou medicamento. Destes, em primeiro lugar se encontram os usuários de cocaína, seguidos dos de maconha e por fim os de *crack*. Nenhum dos alcoolistas considera-se preocupado com o seu beber. Também não encontram-se preocupados com sua dependência 63,3% dos usuários de maconha e 47,1% dos de *crack*. Apenas 17,6% dos usuários de *crack* consideram-se extremamente preocupados com problemas relacionados ao uso de drogas. Em toda a amostra apenas um participante fez uso de droga injetável.

Saúde e HIV/AIDS

No que tange ao acesso à rede de saúde, 80% dos participantes recorrem ao Sistema Único de Saúde (SUS) e 20% possuem algum convênio (2% público e 18% privado). Dos 50 participantes apenas um referiu doença cardíaca, um epilepsia e um mencionou ser portador de doença renal crônica. As doenças que mais atingiram esta amostra foram aquelas com sintomas respiratórios, com um total de seis casos (12%).

Em relação aos últimos 30 dias, 78% consideraram que a saúde estava entre boa e excelente. O restante (22%) considerou-a entre razoável e ruim. Entre os que usam álcool e droga, os alcoolistas e os usuários de cocaína demonstraram não apresentar nenhuma preocupação em relação à saúde. São seguidos no descaso em relação à saúde por 90,9% dos que consomem maconha e por 64,7% dos usuários de *crack*. Entre os usuários de *crack* apenas 11,8% considera-se extremamente preocupado com sua saúde acreditando precisar de algum tipo de tratamento clínico ou físico.

Com relação ao número de internações hospitalares, 42% dos entrevistados nunca estiveram hospitalizados, 38% já estiveram ao menos uma vez internado e 18% sofreram entre duas e cinco hospitalizações. A grande maioria (76%) nunca foi a algum consultório ou ambulatório para uma consulta e apenas 4% estiveram frente a um médico ou outro profissional da saúde mais do que uma vez na vida.

Em relação aos cuidados com a AIDS/HIV, 58% dos entrevistados nunca realizaram exame sorológico. O exame foi realizado no último ano por apenas 24% dos participantes e por 18% nos últimos seis anos. Em contrapartida 82% dos entrevistados referiu ter tido um relacionamento amoroso/sexual no último mês. Destes, menos da metade (40%) refere ter feito sexo com apenas uma pessoa nos últimos seis meses.

Discussão

Apesar do reduzido tamanho da amostra muito provavelmente os dados obtidos oferecem uma descrição bastante próxima do que seja a realidade dos usuários de drogas que se encontram privados da liberdade no Estado do Rio Grande do Sul.

Em primeiro lugar chama a atenção a baixa frequência no uso de álcool. São ao menos duas as possíveis explicações para este achado: 1) os apenados subavaliam seu consumo de álcool influenciados por questões culturais e ambientais; 2) as bebidas alcoólicas demandam um gasto de dinheiro muito alto em comparação com os efeitos psicoativos que produzem. Este fator pode contribuir para opção por outras drogas cujo custo é mais barato e os efeitos mais rápidos. O fato é que o álcool não foi a droga mais consumida entre os participantes, estando abaixo dos índices esperados (Costa et al. 2004). Da mesma forma, o álcool não pareceu ser a porta de entrada para outras drogas, pelo menos no que diz respeito a esta geração de usuários.

Em relação às outras drogas, a maconha e o *crack* apresentam-se como as drogas eleitas entre a maioria dos presidiários. É provável que tal escolha esteja determinada pelo baixo custo de ambas as drogas e, no caso específico do *crack*, pelo quase imediato efeito que seu uso

provoca (Inciardi, 1991; Kessler & Pechansky, 2008). Neste sentido, compreende-se também que as principais queixas em relação à saúde estiveram relacionadas com problemas respiratórios.

Os dados em relação ao tratamento condizem com a realidade brasileira no que tange a oferta de programas sociais e políticas de saúde para com o dependente químico. Ainda que para muitos a busca de tratamento e de um estado de abstinência não se constitua numa meta, sabe-se que mesmo que procurassem atendimento na rede pública de saúde, a qual a maioria está subordinada, esta não se encontra preparada para atendê-los.

É praticamente impossível determinar previamente se um jovem, ao experimentar uma droga, virá a se tornar um dependente. Schenker e Minayo (2005) assinalam que esta é uma relação de probabilidade e não de causalidade. Entretanto, considerando que a média de idade da amostra foi de 22 anos e que o tempo de maior uso situa-se entre três e nove anos, pode-se verificar que a partir dos 13 anos aumentam consideravelmente os riscos para que um adolescente, com vulnerabilidade social semelhante, torne-se um usuário/dependente de drogas. Para quase a totalidade dos participantes do estudo, a maconha é considerada uma espécie de remédio, um *calmante*. Muitos referiram utilizá-la após as refeições ou antes de dormir como forma de relaxar. O modelo de Khantzian (1991) na qual a droga serve como medicação parece apropriado para a compreensão deste fenômeno.

Outro achado que corrobora estudos realizados com populações semelhantes é o de que ao menos uma parcela dos crimes cometidos foi realizada sob efeito de alguma droga. A suposição de que para que alguém cometa um ato criminoso é preciso que se encontre sob efeito de alguma substância química parece confirmado pelos achados deste estudo. Eles apontam que em pelo menos metade dos crimes/delitos cometidos o autor havia consumido alguma droga durante aquela semana.

Foi verificado que apenas um número reduzido dos entrevistados apresentava alguma preocupação com a dependência de álcool e drogas. Este fato levanta a hipótese de que a droga tornou-se um elemento tão presente na vida destas pessoas que estas substâncias são consumidas

de forma natural. Parece haver uma cultura e um ambiente no entorno destes sujeitos que não somente incentiva o uso de drogas, mas que deposita sobre a droga expectativas e valores irreais (Krystal, 1977; Frosch & Milkman, 1977).

O reduzido número de usuários de drogas que fez uso de droga injetável suscita ao menos duas questões. Em primeiro lugar sugere que com o advento do *crack* parece ter havido uma retração do número de usuários de drogas injetáveis (UDI). Tal fenômeno pode estar associado com o aumento de informações sobre a transmissão das DSTs através das campanhas preventivas. Inúmeros participantes referiram não usar droga injetável por terem perdido pessoas devido a AIDS e saberem dos riscos para a contaminação. Por outro lado, mais uma vez o baixo custo da maconha e do *crack* e a veloz ação farmacológica deste último, o tornam a droga de escolha em comparação com a cocaína injetável.

Quanto ao percentual dos entrevistados que poderia ser portador do vírus não tivemos acesso a esta informação. Todavia deve ser considerado que a maioria (58%) dos entrevistados nunca se submeteu ao exame Elisa para o HIV. Tal constatação está de acordo com os dados do Ministério da Saúde que informa existirem atualmente no Brasil mais de 255.000 pessoas infectadas com o vírus da AIDS e que desconhecem sua situação (Ministério da Saúde www.saude.gov.br acessado em 06/07/2009). Em relação aos 42% restantes, pode-se conjecturar que ao terem se submetido ao exame, o fizeram porque em algum momento pensaram estar infectados.

Limitações e relevância do estudo

Infelizmente neste estudo não foi possível verificar através de exames (de sangue ou de urina) a veracidade das informações prestadas pelos participantes. A saúde pública e principalmente a parte referente à saúde prisional no Rio Grande do Sul ainda estão no seu início. As poucas ações de saúde realizadas junto à população prisional neste Estado se devem

mais a iniciativas individuais do que a uma política pública voltada as necessidades dos apenados.

A inexistência de uma política de saúde na área prisional tende a perpetuar quando não a aumentar muitas das mazelas a que estão e estiveram expostos muito dos presidiários. Também é importante assinalar que parece não fazer parte da cultura e dos hábitos dos apenados o recebimento de atenção por parte dos profissionais da saúde, seja ela física ou mental. Este aspecto pode ter interferido na disponibilidade e na autenticidade das informações prestadas, ainda que as questões relativas à ética de pesquisa com seres humanos tenham sido respeitadas integralmente. Não resta dúvida que o ambiente prisional, por si só, não contribui para a expressão de pensamentos e sentimentos de forma livre.

No decorrer deste estudo teve início no Rio Grande do Sul uma intensa campanha publicitária visando informar à população sobre os prejuízos causados pelo consumo do *crack*. Apesar de se reconhecer o valor desta iniciativa, vale destacar que o *crack* apenas veio a se tornar uma epidemia no Brasil pelo fato de que as imagens divulgadas, ainda na década de 90, sobre a *crackolândia* (São Paulo) não foram suficientes para alertar as autoridades no controle daquela situação. A situação vivida hoje em várias capitais do Brasil no que diz respeito ao *crack* se assemelha aquela descrita nas duas décadas passadas nos Estados Unidos (Inciardi, 2001). Talvez a preocupação e as ações somente tenham de fato ocorrido neste momento porque outras camadas sociais estão sendo infiltradas por uma droga tão letal quanto o *crack*.

Por último, cabe assinalar que o modelo de Khantzian (1980, 1991) pareceu útil para a compreensão dos diversos problemas que envolvem os criminosos usuários de drogas. Em aspectos como o descaso em relação à própria saúde e a utilização da droga como “medicação” correspondem diretamente ao que suas teorias (Khantzian, 1980, 1991) têm postulado.

Este estudo foi um passo inicial na identificação de algumas características biopsicossociais de presidiários no Estado do Rio Grande do Sul. Ainda que os dados apresentados não se constituam numa novidade, eles ao menos permitem a elaboração de ações

de saúde melhores sintonizadas com as reais necessidades dos usuários de drogas que se encontram privados de liberdade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao término dessa dissertação encontrei uma série de respostas, mas também me deparei com alguns questionamentos. A exatos quarenta anos (1969) o psicanalista inglês John Bowlby publicava suas teorias apontando, de forma muito clara, o quão fundamental é o vínculo entre os pais e filhos para um desenvolvimento psicológico saudável. Uma parte considerável da sua vida foi dedicada a disseminar suas idéias, inclusive através da Organização Mundial da Saúde. Penso que Bowlby e outros tantos que como ele vivenciaram guerras e catástrofes mundiais aprenderam a dar um valor especial à vida humana. Ainda que com limitações, muitas nações desenvolveram o respeito e a consideração pela dignidade humana que, em certo sentido, talvez seja o aspecto que mais as diferencia de outras nações menos desenvolvidas.

No Brasil, apesar de termos avançado bastante nas duas últimas décadas no que se refere ao respeito à Declaração Universal dos Direitos Humanos, mediante vários instrumentos jurídicos e sociais, ainda estamos muito longe de uma situação satisfatória. Uma das perguntas que me fiz ao longo da realização da dissertação foi a de tentar compreender o que faz com que uma sociedade trate por vezes de forma tão desumana, pessoas que muitas vezes já passaram por muito sofrimento.

Certamente que há um sentimento de indignação social em relação ao criminoso e um desejo de se depositar na pena uma forma de castigo e expiação. Um sentimento muito forte e do qual não nos livramos facilmente. Contudo, minha experiência ao realizar esta pesquisa me mostrou que é preciso adotar o caminho inverso, pois ao longo do cumprimento da pena talvez seja possível tentar oferecer a estas pessoas uma experiência emocional que tente corrigir as experiências frustrantes, decepcionantes e traumáticas que marcaram a história de muitas delas (a exemplo do TASP). Esta atitude pode ser mais simples do que se imagina. A realização de outros estudos com esta população, numa espécie de Força Tarefa científica poderia significar que, por um lado, a sociedade está reconhecendo que falhou no oferecimento das condições mínimas de

cidadania e, por outro, que não os esqueceu e que ainda se interessa por quem eles são e porque se tornaram o que são. Essa ponte construída por sobre os muros certamente revelaria surpresas para os dois lados.

Infelizmente, à curto prazo, para uma grande maioria das pessoas que se encontram em situações semelhantes a dos participantes desse estudo, as perspectivas não são alentadoras. Em muitos casos o cenário é desolador, demandando do profissional um investimento de afeto e de tempo intenso. As drogas parecem piorar ainda mais a situação devastando o que resta de alternativas à criminalidade, o que torna ainda mais essencial a oferta de Redes Sociais de apoio, uma vez que praticamente não restam muitos outros recursos.

À médio e longo prazos parece ser imprescindível o oferecimento de condições sociais para que as famílias possam permanecer unidas e funcionando de forma saudável. Creio que somente assim é que nossa sociedade pode pensar em ter seus índices de violência e criminalidade reduzidos.

Referências

- Almeida, A. S. & Almeida, A. M. (2003). Construindo uma nação: propostas dos psiquiatras para o aprimoramento da sociedade. In: S. Rogonatti, A. Serafin, & E. Barros (Eds.), *Temas de Psiquiatria Forense e Psicologia Jurídica*, (pp. 25-43). São Paulo: Vetor.
- American Psychiatric Association (2003). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (text revision). Washington, DC: Author.
- Amorin, P. (2000). Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação da entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(3), 106-115.
- Baumann, S. (2001). *A modernidade líquida*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Belenko, S., Lang, M. A., & O'Connor L. (2003). Self-reported psychiatric treatment needs among felony drug offenders. *Journal of Contemporary Criminal Justice*, 19(1), 9-29.
- Belenko S., & Peugh, J. (2005). Estimating drug treatment needs among state prison inmates. *Drug and Alcohol Dependence*, 77, 269-281
- Belenko, S. (2006). Assessing released inmates for substance-abuse-related service needs. *Crime & Delinquency*, 52(1), 94-113.

- Biggan, F., & Power, K. (1998). The quality of perceived parenting experienced by a group of Scottish incarcerated young offenders and its relation to psychological distress. *Journal of Adolescence*, 21, 161-176.
- Boyd, S. J., Plemons, B. W., Schwartz, R. P., Johnson, J. L., & Pickens, R. W. (1999). The relationship between parental history and substance use severity in drug treatment patients. *American Journal Addiction*, 8(1), 15-23.
- Bowlby, J. (1984a). *Apego e perda, Vol. 1: Apego – A natureza do vinculo*. São Paulo: Martins Fontes. (work original published in 1969.)
- Bowlby, J. (1984b). *Apego e perda, Vol. 2: Separação*. São Paulo: Martins Fontes. (work original published in 1973).
- Bowlby, J. (1985). *Apego e perda, Vol 3: Tristeza e depressão*. São Paulo: Martins Fontes. (work original published in 1974).
- Bowlby, J. (1988). *Uma base segura: aplicações clínicas da teoria do apego*. Porto Alegre: Artes Medicas.
- Bucher, R. (1988). Visão histórica e antropológica das drogas. In: R. Bucher (Ed.) *As drogas e a vida: Uma abordagem biopsicossocial*. São Paulo, Brasil: EPU.
- Bulik, C. M., Sullivan, P. F., Fear, J. L., & Pickering, A. (2000). Outcome of anorexia nervosa: Eating attitudes, personality and parental bonding. *International Journal of Eating Disorder*, 28(2), 139-147.

- Burns, E. M. (1966). *História da Civilização Ocidental: do homem das cavernas até a bomba atômica. O drama da raça humana*. Rio de Janeiro: Editora Globo.
- Bushnell, J. A., & Bakker, L. W. (1997). Substance use among men in prison: a New Zeland study. *Australian New Zeland Journal of Psychiatry*, 31(4), 577-581.
- Calanca, A. (1991). A toxicomania entre a doença e a delinqüência. In: J. Bergeret & J. LeBlanc (Eds.) *Toxicomanias: Uma visão multidisciplinar* (pp. 55-60) Porto Alegre, Brasil: Artes Médicas.
- Castel, S., & Formignoni, M. L. (1999). Escalas para avaliação de tratamentos de dependência de álcool e outras drogas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 26(1) Edição Especial.
- Código Penal Brasileiro. (1940, 07 de dezembro). Recuperado em 10 de agosto de 2009, de <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/Decreto-Lei/Del2848.htm>
- Código de Processo Penal. (1941, 03 de outubro). Recuperado em 10 de agosto de 2009, de <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/Decreto-Lei/Del3689.htm>
- Cordioli, A. V. & Giglio, L. (2008). Como atuam as psicoterapias: os agentes de mudança e as principais estratégias e intervenções terapêuticas. In: A. V. Cordioli (Ed.). *Psicoterapia: Abordagens atuais* (pp. 42-57). Porto Alegre: Artmed.
- Costa, J. Silveira, M., Gazalle, F., Oliveira, H., Menezes, A., Gigante, D., Olinto, M. & Macedo, S. (2004). Consumo abusivo de álcool e fatores associados: estudo de base populacional. *Revista de Saúde Pública*, 38(2), 284-291.

