Universidade Federal Fluminense

Faculdade de Medicina

Programa de Pós Graduação em Ciências Médicas

“Transtorno de Estresse Pós Traumático e uso de drogas psicoativas em uma amostra do Sistema Penitenciário Feminino do RJ”.

BYANKA QUITETE SILVA

NITEROI

2008

Livros Grátis

http://www.livrosgratis.com.br

Milhares de livros grátis para download.

BYANKA QUITETE SILVA

"Transtorno de Estresse Pós Traumático e uso de drogas psicoativas em uma amostra do Sistema Penitenciário Feminino do RJ".

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da Universidade Federal Fluminense para a obtenção do Grau de Mestre.

Orientadora: Profª Dra. VILMA APARECIDA DA SILVA

Niterói
2008

BYANKA QUITETE SILVA

"Transtorno de Estresse Pós Traumático e uso de drogas psicoativas em uma amostra do Sistema Penitenciário Feminino do RJ".

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da Universidade Federal Fluminense para a obtenção do Grau de Mestre.

BANCA EXAMINADORA

_____

Profº. Dr. Luis Querino de Araújo Caldas
Universidade Federal Fluminense

_____

Prof.ª Drª. Márcia Lázaro de Carvalho
Fundação Oswaldo Cruz / ENSP

_____

Profª. Drª. Aline Silva de Aguiar Nemer
Universidade Federal de Ouro Preto

_____

Orientadora: Profª.Drª.Vilma Aparecida da Silva
Departamento de Fisiologia e Farmacologia / UFF

_____

Co-orientador: Profº. Dr. George Christo
University College London

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, A **DEUS.**
Pois sem Ele nada disso teria sido possível.

Aos meus pais **Edmê** e **José** pelo amor incondicional e a toda minha família

A minha avó, **Irene Quitete**, cuja alegria pela vida me inspira;

A **Carlos Gonçalves**, meu marido, pela sua compreensão e confiança encorajando-me a prosseguir na execução desta dissertação, sua presença foi fundamental para o meu progresso. A você os meus afetivos agradecimentos.

A Professora Orientadora, Drª. **Vilma Aparecida da Silva**, por ter acreditado na viabilidade do projeto inicial e por sua orientação intelectual que deu corpo a idéias tão difusas. Obrigada pela compreensão em alguns momentos difíceis.

Ao Co-orientador Profº Dr. **George Christo** pela disponibilidade em auxiliar, ainda que indiretamente, na realização deste trabalho.

Ao Profº Dr. **Luis Querino** pela revisão deste trabalho.

A Amiga **Beatriz Paulino**, que na condição de estagiária revelou competência e responsabilidade dignas de profissional.

A estagiária **Francine Hauck** por sua contribuição na coleta de dados.

A Amiga e Drª.: **Ana Cristina Sáad** pela disponibilidade em auxiliar quando Ian ainda era um bebê e o Théo ainda estava em seu ventre!

A Amiga e Dr[a].: **Márcia Lázaro de Carvalho** pelos ensinamentos e estímulo à carreira de pesquisadora.

A Amiga e Mestra **Ana Cristina Lacerda** pelo incentivo ao mestrado.

À **UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE** em especial ao curso de Pós-Graduação em Ciências Médicas que auxiliaram minha formação acadêmica e a realização deste trabalho.

Aos meus **colegas de Mestrado**, pelo prazer de suas amizades, conversas e trocas de conhecimentos.

A **Juliana Tomaz**, pelo apoio e acolhida nos momentos finais desta dissertação.

A **todos os professores, funcionários e alunos** do Mestrado em Ciências Médicas da UFF, e todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho, incentivando-me e acreditando nesta caminhada.

Ao então Sub Secretário Estadual de Administração Penitenciaria **Eduardo Gameleiro** pela autorização das coletas de dados na SEAP / NH.

As **usuárias da SEAP / NH** participantes desse estudo, que aceitaram o convite de compartilharem conosco esta pesquisa.

Aos funcionários da SEAP / NH que direta ou indiretamente, contribuíram para a coleta dos dados.

Muito Obrigada!

"Se queremos progredir, não devemos repetir a história, mas fazer uma história nova" (Gandhi)

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS E GRÁFICOS

SIGLAS E ABREVIATURAS

RESUMO

ABSTRACT

1. INTRODUÇÃO, p.7

1.1 Presídio Nelson Hungria, p.9

1.2 TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS TRAUMÁTICO, p.11

Definição, p.11

Epidemiologia, p.12

Critérios Diagnósticos, p.12

Comorbidade, p.16

Aspectos relevantes do TEPT, p.17

Resiliência, p.19

1.3 SUBSTANCIAS PSICOATIVAS , p.21

Um breve histórico, p.21

Classificação das drogas e seus efeitos, p.22

O usuário, p.24

1.4 VIOLÊNCIA CONTRA MULHER, p.26

2. OBJETIVOS, p.27

2.1 Objetivo Geral, p.27

2.2 Objetivos Específicos, p.28

3. MATERIAIS E MÉTODOS, p.29

3.1-Amostra, p.29

3.2-Procedimentos na aplicação dos instrumentos, p.29

3.3- Instrumentos, p.30

Questionário Sócio-Demográfico p.30

Inventário de Drogas, p.31

Avaliação de Eventos Traumáticos ,p.31

O Inventário de Ansiedade Traço, p.31

Critérios Diagnósticos para TEPT, p.32

Escala de Depressão, p. 32

Procedimentos Legais, p.33

4. RESULTADOS, p.34

4.1 Análise estatística dos dados, p.34

4.2 Características da Amostra, p.35

4.3 Variáveis relacionadas ao surgimento de TEPT, p.38

4.4 Análise conjunta das variáveis significativas: Regressão Logística, p.39

5. DISCUSSÃO, p.40

Considerações finais (Proposta)

6. TABELAS, p.43

7. GRÁFICOS, p.51

8. REFERENCIAS, p.53

9. ANEXOS (Legislação), p.59

10. ARTIGOS

10.1 “Posttraumatic Stress Disorder and Drug abuse in female prisoners from Rio de Janeiro”

10.2 “Transtornos de ansiedade e uso de drogas psicoativas em uma amostra do Sistema Penitenciário Feminino do RJ”.

LISTA DE TABELAS E GRÁFICOS

GRÁFICO – 1 – Prevalência de Transtornos Estresse Pós Traumático (TEPT) nas internas do Sistema Penitenciário comparada com as internas que não preencheram critérios para TEPT em relação ao trauma sofrido e transtornos ansiosos, p.52

GRÁFICO – 2– Prevalência de Transtornos Estresse Pós Traumático (TEPT) nas internas do Sistema Penitenciário comparada com as internas que não preencheram critérios para TEPT em relação ao uso de drogas, p.53

TABELA 1-CARACTERÍSTICAS GERAIS DA AMOSTRA, p.44

TABELA 2- DADOS SOBRE O DELITO, p.45

TABELA 3- FATORES RELACIONADOS A MATERNIDADE, p.46

TABELA 4– ANTECEDENTES PESSOAIS, p.47

TABELA 5 – USO DE DROGAS EM LIBERDADE, p.48

TABELA 6 – USO DE DROGAS ATUAL, p.48

TABELA 7- FREQUENCIA DE TRAUMAS SOFRIDOS, p.49

TABELA 8 –TRAUMA RELATADO COMO PIOR, p.49

TABELA 9 – ANSIEDADE – TRAÇO E DEPRESSÃO, p.50

TABELA 10 – VARIÁVEIS CORRELACIONADAS SIGNIFICATIVAMENTE COM O TEPT, p.50

TABELA 1 – VARIÁVEIS SIGNIFICANTES ANALISADAS COM TEPT E SEM TEPT, p.51

TABELA 12 – IDADE DE SOFRIMENTO DO EVENTO TRAUMÁTICO, p.51

SIGLAS E ABREVIATURAS

ABEAD – Associação Brasileira de Estudo do Álcool e Outras Drogas

CID 10- Classificação Internacional das Doenças

DSMIV –Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais – 4ª edição

Et al. – Indica que há outros autores responsáveis pela obra (et alli).

NH – Nelson Hungria (Presídio estudado)

Op. Cit.- a citação é referente a uma obra de autor já citado (opus citatum)

SEAP- Secretaria Estadual de Administração Penitenciária

SENAD – Secretaria Nacional Antidrogas

TEPT- Transtorno de Estresse Pós Traumático

ANEXOS

LEGISLAÇÃO

Artigos do Código Penal Brasileiro

121 – Homicídio

129 - Agressão

157 – Roubo

158- Extorsão

159 – Seqüestro

171-Estelionatário

180 – Receptação

297- Falsificação de documento público

Artigos da Lei de Entorpecentes – Lei 6368/1976

12 – Tráfico de drogas

14 – Associação para tráfico.

16 – Usuário de drogas

18 – Tráfico internacional e outras variações

Lei 7.210/1984 – Execução Penal –Regulamenta o cumprimento da pena.

Resolução nº 196- de 10 de outubro de 1996 – Conselho Nacional de Saúde.

Lei 11.340/2006 (LEI ORDINÁRIA) 07/08/2006 - Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher (Lei Maria da Penha)

Resumo

O Transtorno de Estresse Pós Traumático tem se evidenciado cada vez mais, principalmente com o aumento da violência urbana. Este trabalho avaliou a influência dos estressores traumáticos ocorridos na vida de mulheres encarceradas do Sistema Penitenciário Feminino do RJ sobre a prevalência do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), assim como no uso / abuso de drogas. Embora existam pesquisas realizadas nesta população, pouco é encontrado na revisão bibliográfica nacional sobre as mulheres aprisionadas, particularmente em revistas indexadas. A relação entre TEPT e consumo de drogas ilícitas também é fortemente sugerida: houve diferença significativa entre as mulheres diagnosticadas com TEPT e aquelas não diagnosticadas em relação ao consumo de drogas ilícitas: 53,5% x 27,3 % (p= 0,016). Foram aplicados instrumentos validados para a identificação de TEPT, traumas vivenciados, uso / abuso de drogas e para traçar o perfil sócio-demográfico desta categoria. Os dados analisados permitem concluir que a prevalência de TEPT nesta população é alta e comparável às populações de maior risco encontradas na literatura, como veteranos da guerra.

Palavras chaves: Uso / abuso de drogas; Transtorno de estresse pós-traumático; Violência; Prisão; Mulheres.

Abstract

The Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) has become more evident, especially due to the increase in urban violence. This study assessed the influence of traumatic stressors in the lives of incarcerated women of the Rio de Janeiro Female Penitentiary System on the prevalence of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD), as well as drug use / abuse. Although there are studies on the subject, little can be found about the incarcerated women in Brazil, particularly in indexed journals. Established instruments were used to identify PTSD, trauma events, drug and alcohol use / abuse and socio-demographic characteristics. Data suggested a high PTSD prevalence in this population, similar to that of high-risk populations described in literature, such as War Veterans. The connection between PTSD and illicit drug use was also strongly suggested, as the combination of these were more often related than illicit drug use alone (53,5% x 27,3%; p=0,016).