- Chalub, M., & Telles, L. E. (2006). Alcohol, drugs and crime. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(2), 69-73.
- Chambers, J., Power, K., Loucks, N., & Swanson, V. (2000). Psychometric properties of the Parental Bonding Instrument and its association with psychological distress in a group of incarcerated young offenders in Scotland. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35(7), 318-325.
- Chambers, J., Power, K., Loucks, N., & Swanson, V. (2001). The interaction perceived maternal and paternal parenting styles and their relation with the psychological distress and offending characteristics of incarcerated young offenders. *Journal of Adolescence*, 24(2), 209-227.
- Crassati, J., McClurg, G., & Browne, K. (2002). The parental bonding experiences of sex offenders: a comparison between child molesters and rapists. *Child Abuse and Neglect* 26(9), 909-921.
- Cropsey, K. L., Wexler, H. K., Melnick, G., Taxman, F. S., & Young D. W. (2007). Specialized prisons and services: Results from a national survey. *The Prison Journal* 87, 58-85.
- Currie, S. R., El-Guebaly, N., Coulson, R., Hodgins, D., & Mansley, C. (2004). Factor Validation of the Addiction Severity Index Scale Structure in Persons With Concurrent Disorders. *Psychological Assessment*, 16(3), 326-329.
- Dalben, J. X. & Dell'Aglio, D. D. (2005). Teoria do apego: bases conceituais e desenvolvimento dos modelos internos de funcionamento. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 57(1), 12-24.

Dembo, R., Williams, L., Wothke, W., & Schmeidler, J. (1994). The relationship among family problems, friends' troubled behavior, and high risk youths' alcohol/other drug use and delinquent behavior: A longitudinal study. *International Journal Addiction*, 29(11), 1419-1442.

Department of Health and Human Services (2005). *Substance Abuse Treatment for Adults in the Criminal Justice System: A treatment Improvement Protocol (TIP 44)*.

Ditton, P. M. (1999). *Mental health and treatment of inmates and probationers*. Washington, DC: Bureau of Justice Statistics.

Enns, N. W., Cox, B. J., & Clara, I. (2002). Parental bonding and adult psychopathology: results from the US National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine*, 32(6), 997-1008.

Falceto, O. G. (2008). Terapia de Família. In: A. V. Cordioli (Ed). *Psicoterapia: Abordagens atuais* (pp. 221-245). Porto Alegre: Artmed.

Favaretto, E. & Torresani, S. (1997). Parental Bonding as a predictive factor for the development of adult psychiatric disorders. *Epidemiology Psychiatry Social*, 6(2), 124-138.

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

Fossati, A., Donati, D., Donini, M., Novella, L., Bagnato, M., & Maffei, C. (2001). Temperament, character, and attachment patterns in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorder*, 15(5), 390-402.

- Fletcher, B. W., Lehman, W. E., Wexler, H. K., & Melnick, G. (2007). Who participates in the criminal justice drug abuse treatment studies (CJ-DATS)? *The Prison Journal*, 87, 25-57.
- Friedman, A. S., & Glassman, K. (2000). Family risk factors versus peer risk factors for drug abuse: A longitudinal study of an African American urban community sample. *Journal of Substance Abuse and Treatment*, 18(3), 267-275.
- French, M.; McGeary, K. Chitwood, D.; McCoy, C.; Inciardi, J.; McBride, D. (2000). Chronic Drug Use and Crime. *Substance Abuse* 21(2), 95-109.
- Frosch, W. & Milkman, H. (1977). Ego functions in drug users. In: Psychodynamics of drug dependence. *Monograph Series 12*. National Instituto of Drug Abuse – NIDA
- Gabbard, G. (2006). *Psiquiatria Psicodinâmica na Prática Clínica*. Porto Alegre, Brasil: Artmed
- Galduróz, J. C., Notto A. R., & Carlini, E. A. (1998). Levantamento sobre uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus em 10 capitais brasileiras. São Paulo: Cebrid, Universidade Federal de São Paulo.
- Garcia, S. A. (2006). Preconceito e morte social para doentes mentais e infratores da lei. In: A. Serafin, D. Barros, & S. Rigonatti. *Temas de psiquiatria forense e psicologia jurídica II* (pp. 241-53). São Paulo: Vetor.
- Gerevich, J., & Bacskai, E. (1996). Protective and risk predictors in the development of drug use. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 26(1), 25-38.

- Gottfredson, M. R.; Hirschi, T. (1990). *A general Theory of crime*. Palo Alto: Standfort University Press.
- Grant, J. E., & Kim, S. W. (2002). Parental bonding in pathological gambling disorder. *Psychiatry Quarterly*, 73(3), 239-247.
- Hare, R. (1999). Psychopathy as a risk factor for violence. *Psychiatric Quarterly*, 70(3), 181-197.
- Hauck, S., Schestatsky, S., Terra, L., Knijnik, L., Sanches, P., & Ceitlin, M. H. (2006). Adaptação transcultural para o português brasileiro do *Parental Bonding Instrument* (PBI). *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 28(2), 162-168.
- Hiller, M. L. Webster, J. M., Garrity, T. F., Leukefeld, C., Naveric, E., & Staton, M. (2005). Prisoners with substance abuse and mental health problems: use of health and health services. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 31(1), 1-20.
- Inciardi, J. (1991). Crack-cocaine in Miami. In: *The epidemiology of cocaine use and abuse. Research monograph series 110*. National Institute on Drug Abuse-NIDA.
- Inciardi, J. (2001). Legends of the living dead: unraveling the drugs/crime connections. In: *The War on Drugs III*. Boston: Allyn and Bacon.
- Inciardi, J.; Leukefeld, C.; Martin, S. & O'Connell. (2008). HIV and others infectious diseases among drug-involved offenders. *Journal of Psychoactive Drugs*, 40(4), 423-426.

- Jaffee, S. R.; Moffitt, T. E.; Caspi, A.; Taylor, A. (2003). Life with(or without) father: the benefits of living with two biological parentes depend on the father's antisocial behavior. *Child Development*, 74(1), 109-126.
- Joyce, P. R., Sellman, D., Wells, E., Frampton, C. M., Bushnell, J.A., Oakley-Browne, M., & Hornblow, A. R. (1994). Parental bonding in men with alcohol disorder: a relationship with conduct disorder. *Australian New Zeland Journal of Psychiatry*, 28(3), 405-411.
- Kaplan, H., Sadock, B.; Grebb, J. (1997). Teorias da Personalidade. In: Kaplan, H., Sadock, B.; Grebb, J. *Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica* (pp. 686-705). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kalivas, P. W. & Volkow, N. D. (2005). The neural basis of addiction: A pathology of motivation and choice. *American Journal Psychiatry*, 162, 1403-1413.
- Khantzian, E. (1980). An ego/self theory of substance dependence: a contemporary psychoanalytic perspective. In: Theories on drug abuse: selected contemporary perspectives. *Monograph series 30*. National Institute of Drug Abuse-NIDA.
- Khantzian, E. (1991). Self regulation factors in cocaine dependence: a clinical perspective. In: The epidemiology of cocaine use and abuse. *Research Monograph series 110*. National Institute of Drug Abuse-NIDA.
- Kernberg, O. (1995). *Transtornos Graves de Personalidade: estratégias psicoterápicas*. Porto Alegre: Artes Médicas.

- Kessler, F. & Pechansky, F. (2006). Manual de Aplicação da Sexta Versão da Escala de Gravidade de Dependência (ASI6). Porto Alegre: Suliani Editografia.
- Kessler, F. & Pechansky, F. (2008). Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do crack na atualidade. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 30(2), 96-98.
- Kinlock, T. W., O'Grady, K. E., & Hanlon, T. E. (2003). Prediction of the criminal activity of incarcerated drug-abusing offenders. *Journal of Drug Issues* 33(4), 897-920.
- Kilpatrick, D. G., Acierno, R., Saunders, B., Resnick, H. S., Best C. L., & Schnurr, P. P. (2000). Risk factors for adolescent substance abuse and dependence: data from a national sample. *Journal Consulting and Clinical Psychology*, 68(1), 19-30.
- Krystal, H. (1977). Self and object-representation in alcoholism and other drug-dependence: implications for therapy. In: Psychodynamics of drug dependence. *Monograph Series 12*. National Instituto of Drug Abuse – NIDA.
- Lasch, C. (1983). *A Cultura do Narcisismo: A vida americana numa era de esperança e declínio*. Rio de Janeiro: Imago.
- Le Blanc, M. (1992). Family dynamics, adolescent delinquency, and adult criminality. *Psychiatry*, 55(4), 336-353.
- Lei n. 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD. Recuperado em 10 de agosto de 2009 em http://www.planalto.gov.br/ccivil/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11343.htm

- Leonhard, C., Mulvey, K., Gastfriend, D. R., & Shwartz, M. (2000). The Addiction Severity Index: A field study of internal consistency and validity. *Journal of Substance Abuse Treatment, 18*, 129-135.
- Levi-Strauss, C., Gough, K., & Spiro, M. (1980). *A família: Origem e evolução*. Porto Alegre: Editorial Vila Martha.
- Lightfoot, L. O., & Hodgins, D. (1988). A survey of alcohol and drug problems in incarcerated offenders. *International Journal Addiction, 23*(7), 687-706.
- Lo, C., & Stephens, R. C. (2002). The rule of drugs in crime: insights from a group of incoming prisoners. *Substance Use and Misuse, 37*(1), 121-131.
- Loeber, R. & Dishion, T. (1983). Early Predictors of Male Delinquency: A Review. *Psychological Bulletin 94*(1), 68-99.
- Mäkelä, K. (2004). Studies of the reliability and validity of the Addiction Severity Index. *Addiction, 99*, 398-410.
- Martin, S., O'Connell, D., Inciardi, J., Surratt, H. & Maiden, K. (2008). Integrating an HIV/HCV brief intervention in prisoner reentry: results of a multisite prospective study. *Journal of Psychoactive Drug, 40*(4), 427-436.
- McCord, J. (1979). Some child-rearing antecedents of criminal behavior in adult men. *Journal of Personality and Social Psychology 37*(9), 1477-1486.

- McGarvey, E. L., Kryzhanovskaya, L. A., Koopman, C., Waite, D., & Canterbury, R. J. (1999). Incarcerated adolescents' distress and suicidality in relation to parental bonding styles. *Crisis: Journal of Crisis Intervention and Suicide* 20(4), 164-170.
- McLellan, A. T., Luborsky, L., Cacciola, J., Griffith, J. (1985). New data from the Addiction Severity Index: reliability and validity in three centers. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 173, 412-423.
- Medrano, M. A., Hatch, J. P., Zule, W. A., & Desmond, D. P. (2002). Psychological distress in childhood trauma survivors who abuse drugs. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 28(1), 1-13.
- Minuchin, S. (1990). Um modelo familiar. In: S. Minuchin (Ed.) *Famílias: funcionamento e tratamento*. (pp. 52-69). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Morana, H. C.; Stone, M.; Abdalla-Filho, E. (2006). Transtornos de personalidade, psicopatia e serial killers. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(2), 74-79.
- Newcomb, M. D., Galaif, E. R., & Carmona, J. V. (2001). The drug-crime nexus in a community sample of adults. *Psychology of Addictive Behaviors* 15(3), 185-193.
- Nurco, D. N., Kinlock, T. W., O'Grady, K. E., & Hanlon, T. E. (1996). Early family adversity as a precursor to narcotic addiction. *Drug and Alcohol Dependence*, 43(2), 103-113.
- Olivenstein, C. (1984). Toxicomania e criminalidade. In: Olivenstein, C. (Ed.) *A droga* (pp. 102-110). São Paulo: Brasiliense.

- Osório, L. C. (1997). A Família como grupo primordial. In: D. E. Zimmerman, & L. C. Osório (Eds.) *Como trabalhamos com grupos* (pp. 49-59). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Overbeek, G., Vollebergh, W., Meeus, W., Graaf, R., & Engels, R. (2004). Young adults' recollections of parental bonds: Does satisfaction with partner relationship mediate the longitudinal association with mental disorders? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 703-710.
- Parker, G. (1979). Parental characteristics in relation to depressive disorders. *British Journal of Psychiatry*, 134, 138-147.
- Pechansky, F., Halpern, S., Soibelman, M., Bicca, C., Szobot, C., Lima, A. & Shiba, A. (2001). Limites e alternativas para a implementação de um programa para dependentes químicos em risco para infecção pelo HIV utilizando o conceito de Rede Social. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(1), 195-204.
- Pechansky, F., Von Diemen, L., Inciardi, J. Surratt, H. & De Boni. (2004). Fatores de risco para transmissão do HIV em usuarios de drogas de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(6), 1651-1660.
- Pechansky, F., Von Diemen, L., Kessler, F., De Boni., Surratt, H. & Inciardi, J. (2005). Preditores de soropositividade para HIV em indivíduos não abusadores de drogas que buscam centros de testagem e aconselhamento de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(1), 266-274.

- Peres, C., Paiva, V., Silveira, F. Peres, R. & Hearst, N. (2002). Prevenção de AIDS com adolescentes encarcerados em São Paulo, SP. *Revista de Saúde Pública*, 36(4), 76-81.
- Peters, R. H., Greenbaum, P. E., Edens, J. F., Carter, C. R., & Ortiz, M. M. (1998). Prevalence of DSM-IV substance abuse and dependence disorders among prison inmates. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 24(4), 573-587.
- Peters, R. H., Greenbaum, P. E., Steinberg, M. L., Carter, C. R., Ortiz, M. M., Fry, B. C., & Valle, S. K. (2000). Effectiveness of screening instruments in detecting substance use disorders among prisoners. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18(4), 349-58.
- Pomery, E. A., Gibbons, F. X., Gerrard, M., Cleveland, M. J., Brody, G. H., & Wills, T. A. (2005). Families and risk: prospective analyses of familial and social influences on adolescent substance use. *Journal Family Psychology*, 19(4), 560-570.
- Rascovsky, A. & Liberman, D. (1979). *Psicoanálisis de la mania y la psicopatía*. Buenos Aires: Paidós.
- Resolução do Conselho Nacional de Saúde (1996). Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Recuperado em 10 de agosto de 2009 em <http://www.ufrgs.br/bioetica/res19696.htm>.
- Reti, I. M., Samuels, J. F., Eaton, W. W., Bienvenu, O. J., Costa, P. T., & Nestadt, G. (2002). Adult antisocial personality traits are associated with experiences of low parental care and maternal overprotection. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106(2), 126-133.