Keywords: drug use / abuse; Posttraumatic Stress Disorder; Violence; Prison; Women

1. Introdução

Os presídios talvez sejam a face obscura de uma realidade que recusamos a ver, não sendo fácil penetrar no interior dessas Instituições Totais. Este é um mundo à parte, embora expresse com precisão o que ocorre na sociedade livre, sem muros. Traduzir essa realidade é um grande desafio.

No Brasil, a prisão feminina foi criada no início dos anos 40, juntamente com a reforma penal procedida naquela época. Para os juristas de então, o índice de criminalidade da mulher traduzia o progresso da sociedade. A mulher passou a ser considerada a "nova figura delituosa", com o advento da força de trabalho assalariada. Os crimes cometidos eram, em sua maior incidência, a prostituição, o contágio venéreo e o furto[26].

Alguns autores[27,28] defendiam a idéia de que a redução da desigualdade entre os sexos, no âmbito da sociedade ocidental, implicaria em uma maior presença da mulher não apenas na área do trabalho fora de casa, mas seria responsável também pela inserção da mulher no mundo do crime. No entanto, ao contrário do que se previa, as mulheres continuam tendo hoje uma participação muito pequena nas estatísticas criminais e prisionais, mesmo depois de terem ocupado mais expressivamente o espaço público. No Brasil, o índice de mulheres encarceradas oscila em torno de 7%, conforme dados divulgados pelo Ministério da Justiça[29].

O Sistema Penitenciário do Estado do Rio de Janeiro abriga atualmente cerca de 1.166 mulheres[29], esta população esta distribuída nas três unidades prisionais femininas

existentes: Penitenciária Talavera Bruce, Presídio Nelson Hungria e a Penitenciária Joaquim Ferreira de Souza.

Aprisionadas pelas mais diversas razões, as mulheres dividem as celas e os alojamentos das unidades, em acomodações precárias. Algumas são estrangeiras e estão sentenciadas, basicamente, por tráfico internacional de entorpecentes. Outras estão grávidas e as demais permanecem na Unidade Materno-Infantil junto aos filhos durante o período de amamentação, ou de 4 a 6 meses, quando os bebês completam a idade-limite, são entregues à família das presas se possuírem condições de cuidar da criança. Caso contrário, vão para instituições públicas onde é permitida a visitação da mãe conforme acordado em juízo.

O cárcere, para as mulheres, é uma dupla condenação. Além de perderem a liberdade, as presidiárias estão fadadas ao total isolamento social. O encarceramento não afeta apenas a pessoa detida, mas atinge também o núcleo familiar, comunitário e social. Afeta principalmente os filhos das presas.

A relação mãe-filho é dilacerada de forma perversa. Muitas vezes sem uma justificativa em relação à ausência da mãe, este filho fica sem resposta, entregue a uma experiência de abandono. As internas relatam ser muito doloroso o cumprimento da pena sem interação com os filhos e familiares, sem notícias ou visitas. Assim, o cumprimento de pena acaba por ser um momento solitário, e devido a estes distanciamentos, a perspectiva de retorno ao convívio em sociedade torna-se debilitada.

A experiência de confinamento penal e de isolamento nas celas revela-se particularmente dramática para as mulheres, sendo mais freqüentes as queixas de solidão, tristeza, abandono e revolta. As situações de isolamento em decorrência de sanções disciplinares são vividas de forma diferente no caso dos homens. Apesar de reclamarem das precariedades, eles costumam suportar o confinamento e dirigirem, para si mesmos, atos agressivos (autoflagelação, brigas entre si...), o que é incomum entre as mulheres. Trabalhar, fazer artesanato, participar de grupos de apoio e oficinas diversas são algumas das estratégias utilizadas para suportar o encarceramento.

Uma das principais diferenças entre os presídios femininos e masculinos é o fato da maioria dos homens manterem suas companheiras e/ou namoradas, que os visitam sempre que possível, enquanto as mulheres são basicamente abandonadas pelos companheiros. Isso se evidencia pelas quilométricas filas de visitantes nos presídios masculinos e as mais bem discretas ou quase nulas nos presídios femininos. Poucas prisões femininas adotam o programa da visita íntima, já comum nos presídios masculinos, o que de certa forma também afasta os companheiros.

1.1 Presídio Nelson Hungria

O Presídio Nelson Hungria foi a Unidade de estudo, um presídio feminino que atualmente conta com um efetivo móvel de 468 presas. Situa-se no Complexo Penitenciário de Gericinó (Bangu), localizado na Zona Oeste do Rio de Janeiro. Essa Unidade Prisional funcionava anteriormente no Complexo Penitenciário Frei Caneca, que se localizava no

Centro do Rio de Janeiro. Com base em algumas mudanças governamentais o presídio deslocou-se para o endereço atual.

Esta Unidade Prisional foi criada em 28 de abril de 1970. Nesta época tratava-se de um presídio masculino e somente em 15 de dezembro de 1985 passou a ser uma Unidade exclusivamente feminina. Ocorreram algumas reformas que interromperam as atividades deste Presídio, o qual passou a funcionar na Penitenciária Talavera Bruce (Complexo de Bangu), reinaugurada em dezembro de 1995 como Presídio Nelson Hungria.

Embora existam pesquisas realizadas no Sistema Penitenciário do Rio de Janeiro, pouco é encontrado na revisão bibliográfica nacional sobre as mulheres aprisionadas, particularmente em revistas indexadas. A população feminina deste universo encontra-se potencialmente ausente nos estudos nacionais. A pesquisa foi realizada nos bancos de dados: Bireme, Medline e Lilacs utilizando as palavras chaves: mulher, prisão, TEPT e drogas.

Um número significativo de ingressas no Sistema Penal[11] já cumpriu Medida Sócio-Educativa no Departamento Geral de Ações Sócio-Educativas (DEGASE), na unidade feminina Santos Dumont (SD) onde um estudo com menores infratores foi realizado por Andrade[10]. Os dados sobre as meninas revelaram que adolescentes com transtorno de conduta iniciaram o uso de álcool com idade menor comparadas às adolescentes sem esta patologia e a presença desse transtorno contribuiu significativamente para o uso de drogas ilícitas. Além disso, o mesmo estudo mostrou que a prevalência de alcoolismo familiar foi grande em relação à população geral de adultos, o que nos levou a pensar na violência doméstica sofrida pela população estudada. De acordo com a literatura, estas vivências

poderão ou não evoluir para o Transtorno de Estresse Pós Traumático[1] (TEPT). Segundo Andrade[10,12] não foram encontradas freqüências altas de TEPT, mas observou-se alta prevalência de outros transtornos de ansiedade (70%).

1.2 Transtorno de Estresse Pós Traumático

Definição

A idéia do Transtorno por Estresse Pós-Traumático é um conceito desenvolvido a partir de 1980 nas classificações internacionais (CID10 e DSM.IV), as quais permitiram unificar uma série de categorias de transtornos emocionais reativos.

O TEPT é um transtorno de ansiedade derivado de um trauma. A antecedência do evento traumático é necessária para o diagnóstico[1]. O TEPT inicialmente foi descrito entre os veteranos e sobreviventes civis de guerra, porém, hoje, verifica-se sua importância diante do aumento de incidentes violentos que afetam a população civil urbana. A psiquiatria brasileira reconheceu a importância do diagnóstico do TEPT recentemente, embora a população brasileira tenha alta prevalência de exposição a eventos traumáticos como acidentes e homicídios[22].

O Transtorno do Estresse Pós-Traumático é peculiar entre outros diagnósticos psiquiátricos devido à grande importância dada ao agente etiológico, o estressor traumático.

O início do quadro segue o trauma com um período de latência de várias semanas a alguns meses, raramente excedendo seis meses. Cerca de 50% dos casos de Transtorno de Estresse Pós-Traumático mostram remissão em 6 meses[30] . O curso da doença pode ser

flutuante, mas a recuperação é esperada na maioria dos casos. Uma pequena proporção de pacientes podem sofrer um curso crônico de muitos anos[30].

Epidemiologia

Estudos internacionais recentes indicam que o TEPT afeta aproximadamente 15% a 24% dos indivíduos expostos a eventos traumáticos[31]. São considerados fatores de risco para o desenvolvimento de TEPT a exposição a situações traumáticas prévias (como abusos), ser do sexo feminino, ter história pessoal e familiar de outros transtornos mentais, bem como separações precoces e eventos traumáticos na infância. O entendimento do TEPT aumentou substancialmente através do atendimento aos sobreviventes de guerras[31]. Estudos com indivíduos em situação de risco apresentaram resultados variáveis, sendo que as prevalências maiores foram encontradas entre sobreviventes de estupro, cativeiro, combates militares, confinamento ou genocídio com motivações políticas ou étnicas (entre um terço e mais da metade dos expostos)[1].

Critérios Diagnósticos

Os critérios diagnósticos da CID -10[13] e do DSM IV[1] são critérios muito semelhantes. São duas as características centrais do TEPT: *o evento traumático* - a exposição a um evento que envolva a ocorrência ou a ameaça consistente de morte ou ferimentos graves para si ou para outros, associada a uma resposta intensa de medo, desamparo, ou horror; e a *tríade psicopatológica* - em resposta a este evento traumático,

que se desenvolve com três dimensões de sintomas: o re-experimentar do evento traumático, a evitação de estímulos a ele associados e a presença persistente de sintomas de hiperestimulação autonômica[1].

O DSM-IV[1] define o diagnóstico de Transtorno de Estresse Pós-Traumático da seguinte forma:

O Transtorno de Estresse Pós-Traumático se estabelece com seis elementos básicos que envolvem: condições do trauma; re-experiência; comportamento esquivo; hiper-excitabilidade; duração dos sintomas e prejuízo funcional.

A) O evento traumático possui as seguintes características:

1- A pessoa vivenciou, testemunhou ou foi confrontada por morte, dano físico ou psicológico sério, para si, assim como para outros, de maneira concreta ou sob forma de ameaça.

2- A resposta pessoal consistiu em medo intenso, impotência perante o fato e horror. Em crianças essa resposta envolve comportamento agitado e desorganizado.

B) O evento traumático é re-vivido através de uma ou mais das seguintes maneiras:

1- Recordações repetidas e invasivas do evento sob forma de imagens, pensamentos ou percepções. Em crianças isso pode ser vivido através de brincadeiras repetitivas que expressam temas do trauma.

2- Sonhos repetitivos e inquietantes do evento. Em crianças isso pode ser vivido através de pesadelos inespecíficos para o evento.

3- Atos ou sentimentos que dão a impressão de que o evento traumático esteja recorrendo através de delírios, alucinações e fenômenos dissociativos do tipo *"flashback"*, que podem ocorrer de maneira espontânea ou ao acordar, ou ainda enquanto intoxicado por alguma substância.

4- Intenso desconforto psicológico e físico que ocorre perante indicadores que parecem com ou simbolizam o evento traumático.

5- Intensa reatividade psicológica que ocorre perante indicadores que parecem com ou simbolizam o evento traumático.

C) Comportamento esquivo persistente em relação a indicadores associados ao trauma com embotamento da reatividade geral.

1- Evita pensamentos, sentimentos ou conversas associadas ao trauma.

2- Evita atividades, lugares ou pessoas associadas ao trauma.

3- Incapacidade em recordar alguns aspectos do trauma.

4- Diminuição do interesse e da participação de algumas atividades.

5- Desligamento das pessoas.

6- Diminuição da amplitude do afeto.

7- Sensação de futuro interrompido em relação à carreira, casamento ou tempo de vida.

D) Sintomas persistentes de hiper-excitabilidade, indicado por dois ou mais dos seguintes:

1- Dificuldade em adormecer ou permanecer dormindo

2- Irritabilidade e surtos de raiva

3- Dificuldade com a concentração

4- Hipervigilância

5- Reação de sobressalto exagerada.

E) Duração dos sintomas dos critérios B, C e D é maior do que um mês.

F) O distúrbio causa sofrimento ou impedimento de atividades sociais e ocupacionais.

Especificar:

· Se os sintomas são <u>agudos</u> (duração menor que um mês)

· Se os sintomas são <u>crônicos</u> (duração maior que três meses)

· Se o início é tardio (mais do que seis meses após o estressor)

A seguinte constelação de sintomas associados pode ocorrer: sensações de inutilidade, vergonha, desespero ou desamparo; sensação de dano permanente; perda de crenças anteriormente mantidas; hostilidade; retraimento social; sensação de constante ameaça; prejuízo no relacionamento com outros; ou uma mudança nas características anteriores de personalidade do indivíduo.

Tabela - Características Centrais do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) Segundo o DSM-IV (1994).

Tríade Sintomática Apresentada pelos Pacientes com TEPT		
Revivescência do Trauma (Critério B)	Esquiva/Entorpecimento Emocional (Critério C)	Hiperestimulação Autonômica (Critério D)
Lembranças intrusivas	Esforços para evitar pensamentos e sentimentos associados com o trauma	Insônia
Pesadelos traumáticos	Esforços para evitar atividades, locais ou pessoas associadas com o trauma	Irritabilidade
"Flashbacks" dissociativos	Redução do interesse nas atividades	Dificuldade em concentrar-se
Sofrimento psíquico evocado por estímulos relacionados ao trauma	Sensação de distanciamento em relação a outras pessoas	Hipervigilância
Reatividade fisiológica evocada por estímulos relacionados ao trauma	Restrição da expressão afetiva, entorpecimento emocional	Resposta de sobressalto exagerada
	Sentimento de um futuro abreviado	

Comorbidade

No DSM-IV[1] o Transtorno de Estresse Pós-traumático é um dos transtornos com maior comorbidade. Em estudos com veteranos do Vietnam portadores de Transtorno de Estresse Pós-traumático, 75% deles apresentaram algum diagnóstico psiquiátrico concomitante. Essa comorbidade deveu-se, predominantemente, à depressão e ao abuso de substâncias[33].

Outros estudos[32] demonstram elevadas taxas de comorbidade nas pessoas com TEPT. Têm sido sugeridos diferentes motivos para este fato. Entre eles, destaca-se a possibilidade de haver uma elevada taxa de exposição ao risco e/ou maior vulnerabilidade dos indivíduos, o que explicaria o desenvolvimento do TEPT e da comorbidade associada como entidades de base comum mas desenvolvimentos relativamente independentes. Outra explicação proposta indicaria uma relação em que o próprio TEPT estaria relacionado a um elevado risco para desenvolver outros transtornos[34].

Aspectos relevantes do Transtorno de Estresse Pós Traumático

O fato dos eventos traumáticos não serem raros foi amplamente documentado por estudos epidemiológicos que revelaram elevadas taxas de 40% a 90% na população americana[15].

Os eventos traumáticos não são apenas eventos externos. Se assim fosse, esperaríamos que as taxas de TEPT fossem similares às dos eventos traumáticos. A grande maioria das pessoas expostas a eventos traumáticos catastróficos não desenvolve TEPT, sugerindo que a resistência emocional média das pessoas é elevada. Sabe-se, por exemplo, que 91% das mulheres americanas envolvidas em acidentes não apresentam esta síndrome. Percebe-se que fatores individuais biopsicossociais podem fazer com que uma pessoa desenvolva TEPT e outra não[16].

Embora os relatos do aumento de TEPT sejam crescentes, o relacionamento entre resultados deste transtorno e depressão permanece obscuro. Em estudo recentemente

realizado[17], medidas da depressão e de TEPT verificadas não foram relacionadas significativamente.

O TEPT é uma condição psiquiátrica debilitante que pode ocorrer nos povos que experimentam eventos de vida extremamente fatigantes ou traumáticos. A agressão sexual é um dos fatores de força mais traumáticos na vida. Embora diversos estudos investiguem a associação entre a história da agressão sexual e o TEPT, os estudos no impacto da idade na primeira agressão sexual em TEPT são limitados[18]. O risco de TEPT entre as mulheres vítimas de agressão sexual era 2.9 vezes mais alta do que com as mulheres que não relataram nenhuma história da agressão sexual[18].

Ao investigar a freqüência entre o tipo de eventos traumáticos e a predominância de TETP entre 471 mulheres presas na China, observou-se uma prevalência de TEPT de 10,6% (n = 50) no momento da pesquisa. Pesquisou-se também as manifestações do TEPT durante toda a vida das presas, concluindo-se que 15.9% (n = 75) haviam tido o Transtorno em algum momento da vida. Ao mesmo tempo, 82% (n = 386) das presas relataram experiência de ao menos 1 evento traumático. A amostra inteira foi dividida em 2 grupos de acordo com a idade: o primeiro grupo (≤25 anos) e o segundo grupo (> 25 anos). Nesta amostra de prisioneiras, embora a exposição aos eventos traumáticos fosse comum e a taxa fosse quase tão elevada quanto que em países ocidentais, a prevalência TEPT estava relativamente mais baixo. Além disso, a predominância de TEPT entre prisioneiras do primeiro grupo era significativamente mais elevada do que aquela do segundo grupo. O risco de desenvolver TEPT era significativamente maior somente para prisioneiras do segundo grupo com história de mais de 5 eventos traumáticos, sendo que os tipos de

eventos traumáticos especificamente relacionados ao risco de desenvolver TEPT relatados eram similares entre os dois grupos[21].

Resiliencia

O desenvolvimento dos estudos sobre fatores protetores tende, atualmente, a enfatizar o processo de formação da r*esiliência*, num progressivo abandono das abordagens centradas nos fatores de risco. Busca-se dar ênfase aos elementos positivos que levam um indivíduo a superar as adversidades. Esse novo paradigma é certamente otimista, principalmente porque leva a acreditar que é possível, por meio de ações e programas, promover o bem-estar do indivíduo, atuando no fortalecimento e desenvolvimento de habilidades pessoais e sociais[35; 52; 53; 54]. Embora as definições de *resiliência* sejam ainda bastante variadas, toda a discussão a respeito desse conceito está relacionada aos fatores ou processos intrapsíquicos e sociais que possibilitem o desenvolvimento de uma vida sadia, apesar de experiências de vida traumáticas. A compreensão do conceito envolve o entendimento da interação entre a adversidade e fatores de proteção internos e externos ao sujeito, assim como do desenvolvimento de competências que permitam a uma pessoa obter sucesso diante da adversidade[36; 53]. Diante de eventos traumáticos, os elementos de proteção assumem papel facilitador no caminho da construção da resiliência.

A literatura revisada indica a presença de fatores de risco e de proteção para o desenvolvimento de TEPT[37; 38; 55]. Como fatores de risco podem ser citadas a avaliação negativa do trauma e de suas seqüelas, interpretação negativa dos sintomas de reexperiência do TEPT, a presença de psicopatologias na infância, sobreposição de eventos

de vida negativos e a falta de suporte social. Em contrapartida, ajustamento parental, alto nível de escolaridade, ambiente familiar coeso e a presença de suporte social foram considerados fatores de proteção[37; 38]. Da mesma forma, a presença de doença mental na família, trauma na infância, eventos estressores após o trauma, bem como baixo nível intelectual, fraco suporte social, severidade do trauma e das respostas psicológicas durante e imediatamente após o trauma, foram descritos como preditores do TEPT[39; 55].

Re-vitimização é um conceito metodológico distinto e é um fator de risco para problemas de saúde mental em adultos[1,19]. Em pesquisa recente identificaram-se os parâmetros da re-vitimização entre mulheres, usando uma amostra diversa com N = 11.056. As mulheres foram perguntadas sobre a violência vivida na infância e na fase adulta e sintomas atuais de TEPT, de depressão, e de ansiedade. Re-vitimização afetou 12% das mulheres, e estas mulheres eram substancialmente mais prováveis relatar sintomas atuais da ansiedade, da depressão, e do TEPT do que as mulheres expostas à violência somente na infância ou somente na fase adulta[19].

De acordo com estudo epidemiológico realizado por Kessler *et al*.[40], indivíduos com TEPT têm duas a três vezes maior probabilidade de apresentar transtorno por uso de substância, em relação aos que não apresentam TEPT. Levantamentos realizados entre os indivíduos que buscam tratamento devido ao uso de substância constataram que 25% a 58% destes pacientes apresentavam comorbidade com TEPT[41].

1.3 Substancias Psicoativas

Um breve histórico

O consumo de drogas é, sem dúvida, um fenômeno de preocupação sócio-política e de saúde pública que afeta os mais variados sistemas sociais, como a família, as escolas, a polícia e o governo.

O uso de drogas é milenar em nossa história. Diversas são as substâncias cujo consumo sempre esteve presente no nosso dia-a-dia nas mais variadas culturas, por isso algumas pessoas caracterizam tal consumo como manifestação cultural humana [42].

A história do uso de substância, dá-se em diferentes culturas e em diferentes sociedades, fazendo com que o ser humano busque não só a obtenção de prazer, mas também a modificação do estado de consciência.

Classificação das drogas e seus efeitos

O efeito da droga é um estado almejado, que se espera que funcione como meio de obter satisfações que o indivíduo não encontra na vida cotidiana[43]. Uma das dimensões da utilização da droga é o desejo de refutar a existência tal como é vivida[44]. Desse modo, a fuga presente no uso abusivo de droga é também a fuga da relação com o outro, mas acima de tudo é a fuga da relação consigo mesmo. O homem está buscando substâncias que modifiquem não só sua relação com o mundo, mas o próprio mundo.

As pessoas com história de uso de drogas, ao longo de seu vida vão perdendo os vínculos que construíram,. São exemplos: a família, cônjuge, filhos, amigos mais íntimos[43].