- Reelick, N. F. & Wierdsma, A. I. (2006). The Addiction Severity Index as a Predictor of the Use of Mental Health Care. *Psychology of Addictive Behaviors*, 20(2), 214-218.
- Ricaldo da Rosa, L., & De Antoni, C. (2007). Os desafios da prática psicológica no contexto penitenciário. In: C. S. Hutz (Ed.) *Prevenção e Intervenção em Situações de Risco e Vulnerabilidade* (pp. 49-76). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Rikoon, S. H., Cacciola, J. S., Carise, D., Alterman, A. I., & McLellan, A. T. (2006). Predicting DSM-IV dependence diagnoses from Addiction Severity Index composite scores. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 31, 17-24.
- Rodrigues, R. B., Rosseto, S., & Rovinski, S. L. R. (2001). O adolescente infrator e o uso de substâncias psicoativas. *Aletheia*, 13, 43-51.
- Rounsaville, B. & Carroll, K. (1991). Psychiatric disorders in treatment-entering cocaine abusers. In: The epidemiology of cocaine use and abuse. *Research monograph series 110*. National Institute on Drug Abuse-NIDA.
- Sanches, Z. M., Oliveira, L. G., & Nappo, S. A. (2004). Fatores protetores de adolescentes contra o uso de drogas com ênfase na religiosidade. *Ciência e Saúde Coletiva* 9(1), 43-55.
- Schneider, A. C. & Ramires, V. R. (2007). Vínculo parental e rede de apoio social: relação com a sintomatologia depressiva na adolescência. *Aletheia*, 26, 95-108.
- Schenker, M., & Minayo M. C. (2005). Fatores de risco e proteção para o uso de drogas na adolescência. *Ciência e Saúde Coletiva* 10(3), 707-717.

- Serafin, A. (2003). Aspectos etiológicos do comportamento criminoso: parâmetros biológicos, psicológicos e sociais. In: S. Rogonatti, A. Serafin, & E. Barros, *Temas de Psiquiatria Forense e Psicologia Jurídica* (pp. 49-63). São Paulo: Vetor.
- Silva, A. (1940). *Psiquiatria clínica e forense*. Rio de Janeiro: Companhia Editorial Nacional.
- Shoemaker, D. (1990). *Theories of Delinquency: an examination of explanations of delinquent behavior*. Oxford: Oxford University Press.
- Shore, A. (2002). Dysregulation of the right brain: a fundamental mechanism of traumatic attachment and psychopathogenesis of posttraumatic stress disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38(1), 9-30.
- Sourander, A., Elonheimo, H., Niemala, S., Nuutila, A., Helenius, H., Sillanmaki, L., Piha, J., Tamminen, T., Kumpulainen, K., Moilenen, I. & Almqvist, F. (2006). Childhood predictors of male criminality: a prospective population-based follow-up study from age 8 to late adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(5), 578-586.
- Spear, S. E., Brown, A. H., & Rawson, R. A. (2005). "Painting a picture of the client": Implementing the Addiction Severity Index in community treatment programs. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 29, 277-282.
- Tavares, M. (2002). A entrevista estruturada para o DSM-IV. In: A. J. Cunha (Ed.) *Psicodiagnóstico V* (pp. 75-87). Porto Alegre: Artmed.

- Tavares, B., Béria, J., & Lima, M. (2001). Prevalência do uso de drogas e desempenho escolar entre adolescentes. *Revista de Saúde Pública*, 35(2), 150-158.
- Terra, L., Hauck, S., Schestatsky, S., Fillipon, A. P., Sanchez, P., Harikata, V. Ceitlin, L. H. (2009). Confirmatory factor analysis of the Parental Bonding Instrument in a brazilian female population. *Australian and New Zeland Journal of Psychiatry*, 43, 348-354.
- Teitelbaun, P. & Passos, O. (1999). Violência no RS: um estudo da população carcerária. In: J. T. Santos. *Violência em tempo de globalização* (pp. 503-521). São Paulo: Hucitec.
- Torresani, S., Favaretto, E., & Zimmermann, C. (2000). Parental representations in drug-dependent patients and their parents. *Comprehensive Psychiatry*, 41(2), 123-129.
- Trentacosta, C. & Shaw, D. (2008). Maternal predictors of rejecting parenting and early adolescent antisocial behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 247-259.
- Vaughn, M., Howard, M., Delisi, M. (2008). Psychopathic personality traits and delinquent careers: an empirical examination. *International Journal of Law Psychiatry*, 31(5), 407-416.
- Zanis, D. A., McLellan, T., Cnaan, R. & Randall, M. (1994). Reliability and validity of the Addiction Severity Index in a homeless sample. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 11, 541-548.

- Zanis, D. A., McLellan, T., & Corse, S. (1997). Is the Addiction Severity Index a Reliable and Valid Assessment Instrument Among Clients with Severe and Persistent Mental Illness and Substance Abuse Disorders? *Community Mental Health Journal*, 33(3), 213-227.
- Zaleski, M., Laranjeira, R., Marques, A., Ratto, L., Romano, M., Alves, H., Soares, M., Abelardino, W., Kessler, F., Brasiliano, S., Nicastrì, S., Holhgraf, P., Gigliotti, A., & Lemos, T. (2006). Diretrizes da Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas (ABEAD) para o diagnóstico e tratamento de comorbidades psiquiátricas e dependência de álcool e outras substâncias. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 28(2) 142-148.
- Weisner, C., McLellan, T., & Hunkeler, E. (2000). Addiction Severity Index data from general membership and treatment samples of HMO members One case of norming the ASI. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 19, 103-109.
- Weil, A. (1978). Maturational variations and genetic-dynamic issues. *Journal of American Psychoanalytical Association*, 26(3), 461- 491.
- Wilhelm, K., Niven, H., Parker, G., & Hadzi-Pavlovic, D. (2005). The stability of the Parental Bonding Instrument over a 20-year period. *Psychological Medicine*, 35, 387-393.
- World Organization Geneva (1993). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da – CID-10. Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Woody, G.; McLellan, A.; Luborsky, L.; O'Brien, C. (1985). Sociopathy and psychoterapy outcome. *Archives of General Psychiatry* 42(11), 1081-1086.

ANEXO A**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado a participar de um estudo que avalia uso de drogas em apenados do Presídio Central de Porto Alegre.

Este estudo tem por objetivo avaliar os fatores associados ao consumo de álcool e drogas na população prisional. Esta pesquisa está vinculada a Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS. A Profa. Dra. Denise Ruschel Bandeira é orientadora do mestrando responsável pela realização do estudo, o psicólogo Rafael Stella Wellausen (CRP 07/9479).

Caso você concorde na participação neste estudo responderá a três questionários. A duração total de aplicação dos instrumentos (questionários) é em média de duas horas. As perguntas destes questionários buscam avaliar sua relação com o uso de álcool e outras drogas, história de vida, aspectos familiares e características de personalidade.

Com relação aos riscos na participação neste estudo, é possível que haja algum desconforto ao responder alguns itens dos instrumentos. Porém as informações coletadas poderão servir no futuro para desenvolver abordagens terapêuticas mais eficazes no tratamento de dependência de álcool e outras drogas, beneficiando usuários e dependentes químicos.

Será garantido anonimato e confidencialidade aos participantes, sendo que os dados da pesquisa serão utilizados para fins unicamente científicos. As informações obtidas ficarão arquivadas no Instituto de Psicologia da UFRGS por um período de cinco anos e, após esse tempo, o material será destruído.

Sua participação é voluntária e poderá ser interrompida em qualquer etapa do estudo, sem que isto interfira no cumprimento de sua pena.

Quaisquer dúvidas relativas à pesquisa poderão ser esclarecidas pelo pesquisador responsável que trabalha na SUSEPE.

Eu,, li este consentimento e as minhas perguntas foram respondidas. Autorizo minha participação nesta pesquisa de forma voluntária e assino este termo em duas vias, das quais uma ficará em minha posse.

Porto Alegre, dede 2009.

Rafael Stella Wellausen
Pesquisador Responsável
CRP 07/9479

Escala de Gravidade de Dependência

The Addiction Severity Index

(ASI)

Versão 6

Observação:

Este instrumento encontra-se em fase de validação para a cultura brasileira. Seus direitos autorais pertencem à Universidade da Pensilvânia, e suas informações não podem ser divulgadas ou distribuídas sem o prévio consentimento dos autores. O Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) é o responsável pela utilização desta versão em português, que ainda se encontra em fase de testes. Quaisquer informações sobre o instrumento no Brasil podem ser obtidas pelos seguintes contatos:

Dr. Felix Kessler:

kessler.ez@terra.com.br

Dr. Flavio Pechansky:

fpechans@uol.com.br

Resumo dos Escores de Gravidade do ASI

Sub-escalas	Ques- tão	Grau de Preocupação	Ques- tão	Necessidade de Tratamento
Médica	M23	0 – 1 – 2 – 3 – 4	M24	0 – 1 – 2 – 3 – 4
Emprego/S.	---	-----	E23	0 – 1 – 2 – 3 – 4
Álcool	D22	0 – 1 – 2 – 3 – 4	D23	0 – 1 – 2 – 3 – 4
Drogas	D47	0 – 1 – 2 – 3 – 4	D48	0 – 1 – 2 – 3 – 4
Legal/Lazer	L25	0 – 1 – 2 – 3 – 4	F22	0 – 1 – 2 – 3 – 4
Família/Soc.	F14	0 – 1 – 2 – 3 – 4	F15	0 – 1 – 2 – 3 – 4
Trauma	F38	0 – 1 – 2 – 3 – 4	F39	0 – 1 – 2 – 3 – 4
Filhos	F48	0 – 1 – 2 – 3 – 4	F49	0 – 1 – 2 – 3 – 4
Psiquiátrica	P20	0 – 1 – 2 – 3 – 4	P21	0 – 1 – 2 – 3 – 4

Códigos para aplicação do instrumento:

- X – não sabe ou não entendeu a questão
- N – não se aplica
- Q – não quis responder
- B – o entrevistador deixou em branco incorretamente

Informações Gerais – Esta é uma entrevista padronizada que pergunta sobre várias áreas da sua vida – *saúde, emprego, uso de álcool e drogas, etc.* Algumas questões referem-se aos últimos 30 dias ou aos últimos seis meses, enquanto outras são sobre a sua vida inteira. Toda informação que você fornecer é confidencial (explique) e será utilizada para (explique). Por favor, responda às questões com a sua melhor estimativa. Se houver perguntas que você não entender ou preferir não responder, por favor, me informe. A entrevista terá uma duração de aproximadamente uma hora. Você tem alguma pergunta antes de nós começarmos? Primeiro começaremos com algumas informações gerais.

Nome do Paciente: _____

G1. Código do paciente:

Nome do Entrevistador: _____

G2. Código do Entrevistador:

ou

G3. Código do Observador:

G4. Data da Entrevista: / /

G5. Data de Admissão: / /

G6. Os dados da entrevista serão referentes ao período:

1 – Anterior à data da própria entrevista:

2 – Anterior à data de admissão:

3 – Anterior à outra data: / /

G7. Hora de Início:

G8. Gênero (1 – Masculino, 2 – Feminino):

G9. Data de Nascimento: / /
(Idade: _____)

G10. Qual raça / cor você se considera? [Marque todas q. se aplicam]

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Negra/Preta | <input type="checkbox"/> 5. Indígena |
| <input type="checkbox"/> 2. Branca | <input type="checkbox"/> 6. Outros |
| <input type="checkbox"/> 3. Amarela/Oriental | <input type="checkbox"/> 7. Não respondeu |
| <input type="checkbox"/> 4. Parda/Mestiça | |

G11. Está em internação (1), ambulatório (2), outro local (3)?

G12. Qual o seu estado conjugal?

1 – casado	4 – Divorciado
2 – vivendo como casado	5 – Separado
3 – viúvo	6 – Nunca casou

G13. Há quanto tempo você está (G12 resposta)? anos meses

G14. Como você foi encaminhado para o tratamento?

– i.e. encaminhado para este programa específico de tratamento

- Por si próprio, cônjuge, familiar ou por amigo
- Instituição ou pessoa ligada a tratamento de álcool e drogas
- Instituição de saúde ou profissional de saúde
- Escola/Faculdade
- Trabalho ou programa de assistência ao emprego
- Serviço Comunitário (programa desemprego, abrigo, igreja, etc.)
- Sistema penal ou pelo juiz

J F M A M J J A S O N D

Moradia – As questões seguintes perguntam se você morou em algum tipo de local restrito ou supervisionado durante os últimos 6 meses desde _____ e os últimos 30 dias desde _____

[NOTA: 6 meses = 180 dias, informe ao entrevistado se necessário]

H1. Nos últimos 6 meses, aproximadamente quantas noites você ficou em um hospital, unidade de internação psiquiátrica ou de tratamento para álcool e/ou drogas (internação), prisão ou delegacia, pensão protegida ou albergue para paciente psiquiátrico, ou comunidade terapêutica?

A. Últimos 6 meses	B. 30 Dias
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
000 → H8	

Dessas noites, quantas foram em:

	A.	B.
H2. Unidade de internação para tratamento de álcool ou drogas?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

H3. Hospital geral?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
---------------------	--	---

H4. Hospital psiquiátrico?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
----------------------------	--	---

H5. Delegacia ou prisão?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
--------------------------	--	---

H6. Pensão protegida, comunidade terapêutica ou albergue (p/ pac. psiq.)?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
---	--	---

H7. Outro tipo de situação de moradia restrita ou supervisionada? Que tipo de lugar?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
---	--	---

H8. Quantas noites você passou em um abrigo para moradores de rua?	A. Últimos 6 meses	B. 30 Dias
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
000 → H9		

H9. Quantas noites você passou na rua, ou em lugares como prédios abandonados, carros, parques ou praças, porque você não tinha outro lugar para ficar?

A. Últimos 6 meses	B. 30 Dias
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
000 → NOTA	

[NOTA: Se H8A ou H9A > 0 (i.e. se algum tempo em um abrigo ou na rua nos últimos 6 meses), passe para a próxima NOTA.]

H10. Alguma vez na vida você já ficou em um abrigo para moradores de rua ou na rua (em lugares como prédios abandonados, carros, parques ou praças) porque você não tinha outro lugar para ficar?

1 – Sim, 0 – Não

[NOTA: Se H1B + H8B = 30 (i.e. se todos os últimos 30 dias foram em ambiente restrito ou abrigo), passe para a seção Médica.]

H11. Nos últimos 30 dias (quando você não estava em uma situação de moradia restrita/supervisionada ou abrigo), com quem você estava morando?

[Marque todas que se aplicam] – se morava sozinho pule para seção Médica

<input type="checkbox"/> 1. Sozinho	<input type="checkbox"/> 5. Outros parentes adultos
<input type="checkbox"/> 2. Cônjuge/Parceiro	<input type="checkbox"/> 6. Outros adultos não-parentes
<input type="checkbox"/> 3. Filho(s) < 18anos	<input type="checkbox"/> 7. Não respondeu
<input type="checkbox"/> 4. Pais	<input type="checkbox"/> 8. Outros

H12. Nos últimos 30 dias (quando você NÃO estava em uma situação de moradia restrita/supervisionada ou abrigo), você morou com alguém que tem problema atual com o uso de álcool ou drogas?

1 – Sim, 0 – Não

Emprego/Sustento – As questões seguintes são sobre a sua educação, emprego e finanças.

E1. Qual é o grau máximo de estudo que você completou?
 1 – Ensino Fundamental 4 – Bacharelado
 2 – Ensino Médio 5 – Mestrado ou mais
 3 – Ensino Superior (Faculdade) 6 – Nenhum

E2. Você tem algum outro diploma, licença ou certificado de algum treinamento formal?
 1 – Sim, 0 – Não

E3. Qual é a última série ou ano que você completou?
 01 = Não alfabetizado 16 = 3º e/ou 4º ano de faculdade
 02 = 1ª à 4ª série 17 = 5º e/ou 6º ano de faculdade
 12 = 5ª à 8ª série 18 = 1º ao 2º ano de pós-g. (mestrado)
 13 = 1º e/ou 2º ano do E.M. 19 = Doutorado completo ou não
 14 = 3º ano Ensino Médio 20 = Pós-doutorado completo ou não
 15 = 1º e/ou 2º ano de faculdade

E4. Você prestou serviço militar?
 1 – Sim, 0 – Não

E5. Você participa atualmente de treinamento técnico ou programa educacional?
 0 – Não, 1 – Meio-Turno, 2 – Turno Integral

E6. Você tem carteira de motorista válida? 1 – Sim, 0 – Não

E7. Você usa ou tem um carro ou moto? 1 – Sim, 0 – Não

E8. Neste momento, é difícil ir ao trabalho/escola, ou procurar trabalho por causa de meio de transporte?
 1 – Sim, 0 – Não

[NOTA: Codifique E9. Pergunte apenas se incapaz de codificar baseado na informação prévia]

E9. Você lê/escreve (português) suficientemente bem para preencher uma ficha de emprego?
 1 – Sim, 0 – Não

E10. Qual é a sua principal situação de emprego atual? [Marque uma]

- 1. Turno Integral (TI) (35+ h/trabalho), → E12
- 2. Meio Turno (< 35 h/trabalho), → E12
- 3. Desempregado e ativamente procurando por trabalho “dispensa temporária”, → E14
- 4. Fora do mercado de trabalho – não trabalha e não procura ativamente por trabalho
- 5. Bicos (trabalho irregular e sem horário fixo)

E11. [Se fora do mercado de trabalho ou faz bicos responda:] Qual opção melhor descreve sua situação atual?

[NOTA: Marque uma ou duas e passe para E14]

- 1. Dona-de-casa/do lar
- 2. Estudante
- 3. Incapaz
- 4. Aposentado
- 5. Não procura por trabalho
- 6. Procura por trabalho
- 7. Institucionalizado
- 8. Outro _____

Comentários:

E12. Que tipo de trabalho você faz (trabalho principal)?
 Especifique: _____

[NOTA: Codifique uma categoria nas caixas E12. Lista em anexo]

- 01 – Especialidades Profissionais e Ocupações Técnicas
- 02 – Ocupações Executivas, Administrativas, Gerenciais
- 03 – Vendas
- 04 – Apoio Administrativo e de Escritório
- 05 – Ocupações de Produção de Precisão, Manufatura e Concerto
- 06 – Operadores de Máquinas, Montadores e Inspetores
- 07 – Ocupações de Transporte e Mudanças
- 08 – Serviços gerais, Limpeza de Equipamentos, Auxiliar, Operário
- 09 – Ocupações de Serviços, Exceto Empregados Domésticos
- 10 – Fazendeiro ou Gerente /Administrador de Fazenda
- 11 – Trabalhador Rural
- 12 – Militar
- 13 – Empregados Domésticos
- 14 – Outro

E13. Este trabalho é sem carteira assinada (informal)?
 1 – Sim, 0 – Não

E14. Quanto tempo durou seu trabalho de turno integral mais longo?
 – com um empregador ou como autônomo
 Meses
 000 → E17

E15. Há quanto tempo ele terminou?
 [NOTA: Coloque 000 somente se o trabalho atual (TI) é o mais longo] Meses
 000 → E17

E16. Qual era o seu trabalho/ocupação então?
 Especifique: _____
 [NOTA: Codifique uma categoria da NOTA E12.]

E17. Nos últimos 6 meses (desde _____), quantas semanas você teve um trabalho pago?
 – inclua licenças, férias, dias como autônomo, trabalho informal e bicos. Semanas,
 Max = 26
 00 → E22

E18. Nos últimos 6 meses, quanto dinheiro você ganhou (renda bruta)? – incluir bicos

(E19 – E22) Nos últimos 30 dias:

E19. Quantos dias remunerados você trabalhou?
 – inclua licenças, férias, dias como autônomo, trabalho informal e bicos. Dias
 00 → E22

E20. Quanto dinheiro você ganhou (renda bruta)? – incluir bicos R\$

E21. Quantos dias você teve qualquer problema relacionado com o trabalho?
 ex. baixa produtividade, discussões, ser chamado atenção, atrasos, etc. Dias

E22. Você procurou algum emprego?
 ex. mandou um currículo, preencheu uma ficha de emprego, falou com um possível empregador 1 – Sim, 0 – Não

E23. Neste momento, quão importante é para você receber qualquer tipo de orientação (como aconselhamento, treinamento ou educação) para ajudá-lo a se preparar para ou a encontrar um emprego, ou lidar com problemas profissionais? – assistência atual ou adicional
 0 – Nada 3 – Consideravelmente
 1 – Levemente 4 – Extremamente
 2 – Moderadamente

As próximas perguntas (E24 – E36) são sobre as suas fontes de suporte financeiro e renda.

E24. Você mora em habitação financiada pelo governo ou recebe auxílio moradia? 1 – Sim, 0 – Não

Nos últimos 30 dias, quanto dinheiro você recebeu de:

E25. pensão, seguro social, seguro desemprego? ex. previdência social ou INSS R\$

E25b.... últimos 6 meses? R\$

E26. assistência pública? ex. bolsa família / bolsa escola / moradia / roupas R\$

E26b.... últimos 6 meses? R\$

E27. outra assistência? ex. vale-refeição ou vale-transporte R\$

E27b.... últimos 6 meses? R\$

E28. sustento ou pensão alimentícia para crianças? do pai da criança ou ex-cônjuge. R\$

E28b.... últimos 6 meses? R\$

E29. atividades ilegais? ex. tráfico de drogas, prostituição, jogo ilegal, venda de objetos ilegais R\$

E29b.... últimos 6 meses? R\$

E29c. bicos? R\$

E29d.... últimos 6 meses? R\$

E30. alguma outra fonte? ex. pediu emprestado/recebeu dinheiro da família ou renda inesperada (herança, impostos, loteria, etc.) R\$

E30b.... últimos 6 meses? R\$

E31. Quais são suas fontes atuais de sustento financeiro para moradia, comida e outras despesas de vida? [Marque todas que se aplicam]

- 1. Emprego
- 2. Aposentadoria
– ex. pensão, seguro social (INSS)
- 3. Invalidez / Incapacidade
– ex. pensão, seguro social (INSS), indenização
- 4. Seguro desemprego
- 5. Assistência pública ou governamental
– ex. previdência social, vale-refeição, moradia subsidiada
- 6. Sustento ou pensão alimentícia para criança
- 7. Família, amigos ou sócios
- 8. Dinheiro ilegal
- 9. Institucionalizado ou vivendo em supervisão
– ex: Hospital, pensão protegida, albergue ou pensão.
- 10. Outras, ex. economias, etc:
Especifique: _____
- 11. Bicos
- 12. Nenhuma

E32. Você alguma vez declarou falência? 1 – Sim, 0 – Não

E33. Você já deixou de pagar um empréstimo para o governo ou instituição privada? ex. crédito educativo, casa, empréstimos bancários. 1 – Sim, 0 – Não

E34. Você está mais do que um mês atrasado nos seus pagamentos para alguma coisa? ex: habitação, serviços, cartões de crédito, pensão de filhos, outros empréstimos/débitos (contas médicas, custos legais, empréstimos pessoais) 1 – Sim, 0 – Não

E35. Quantas pessoas (não inclua você mesmo) atualmente dependem de você para o sustento financeiro regular? ex. para moradia, comida, sustento de filho, mesada, etc. inclua pessoas que o sujeito sustente, bem como aquelas que ele/ela é obrigado a sustentar

E36. Você tem renda suficiente para pagar necessidades como moradia, comida e roupas para você mesmo e seus dependentes? – exclua dinheiro de atividades ilegais 1 – Sim, 0 – Não

Comentários:

Drogas / Álcool – As questões a seguir são sobre o seu uso de álcool e drogas, e sobre qualquer tratamento para abuso de substâncias que você tenha recebido.

Histórico de Tratamentos

- D1. Quantas vezes diferentes você já foi tratado para seu uso de álcool ou drogas? – inclua avaliações para tratamento mesmo que não tenham se transformado em tratamento. Não incluir AA / NA. 00 → D6
- D2. Quantos desses tratamentos foram apenas para desintoxicação? – desintoxicação não seguida por tratamento adicional.
- D3. Que idade você tinha quando entrou pela primeira vez em um tratamento para álcool/drogas?

Quantos dias você:

- D4. Participou de programa ambulatorial ou de consulta médica para tratamento de problemas relacionados a álcool ou drogas)?
 A. Últimos 6 meses 000 → D5
 B. 30 Dias
- D5. Tomou medicação prescrita para tratar seu uso de álcool ou drogas? 000 → D6
 ex. dissulfiram, naltrexone (Revia), acamprosato (Campral), medicamento para desintoxicação, diazepam, metadona, etc. – exclua medicações para dependência de nicotina.
- D6. Participou de reuniões de auto-ajuda (ex.: AA, NA)? [se nunca participou na vida → D8]
- D7. Qual o período de tempo contínuo mais longo que você participou de reuniões de auto-ajuda, pelo menos 2 dias/semana? Anos Meses

Uso de Álcool

- D8. Quantos anos na sua vida você bebeu álcool regularmente, 3 ou + dias/semana? 00 → D10
 – exclua períodos sem álcool
- D9. Quantos anos na sua vida você bebeu pelo menos (5-homem, 4-mulher) drinques¹ por dia regularmente, 3 ou + dias por semana? >0 → D11
- D10. Você bebeu pelo menos (5 – homem, 4 – mulher) drinques por dia em 50 dias ou mais em sua vida? 1 – Sim, 0 – Não
- D11. Que idade você tinha quando bebeu e sentiu pela primeira vez os efeitos do álcool? [se nunca, codifique NN]
- D12. Nos últimos 6 meses, durante o mês em que você estava bebendo mais, com que frequência você bebia?
 0 – Sem uso (→ D20) 3 – 3-6 vezes por semana
 1 – 1-3 vezes por mês 4 – Diariamente
 2 – 1-2 vezes por semana
- D13. Nos últimos 30 dias, quantos dias você bebeu qualquer tipo de bebida alcoólica? 00 → D20

¹ Um drinque: considere aproximadamente 1 dose de destilado, 1 cálice de vinho ou uma lata de cerveja.

- D14. Quando você bebeu pela última vez? [00 se hoje, 01 se ontem, 02 se 2 dias antes, etc.]
- D15. Nos últimos 30 dias, quantos dias você bebeu pelo menos (5 p/homens, 4 p/mulheres) drinques em um dia?
- D16. Nos últimos 30 dias, quanto dinheiro você gastou em álcool para você? R\$

Sintomas do Álcool

Nos últimos 30 dias:

- D17. Você teve qualquer sintoma de abstinência logo após ter diminuído ou parado de beber? 1 – Sim, 0 – Não
- D18. Você teve alguma dificuldade em controlar, diminuir ou parar de beber ou passou grande parte do dia bebendo? 1 – Sim, 0 – Não
- D19. Por causa do seu beber, você teve algum problema médico ou psicológico; ou teve problemas no emprego (escola) ou em casa, teve discussões; ou teve problema com a lei?
- D20. Você foi incomodado por fissuras ou desejos intensos de beber? 1 – Sim, 0 – Não
- D21. Quantos dias você teve essas ou qualquer outra dificuldade devido ao uso de álcool? 00 → D23
- D22. Nos últimos 30 dias, quão preocupado ou incomodado você tem estado com esses problemas com álcool?
 0 – Nada 3 – Consideravelmente
 1 – Levemente 4 – Extremamente
 2 – Moderadamente
- D23. Neste momento, quão importante é para você o tratamento (atual ou adicional) para o seu uso de álcool?
 0 – Nada 3 – Consideravelmente
 1 – Levemente 4 – Extremamente
 2 – Moderadamente
- D24. Quão importante é para você alcançar/manter abstinência total do álcool (i.e., não beber nada)?
 0 – Nada 3 – Consideravelmente
 1 – Levemente 4 – Extremamente
 2 – Moderadamente

Comentários:

ASI6

Tabela de Uso de Drogas – Substâncias Individuais

NOTA: Entregue ao entrevistado a Lista de Drogas e diga: *Eu vou perguntar sobre cada grupo de drogas listado. Nós já falamos sobre o álcool. Vamos começar com a maconha:*

- Pré-A. Você já experimentou ou usou _____ (mesmo se foi somente uma vez ou prescrita)?
- A. Que idade você tinha quando experimentou pela primeira vez _____?
- B. Por quantos anos de sua vida você usou _____ 3 ou mais dias por semana? – Exclua períodos sem a droga
- C. Você já usou _____ em 50 ou mais dias na sua vida?
- D. Nos últimos 30 dias, quantos dias você usou _____?
- E. Nos últimos 30 dias, você usou _____ ([0] – somente como prescrito, ou [1] – ilegalmente ou mais do que foi prescrito)?

NOTA: Se o entrevistado relata:

1. Nunca ter experimentado uma droga específica (ex. D25-A), **codifique “N” e passe para a próxima substância (D26-A).**
2. Ter usado 3 ou mais dias por semana por um ano ou mais (ex. D25-B), **pule o item seguinte (D25-C), e continue.**
3. Nenhum uso nos últimos 30 dias (ex. D25-D = 00), **passe para a próxima substância (D26-A).**

	A. Idade de 1º uso? [N → próxima A]	B. Anos de uso regular (Na vida)? [>00 → D]	C. Usou 50 ou + dias (Na vida)? [1 – Sim, 0 – Não]	D. Uso nos Últimos 30 dias? [00 → próxima A]	E. Usou como Tto (últimos 30 dias)? [0 – como Tto, 1 – Não Tto]
D25. Maconha	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
D26. Sedativos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
D27. Cocaína / Crack	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
D28. Estimulantes	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
D29. Alucinógeno	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
D30. Heroína	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
D31. Metadona	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
D32. Outros Opióides	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
D33. Inalantes	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

Comentários adicionais:

ASI6

Uso de Substâncias – Categorias Problema

- | | |
|----------------------|---|
| 01 – Álcool | 07 – Heroína |
| 02 – Maconha | 08 – Metadona |
| 03 – Sedativos | 09 – Outros Opióides |
| 04 – Cocaína / Crack | 10 – Inalantes |
| 05 – Estimulantes | 11 – Outras Substâncias (inclui nicotina) |
| 06 – Alucinógenos | 12 – Nenhuma |

Rota(s) de Administração

De que forma você já usou _____?

<p>Problema Primário</p> <p>D34. Qual das substâncias listadas (01-12) está causando a você mais dificuldade e pode tê-lo levado a buscar tratamento?</p> <p>Indique a substância específica dentro das categorias codificadas: _____</p>	<p>A. Categoria</p> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 5px auto; display: flex; justify-content: space-between;"> </div> <p style="text-align: center;">12 → D37</p>	<p>B. Na vida</p> <p>[marque todas que se aplicam]</p> <p>__1. Ingerida __4. Injetada __2. Inalada __5. Outra __3. Fumada</p>	<p>C. Últimos 30 Dias</p> <p>[marque todas que se aplicam]</p> <p>__1. Ingerida __4. Injetada __2. Inalada __5. Outra __3. Fumada __6. Sem uso</p>
<p>Problema Secundário</p> <p>D35. Qual das substâncias listadas (01-12) está causando a 2ª maior dificuldade e pode tê-lo levado a buscar tratamento?</p> <p>Indique a substância específica dentro das categorias codificadas: _____</p>	<p>A. Categoria</p> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 5px auto; display: flex; justify-content: space-between;"> </div> <p style="text-align: center;">12 → D37</p>	<p>B. Na vida</p> <p>[marque todas que se aplicam]</p> <p>__1. Ingerida __4. Injetada __2. Inalada __5. Outra __3. Fumada</p>	<p>C. Últimos 30 Dias</p> <p>[marque todas que se aplicam]</p> <p>__1. Ingerida __4. Injetada __2. Inalada __5. Outra __3. Fumada __6. Sem uso</p>
<p>Problema Terciário</p> <p>D36. Qual das substâncias listadas (01-12) está causando a 3ª maior dificuldade e pode tê-lo levado a buscar tratamento?</p> <p>Indique a substância específica dentro das categorias codificadas: _____</p>	<p>A. Categoria</p> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 5px auto; display: flex; justify-content: space-between;"> </div> <p style="text-align: center;">12 → D37</p>	<p>B. Na vida</p> <p>[marque todas que se aplicam]</p> <p>__1. Ingerida __4. Injetada __2. Inalada __5. Outra __3. Fumada</p>	<p>C. Últimos 30 Dias</p> <p>[marque todas que se aplicam]</p> <p>__1. Ingerida __4. Injetada __2. Inalada __5. Outra __3. Fumada __6. Sem uso</p>

[NOTA: 4. Injeção = EV (endovenosa) ou IV (intravenosa)
e não-EV/IV: ex. intramuscular, intradérmica, etc.]