A fixação de uma pessoa no comportamento em busca de drogas obedece a dois mecanismos não patológicos, conhecidos como comportamentos de repetição: o reforço positivo e o reforço negativo[45]. O reforço positivo refere-se ao comportamento de busca pela satisfação e pelo prazer ao usar a droga. Nessa situação, a pessoa busca os mesmos estímulos para obter a satisfação almejada. O reforço negativo refere-se ao comportamento de uso da droga para aliviar de alguma tensão, dor ou desprazer e até a evitação dos sintomas desagradáveis da abstinência quando estabelecida a dependência. Enquanto o reforço positivo é a busca por uma experiência com uma expectativa positiva, o reforço negativo é a busca de um alívio para alguma perturbação estabelecida. Os reforços positivos e negativos são mecanismos ou recursos normais que permitem às pessoas se adaptarem ao seu ambiente[46].

As drogas, substâncias naturais ou sintéticas que possuem a capacidade de alterar o funcionamento do organismo, podem ser divididas em dois grupos: drogas lícitas e ilícitas.

As drogas lícitas são aquelas legalizadas, produzidas e comercializadas livremente e aceitas pela sociedade. Os dois principais exemplos de drogas lícitas na nossa sociedade são o cigarro e o álcool. Outros exemplo de drogas lícitas são os benzodiazepínicos.

Já a cocaína, a maconha, o crack e a heroína são exemplos de drogas ilícitas, ou seja, são drogas cuja comercialização é proibida pela legislação / (Lei 11.343/2006).

Não é por serem drogas lícitas que são pouco ameaçadoras, a seguir a definição de alguns tipos de drogas de acordo com seu funcionamento[1]:

Drogas Depressoras - Diminuem a atividade do cérebro, deprimindo o seu funcionamento, o que resulta em diminuição da atenção, concentração, tensão emocional e capacidade intelectual alterada.

Ex.:

- Álcool
- Hipnóticos
- Ansiolíticos
- Opiáceos

Drogas Estimulantes - Aumentam a atividade do cérebro, fazendo com que o mesmo funcione de forma mais acelerada.

Ex.:

- Anfetaminas
- Cocaína
- Cafeína
- Tabaco

Drogas Perturbadoras - Modificam a qualidade de funcionamento do cérebro, fazendo com que suas atividades fiquem de forma lenta e desordenada, provocando perturbações.

Ex.:

- Maconha

- LSD
- Ecstasy
- Anticolinérgico

O Usuário

O uso de drogas não leva necessariamente ao abuso ou dependência das mesmas. A seguir definiremos alguns tipos de usuários (Ministério da Saúde- 2000):

Usuário experimental

- Experimenta uma ou vária drogas, sem dar continuidade, geralmente por curiosidade. Algumas pessoas que já usaram drogas incluem-se nessa categoria, como é o caso do adolescente que fumou maconha uma ou duas vezes.

Usuário ocasional ou recreativo

- Utiliza uma ou várias drogas, quando disponíveis em ambientes favoráveis, mas sem romper laços familiares, sociais ou profissionais. Incluímos nessa categoria os chamados " bebedores sociais" , que utilizam bebida alcoólica somente nos finais de semana ou em datas festivas.

Usuário habitual ou funcional

- Utiliza a droga freqüentemente, ainda com controle, mas já apresenta sinais de ruptura podendo ocorrer prejuízos familiares, sociais e profissionais.

Usuário abusivo ou disfuncional

- Utiliza-se também usar a tipologia "Dependente" nessa categoria. Aqui o sujeito vive apenas pela droga, há descontrole em seu uso, ocorrendo rupturas nos vínculos familiares, sociais e profissionais, chegando a marginalização e ao isolamento.

As razões que levam as mulheres a iniciarem o uso de drogas diferem das dos homens. Elas começam a beber a partir da ocorrência de eventos significativos, enquanto que os homens não apontam um fator desencadeante especial. No caso da cocaína, as mulheres se referem a depressão, sentimentos de isolamento social, violência vivida, pressões profissionais e familiares e problemas de saúde como motivos para o início do uso[47].

1.4 Violência contra Mulher

Considerada um fenômeno multicausal, a violência é um processo de vitimização que se expressa em "atos com intenção de prejudicar, subtrair, subestimar e subjugar, envolvendo sempre um conteúdo de poder, quer seja intelectual quer seja físico, econômico, político ou social. Atingem de forma mais hostil os seres mais indefesos da sociedade, como as crianças e adolescentes, e também as mulheres sem, contudo, poupar os demais"[48].

A violência doméstica, em sua maioria, se denomina por violência a mulher.Em São Paulo, 10% das mulheres afirmam ter sofrido abuso sexual de seus companheiros; em

Pernambuco, as vítimas da violência chegam a 14%. No Rio de Janeiro, 8% das mulheres acima de 16 anos foram violentadas sexualmente[49].

Estudos atuais[50] sobre a relação entre a violência contra mulher e uso de substâncias indicam que: o uso de substâncias (por quem pratica, pela vítima ou por ambos) está envolvido em mais de 92% dos episódios relatados de violência doméstica. O álcool age freqüentemente como um desinibidor, facilitando a violência. Os estimulantes, tais como a cocaína, o crack e as anfetaminas, estão também envolvidos com freqüência nos episódios de agressões, reduzindo o controle dos impulsos e aumentando os pensamentos paranóicos (persecutórios).

Quanto à violência contra as mulheres, o uso de álcool está relacionado a aproximadamente 50% dos casos de abuso sexual. Os homens casados, que cometeram algum tipo de violência, apresentam taxas mais elevadas de alcoolismo quando comparados àqueles que não praticaram violência[50]. O estupro e outras formas de abuso são desproporcionalmente mais freqüentes entre mulheres com problemas de uso de substâncias em comparação a outras mulheres na população geral.

Em nossa pesquisa 74,6% (n = 100) das entrevistadas relataram exposição a um evento traumático, destacando-se a agressão sexual (20,9%; n = 28), assassinato presenciado ou de pessoas próximas (15,67%; n = 21) e a própria prisão (14,18%; n = 19).

Existem leis de proteção às mulheres que sofrem violência doméstica. Atualmente a pena e as formas de punição para o agressor tornaram-se maiores e mais severas. A lei chamada “Lei Maria da Penha” vai aumentar a pena para agressões contra mulheres (tanto em violência doméstica como em casos como estupro). A lei recebeu esse nome devido ao

caso de Maria de Penha Maia que se manteve firme contra a violência doméstica que sofreu em 1983, quando levou um tiro do marido e ficou paraplégica.

2. Objetivos

2.1 Objetivo geral

O objetivo da investigação atual foi caracterizar os estressores traumáticos ocorridos na vida de mulheres encarceradas no Sistema Penitenciário Feminino do RJ e sua relação com o desenvolvimento posterior de transtorno de estresse pós-traumático. Como grande parte das presas apresentava envolvimento com o tráfico de drogas, decidiu-se investigar também a relação entre TEPT e abuso de drogas.

A população estudada é pouco conhecida, já que é usualmente excluída de estudos epidemiológicos. Esperava-se encontrar alta prevalência de agressores durante a vida destas pessoas e alta prevalência de TEPT, havendo uma associação entre esta entidade clínica e o consumo de drogas. A unidade prisional escolhida foi aquela que representa a porta de entrada no sistema penal do Rio de Janeiro, ou seja, por onde passam todas as mulheres que devem cumprir pena de prisão.

2.2 Objetivos Específicos

a. Caracterizar o evento traumático de maior prevalência

b. Prevalência do Transtorno de Estresse Pós Traumático na população de presas.
c. Traçar perfil das mulheres presas usuárias de drogas.
d. Descrever as características sócio-demográficas desse grupo
e. Verificar fatores agravantes e propor medidas para tratamento.

3. Materiais e Métodos

3.1 Amostra

A amostra foi de conveniência, sendo abordadas todas as mulheres disponíveis no momento. Definindo, portanto, um estudo transversal e de conveniência. Os estudos transversais são largamente utilizados para investigar a prevalência de condições permitindo melhorar o planejamento das ações de saúde.

O cálculo do número amostral foi feito considerando-se a prevalência de 30% de TEPT, em populações de alto risco[71]. O critério de inclusão foi de no mínimo 5 meses e máximo de 2 anos de encarceramento.

A unidade prisional escolhida foi o Presídio Nelson Hungria que representa, porta de entrada no Sistema Penal do Rio de Janeiro por onde passam todas as mulheres que devem cumprir pena de prisão.

3.2 Procedimentos na aplicação dos instrumentos

O convite à pesquisa foi feito individualmente através das pesquisadoras, em sala com privacidade, em que a interna pôde decidir em fazer a pesquisa ou não. Os instrumentos foram lidos pelo pesquisador, dada a dificuldade de leitura das voluntárias. Este estudo contou com o Termo de Consentimento Esclarecido, assinado pelas participantes e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal Fluminense em 13 de abril de 2007, conforme Resolução 196 de 10/10/1996 do Conselho Nacional de Saúde.

Foram entrevistadas 134 presas no período de agosto a dezembro de 2007. As entrevistadas foram todas as que faziam parte da lista de presas obtidas da direção do presídio em agosto, no inicio da coleta.

A coleta de dados foi realizada por duas estudantes de Medicina da UFF e uma mestranda do curso de Ciências Médicas da UFF.

3.3 Instrumentos

Para a coleta de dados foram utilizados questionários padronizados, além de um questionário construído para traçar o perfil sócio-demográfico da entrevistada. Dos questionários padronizados foram utilizados: Inventário de Drogas[2], Avaliação de Eventos Traumáticos[3], o Inventário de Ansiedade Traço[4], Critérios Diagnósticos para TEPT[1] e Escala de Depressão[5].

Questionário Sócio-Demográfico (Anexo 2)

Constituído por 23 questões fechadas e semi-abertas, o questionário sócio-demográfico mesclou questões relacionadas à identificação, dados sobre a saúde, histórico infantil e familiar. Num bloco mais específico ao tema em estudo foi detalhado o de consumo de drogas além de questões dirigidas a violência e comportamentos delituosos.

Inventário de Drogas[2] (Anexo 3)

Os tipos de drogas utilizadas, a freqüência do uso, a idade de início do uso de drogas e quantidade consumida foram relatados no Inventário Christo.

Avaliação de Eventos Traumáticos[3] (Anexo 4)

As mulheres abordadas assinalaram, dentre os eventos traumáticos listados, aqueles aos quais estiveram expostas em algum momento da vida. Posteriormente, a correlação entre a exposição e o desenvolvimento ou não do Transtorno de Estresse Pós-Traumático foi analisada.

O Inventário de Ansiedade Traço[4] (Anexo 5)

Este instrumento foi projetado para ser auto-aplicável e de realização individual ou em grupo. É constituído por dois instrumentos independentes – *traço* e *estado* de ansiedade – os quais enfocam abordagens distintas de ansiedade. Posto que o *estado* tem um caráter transitório, neste estudo foi utilizada apenas a escala *traço* de ansiedade, em que o indivíduo responde como se sente habitualmente. O *traço* se refere a diferenças individuais relativamente estáveis quanto à ansiedade, isto é, a diferenças nas reações a situações percebidas como ameaçadoras.