Comentários adicionais:

Uso de Drogas – Geral (exceto álcool e tabaco)

D37. Quantos anos na sua vida você usou qualquer tipo de droga ilegal ou de rua, ou abusou de qualquer medicação prescrita por pelo menos 3 ou mais dias por semana?
 – se nunca usou drogas ou medicação → D52

D38. Nos últimos 6 meses, durante o mês em que você estava usando mais drogas ilegais ou de rua (e/ou abusando de medicação prescrita), qual a frequência de uso de quaisquer drogas?
 0 – Sem uso (→ D45) 3 – 3-6 vezes por semana
 1 – 1-3 vezes por mês 4 – Diariamente
 2 – 1-2 vezes por semana

D39. Nos últimos 30 dias, em quantos dias você usou qualquer tipo de droga ou abusou de medicações prescritas?
 0 → D45

D40. Quantos dias faz que você usou pela última vez qualquer tipo de droga ou abusou de medicações prescritas?
 00 – se hoje, 01 – se ontem 02 – se 2 dias antes, etc.

D41. Nos últimos 30 dias, quanto dinheiro você gastou em drogas? R\$
 – exclua dinheiro para medicações que são parte do tratamento para drogas (e.x. metadona, medicações para desintoxicação, etc.)

Sintomas de Drogas (exceto álcool e tabaco)

Nos últimos 30 dias:

D42. Você teve algum sintoma de abstinência logo após diminuir ou parar qualquer droga?
 1 – Sim, 0 – Não

D43. Você teve algum problema em controlar, diminuir ou parar com as drogas, ou gastou muito do seu dia usando, sob efeito, recuperando-se, ou apenas tentando obter drogas?
 1 – Sim, 0 – Não

D44. Por causa do seu uso de drogas – você teve algum problema médico ou psicológico; ou teve problemas no trabalho (escola) ou em casa, entrou em discussões; ou teve problemas com a lei?
 1 – Sim, 0 – Não

D45. Você tem sido incomodado por fissuras ou desejos de usar?
 1 – Sim, 0 – Não

D46. Quantos dias você teve essas ou qualquer outra dificuldade devido ao uso de drogas?
 00 → D48

D47. Nos últimos 30 dias, quão preocupado ou incomodado você tem estado com esses problemas com drogas?
 0 – Nada 3 – Consideravelmente
 1 – Levemente 4 – Extremamente
 2 – Moderadamente

D48. Neste momento, quão importante é para você o tratamento (atual ou adicional) para o seu uso de drogas?
 0 – Nada 3 – Consideravelmente
 1 – Levemente 4 – Extremamente

2 – Moderadamente

D49. Quão importante é para você alcançar/manter a abstinência total das drogas (isto é, não usar nenhuma droga)?
 0 – Nada 3 – Consideravelmente
 1 – Levemente 4 – Extremamente
 2 – Moderadamente

D50. Desde que você começou a usar, você já esteve completamente abstinente (limpo) das **drogas e do álcool** por pelo menos 1 ano?
 1 – Sim, 0 – Não
 – exclua medicações prescritas e apropriadamente) 0 → D52
 tomadas (ex. metadona, medicações psiquiátricas)

D51. Há quanto tempo este período de abstinência (limpo) de pelo menos 1 ano terminou?
 Anos Meses
 [Se atualmente abstinente há 1 ano ou mais, codifique 00 00.]

Riscos para a Saúde

[NOTA: Caso ainda não se saiba, pergunte a D52. Caso contrário, preencha de acordo com as informações prévias]

D52. Alguma vez você se injetou drogas?
 [Injetou = IV (intravenosa) e não-IV] 1 – Sim, 0 – Não
 00 → D54

D53. Quando foi a última vez que você compartilhou seringas ou equipamento de injeção?
 Anos Meses Atrás
 – se nunca, codifique N e N
 – se no último mês, codifique 00 00

D54. Nos últimos 6 meses, com quantas pessoas diferentes você fez sexo oral, anal ou vaginal?

D55. Quando foi a última vez que você fez teste para HIV/AIDS?
 Anos Meses Atrás
 – se nunca, codifique N e N
 – se no último mês, codifique 00 00

Tabaco – Cigarros, etc.

D56. Que idade você tinha quando fumou o primeiro cigarro ou usou tabaco de outra forma?
 N → D59
 ex. mascou tabaco, charutos, cachimbo
 – se nunca experimentou, codifique N

D57. Quantos anos na sua vida você fumou cigarros (ou usou tabaco de outra forma) diariamente?

D58. Nos últimos 30 dias, quantos dias você fumou cigarros (ou usou tabaco de outra forma)?

Jogo

D59. Na sua vida, você alguma vez teve dificuldade financeira por causa de jogo?
 1 – Sim, 0 – Não

D60. Nos últimos 30 dias, quantos dias você participou de qualquer forma de jogo, como bingo, loteria, corrida de cavalo, jogo do bicho, rinha de galo, cassinos, ou jogo ilegal de qualquer natureza?

Comentários:

ASI6

Legal – As próximas questões são a respeito de seu envolvimento a Justiça Criminal e/ou atividades ilegais.

- L1. Na sua vida inteira, você já esteve em uma prisão ou detido em delegacia, mesmo que por poucas horas? 1 – Sim, 0 – Não
- L2. Na sua vida inteira, você já foi preso? 1 – Sim, 0 – Não
Se L1 e L2 = 0 → L18
- L3. Que idade você tinha na primeira vez? >17 → (L7-14)
- L4. Antes dos 18 anos, você já foi preso por? [Marque todas que se aplicam]
 ___ 1. Crimes violentos ou crimes contra pessoas ex. roubo, agressão, estupro
 ___ 2. Ato ilícito ligado a drogas ex. porte, tráfico, manufatura de drogas
 ___ 3. Crimes visando lucro ou contra a propriedade ex. roubo de carro ou em loja, arrombamento, vandalismo, incêndio
 ___ 4. Infrações praticadas somente por jovens ex. fugir de casa, violação do toque de recolher, vadiagem
 ___ 5. Outras infrações (Especifique: _____)
- L5. Quantas vezes você foi condenado por um ato infracional antes dos 18 anos? Vezes
- L6. Antes dos 18 anos, qual o tempo total que você passou trancado em centros de detenção ou instituições para menores infratores (FASE/FEBEM/DEGASE)? Meses

(L7 – L14) Desde os 18 anos:

Pré-A. Você já foi preso ou detido por _____

[NOTA: Se Não, codifique 00 para A. e passe para o próximo item]

- A. Quantas vezes no total?
 B. Quantas vezes nos últimos 6 meses?

- | | A. Total | B. 6 Meses |
|---|---|---|
| L7. Porte de drogas?
– ou equipamentos de droga (parafernália) | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L8. Venda ou produção de drogas?
– vender inclui traficar/ distribuir | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L9. Roubo?
– roubo à força, ou sob ameaça de força | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L10. Outros crimes visando lucro?
– fraude venda de objetos roubados, vandalismo, incêndio – em loja | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L11. Crime violento?
– violência doméstica, estupro, assassinato. | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L12. Armas, prostituição ou jogo?
– inclui cafetagem, dinheiro por sexo, pornografia | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L13. Dirigir alcoolizado?
– ou sob efeito de drogas | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L14. Alguma outra infração criminal?
– violação da condicional, conduta desordeira, – invasão, violação de ordem restritiva, negligência ou deserção, etc. | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |

L15. Há quanto tempo foi a última vez que você foi preso ou detido por qualquer coisa? [Codifique 00 se dentro do último mês (30 dias)]
 Anos Meses

L16. Quantas vezes você foi condenado por um crime cometido após os 18 anos de idade? Vezes

L17. Desde os 18 anos, quanto foi o tempo total que você passou na cadeia ou prisão? Anos Meses

L18. A sua admissão para o tratamento foi ordenada pela justiça? 1 – Sim, 0 – Não
 ex. um juiz a requisitou

Você está atualmente envolvido com a justiça criminal de alguma das seguintes formas? 1 – Sim, 0 – Não

- L19. Investigado em inquérito policial
- L20. Suspensão condicional do processo
- L21. Aguardando julgamento ou sentença
- L22. Sursis ou em Liberdade condicional
- L23. Participando de um programa de justiça terapêutica
- L24. Outros
 ex. procurado pela justiça, mandado de prisão, prisão domiciliar, supervisão pré-julgamento, está cumprindo pena
- L25. Quão graves você considera seus problemas atuais com a justiça criminal?
 0 – Nada 3 – Consideravelmente
 1 – Levemente 4 – Extremamente
 2 – Moderadamente

(L26 – L30) Nos últimos 6 meses:

Pré-A. Você _____ ?

[NOTA: Se Não, codifique 000 para A. e passe para o próximo item]

- A. número de dias, últimos 6 meses
 B. número de dias, últimos 30 dias

- | | A. Últimos 6 Meses | B. 30 Dias |
|--|--|---|
| L26. Vendeu ou fabricou drogas?
– traficou ou distribuiu para fazer dinheiro, por sexo ou lucro de qualquer outra maneira | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L27. Roubou alguém? | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L28. Furtou, roubou, arrombou, fraudou, falsificou prescrições ou cheques, destruiu propriedade ou incendiou algo?
Se L28 = 0 → L29 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L28c. Roubou em loja | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| L28d. Praticou arrombamento | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| L28e. Roubou veículo a motor | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| L28f. Falsificou | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| L28g. Fraudou | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| L28h. Cometeu vandalismo | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| L28i. Provocou incêndio (premeditado) | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| L28j. Roubou / danificou propriedade | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| L29. Ameaçou ou agrediu alguém?
– com ou sem uma arma;
– inclua violência doméstica, estupro e assassinato
– exclua roubo | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L29c. Ameaçou sem agressão física | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| L29d. Agrediu fisicamente com uma arma | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| L29e. Agrediu fisicamente sem uma arma | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| L29f. Agrediu sexualmente | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| L29g. Assassinou alguém | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| L29h. OUTRO | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | |

ASI6

Psiquiátrico – As questões seguintes são sobre qualquer tratamento ou avaliação que você tenha recebido para problemas psicológicos ou psiquiátricos.

- P1. Na sua vida, quantas vezes você foi internado por problemas psicológicos / psiquiátricos? ex. em hospital ou clínica (exclua int. por álcool/drogas) [][]
Vezes
- P2. Na sua vida, você já recebeu prescrição de medicações para tratar problemas psicológicos / psiquiátricos? []
1 – Sim, 0 – Não
0 → P4
- P3. Quantos dias você tomou medicações para tratar problemas psicológicos / psiquiátricos? A. Últ. 6 meses [][][] B. 30 Dias [][]
000 → P4
- P4. Na sua vida, quantas consultas ambulatoriais você teve para problemas psicológicos / psiquiátricos? – inclua avaliações individuais em consultório médico (pessoalmente) mesmo que não seguidas de tratamento. – também inclua atendimento primário/família para problemas psiquiátricos e monitorização de medicações para problemas psiquiátricos []
0 → NOTA
- 0 – Nenhuma 3 – 26-50 sessões
1 – 1-5 sessões 4 – mais de 50 sessões
2 – 6-25 sessões
- P5. Quantas consultas ambulatoriais ou em consultório você teve? A. Últ. 6 meses [][][] B. 30 Dias [][]
000 → NOTA
- [NOTA: Se P1, P2, P4 são todas 0-Não, i.e. sem história de tratamento psiquiátrico, pule para P7]
- P6. Que idade você tinha quando foi avaliado ou tratado para problemas psicológicos ou psiquiátricos pela primeira vez? [][]
Idade
- P7. Você atualmente recebe pensão (ou benefício) para incapacidade/invalidez psicológica? []
1 – Sim, 0 – Não

As seguintes questões são sobre como você pode ter se sentido ou agido. Algumas questões são sobre como você já se sentiu ou se comportou em qualquer período da sua vida e outras são sobre os últimos 30 dias.

Código 0 – Não
para A/B: 1 – Sim 2 – Sim, mas somente sob efeito de droga ou em abstinência.

[NOTA: Se o entrevistado concorda com um sintoma, i.e., “Sim” pergunte: “Isso foi APENAS sob efeito de droga ou em abstinência?” e codifique 1 ou 2 como apropriado.]

(P8 – P17): A. Na sua vida
 B. Durante qualquer um dos últimos 30 dias
 C. Há quantos dias você ____ pela última vez?

- Você (já): A. B. C.
 Na vida 30 Dias Dias Atrás
- P8. Teve dificuldades para dormir, manter o sono*, ou acordar muito cedo? [][] [] [][]
* dormir por toda a noite
- P9. Sentiu-se deprimido ou para baixo a maior parte do dia (quase todos os dias por pelo menos 2 semanas seguidas)? [] [] [][]
– nos últimos 30 dias, codifique quaisquer dias 0 → P10

- Você (já): A. B. C. Qtos
 Na vida 30 Dias dias atrás
- P10. Sentiu-se ansioso, nervoso ou preocupado a maior parte do dia (quase todos os dias por pelo menos 2 semanas seguidas)? – para os últimos 30 dias, codifique quaisquer dias 0 → P11 [] [] [][]
- P11. Teve alucinações? – viu ou ouviu coisas que outras pessoas não viram ou ouviram [] [] [][]
0 → P12 0 → P12
- P12. Teve dificuldade para pensar/ concentrar-se, compreender ou lembrar, ao ponto disso lhe causar problemas? [] [] [][]
0 → P13 0 → P13
- P13. (Desde os 18 anos) Teve dificuldade para controlar seu temperamento, ou seus impulsos de bater ou ferir alguém? [] [] [][]
0 → P14 0 → P14
- P14. (Desde os 18 anos) Empurrou, bateu, atirou coisas ou usou armas contra alguém? [] [] [][]
0 → P15 0 → P15
- P15. Teve pensamentos sérios sobre suicídio (ou sobre se matar)? [] [] [][]
0 → P16 0 → P16
- P16. Tentou o suicídio (se matar)? [] [] [][]
0 → P17 0 → P17
- P17. Passou por outro problema psicológico ou psiquiátrico não mencionado ainda? ex. transtorno alimentar, mania, etc. [] [] [][]

Especifique: _____

[NOTA: Se todas P9 – P17 são 0 – Não, i.e. sem sintomas ou problemas psiquiátricos nos últimos 30 dias, pule para P21]

(P18 – P20) Nos últimos 30 dias: – exclua P8 (problemas com o sono) para P18 – P21

- P18. Quantos dias você teve esses problemas psicológicos ou psiquiátricos? [][]
Dias
- P19. Quantos dias você esteve incapaz de exercer as suas atividades normais por causa dos problemas psicológicos ou sintomas psiquiátricos? [][]
Dias
- P20. Quão preocupado ou incomodado você tem estado com esses problemas psicológicos ou psiquiátricos?
0 – Nada 3 – Consideravelmente
1 – Levemente 4 – Extremamente
2 – Moderadamente []
- P21. Neste momento, quão importante é para você o tratamento (atual ou adicional) para problemas psicológicos / psiquiátricos?
0 – Nada 3 – Consideravelmente
1 – Levemente 4 – Extremamente
2 – Moderadamente []

G15. Hora de Término: [][] [][]

Comentários: _____

ASI6

Taxa global de confiabilidade do entrevistado / Validade da entrevista e dos escores:

Leve em conta a aparente capacidade e disposição do respondente para entender as questões, fornecer estimativas precisas e pensadas, além de responder honestamente. No geral, o respondente forneceu informação que é:

1 – Ruim, **2 – Satisfatória,** **3 – Boa**

Ruim: Muitos itens são provavelmente imprecisos, foram recusados, e/ou o perfil das respostas é contraditório ou sem sentido.

Satisfatória: Numerosas aparentes imprecisões, recusas, e ou inconsistências, mas o perfil geral das respostas parece razoável, exceto em 1 ou 2 áreas-problema (sub-escalas) do instrumento (ASI6).

Boa: Algumas/poucas imprecisões aparentes, recusas e/ou inconsistências, mas o perfil geral das respostas parece avaliar bem o respondente.

Lista de Álcool e Outras Drogas

Álcool – cerveja, vinho, “coolers”, destilados, licores, absinto, bira, birita, cachaça, caipirinha, cana, caninha, chope, conhaque, gin, graspa, licor, martini, run, tequila, vinho, vodka, whisky e demais bebidas alcoólicas.

Maconha – cannabis, haxixe, THC (delta-9-tetrahydrocannabinol), *Cannabis sativa* (latim), erva, baura, bolo, fumo, pega, ponta, beck, baseado, bagulho, breu, fino, marijuana, mary jane, verdinha, pasto, perna de grilo, grama, capim, dar um tapa, tapão, hemp, dólar, pacau, bhong, bong (persa), ganja (Jamaica), cânhamo (espanhol), charas (oriente), bomba, bob marley, bunfa, chá, cachimbo da paz, camarão, cangonha, canjinha, capucheta, carne-seca, caroço, coisa, come-e-dorme, erva-do-diabo, cigarrinho do capeta, jacuzinha, madeira, maluquinha, manga-rosa, preta. AMP, Skunk, skank (maconha “de laboratório”, “supermaconha”).

Sedativos – Barbitúricos – Gardenal, Seconal, Nembutal, Tiopental, Fenobarbital, Fenocris, Edhanol, Fenitoína, Dialudon, Epelin, Fenital, Hidantal. Benzodiazepínicos – diazepam (Valium, Calmociteno, Daizefast, Dienpax, Noan, Valix, Compaz, Somaplust, Ansilive, Letansil), clobazam (Frisium, Urbanil), clonazepam (Clonotril, Clonazepam, Rivotril), clordiazepóxido (Limbital, Psicosedin, Menotensil), cloxazolam (Clozal, Elum, Olcadil), alprazolam (Altrox, Aprax, Alpraz, Frontal, Tranquinal, Xanax, Mesmerin), lorazepam (Lorazefast, Lorazepam, Lorax, Mesmerin, Ativan, Lorium), flunitrazepam (Rohypnol), flurazepam (Dalmadorm, Dalmane), bromazepam (Lexotan, Bromopirin, Bromoxon, Brozepax, Deptran, Lexfast, Neurilan, Novazepan, Relaxil, Somalium, Sulpan, Unibromazepam, Nervium), midazolam (Dormonid, Dormium, Dormire), nitrazepam (Nitrazepol, Sonebon), oxazepam (Serax), triazolam (Halcion).

Cocaína / Crack – pó, branca, branquinha, farinha, coca, epadu, neve, brisola, bright, brilho, pico, basuko, pedaço, ratatá, tiro, carreira, tema, material, cor, perigo, nóia, poeira, novidade, cheiro, bianca, brisa, talco, pamonha, cristina, priza, osso moído, osso do diabo, papel, “crack”, free-base, rock, pedra, stone, macaquinho, merla, mel, melado.

Estimulantes – anfetaminas, bolinhas, boleta, Dualid, Hipofagin, Inibex, Ritalina, Preludin, rebites, femproporex, anfepramona, Moderine, Fluril e Fluramina Adderall, Dexedrine (dexfenfluramina), Cylert (pemolide); Absten, Dobsix e Fagolipo (mazindol). Metanfetaminas – crystal meth ou crystal, ice, monster, crank, chalk, speed, meth, glass, droga “dos internautas”, pílula do vento” ou “pílula do medo”.

Alucinógenos – LSD, ácido, bad trips, selo, selinho, PCP, “pó de anjo”, mescalina, psilocibina, cogumelos, MDMA, Ecstasy, “X”, “green”, Ayahuasca (Chá do Santo Daime, yajé, caapi, vinho de Deus), 2CB (4-bromo-2,5-dimetoxifenetilamina) e 2-CT-7 (2,5-dimetoxi-4(n)-propiltiofenetilamina), 4MTA (metiltioanfetamina), PMA (para-metoxianfetamina) e PMMA (para-metoximetilanfetamina), “Mitsubish”.

Heroína – cavalo, cavalo branco, horse, smack, tar, black, tan, marrom, brown stone, brown sugar, açúcar, açúcar mascavo, cavalete, chnouk, H, heroa, pó, poeira, castanha, merda, bomba, veneno, burra, gold, bacalhau, elixir, baque, cocada preta.

Outros Opióides – Demerol, ópio, codeína, petidina, percocet/percodan, darvon/darvocet, xaropes (elixir paregórico), morfina (dimorf), metadona (metadon), etorfina, levorfanol, fentanil, sufentanil, butorfanol, buprenorfina (temgesic), naloxona (narcana), naltrexona (revia), diprenorfina, β -funaltrexamina, naloxonazina, nalorfina, pentazocina, nalbufina (nubain), dinorfina, tramadol (anangor, dorless, sylador, timasen, tramadon, tramal, zamadol), meperidina (dolantina, dolosal, dornot), propoxifeno, ópio, naltrindol, bremazocina, DAMGO, CTPO, DPDPE, DSLET, LAAM.

Inalantes – cola, óxido nítrico (gás do riso), solventes, gasolina, tintas, tiner, sprays de tinta, desodorante, lança-perfume, detergentes, gás de isqueiro, acetona, cheirinho, cheirinho da loló, loló, cimento de borracha, cimento, PVC, cola de avião, cola de sapateiro, esmalte, gasolina, tinta spray, vernizes.

Outros – Esteróides e anabolizantes, pílulas para dieta ou sono sem prescrição, ketamina ou “special K” ou Vitamina K, GHB & GLB ou GHB (sopa) – é um depressor. Incluir medicações desconhecidas.

Principais Grupos de Ocupação

- 1 – Especialidades Profissionais e Ocupações Técnicas**
(ex. engenheiros, cientistas da computação, cientistas naturais e sociais, profissionais da área da saúde, trabalhadores sociais e religiosos, professores, advogados, artistas e atletas)
- 2 – Ocupações Executivas, Administrativas e Gerenciais**
(ex. chefes executivos, diretores, gerentes, contadores)
- 3 – Ocupações de Venda**
(ex. corretores de seguro e imóveis, representantes comerciais, varejista, caixa de banco/supermercado)
- 4 – Ocupações de Apoio Administrativo e de Escritório**
(ex. supervisores, operadores de computador, secretárias, recepcionistas, balconistas, despachantes, avaliador de seguros, funcionário de banco, ajudantes de professores)
- 5 – Ocupações de Produção de Precisão, Manufatura e Conserto**
(ex. mecânicos, reparador de equipamentos, pedreiros, colocador de tapetes, eletricitas, pintores, colocadores de telhado, metalúrgicos, estofadores, açougueiro, padeiro, montadores de equipamentos eletrônicos, calibrador, operadores de sistema hidráulicos)
- 6 – Operadores de Máquinas, Montadores e Inspetores**
(ex. operador de máquina têxtil, metal, plástico, madeira, soldador, cortador, montadores, checadores, separador)
- 7 – Ocupações de Transporte e Mudança**
(ex. motoristas de todos os tipos, atendentes de estacionamento, operador de guindaste e gruas, marinheiros e taifeiros (ajudante de convés))
- 8 – Serviços Gerais, Limpeza de Equipamentos, Auxiliar e Operário**
(ex. pescadores, jardineiros, silvicultores (madeireiros), lenhadores, ajudantes de mecânico, auxiliares de construção e produção, garis (lixeiros), estoquistas e empacotadores)
- 9 – Ocupações de Serviço, exceto Empregados Domésticos**
(ex. serviços de proteção – bombeiros, policiais, guardas; serviços alimentícios – cozinheiros; auxiliar contábil, assistentes de balcão (atendentes); serviços de saúde – assistentes de dentista, auxiliares de enfermagem, serventes de hospital; serviços de limpeza e construção – zeladores, empregados e seus supervisores; serviços pessoais – barbeiros, lanterninhas de cinema, auxiliares de serviço social ou previdência social, recreacionistas, porteiros e seus supervisores)
- 10 – Fazendeiro ou Gerente/Administrador de Fazenda**
- 11 – Trabalhadores Rurais**
- 12 – Militar**
- 13 – Empregados Domésticos**
(ex. babás, mordomo, governanta, empregada doméstica,...)
- 14 – Outra**

Escala de Intensidade

0 – Nada

1 – Levemente

2 – Moderadamente

3 – Consideravelmente

4 – Extremamente

Anexo 1 - Parental Bonding Instrument, versão para o português brasileiro

Este questionário lista várias atitudes e comportamentos dos pais. Conforme você se lembra da sua MÃE/PAI até os seus 16 anos, faça uma marca no parêntese mais apropriado ao lado de cada afirmativa.

	Muito parecido	Moderadamente parecido	Moderadamente diferente	Muito diferente
Falava comigo com uma voz meiga e amigável	()	()	()	()
Não me ajudava tanto quanto eu necessitava	()	()	()	()
Deixava-me fazer as coisas que eu gostava de fazer	()	()	()	()
Parecia emocionalmente frio(a) comigo	()	()	()	()
Parecia compreender meus problemas e preocupações	()	()	()	()
Era carinhoso(a) comigo	()	()	()	()
Gostava que eu tomasse minhas próprias decisões	()	()	()	()
Não queria que eu crescesse	()	()	()	()
Tentava controlar todas as coisas que eu fazia	()	()	()	()
Invadia minha privacidade	()	()	()	()
Gostava de conversar sobre as coisas comigo	()	()	()	()
Freqüentemente sorria para mim	()	()	()	()
Tendia a me tratar como bebê	()	()	()	()
Parecia não entender o que eu necessitava ou queria	()	()	()	()
Deixava que eu decidisse coisas por mim mesmo	()	()	()	()
Fazia com que eu sentisse que não era querido(a)	()	()	()	()
Podia me fazer sentir melhor quando eu estava chateado	()	()	()	()
Não conversava muito comigo	()	()	()	()
Tentava me fazer dependente dele(a)	()	()	()	()
Ele(a) sentia que eu não poderia cuidar de mim mesmo, a menos que ele(a) estivesse por perto	()	()	()	()
Dava-me tanta liberdade quanto eu queria	()	()	()	()
Deixava-me sair tão freqüentemente quanto eu queria	()	()	()	()
Era superprotetor(a) comigo	()	()	()	()
Não me elogiava	()	()	()	()
Deixava-me vestir de qualquer jeito que eu desejasse	()	()	()	()

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, 2000, Sheehan DV & Lecrubier Y.

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

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

INSTRUÇÕES GERAIS

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

- **Entrevista:**

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

- **Apresentação:**

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

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

- **Convenções:**

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

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

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

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

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

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

- **Instruções de cotação :**

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

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

Não levar em conta os sintomas imputáveis a uma doença física, ou ao uso de medicamentos, droga ou álcool.

A. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR

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

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

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

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

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

NÃO SIM *

**EPISÓDIO
DEPRESSIVO MAIOR
ATUAL**

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

- | | | | | | |
|-----|---|-----|-----|-----|----|
| A5a | Ao longo da sua vida, teve outros períodos de 2 semanas ou mais, em que se sentiu deprimido (a) ou sem interesse pela maioria das coisas e durante os quais teve os problemas dos quais falamos [SINTOMAS EXPLORADOS DE A3a à A3g]? | → | NÃO | SIM | 10 |
| b | Entre esses períodos de depressão que apresentou ao longo de sua vida, alguma vez teve um intervalo de pelo menos 2 meses em que não apresentou nenhum problema de depressão ou de perda de interesse? | NÃO | SIM | 11 | |

A5b É COTADA SIM?

NÃO SIM

**EPISÓDIO
DEPRESSIVO
MAIOR RECORRENTE**

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

B. TRANSTORNO DISTÍMICO

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

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

B1	Durante os últimos 2 anos, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), a maior parte do tempo ?	→ NÃO	SIM	20
----	--	----------	-----	----

B2	Ao longo desse período, sentiu-se bem durante 2 meses ou mais?	NÃO	→ SIM	21
----	--	-----	----------	----

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

a	O seu apetite mudou de forma significativa?	NÃO	SIM	22
---	---	-----	-----	----

b	Tem problemas de sono ou dorme demais?	NÃO	SIM	23
---	--	-----	-----	----

c	Sente-se cansado ou sem energia?	NÃO	SIM	24
---	----------------------------------	-----	-----	----

d	Perdeu a autoconfiança?	NÃO	SIM	25
---	-------------------------	-----	-----	----

e	Tem dificuldade de concentrar-se ou de tomar decisões?	NÃO	SIM	26
---	--	-----	-----	----

f	Sente-se sem esperança?	NÃO	SIM	27
---	-------------------------	-----	-----	----

HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS “SIM” EM B3?

→ NÃO	SIM
----------	-----

B4	Esses problemas causam - lhe um sofrimento importante ou perturbam de maneira significativa seu trabalho, suas relações sociais, ou outras áreas importantes ?	→ NÃO	SIM	28
----	--	----------	-----	----

B4 É COTADA SIM?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DISTÍMICO ATUAL	

C. RISCO DE SUICÍDIO

Durante o último mês:

Pontos

C1	Pensou que seria melhor estar morto (a) ou desejou estar morto (a)?	NÃO	SIM	1
C2	Quis fazer mal a si mesmo (a)?	NÃO	SIM	2
C3	Pensou em suicídio?	NÃO	SIM	6
C4	Pensou numa maneira de se suicidar?	NÃO	SIM	10
C5	Tentou o suicídio?	NÃO	SIM	10

Ao longo da sua vida:

C6	Já fez alguma tentativa de suicídio?	NÃO	SIM	4
----	--------------------------------------	-----	-----	---

HÁ PELO MENOS UM "SIM" DE C1 À C6?