Este instrumento é constituído por 20 afirmações e nelas constam instruções de preenchimento impressas no formulário do testes, o qual não possui limite de tempo para ser respondido. A pontuação varia de 20 a 80 pontos. Os indivíduos respondem a cada item do IDATE avaliando-se a si próprios numa escala de quatro pontos (1. quase nunca; 2. às vezes; 3. freqüentemente; 4. quase sempre – todos para a escala traço). A amplitude de variação possível para soma das pontuações é de 20 a 80 pontos, em que pontuações baixas indicam baixa ansiedade e as mais altas, o inverso. Os autores da escala não estabeleceram pontuação de corte para a normalidade, mas será utilizada a categorização proposta em literatura, na qual a pontuação de 20 a 40 pontos indica baixa ansiedade; de 41 a 60, média; e de 61 a 80, alta ansiedade.

Critérios Diagnósticos para TEPT[1] (Anexo 6)

Os critérios do DSM-IV foram escolhidos como referência para diagnóstico de TEPT no presente estudo. Deste modo, o primeiro critério necessário para iniciar o preenchimento dos demais é a exposição a um evento traumático. Como a população estudada já está, por definição, exposta a um fator estressante – a prisão em si – a todas as detentas foi apresentado o Questionário com os Critérios Diagnósticos para TEPT segundo o DSM-IV. O preenchimento do mesmo podia ser rejeitado pela detenta caso ela não considerasse nenhum acontecimento em sua vida como traumático.

Escala de Depressão[5] (Anexo 7)

O Inventário Beck é um instrumento de rastreamento de depressão e, portanto, não possui pretensão diagnóstica. Visa simplesmente evidenciar as pessoas que merecem uma avaliação clínica mais detalhada para o diagnóstico de depressão maior.

Consiste em 21 itens compreendendo sintomas e comportamentos da esfera cognitiva, vegetativa e do humor, para serem avaliados em escala com quatro graus de intensidade ou severidade (0 a 3) e as pontuações podem variar de 0 a 63. Foram utilizados, para diferenciar os níveis de sintomatologia depressiva, os critérios adotados por Gorestein[23], nos quais utiliza-se uma nota de corte com pontuação igual ou superior a 16 para detectar disforia, compreendida como dor excessiva, angústia, agonia, agitação e inquietação, e igual ou superior a 21 para categorizar indivíduos com depressão[23].

Procedimentos Legais

Para entrar na unidade prisional e iniciar a coleta de dados foram realizados alguns encontros e reuniões com autoridades da Secretaria de Estado de Administração Penitenciária (SEAP). Concluídas as negociações que envolveram a Subsecretaria para Assuntos Penitenciários e direção do Presídio Nelson Hungria, deu-se início os primeiros contatos diretos com o universo institucional a ser pesquisado. Num primeiro momento foi entregue ao diretor e subdiretor do Presídio Nelson Hungria (NH) uma cópia do projeto de pesquisa. Iniciamos uma série de encontros, envolvendo a própria direção, servidores da área técnica (assistente social, psiquiatra e psicólogo), agentes de segurança penitenciária e presas. Foram realizadas reuniões com as representantes de cada cela para explicação da pesquisa em questão. No primeiro encontro foi mostrado cada passo a ser dado, as motivações pessoais que originaram a pesquisa. Foram explicados, também, os procedimentos administrativos, desde a sua submissão ao Comitê de Ética até os requerimentos no âmbito da Administração Penitenciária. Tudo foi cuidadosamente

explicado com a preocupação de não omitir qualquer detalhe, especialmente em relação ao livre consentimento e o sigilo sobre a identificação de quem respondesse aos questionários.

Para um controle mais efetivo da amostra, foi solicitada à direção a listagem oficial de presas da Unidade. Na primeira listagem, com data de 07/06/2007, constavam 140 presas que participariam da pesquisa e esta passou a ser a referência de controle na convocação para responder aos questionários. A amostra foi constituída tanto por presas com condenação como com presas provisórias.

Através da listagem recebida, eram convocadas 10 presas. Estas eram reunidas na sala de aula onde recebiam as explicações e orientações sobre a pesquisa e preenchimento dos instrumentos. Após os esclarecimentos permaneciam em sala aquelas que concordavam com os procedimentos. As que se recusavam a responder os questionários eram liberadas com os devidos agradecimentos.

4. Resultados

4.1 Análise estatística dos dados

Os dados do presente estudo foram analisados através do programa SPSS (software que permite o gerenciamento e a análise estatística de dados). A estatística foi paramétrica sempre que as variáveis obedeceram aos critérios de normalidade, homocedasticidade e continuidade. Do contrário, foi utilizada análise não-paramétrica. As variáveis foram correlacionadas pelo teste Spearman's rho[16]. As variáveis que se correlacionaram significativamente com a presença ou não de TEPT foram analisadas em modelo de regressão logística. O nível de significância foi de < 0,05.

Relatamos a seguir os dados de caracterização obtidos nas usuárias do Sistema Penal do Rio de Janeiro em regime fechado. Posteriormente, relatamos os resultados da análise que buscou relacionar TEPT, transtorno de ansiedade, transtorno depressivo e uso de drogas.

4.2 Características da Amostra

A idade média da amostra foi de 31,5 (±10,4). A maioria das usuárias relatou possuir companheiro ou companheira: 74,6% (n = 100).

Da amostra, 49 (36,57%) informaram ter concluído o Ensino Fundamental, o que inclui as 5 (3,7%) que informaram ter Ensino Superior Completo. Igual proporção de mulheres (3,7%) informou nunca ter freqüentado a escola.

Quando em liberdade, a maior parte das mulheres entrevistadas (106 mulheres, 79,1%) trabalhavam no Setor Terciário (Prestação de Serviço). Na tabela 1 estão descritas as categorias profissionais e as porcentagens relativas às mesmas.

Oitenta e cinco detentas (63,4%) declararam a escolaridade de sua mãe como o 1º Grau Incompleto, enquanto somente 17 (12,7%) declararam que a mãe possuía 1º Grau completo. Trinta e duas (23,9%) não sabiam informar ou preferiram não responder. Quanto à escolaridade paterna, 11 (8,2%) declararam 1º Grau Completo, 72 (53,7%) declararam 1º Grau incompleto e 51 (38,1%) não sabiam informar ou preferiram não responder.

Quarenta e seis mulheres (34,3%) declaram-se Brancas, 42 (31,3%) declaram-se Negras e 46 (34,3%) declararam-se mestiças.

Quanto à gravidez: 105 mulheres (78,4%) declararam já ter engravidado. O número médio de filhos entre elas foi 2,25 (dp=1,586).

Cinqüenta e quatro mulheres (40,3%) informaram ter trabalhado quando criança (menor 17 anos)[51] e 72,1% (44 mulheres) afirmaram que os pais faziam uso de algum tipo de droga nesta época.

A prática religiosa foi relatada por 81%, sendo a evangélica dominante (44,8%; n = 60), seguida da religião católica (19,4%; n = 26). Quanto à prática em si das religiões comentadas, as mulheres relataram possuir em diferentes dias da semana horários para missas, cultos e estudos evangélicos dentro da prisão.

Setenta mulheres (52,2%) relataram recebimento de visitas, das quais a presença exclusiva materna foi a mais freqüente (32,85%; n = 23).

Das entrevistadas, 74,6% (100 mulheres), relataram exposição a um evento traumático, destacando-se os mais significativos: agressão sexual (20,9% das detentas, 28 mulheres), a própria prisão (14,18%; 19 mulheres) e assassinato presenciado ou de pessoas

próximas (15,67%; 21 mulheres). A prevalência de TEPT foi de 40,3% (54 mulheres) entre todas as entrevistadas, as quais correspondem a 54% das 100 mulheres que afirmaram ter sido expostas a um evento traumático.

O consumo de drogas quando em liberdade, incluindo ilícitas e lícitas, foi relatado por 81 (60%) entrevistadas. Dentre as detentas que relataram ter companheiro, 60% (n = 60) afirmaram que o mesmo fazia uso de droga.

A pesquisa quanto ao uso atual de drogas foi relativa ao tempo máximo de 1 mês anterior à pesquisa. A droga ilícita mais prevalente na amostra total foi *cannabis* (46,27%; n = 62), seguida de cocaína (32,8%; n = 44). O uso de calmante foi relatado por 33 mulheres (24,6%).

A droga de uso mais freqüente entre as mulheres foi o tabaco, cujo uso diário foi relatado por 92 delas (68,66%). Apenas 28,4% (n = 38) informaram nunca terem fumado. Não houve diferença estatisticamente significativa na freqüência de uso entre as mulheres diagnosticadas e as não diagnosticadas com TEPT: 66,7% (n = 36) das portadoras de TEPT fumam quatro ou mais vezes por dia, todos os dias, enquanto essa freqüência entre as não portadoras é de 61,25% (n = 49). Dentre as detentas que faziam uso diário de tabaco, a média de cigarros foi de 12,62 cigarros/dia (dp=5,526).

O uso diário de *Cannabis* foi relatado por 44,4% (n = 24) das portadoras de TEPT e 40% (n = 32) das não portadoras, resultando em uma freqüência geral de 41,8% (n = 56).

Estatisticamente não foi encontrada diferença significativa para o uso de Tabaco, *Cannabis* e Tranqüilizantes entre as mulheres diagnosticas e as não diagnosticadas com TEPT. Já para utilização de Cocaína (oral ou nasal) foi encontrada uma correlação positiva para portadoras de TEPT com $p \leq 0,01$. A prevalência de uso no mês anterior à pesquisa foi, entre as portadoras do Transtorno, de 51,85% (n = 28) e, entre as não portadoras, de

20% (n = 16); a prevalência de uso diário para cocaína foi de 42,6% (n = 23) para o grupo TEPT-positivo e 17,5% (n = 14) para o grupo TEPT-negativo.

Na escala de depressão e ansiedade observou-se que, dentre as mulheres que preencheram critérios para TEPT, 74,1% (n = 40) apresentaram "Grau Elevado de Ansiedade"[4] , em contraste com 53,75% (n = 43) das que não preencheram os critérios para TEPT (a freqüência geral da população entrevistada foi de 61,9%; n = 83). O "Grau Moderado de Depressão"[5] foi identificado em 64,81% (n = 35) das mulheres diagnosticadas com TEPT e em 43,75% (n = 35) das demais (a freqüência geral da população entrevistada foi de 52,2%; n = 70). (gráfico1 e tabela 9).

As variáveis que representaram correlação significativa com TEPT são listadas na tabela 10.

4.3 Variáveis relacionadas ao surgimento de TEPT

De forma a definir quais características das voluntárias do estudo seriam desencadeantes potenciais ou preventivas do TEPT, as variáveis apresentadas abaixo foram transformadas em dicotômicas (1=sim 2= não) e foram analisadas pelo teste Spearman's rho[16].