SE SIM, SOMAR O NÚMERO TOTAL DE PONTOS DAS QUESTÕES COTADAS SIM DE C1 - C6 E ESPECIFICAR O RISCO DE SUICÍDIO ATUAL COMO SE SEGUE:

NÃO	SIM
RISCO DE SUICÍDIO	
ATUAL	
1-5 pontos	Baixo <input type="checkbox"/>
6-9 pontos	Moderado <input type="checkbox"/>
≥ 10 pontos	Alto <input type="checkbox"/>

D. EPISÓDIO (HIPO) MANÍACO

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

D1 a	Alguma vez teve um período em que se sentia tão eufórico(a) ou cheio(a) de energia que isso lhe causou problemas, ou em que as pessoas à sua volta pensaram que não estava no seu estado habitual ? (NÃO CONSIDERAR PERÍODOS QUE OCORREM APENAS SOB O EFEITO DE DROGAS OU ÁLCOOL)	NÃO	SIM	1
	SE O(A) ENTREVISTADO(A) NÃO COMPREENDE O SIGNIFICADO DE “EUFÓRICO” OU “CHEIO DE ENERGIA”, EXPLICAR DA SEGUINTE MANEIRA: Por eufórico ou cheio de energia, quero dizer estar excessivamente ativo(a), excitado(a), ter menos necessidade de dormir, ter pensamentos rápidos, estar cheio(a) de idéias ou extremamente motivado(a) ou criativo(a) ou extremamente impulsivo(a).	NÃO	SIM	2
b	SE D1a = SIM: Sente-se, atualmente, eufórico (a) ou cheio (a) de energia?			
D2 a	Alguma vez teve um período em que, por vários dias, estava tão irritável que insultava as pessoas, gritava ou chegava até a brigar com quem não era de sua família? Você mesmo ou alguém achou que você estava mais irritável ou hiperativo(a), comparado(a) a outras pessoas, mesmo em situações em que isso lhe parecia justificável ? (NÃO CONSIDERAR OS PERÍODOS QUE OCORREM APENAS SOB O EFEITO DE DROGAS OU ÁLCOOL)	NÃO	SIM	3
	SE D2a = SIM:			
b	Sente-se, continuamente irritável atualmente?	NÃO	SIM	4
	D1a OU D2a SÃO COTADAS “SIM”?	→ NÃO	SIM	
D3	SE D1b OU D2b = “SIM”: EXPLORAR O EPISÓDIO ATUAL SE D1b E D2b = “NÃO”: EXPLORAR O EPISÓDIO MAIS GRAVE			
	Quando se sentiu mais eufórico (a), cheio(a) de energia ou mais irritável :			
a	Tinha a sensação que podia fazer coisas que os outros seriam incapazes de fazer ou que você era alguém especialmente importante?	NÃO	SIM	5
b	Tinha menos necessidade de dormir do que costume (por ex., sentia-se repousado (a) com apenas poucas horas de sono)?	NÃO	SIM	6
c	Falava sem parar ou tão rapidamente que as pessoas não conseguiam compreendê-lo (a)?	NÃO	SIM	7
d	Os pensamentos corriam tão rapidamente na sua cabeça que não conseguia acompanhá-los?	NÃO	SIM	8
e	Distraía-se com tanta facilidade que a menor interrupção o fazia perder o fio daquilo que estava fazendo ou pensando?	NÃO	SIM	9
f	Estava tão ativo (a) e agitado (a) que as outras pessoas se preocupavam por sua causa?	NÃO	SIM	10
g	Desejava tanto fazer coisas que lhe pareciam agradáveis ou tentadoras que não pensava nos riscos ou nos problemas que isso poderia causar (gastar demais, dirigir de forma imprudente, ter uma atividade sexual pouco habitual para você...)?	NÃO	SIM	11
	HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM D3 OU 4 SE D1a = “NÃO” (EPISÓDIO PASSADO) OU D1b = “NÃO” (EPISÓDIO ATUAL)?	→ NÃO	SIM	

D4 Esses problemas dos quais acabamos de falar já duraram pelo menos uma semana E lhe Causaram dificuldades em casa, no trabalho / na escola ou nas suas relações sociais OU você foi hospitalizado (a) por causa desses problemas? NÃO SIM 12
COTAR **SIM**, SE **SIM** NUM CASO OU NO OUTRO.

D4 É COTADA “NÃO”?

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

NÃO	SIM
EPISÓDIO HIPOMANÍACO	
Atual	<input type="checkbox"/>
Passado	<input type="checkbox"/>

D4 É COTADA “SIM” ?

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

NÃO	SIM
EPISÓDIO MANÍACO	
Atual	<input type="checkbox"/>
Passado	<input type="checkbox"/>

E. TRANSTORNO DE PÂNICO

→ SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE PARA E5, ASSINALAR NÃO E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE.

E1	a	Alguma vez teve episódios repetidos durante os quais se sentiu subitamente muito ansioso (a), muito desconfortável ou assustado (a), mesmo em situações em que a maioria das pessoas não se sentiria assim?	→ NÃO	SIM	1				
	b	SE SIM: Estes episódios de ansiedade atingiam sua intensidade máxima em menos de 10 minutos?	→ NÃO	SIM	2				
E2		Alguns desses episódios de ansiedade, mesmo há muito tempo, foram imprevisíveis ou ocorreram sem que nada os provocasse/ sem motivo?	→ NÃO	SIM	3				
E3		Após um ou vários desses episódios, já houve um período de pelo menos um mês durante o qual teve medo de ter outros episódios ou estava preocupado (a) com as suas possíveis conseqüências?	NÃO	SIM	4				
E4		Durante o episódio em que se sentiu pior:							
	a	Teve palpitações ou o seu coração bateu muito rápido?	NÃO	SIM	5				
	b	Transpirou ou ficou com as mãos úmidas?	NÃO	SIM	6				
	c	Teve tremores ou contrações musculares?	NÃO	SIM	7				
	d	Teve dificuldade para respirar ou sentiu-se abafado (a)?	NÃO	SIM	8				
	e	Teve a impressão de sufocar ou de ter um nó na garganta?	NÃO	SIM	9				
	f	Sentiu dor ou aperto ou desconforto no peito?	NÃO	SIM	10				
	g	Teve náuseas, problemas de estômago ou diarreia repentina?	NÃO	SIM	11				
	h	Sentiu-se tonto (a), com vertigens ou a ponto de desmaiar?	NÃO	SIM	12				
	i	Teve a impressão que as coisas à sua volta eram estranhas ou irreais ou sentiu-se Como que desligado (a) do todo ou de uma parte do seu corpo?	NÃO	SIM	13				
	j	Teve medo de enlouquecer ou de perder o controle?	NÃO	SIM	14				
	k	Teve medo de morrer?	NÃO	SIM	15				
	l	Teve dormências ou formigamentos no corpo?	NÃO	SIM	16				
	m	Teve ondas de frio ou de calor?	NÃO	SIM	17				
E5		E3 = SIM E HÁ PELO MENOS 4 RESPOSTAS "SIM" EM E4?	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>NÃO</td> <td>SIM</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Transtorno de pânico vida</td> </tr> </tbody> </table>			NÃO	SIM	Transtorno de pânico vida	
NÃO	SIM								
Transtorno de pânico vida									
E6		SE E5 = "NÃO", HÁ PELO MENOS UMA RESPOSTA "SIM" EM E4? SE E6 = "SIM", PASSAR A F1.	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>NÃO</td> <td>SIM</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Ataques</td> </tr> </tbody> </table>			NÃO	SIM	Ataques	
NÃO	SIM								
Ataques									
E7		Durante o último mês, teve pelo menos 2 desses episódios de ansiedade, seguidos de um medo constante de ter outro episódio?	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>NÃO</td> <td>SIM</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Transtorno de Pânico atual</td> </tr> </tbody> </table>			NÃO	SIM	Transtorno de Pânico atual	
NÃO	SIM								
Transtorno de Pânico atual									

F. AGORAFOBIA

F1	Sente-se particularmente ansioso (a) ou desconfortável em lugares ou em situações das quais é difícil ou embaraçoso escapar ou, ainda, em que é difícil ter ajuda como estar numa multidão, esperando numa fila, longe de casa ou sozinho (a) em casa, atravessando uma ponte, dentro de um ônibus, de um carro ou de um avião?	NÃO	SIM	19
----	---	-----	-----	----

SE **F1** = “**NÃO**”, COTAR “**NÃO**” EM F2.

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

Agorafobia Atual

F2 (Agorafobia Atual) É COTADA “**NÃO**”
e
E7 (Transtorno de Pânico Atual) É COTADA “**SIM**”?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DE PÂNICO sem Agorafobia ATUAL	

F2 (Agorafobia Atual) É COTADA “**SIM**”
e
E7 (Transtorno de Pânico Atual) É COTADA “**SIM**”?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DE PÂNICO com Agorafobia ATUAL	

F2 (Agorafobia Atual) É COTADA “**SIM**”
e
E5 (Transtorno de Pânico Vida Inteira) É COTADA “**NÃO**”?

NÃO	SIM
AGORAFOBIA sem história de Transtorno de Pânico ATUAL	

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

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

G1	Durante o último mês, teve medo ou sentiu-se incomodado(a) por estar no centro das atenções, teve medo de ser humilhado(a) em algumas situações sociais; por exemplo, quando devia falar diante de um grupo de pessoas, ou comer com outras pessoas ou em locais públicos, ou escrever quando alguém estava olhando ?	→ NÃO	SIM	1
G2	Acha que esse medo é excessivo ou injustificado?	→ NÃO	SIM	2
G3	Tem tanto medo dessas situações sociais que, na prática, as evita ou sente um intenso mal-estar quando as enfrenta?	→ NÃO	SIM	3
G4	Esse medo causa-lhe um sofrimento importante ou perturba de forma significativa seu trabalho ou suas relações sociais?	NÃO	SIM	4

G4 É COTADA “SIM”?

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

H. TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO

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

H1	Durante o último mês, teve, com frequência, pensamentos/idéias ou impulsos ou imagens desagradáveis, inapropriados ou angustiantes que voltavam repetidamente à sua mente, mesmo não querendo? (por exemplo, a idéia de que estava sujo(a) ou que tinha micróbios ou medo de contaminar os outros ou de agredir alguém mesmo contra a sua vontade ou de agir impulsivamente ou medo ou superstição de ser responsável por coisas ruins ou ainda de ser invadido por idéias/ imagens sexuais ou religiosas repetitivas, dúvidas incontroláveis ou uma necessidade de colecionar ou ordenar as coisas?)	NÃO SIM → Passar a H4	1
----	--	--------------------------------------	---

Não levar em consideração preocupações excessivas com problemas REAIS da vida Cotidiana, nem as obsessões ligadas à perturbação do comportamento alimentar, desvios sexuais, jogo patológico, abuso de drogas ou álcool, porque o(A) ENTREVISTADO(A) pode TER prazer COM ESSAS EXPERIÊNCIAS e desejar resistir A ELAS apenas POR suas conseqÜências negativas.

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

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

obsess

H4	Durante o último mês, teve, com frequência, a necessidade de fazer certas coisas sem parar, sem poder impedir-se de fazê-las, como lavar as mãos muitas vezes, contar ou verificar as coisas sem parar, arrumá-las, colecioná-las ou fazer rituais religiosos?	NÃO SIM	4
----	--	--------------	---

compuls

H3 OU H4 SÃO COTADAS “SIM”?

→
NÃO SIM

H5	Pensa que essas idéias invasivas e/ou comportamentos repetitivos são irracionais, absurdos (as) ou exagerados (as) ?	→ NÃO SIM	5
----	--	-------------------	---

H6	Essas idéias invasivas e/ou comportamentos repetitivos perturbam de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas, suas relações sociais ou tomam mais de uma hora por dia do seu tempo?	NÃO SIM	6
----	---	--------------	---

H6 É COTADA “SIM”?

NÃO	SIM
TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO ATUAL	

I. TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO (opcional)

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

I1	Alguma vez viveu ou presenciou ou teve que enfrentar um acontecimento extremamente traumático, no decorrer do qual morreram pessoas, ou você mesmo e/ou outros foram ameaçados de morte ou foram gravemente feridos ou atingidos na sua integridade física? EXEMPLOS DE CONTEXTOS TRAUMÁTICOS: ACIDENTE GRAVE, AGRESSÃO, ESTUPRO, ASSALTO A MÃO ARMADA, SEQÜESTRO, RAPTO, INCÊNDIO, DESCOBERTA DE CADÁVER, MORTE SÚBITA NO MEIO EM QUE VIVE, GUERRA, CATÁSTROFE NATURAL...	→ NÃO	SIM	1
I2	Durante o último mês, pensou freqüentemente nesse acontecimento de forma penosa ou sonhou com ele ou freqüentemente teve a impressão de revivê-lo?	→ NÃO	SIM	2
I3	Durante o último mês:			
a	Tentou não pensar nesse acontecimento ou evitou tudo o que pudesse fazê-lo(a) lembrar-se dele?	NÃO	SIM	3
b	Teve dificuldades de lembrar-se exatamente do que se passou?	NÃO	SIM	4
c	Perdeu o interesse pelas coisas das quais gostava antes?	NÃO	SIM	5
d	Sentiu-se desligado (a) de tudo ou teve a impressão de se ter tornado um(a) estranho(a) em relação aos outros?	NÃO	SIM	6
e	Teve dificuldade de sentir as coisas, como se não fosse mais capaz de amar?	NÃO	SIM	7
f	Teve a impressão de que a sua vida não seria nunca mais a mesma, ou que morreria mais cedo do que as outras pessoas?	NÃO	SIM	8
	HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS “SIM” EM I3?	→ NÃO	SIM	
I4	Durante o último mês:			
a	Teve dificuldade de dormir?	NÃO	SM	9
b	Estava particularmente irritável, teve explosões de raiva facilmente?	NÃO	SIM	10
c	Teve dificuldades de se concentrar?	NÃO	SIM	11
d	Estava nervoso (a), constantemente alerta?	NÃO	SIM	12
e	Ficava sobressaltado (a) por quase nada?	NÃO	SIM	13
	HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS “SIM” EM I4?	→ NÃO	SIM	
I5	Durante o último mês, esses problemas perturbaram de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas ou suas relações sociais?	NÃO	SIM	14

15 É COTADA SIM?

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

J. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE ÁLCOOL

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

J1	Nos últimos 12 meses , em três ou mais ocasiões você bebeu pelo menos cinco latas de cerveja ou uma garrafa de vinho ou três doses de uma bebida alcoólica forte (pinga, caipirinha, conhaque, vodka, whisky...), num período de três horas?	→ NÃO	SIM	1
----	---	----------	-----	---

J2 Nos últimos 12 meses:

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

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM J2?

NÃO	SIM
DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL ATUAL	

J3 Durante os últimos 12 meses:

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

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM J2?

NÃO	SIM
ABUSO DE ÁLCOOL ATUAL	

K. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE SUBSTÂNCIAS (NÃO ALCOÓLICAS)

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

K1 Agora, vou lhe mostrar / ler (MOSTRAR A LISTA DAS SUBSTÂNCIAS / LER A LISTA ABAIXO) uma lista de drogas e de medicamentos e gostaria que me dissesse se, durante os últimos 12 meses, usou várias vezes uma destas substâncias para se sentir melhor, para mudar o seu estado de humor ou para ficar “de cabeça feita / chapado(a)”?

→
NÃO SIM

ENVOLVER COM UM CÍRCULO CADA SUBTÂNCIA CONSUMIDA

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

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

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

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

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

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

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

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

Toma outras substâncias?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA (S) MAIS CONSUMIDA (S): _____

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

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

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

Substância 1:

- a Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] para obter o mesmo efeito? NÃO SIM 1
- b Quando usava menos ou parava de consumir [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], tinha problemas como dores, tremores, febre, fraqueza, diarreia, náuseas, suores, aceleração do coração, dificuldade de dormir ou sentir-se agitado(a), ansioso (a), irritável ou deprimido (a) ?
Ou você tomava qualquer outra coisa para evitar esses problemas ou para se sentir melhor?
COTAR “SIM”, SE RESPOSTA “SIM” NUM CASO OU NO OUTRO. NÃO SIM 2
- c Quando começava a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], freqüentemente consumia mais do que pretendia? NÃO SIM 3
- d Tentou, sem conseguir, diminuir ou parar de usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA]? NÃO SIM 4
- e Nos dias em que usava [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], passava mais de 2 horas tentando conseguir a(s) droga(s), se drogando, ou se recuperando dos efeitos do(a) [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], ou ainda pensando nessas drogas ? NÃO SIM 5

- | | | | | |
|---|---|-----|-----|---|
| f | Reduziu as suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os amigos ou a família por causa da(s) droga(s)? | NÃO | SIM | 6 |
| g | Continuou a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] mesmo sabendo que esta(s) lhe causava(m) problemas de saúde ou problemas psicológicos? | NÃO | SIM | 7 |

Substância 2:

- | | | | | |
|---|--|-----|-----|---|
| a | Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] para obter o mesmo efeito? | NÃO | SIM | 1 |
| b | Quando usava menos ou parava de consumir [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], tinha problemas como dores, tremores, febre, fraqueza, diarreia, náuseas, suores, aceleração do coração, dificuldade de dormir ou sentir-se agitado(a), ansioso (a), irritável ou deprimido (a) ?
Ou você tomava qualquer outra coisa para evitar esses problemas ou para se sentir melhor?
COTAR “SIM”, SE RESPOSTA “SIM” NUM CASO OU NO OUTRO. | NÃO | SIM | 2 |
| c | Quando começava a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], freqüentemente consumia mais do que pretendia? | NÃO | SIM | 3 |
| d | Tentou, sem conseguir, diminuir ou parar de usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA]? | NÃO | SIM | 4 |
| e | Nos dias em que usava [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], passava mais de 2 horas tentando conseguir a(s) droga(s), se drogando, ou se recuperando dos efeitos do(a) [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], ou ainda pensando nessas drogas ? | NÃO | SIM | 5 |
| f | Reduziu as suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os amigos ou a família por causa da(s) droga(s)? | NÃO | SIM | 6 |
| g | Continuou a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] mesmo sabendo que esta(s) lhe causava(m) problemas de saúde ou problemas psicológicos? | NÃO | SIM | 7 |

Substância 3:

- | | | | | |
|---|--|-----|-----|---|
| a | Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] para obter o mesmo efeito? | NÃO | SIM | 1 |
| b | Quando usava menos ou parava de consumir [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], tinha problemas como dores, tremores, febre, fraqueza, diarreia, náuseas, suores, aceleração do coração, dificuldade de dormir ou sentir-se agitado(a), ansioso (a), irritável ou deprimido (a) ?
Ou você tomava qualquer outra coisa para evitar esses problemas ou para se sentir melhor?
COTAR “SIM”, SE RESPOSTA “SIM” NUM CASO OU NO OUTRO. | NÃO | SIM | 2 |
| c | Quando começava a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], freqüentemente consumia mais do que pretendia? | NÃO | SIM | 3 |
| d | Tentou, sem conseguir, diminuir ou parar de usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA]? | NÃO | SIM | 4 |
| e | Nos dias em que usava [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], passava mais de 2 horas tentando conseguir a(s) droga(s), se drogando, ou se recuperando dos efeitos do(a) [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], ou ainda pensando nessas drogas ? | NÃO | SIM | 5 |
| f | Reduziu as suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os amigos ou a família por causa da(s) droga(s)? | NÃO | SIM | 6 |
| g | Continuou a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] mesmo sabendo que esta(s) lhe causava(m) problemas de saúde ou problemas psicológicos? | NÃO | SIM | 7 |

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM K2 ?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S):

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

K3 Durante os últimos 12 meses:

- a Por várias vezes ficou intoxicado ou “de cabeça feita / chapado (a)” com [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], quando tinha coisas para fazer no trabalho (/ na escola) ou em casa? Isso lhe causou problemas? NÃO SIM 8
COTAR "SIM" SOMENTE SE A INTOXICAÇÃO CAUSOU PROBLEMAS
- b Por várias vezes esteve sob o efeito de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA] em situações em que isso era fisicamente arriscado como dirigir, utilizar uma máquina ou um instrumento perigoso, etc... NÃO SIM 9
- c Por várias vezes teve problemas legais como uma interpelação ou uma condenação ou uma detenção porque tinha usado [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA]? NÃO SIM 10
- d Continuou a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA] mesmo sabendo que esta(s) droga(s) lhe causava(m) problemas com os seus familiares ou com outras pessoas? NÃO SIM 11

HÁ PELO MENOS 1 "SIM" EM K3?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S):

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

L. SÍNDROME PSICÓTICA

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

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

AVALIAR SE OS SINTOMAS DESCRITOS APRESENTAM OU NÃO CARACTERÍSTICAS “BIZARRAS” E COTAR A ALTERNATIVA APROPRIADA..

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

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

Agora vou fazer-lhe algumas perguntas sobre experiências pouco comuns ou estranhas que algumas pessoas podem ter.				BIZARR	
L1a	Alguma vez acreditou que alguém o (a) espionava ou estava conspirando contra você ou tentando lhe fazer mal?	NÃO	SIM	O	1
b	SE SIM: Atualmente acredita nisso?	NÃO	SIM	SIM SIM →L6a	2
L2a	Alguma vez acreditou que alguém podia ler ou ouvir os seus pensamentos ou que você podia ler ou ouvir os pensamentos de outra (s) pessoa (s)?	NÃO		SIM	3
b	SE SIM: Atualmente acredita nisso?	NÃO		SIM →L6a	4
L3a	Alguma vez acreditou que alguém ou alguma força exterior colocava, dentro da sua cabeça, pensamentos estranhos que não eram os seus ou o (a) fazia agir de uma maneira diferente do seu jeito habitual? Alguma vez acreditou que estava possuído (a)?	NÃO	SIM	SIM	5
b	SE SIM: Atualmente acredita nisso?	NÃO	SIM	SIM →L6a	6
L4a	Alguma vez acreditou que estava recebendo mensagens especiais através da televisão, do rádio ou do jornal ou teve a impressão de que alguém que não conhecia pessoalmente estava particularmente interessado em você?	NÃO	SIM	SIM	7
b	SE SIM: Atualmente acredita nisso?	NÃO	SIM	SIM →L6a	8
L5a	Alguma vez teve idéias que os seus familiares ou amigos achava estranho ou fora da realidade e que eles não compartilhavam com você? COTAR “ SIM ” APENAS SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA CLARAMENTE IDÉIAS DELIRANTES HIPOCONDRIACAS OU DE POSSESSÃO, DE CULPA, DE RUÍNA, DE GRANDEZA OU OUTRAS NÃO EXPLORADAS PELAS QUESTÕES DE L1 A L4	NÃO	SIM	SIM	9
b	SE SIM: Atualmente eles acham suas idéias estranhas?	NÃO	SIM	SIM	10
L6a	Alguma vez ouviu coisas que outras pessoas não podiam ouvir, como, por exemplo, vozes? COTAR “ SIM ” “ BIZARRO ” UNICAMENTE SE O(A) ENTREVISTADO(A) RESPONDE SIM À QUESTÃO: Estas vozes comentavam os seus pensamentos ou atos ou ouvia duas ou mais vozes falando entre elas?	NÃO	SIM	SIM	11
b	SE SIM: Ouviu essas coisas/ vozes no último mês?	NÃO	SIM	SIM →L8a	12

- L7a Alguma vez viu alguma coisa ou alguém que outras pessoas presentes não podiam ver, isto é, teve visões quando estava completamente acordado? NÃO SIM 13
COTAR “SIM” SE AS VISÕES SÃO CULTURALMENTE INAPROPRIADAS OU DESTOANTES. 14
- b SE SIM: Teve essas visões no último mês? NÃO SIM
- OBSERVAÇÕES DO CLÍNICO:
- L8b ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM DISCURSO CLARAMENTE INCOERENTE OU DESORGANIZADO OU APRESENTA UMA PERDA EVIDENTE DAS ASSOCIAÇÕES? NÃO SIM 15
- L9b ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM COMPORTAMENTO CLARAMENTE DESORGANIZADO OU CATATÔNICO? NÃO SIM 16
- L10b OS SINTOMAS NEGATIVOS TÍPICAMENTE ESQUIZOFRÊNICOS (EMBOTAMENTO AFETIVO, POBREZA DO DISCURSO, FALTA DE ENERGIA OU DE INTERESSE PARA INICIAR OU TERMINAR AS ATIVIDADES) SÃO PROEMINENTES DURANTE A ENTREVISTA? NÃO SIM 17

- L11 DE L1 A L10 HÁ PELO MENOS :
UMA QUESTÃO « b » COTADA “SIM” BIZARRO
OU
DUAS QUESTÕES « b » COTADAS “SIM” (NÃO BIZARRO) ?
- | | |
|--------------------|-----|
| NÃO | SIM |
| SÍNDROME PSICÓTICA | |
| ATUAL | |

- L12 DE L1 A L7 HÁ PELO MENOS:
UMA QUESTÃO « a » COTADA “SIM” BIZARRO
OU
DUAS QUESTÕES « a » COTADAS “SIM” (NÃO BIZARRO) ?
(VERIFICAR SE OS SINTOMAS OCORRERAM AO MESMO TEMPO)
OU
L11 É COTADA “SIM” ?
- | | |
|--------------------|-----|
| NÃO | SIM |
| SÍNDROME PSICÓTICA | |
| VIDA INTEIRA | |

- L13a SE L12 É COTADA “SIM” E SE HÁ PELO MENOS UM “SIM” DE L1 A L7:
O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA
UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL (A4 = SIM) OU PASSADO (A5b = SIM) → NÃO SIM
OU
UM EPISÓDIO MANÍACO ATUAL OU PASSADO (D4 = SIM) ?
- b SE L13a É COTADA “SIM”:
Você me disse, há pouco, que teve um (vários) período(s) em que se sentiu deprimido (a) / eufórico(a) / continuamente irritável.
Ao longo da sua vida, as idéias ou experiências das quais acabamos de falar, como (CITAR OS SINTOMAS COTADOS "SIM" DE L1 À L7) ocorreram **somente** durante esse(s) período(s) em que se sentia deprimido (a) / eufórico (a) / continuamente irritável ? → NÃO SIM 18

- c SE L13a É COTADA “SIM”:
- | | |
|---------------------------------------|-----|
| NÃO | SIM |
| TRANSTORNO DO HUMOR | |
| <i>com características psicóticas</i> | |
| ATUAL | |
- ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR (A4) OU UM EPISÓDIO MANÍACO (D4) ASSOCIADO A UMA SÍNDROME PSICÓTICA (L11) ?

d L13b OU L13c SÃO COTADAS “SIM”?

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

M. ANOREXIA NERVOSA

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

M1a	Qual é a sua altura ?	_ _ _ cm			
b	Nos últimos 3 meses, qual foi seu peso mais baixo ?	_ _ _ kg			
c	O PESO DO(A) ENTREVISTADO(A) É INFERIOR AO LIMITE CRÍTICO INDICADO PARA A SUA ALTURA ? (Ver TABELA DE CORRESPONDÊNCIA ABAIXO)	→ NÃO	SIM		1

Durante os últimos 3 meses:

M2	Tentou não engordar , embora pesasse pouco ?	→ NÃO	SIM		2
M3	Teve medo de ganhar peso ou de engordar demais, mesmo estando abaixo do seu peso normal ?	→ NÃO	SIM		3
M4a	Achou que era muito gordo(a) ou pensou que uma parte do seu corpo era muito gorda ?	NÃO	SIM		4
b	Sua opinião sobre si mesmo(a) ou a sua auto-estima foram muito influenciadas pelo seu peso ou por suas formas corporais ?	NÃO	SIM		5
c	Achou que o seu peso era normal ou até excessivo ?	NÃO	SIM		6
M5	HÁ PELO MENOS 1 "SIM" EM M4 ?	→ NÃO	SIM		
M6	APENAS PARA AS MULHERES: Nos últimos três meses sua menstruação não veio quando normalmente deveria ter vindo (na ausência de uma gravidez) ?	→ NÃO	SIM		7

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

NÃO	SIM
ANOREXIA NERVOSA	
ATUAL	

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

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

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

N. BULIMIA NERVOSA

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

N1	Nos últimos 3 meses, teve crises de “comer descontroladamente” durante as quais ingeriu quantidades enormes de alimentos num espaço de tempo limitado, isto é, em menos de 2 horas?	→ NÃO	SIM	8
N2	Durante os últimos 3 meses, teve crises de “comer descontroladamente” pelo menos duas vezes por semana ?	→ NÃO	SIM	9

N3	Durante essas crises de “comer descontroladamente” tem a impressão de não poder parar de comer ou de não poder limitar a quantidade de alimento que come ?	→ NÃO	SIM	10
----	--	----------	-----	----

N4	Para evitar engordar depois das crises de “comer descontroladamente”, faz coisas como provocar o vômito, dietas rigorosas, praticar exercícios físicos importantes, tomar laxantes, diuréticos ou medicamentos para tirar a fome ?	→ NÃO	SIM	11
----	--	----------	-----	----

N5	Sua opinião sobre si mesmo(a) ou a sua auto-estima são muito influenciadas pelo seu peso ou pelas suas formas corporais ?	→ NÃO	SIM	12
----	---	----------	-----	----

N6	O (A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UMA ANOREXIA NERVOSA (MÓDULO “M”)?	NÃO ↓	SIM	13
----	--	----------	-----	----

N7	Estas crises de “comer descontroladamente” ocorrem sempre que o seu peso é inferior a ____ Kg* ?	NÃO	SIM	14
----	---	-----	-----	----

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

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

NÃO	SIM
BULIMIA NERVOSA ATUAL	

N7 É COTADA "SIM" ?

NÃO	SIM
ANOREXIA NERVOSA tipo Compulsão Periódica / Purgativa ATUAL	

O. TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA

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

O1	a	Durante os últimos 6 meses, sentiu-se excessivamente preocupado (a), inquieto (a), ansioso (a) com relação a vários problemas da vida cotidiana (trabalho / escola, casa, familiares / amigos), ou teve a impressão ou lhe disseram que se preocupava demais com tudo ?	→ NÃO	SIM	1
	b	Teve essas preocupações quase todos os dias?	→ NÃO	SIM	2
		A ANSIEDADE DESCRITA É RESTRITA EXCLUSIVAMENTE A, OU MELHOR EXPLICADA POR QUALQUER OUTRO TRANSTORNO JÁ EXPLORADO ATÉ AQUI ? [POR EX, MEDO DE TER UM ATAQUE DE PÂNICO (TRANSTORNO DE PÂNICO), DE SER HUMILHADO EM PÚBLICO (FOBIA SOCIAL), DE SER CONTAMINADO (TOC), DE GANHAR PESO (ANOREXIA NERVOSA), ETC]..	→ NÃO	SIM	3
O2		Tem dificuldade em controlar essas preocupações (/ essa ansiedade) ou ela (s) o(a) impede(m) de se concentrar no que tem que fazer?	→ NÃO	SIM	4
		DE O3 A O3f COTAR “ NÃO ” SE OS SINTOMAS OCORREM EXCLUSIVAMENTE NO CONTEXTO DE QUALQUER OUTRO TRANSTORNO JÁ EXPLORADO ANTERIORMENTE			
O3		Nos últimos seis meses, quando se sentia excessivamente preocupado(a), inquieto(a), ansioso(a), quase todo o tempo:			
	a	Sentia –se agitado(a), tenso(a), com os nervos à flor da pele?	NÃO	SIM	4
	b	Tinha os músculos tensos?	NÃO	SIM	5
	c	Sentia-se cansado (a), fraco(a) ou facilmente exausto(a)?	NÃO	SIM	6
	d	Tinha dificuldade de se concentrar ou tinha esquecimentos / “brancos” ?	NÃO	SIM	7
	e	Sentia-se particularmente irritável ?	NÃO	SIM	8
	f	Tinha problemas de sono (dificuldade de pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)?	NÃO	SIM	9

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS “SIM” EM O3 ?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA ATUAL	

P. TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL (opcional)

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

P1 Antes dos 15 anos:

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

HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS "SIM" EM P1?

→
NÃO SIM

Não cotar "SIM" Nas QUESTÕES abaixo se os comportamentos

DESCRITOS ACONTECEM UNICAMENTE em contextos políticos ou religiosos

ESPECÍFICOS.

P2 Depois dos 15 anos:

- | | | | | |
|---|---|-----|-----|----|
| a | Freqüentemente teve comportamentos que os outros achavam irresponsáveis, como não pagar as dívidas, agir impulsivamente ou não querer trabalhar para se sustentar ? | NÃO | SIM | 7 |
| b | Fez coisas ilegais (mesmo que não tenha sido preso/a), como destruir a propriedade alheia, roubar, vender droga ou cometer um crime? | NÃO | SIM | 8 |
| c | Freqüentemente foi violento(a) fisicamente, inclusive com seu(sua) companheiro (a) ou seus filhos ? | NÃO | SIM | 9 |
| d | Freqüentemente mentiu, passou a perna ou enganou os outros para obter dinheiro ou prazer ou mentiu apenas para se divertir ? | NÃO | SIM | 10 |
| e | Expôs pessoas a perigos sem se preocupar com elas? | NÃO | SIM | 11 |
| f | Não sentiu nenhuma culpa depois de ter mentido, ferido, maltratado ou roubado alguém, ou destruído a propriedade alheia? | NÃO | SIM | 12 |

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM P2 ?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL VIDA INTEIRA	