As variáveis foram selecionadas de forma a contemplar aspectos descritos na literatura[1,9] como relacionadas ao desenvolvimento do TEPT:

- Religião praticada
- Escolaridade
- Possui companheiro

- Companheiro usava droga
- Delito praticado
- Recebe visita na prisão
- Tempo que esta presa
- Possui filhos vivos
- Possui filhos mortos
- Mais de um trauma relatado
- Idade
- Gravidez antes da prisão
- Alteração no ciclo menstrual
- Pessoa por quem foi criada: familiar ou não
- Foi criada com irmãos
- Trabalhou na infância
- Uso de droga atual
- Familiar que morava junto usava drogas
- Preenche critério para TEPT
- Depressão grau moderado e grave
- Grau elevado e não elevado.

4.4- Análise conjunta das variáveis significativas: Regressão Logística

Analisadas em conjunto no modelo da regressão logística, as seguintes variáveis permaneceram significativas ($P <= 0,05$):

- Ter filhos vivos (P = 0,007)
- Apresentar depressão moderada ou grave (P = 0,005)
- Ter sofrido mais de um trauma (P < 0,001)

O maior nível de significância foi em relação à variável "ter sofrido mais de um trauma"(P < 0,001). Portanto, ter filhos vivos, sofrer de depressão moderada ou grave e ter sofrido mais de um trauma são variáveis que poderão levar ao Transtorno de Estresse Pós Traumático.

5. Discussão

Os resultados do presente estudo sugerem que os achados em relação ao uso de drogas (60%) estão de acordo com os encontrados em prisões americanas, onde mais de 70% relatam história de uso de drogas nas prisões federais e mais de 80%, nas prisões estaduais e locais. Exames toxicológicos de urina, realizados no ano de 1999 em prisões americanas, mostraram testes positivos em 67% das mulheres[6.]

O uso de tabaco diferiu pouco entre as portadoras de TEPT e as não-portadoras. Das 134 internas entrevistadas, 95 são usuárias de tabaco, o que equivale a 70%. Dados do Ministério da Saúde[7] apontam que 15,9% das mulheres fumam no Brasil. A prevalência de tabagismo está maior dentro do cárcere talvez pela grande ociosidade entre as internas e o grau elevado de ansiedade (61,9%) apresentado pelas mesmas.

Apesar da alta prevalência do grau elevado de ansiedade (61,9%) e grau moderado de depressão (52%), poucas foram as entrevistadas que receberam atendimento psicológico

e/ou psiquiátrico dada a escassez de profissionais dentro do Sistema Penitenciário do Rio de Janeiro. Muitas referiram comprar clandestinamente “calmante” para conseguirem suportar o sofrimento psíquico. Mulheres apresentam um risco significativamente maior comparado com o dos homens para o desenvolvimento de transtornos de ansiedade ao longo da vida[10]. Além disso, diversos estudos sugerem maior gravidade de sintomas, maior cronicidade e maior prejuízo funcional dos transtornos de ansiedade entre as mulheres. A prevalência desse transtorno na população geral é em torno de 5 a 8%[1].

A alta prevalência do consumo de drogas parental (72%) em nossa amostra total é um fator de risco conhecido para comportamento anti-social[8], muitas entrevistadas relataram ter iniciado consumo de drogas dentro da própria família.

A idade de maior concentração para sofrimento traumático foi acima de 18 anos, representando 51,9% (n = 28) das que preencheram critérios diagnóstico para TEPT e 81,25% (n = 65) para as que não preencheram os critérios para este transtorno.(Tabela 12)

Os dados analisados permitem concluir que a prevalência de TEPT (40,3%) nesta população é alta e comparável às populações de maior risco encontradas na literatura (3 a 58%)[1], como veteranos da guerra. A relação entre TEPT e consumo de drogas ilícitas também é fortemente sugerida.

A literatura[9] aponta que causa mais comum de TEPT em mulheres são: ataque sexual, molestamento sexual ou abuso físico quando crianças. As evidências também mostraram a importância da "ameaça pressentida"[9] na formação de TEPT em mulheres ou a percepção pela vítima de que o evento traumático é uma ameaça à vida ou que é improvável conseguir escapar.

Apesar de todas as entrevistadas estarem encarceradas, somente 68% relataram exposição a um evento traumático. Ou seja, para pelo menos 32% das detentas relataram que a prisão em si não é considerada um acontecimento traumático. Apesar da discussão a respeito da relação entre vulnerabilidade individual, resiliência e desenvolvimento de Transtornos de Ansiedade já ser debatido[70], pouco é encontrado a respeito dos fatores determinantes ou influentes nessa vulnerabilidade. O que faz um indivíduo considerar a prisão - ou qualquer outro evento - como traumático ou não é um tópico interessante que abre espaço para outro questionamento: situações não consideradas ou listadas como "traumáticas" podem ser excepcionalmente desencadeadores de TEPT em indivíduos suscetíveis?

A dificuldade encontrada para definir o parâmetro de definição da existência de um companheiro suscitou muitos debates. Muitas mulheres possuíam companheiro antes de entrar na prisão, mas haviam sido deixadas desde então ou desconheciam se seriam recebidas pelos companheiros quando saíssem do cárcere. Ao mesmo tempo, o desenvolvimento de laços afetivos e amorosos dentro da prisão, entre as próprias detentas, foi freqüente. Se o caráter dessa união freqüente era afetivo ou por conveniência (proteção física ou até psicológica dentro do presídio) é mais um questionamento evidenciado quando deparamo-nos com a complexa sociedade paralela encontrada por trás das grades, com leis, regras, códigos morais e éticos particulares. A estruturação das relações inter-pessoais no ambiente prisional é um tópico singular que deve ser estudado a parte. Desta forma, as respostas individuais dadas pelas detentas quando questionadas se possuíam ou não companheiro possuem pouco valor, posto que cada mulher interpretou a questão de forma particular.

Considerações Finais (Proposta)

O Sistema Penal do Rio de Janeiro possui um único lugar especializado para o tratamento da drogadicção, o Centro de Tratamento em Dependência Química Roberto Medeiros, que apresenta leitos somente masculinos. Ao mesmo tempo, a entrada de drogas ilícitas, que não é de todo controlada, aliada à ociosidade das presas favorece o desenvolvimento da dependência ou a piora de dependências já existentes. Conseqüentemente, essas mulheres, ao serem liberadas após cumprimento de suas penas, estão mais vulneráveis a situações de risco e propensas a utilizar mais drogas, uma vez que o hábito foi intensificado no local onde deveriam ser reeducadas. Estabelece-se assim um ciclo vicioso na vida da mulher e na própria família da mesma, posto que o uso de drogas parental é sabidamente um fato de risco para utilização de drogas pelos filhos.

Para romper o ciclo iniciado, sugerimos o tratamento da mulher encarcerada drogadicta. Trata-se não só da acolhida hospitalar para a usuária abusiva, mas a orientação multidisciplinar presente também no dia-a-dia das mulheres. A avaliação do histórico de presas serviria como orientação para ações de prevenção em casos em que a dependência não se estabeleceu e de tratamento naqueles já estabelecidos. A prevenção pode contar com ações diretas, como grupos de apoio e aconselhamento, e com ações indiretas, de combate a ociosidade como desenvolvimento de atividades regulares que interessem as presas.

Ainda na esfera da prevenção, é importante lembrar da elevada reincidência criminal entre as mulheres. Se uma parcela significativa das mulheres encarceradas cumpriu Medida Sócio-Educativa[10], a atuação de ações educativas efetivas e específicas para profilaxia de

desenvolvimento de dependência no adulto poderiam ser úteis nas Unidades às quais se destinam as menores infratoras.

A avaliação profissional para determinar distúrbios mentais também é de suma importância como avaliação do grau de risco para dependência e reincidência, de forma que uma triagem multidisciplinar seria um instrumento com grande potencial preventivo e direcionador do tratamento.

O tratamento das internas drogadictas e com transtornos como o de estresse pós-traumático é um desafio mesmo em condições tidas como "ideais", mas o direito das presas é inviolável. Na própria prisão poderiam ser realizadas consultas de avaliação e tratamento em episódios não-agudos, sem internação da presa. Esta solução seria apropriada para usuárias habituais, mas somente paliativa para as abusivas, de forma que a inexistência de um local de tratamento para mulheres, mesmo uma ala feminina no Centro de Dependência Química Roberto de Medeiros, é lastimável e deveria ser contornado.

6. Tabelas

Tabela 1 - **Características gerais da amostra:**

Característica	Freqüência (n)	Porcentagem
Idade		
18-29	66	49,3 %
30-41	48	35,8 %
42-65	20	14,9 %
Religião		
Católica	26	19,4 %
Evangélica	60	44,8 %
Não possui	26	19,4 %
Outras	22	16,4 %
Escolaridade		
CA até 4a série	40	29,9 %
5a série até 7ª série	37	27,6 %
1o grau completo	25	18,7 %
2o grau completo	19	14,2 %
Superior completo	5	3,7 %
Nunca freqüentou	5	3,7 %
Outros	3	2,2 %
Profissão		
Categoria 1	26	19,4 %
Categoria 2	29	21,6 %
Outros	79	59,0 %
Possui companheiro		
Sim	100	74,6 %
Não	34	25,4 %

Legenda das profissões: *Categorias 1 - Vendedoras, Comerciantes, Operadoras de Caixa*, Balconista, demonstradora de produtos, operadora de telemarketing, garçonete, repositora de estoque - são funcionárias do setor terciário que trabalham com a parte comercial em si. *Categoria 2* - Doméstica, diarista, faxineira, babá.

Tabela 2 – **Dados sobre o delito:**

Característica	**Freqüência (n)**	**Porcentagem**
Delito		
Artigo 12 (tráfico)	74	55,22 %
Visita		
Sim	70	52,2 %

Tempo médio de prisão (meses) = 12,66 ±

Tabela 3 – **Fatores relacionados à maternidade**

Características	**Freqüência (n)**	**Porcentagem**
Possui companheiro		
Sim	100	74,62 %
Já passou por alguma gravidez		
Sim	105	78,4 %
Possui filhos vivos		
Sim	100	74,62 %
Possui filhos mortos		
Sim	24	17,9 %
Com quem está o(s) filho(s)		
Familiar	75	55,97 %
Outros	26	19,4 %
Não se aplica	33	24,62 %
Alteração do ciclo menstrual		
Sim	51	38,05 %

Tabela 4- **Antecedentes pessoais (infância)**

Características	**Freqüência (n)**	**Porcentagem**
Por quem foi criada		
Mãe	53	39,6 %
Mãe e pai	54	40,3 %
Foi criada com irmãos		
Sim	108	80,6 %
Trabalho infantil		
Sim	54	40,3 %
Convivência com usuário(s) de drogas		
Sim	61	45,5 %
Grau de parentesco do usuário		
Pais	44	72,13 %

Tabela 5 – **Uso de drogas em liberdade:**

Características	**Freqüência (n)**	**Porcentagem**
Companheiro fazia uso de drogas		
Sim	60	44,8 %
Droga		
Álcool e ao menos uma substância ilícita	42	70,0 %
Voluntária fazia uso de droga		
Sim	81	60,4 %
Droga		
Somente substância ilícita	41	50,61 %

Tabela 6 – **Uso atual de drogas (no mês anterior à pesquisa):**

Características	**Freqüência (n)**	**Porcentagem**
Uso de		
Cannabis (fumada)	62	46,26 %
Calmante (V.O)	39	29,1 %
Cocaína (fumada ou cheirada)	44	32,83 %
Nicotina (fumada)	95	70,9 %

Tabela 7 – **Freqüência de traumas sofridos antes da prisão:**

Características	**Freqüência (n)**	**Porcentagem**
Sofreu Trauma		
Sim	97	72,38 %
Respondeu sim a:		
Tiroteio	51	38,05 %
Acidente grave	19	14,17 %
Incêndio, inundação ou desastre natural	21	15,67 %
Testemunhou alguém ser morto ou ferido	52	38,8 %
Relação sexual contra vontade própria	35	26,11 %
Abuso Sexual (estupro)	39	29,1 %
Assaltado	39	29,1 %
Abusado fisicamente quando criança	25	18,65 %
Negligência na infância	30	22,38 %
Ameaçado com armas, preso ou seqüestrado	134	100 %
Algum dos eventos acima aconteceu com alguém próximo	82	61,19 %

Tabela 8 – **Trauma relatado como pior**

Características	**Freqüência (n)**	**Porcentagem**
Abuso sexual	28	20,89 %

Tabela 9 – **Ansiedade-traço (Spielberger) e Depressão (Beck)**

	Freqüência (n) e porcentagem		
Características	**TEPT positivo**	**TEPT negativo**	**Total da amostra**
Classificação Spielberger			
Grau mediano de ansiedade	14 (25,9%)	28 (35%)	42 (31,3 %)
Grau elevado de ansiedade	40 (74,1%)	43 (53,75%)	83 (61,9 %)
Classificação Beck			
Grau mínimo de depressão	0 (0%)	9 (11,25%)	9 (6,7%)
Grau leve de depressão	9 (16,67%)	23 (28,75%)	32 (23,9%)
Grau moderado de depressão	35 (64,81%)	35 (43,75%)	70 (52,2%)
Grau grave de depressão	3 (5,56%)	5 (6,25%)	8 (6,0%)

Tabela 10- **Variáveis correlacionadas significativamente com o TEPT**

Variável	Coeficiente de Correlação	Valor de P
Filhos vivos	0,255	0,003
Ter engravidado	-0,196	0,023
Beck*	-0,260	0,004
Drogas ilícitas	-0,212	0.059
Trabalho infantil	0,225	0,009
Sofreu mais de um trauma	-0,434	0,000

*Nota de corte com pontuação igual ou superior a 16 para detectar disforia, compreendida como dor excessiva, angústia, agonia, agitação e inquietação, e igual ou superior a 21 para categorizar indivíduos com depressão.

Tabela 11- **Variáveis Significantes Analisadas Com TEPT e sem TEPT**

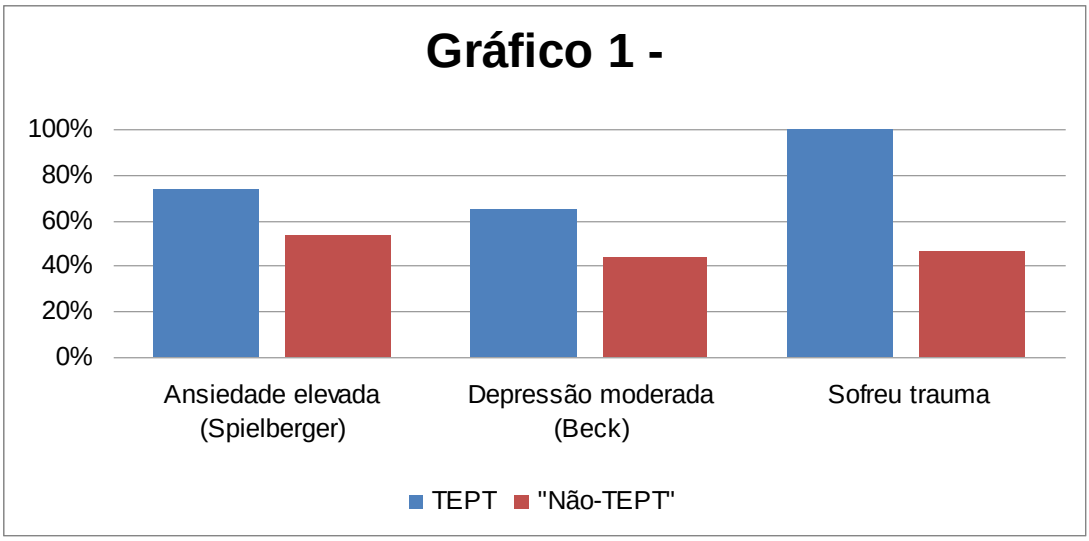
	TEPT positivo	TEPT negativo
Ter engravidado	37 (68,52% com TEPT)	68 (85% sem TEPT)
Beck (moderado ou grave)	38 (70,37% com TEPT)	40 (50% sem TEPT)
Drogas ilícitas	41 (75,9% com TEPT)	42 (52,5% sem TEPT)
Trabalho infantil	29 (53,7% com TEPT)	25 (31,25% sem TEPT)
Sofrer mais de um trauma	53 (98,12% com TEPT)	47 (58,75 sem TEPT)

Tabela 12- **Idade de sofrimento do evento traumático**

Idade de sofrimento do evento	TEPT positivo	TEPT negativo
Até 12 anos	10 (18,5%)	6 (7,5%)
Entre 13 e 17 anos	14 (25,9%)	9 (11,25%)
Acima de 18 anos	28 (51,9%)	65 (81,25%)
Não respondeu	2 (3,7%)	-
Total	54 (100%)	80 (100%)

7 Gráficos:

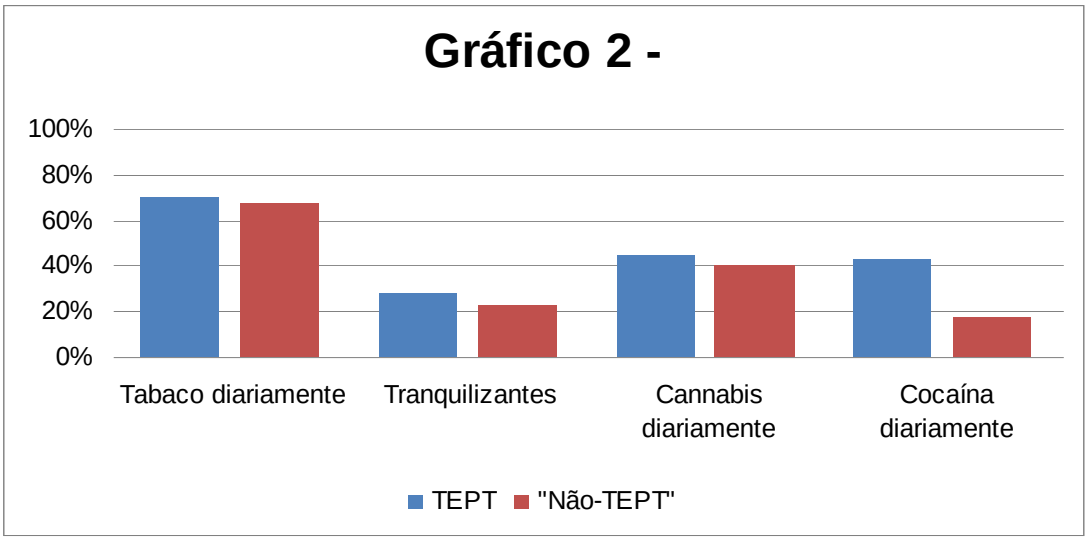
Gráfico 1: Prevalência de Transtornos Estresse Pós Traumático (TEPT) nas internas do Sistema Penitenciário comparada com as internas que não preencheram critérios para TEPT em relação ao trauma sofrido e transtornos ansiosos.



Legenda

Preencheu os critérios:	TEPT		Não TEPT	
	Total	%	Total	%
Ansiedade elevada (Spielberger)	40	74,07%	43	53,75%
Depressão moderada (Beck)	35	64,81%	35	43,75%
Sofreu trauma	54	100,00%	37	46,25%
Total	**54**		**80**	

Gráfico 2: Prevalência de Transtornos Estresse Pós Traumático (TEPT) nas internas do Sistema Penitenciário comparada com as internas que não preencheram critérios para TEPT em relação ao uso de drogas.



Legenda

Uso de drogas	TEPT		Não TEPT	
	Total	**%**	**Total**	**%**
Tabaco freqüentemente	38	70,37%	54	67,50%
Tranqüilizantes	15	27,78%	18	22,50%
Cannabis freqüentemente	24	44,44%	32	40,00%
Cocaína freqüentemente	23	42,59%	14	17,50%
Total	**54**		**80**	

8. Referências

1. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. American Psychiatric Association. Washington, DC (US); 1994.
2. Christo G. Christo Inventory of Drugs PhD thesis. Longon (UK): King's College; 1996.
3. Christo G, Morris C. Substance-misusers' Anxiety and Traumatic Event Prevalence. Drugs: education, prevention and policy. 2004 February;11(1):35-47.
4. Spielberger C, Gorsuch, RJ, Lushene, RE. Inventário de ansiedade traço-estado (IDATE). Manual de Psicologia Aplicada. Rio Janeiro, RJ (BR): Centro de Psicologia Aplicada; 1979.
5. Beck AT, Steer RA. Beck Depression Inventory. San Antonio, TX (US): Psychological Corporation; 1993
6. Freudenberg N. Jails, Prisons and the health of urban populations: a review of the impact of the correctional system on community health. J Urban Health. 2001; 78(2):214-35.
7. Coordenação de Prevenção e Vigilância - Prevalência de tabagismo no Brasil. Rio de Janeiro, RJ (BR): Ministério da Saúde – Instituto Nacional do Câncer. Maio de 2004.
8. Taylor J, Malone S, Iacono WG, Mcgue M. Development of substance dependence in two delinquency subgroups and nondelinquents from a male twin sample. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2002 April;41(4):386-93.
9. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry. 1995;52(12): 1048-60.
10. Andrade RC, Silva VA, Assumpção FB. Prevalência de transtornos psiquiátricos em jovens delinqüentes na cidade do Rio de Janeiro: estudo de gênero e relação com a gravidade do delito. Rio de Janeiro, RJ (BR) 2007.

11. Estudo do Perfil Bio-Psico-Social dos Apenados que ingressam no Sistema Penitenciário do Rio de Janeiro. Secretaria de Estado de Justiça Rio de Janeiro. 2000.

12. Andrade RC, Silva VA, Assumpção FB. Estudo de prevalência de Transtornos psiquiátricos e adolescente infratores: um estudo de Gênero. 2004. Dissertação Mestrado em Ciências da Saúde - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP (BR); 2004.

13. Organização Mundial da Saúde (OMS). Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.

14. Estudo das DSTs / AIDS e as Drogas no Sistema Penitenciário do Estado do Rio de Janeiro:Secretaria de Estado e Justiça (SEJ);1999.

15. Breslau N, Davis G, Schultz LR. Posttraumatic stress disorder and the incidence of nicotine, alcohol, and other drugs in persons who have experienced trauma. Arch Gen Psychiatry. 2003; 60:289-294.

16. Siegel, S. Estatística Não-paramétrica para Ciências do Comportamento. São Paulo, SP (BR): McGraw-Hill Editora; 1981.

17. Grubaugh AL, Resick PA. Posttraumatic growth in treatment-seeking female assault victims. Psychiatric Quarterly. 2007; 78:145-155.

18. Masho SW, Ahmed G. Age at sexual assault and posttraumatic stress disorder among women: prevalence, correlates, and implications for prevention. Journal of Women's Health. 2007 March 1; 16(2): 262-271.

19. Kimerling R, Alvarez J. Epidemiology and Consequences of Women's Revictimization. Women's health issues. 17(2):101-6.

20. Taft CT, Vogt DS. Aggression Among Combat Veterans: Relationships With Combat Exposure and Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder, Dysphoria, and Anxiety. Journal of Traumatic Stress. 2007 April; 20(2):135–45.

21. Huang G, Zhang Y, Momartin S, Cao Y, Zhao L. Prevalence and characteristics of trauma and posttraumatic stress disorder in female prisoners in China. Comprehensive psychiatry. 2006; 47(1):20-29.

22. Figueira IE, Mendlowicz M. Diagnóstico do transtorno de estresse pós-traumático. Rev. Bras. Psiquiatria. 2003;25(1):12-16.

23. Gorenstein C, Andrade L. Validation of a Portuguese version of the Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian Subjects. Brazilian Journal of Medical and Biological Research. 1996;29:453-457.

24. Pereira AL. Construção de um protocolo de tratamento para transtorno de ansiedade generalizada. Dissertação de Mestrado Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2005.

25. Kinrys G, Wygant LE. Transtornos de ansiedade em mulheres: gênero influencia o tratamento? Rev. Bras. Psiquiatria. 2005 Outubro;27(2):43-50.

26. Buglione, S. A face feminina da execução penal. In: Direito & Justiça Revista da Faculdade de Direito da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Vol. 19, ano XX, 1998. p. 239 - 266.

27. Espinoza O. Mulher Encarcerada em Face do Poder Punitivo. São Paulo, IBBRIM, 2004.

28. Goffman E. Manicômios, Prisões e Conventos. São Paulo, Editora Perspectiva, 2001.

29. Censo penitenciário de 2007. Ministério da Justiça - Secretaria Nacional de Justiça. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. Disponível em: http://depen.com. Acesso em 06 jun. 2008.

30. Yehuda R. Risk and resilience in posttraumatic stress disorder. J Clin Psychiatry. 2004;65(1):S29-36.

31. Vieira RM, Gauer GJC. Transtorno de estresse pós-traumático e transtorno de humor bipolar. Rev. Bras. Psiquiatr. Junho 2003;25(1):55-61.

32. Davidson JRT, Swartz M, Storck M, et al. A diagnostic and family study of posttraumatic stress disorder. Am J Psychiatry. 1985;142:90-3.

33. Sales PP. Importancia del concepto de trauma y sus implicaciones para el trabajo en salud mental en violencia política y catástrofes. Interpsiquis 2001.

34. Margis R. Comorbidade no transtorno de estresse pós-traumático: regra ou exceção? *Rev*. Bras. Psiquiatr. 2003;25(1):17-20.

35. Munist M, Santos H, Kotliarenco MA, Ojeda ENS, Infante F, Grotberg E. Manual de Identificación y Promoción de la Resiliencia. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud. 1998.

36. Rutter M. Psychological resilience and protective mechanisms. American Journal of Orthopsychiatry. 1987;57:316-331.

37. Bryant RA. Early predictors of posttraumatic stress disorder. Biological Psychiatry. 2003;53(9):789-795.

38. Ehlers A, Mayou RA, Bryant B. Cognitive predictors of posttraumatic stress disorder in children: Results of a prospective longitudinal study. Behavior Research and Therapy. 2003;41(1):1-10.

39. Buckley TC, Blanchard EB, Neill T. Information processing and PTSD: A review of the empirical literature. Clinical Psychology Review. 2000;28(8):1041-1065.

40. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry 2005;62(6):617-27.

41. Brown PJ, Stout RL, Gannon-Rowley J. Substance use disorder-PTSD comorbidity. Patients' perceptions of symptom interplay and treatment issues. J Subst Abuse Treat. 1998 Sep-Oct;15(5):445-8.

42. CEAD – Centro de Ensino a Distancia - Esplanada dos Ministérios - Brasília – DF 2007

43. Olievenstein C. A Droga. São Paulo, Editora Braziliense. 1980.

44. Daumezon, G. e Caroli, F. Amnésie d'identité. Evolution Pshychiatrique 1980

45. Formigoni MLOS, Quadros IM. A psicobiologia das dependências. In: Silveira DX, Moreira FG. Panorama Atual de Drogas e Dependências. São Paulo, SP: Editora Atheneu; 2005. p. 31-37.

46. Lazo DM. Alcoolismo: o que você precisa saber. São Paulo, SP: Editora Paulina; 1989.

47. Carlini EA, Galduróz JCF, Noto AR, Nappo SA. I Levantamento domiciliar sobre uso de drogas psicotrópicas no Brasil. Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) - UNIFESP. 2001.

48. Rocha CRM, Tassiano CMLM, Santana JSS. Acompanhamento dos adolescentes na família. In: Adolescer: compreender, atuar, acolher. Projeto Acolher - Associação Brasileira de Enfermagem. Brasília, 2001.

49. Passetti E, Oliveira SM, Outros. Violentados: crianças, adolescentes e justiça. São Paulo: Editora Imaginário, 1995.

50. Zilberman ML, Blume SB. Domestic violence, alcohol and substance abuse. Rev. Bras. Psiquiatr. Outubro 2005;27(supl.2):51-55.

51. Estatuto da criança e do adolescente. 5ª Edição 5. Ed. rev. atual. Brasília : Câmara dos Deputados, Coordenação de Serviços Gráficos, 2006.

52. Bloom B. The home environment and social learning. San Francisco, Editora Jossey-Bass. 1996.

53. Assis SG. Traçando caminhos em uma sociedade violenta. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz. 1999.

54. Assis SG, Constantino P. Filhas do mundo: infração juvenil feminina no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz. 2001.

55. Ozer EJ, Weiss DS. Who develops posttraumatic stress disorder? Current Directions in Psychological Science. 2004;13(4):169-172.

56.Kendler KS, Neale MC, Kessler RC, Heath AC, Eaves LJ. Panic disorder in women: a population-based twin study. Psychol Med. 1993;23(2):397-406.

57. Christo G, Silva VA. A Portuguese version of the Christo Inventory for Substance misuse Services (CISS): a simple outcome evaluation tool. Brazilian Journal of Medical and Biological Research. 2002;35:1111-1117.

58. Stein MB, Schmidt PJ, Rubinow DR, Uhde TW. Panic disorder and the menstrual cycle: panic disorder patients, healthy control subjects, and patients with premenstrual syndrome. Am J Psychiatry. 1989;146(10):1299-303.

59. Steiner H, Garcia IG, Matthews Z. Posttraumatic stress disorder in incarcerated juvenile delinquents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1997 Mar;36(3):357-65.

60. Peres JFP, Mercante JPP, Prieto-Peres MJ, Nasello AG. Psychological dynamics affecting traumatic memories: implications in psychotherapy. Psychol Psychother. 2005;78(Pt4): 431-47.

61. Carvalho, ML et al . Profile of prisoners in the Rio de Janeiro prison system: specifities of gender in the social exclusion process. Ciência. saúde coletiva , Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, 2006

62. Carvalho ML, Valente JG, Assis SG. Profile of prisoners in the Rio de Janeiro prison system: specifities of gender in the social exclusion process. Ciênc. saúde coletiva. April/June 2006;11(2):461-471.

63. Sheehan DV. Current concepts in the treatment of panic disorder. J Clin Psychiatry. 1999;60(Supp.18):16-21.

64. Pereira A. Combat trauma and the diagnosis of post-traumatic stress disorder in female and male veterans. Mil Med. 2002;167(1):23-7.

65. Kimerling R, Clum GA, Wolfe J. Relationships among trauma exposure, chronic posttraumatic stress disorder symptoms, and self-reported health in women: replication and extension. J Trauma Stress. 2000;13(1):115-28.

66. Gorenstein C, Andrade LHSG, Zuardi AW. 35.Escala de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia. Revista de Psiquiatria Clínica.1998;25(6).

67. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Compêndio de Psiquiatria, Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica. Editora Artes Médicas, 1997

68. III Estudo do Perfil - Bio Psico – Social dos apenados que ingressam no Sistema Penitenciário do Rio de Janeiro: SEJ, 2003. [já foi]

69. Warren JI, Burnette M, South SC, Chauhan P, Bale R, Friend R. Personality disorders and violence among female prison inmates. J Am Acad Psychiatry Law. 2002;30(4): 502-9.

70. Berlim, MT; Perizzolo, Juliana and Fleck, Marcelo P A. Transtorno de estresse pós-traumático e depressão maior. Rev. Bras. Psiquiatria 2003

71. Câmara Filho JWS, Sougey EB. Estupro e Transtorno de Estresse Pós-Traumático: Aspectos Epidemiológicos e Clínicos. J Bras Psiquiatr 1999; 48:547-53.

9. Anexos

Anexo 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisadora Responsável: Byanka Quitete / Psicóloga
Contato: (21) 3399- 5735

Nome da voluntária: _____ Nascimento: _____
Idade_____ R.G.: _____

Pesquisa: "*Transtornos de ansiedade e uso de drogas psicoativas em uma amostra do Sistema Penitenciário feminino do RJ".*

Os médicos e psicólogos sabem que as mulheres passam por vários sofrimentos durante a vida. Mas não sabem o que faz uma mulher esquecer deste sofrimento ou ficar sempre lembrando e sofrendo. Também não sabem qual o sofrimento é mais doloroso para as mulheres.

Para poder ajudar melhor, estamos fazendo esta pesquisa. Caso você concorde, faremos alguns testes com perguntas que você responderá em anonimato e com privacidade. Tais perguntas serão feitas num período de 1 hora aproximadamente. Não existe nenhum prejuízo para você além do gasto do referido tempo. Suas respostas ajudarão a compreender práticas que melhorem a situação de estresse vivenciada.

Temos como objetivo principal nesta pesquisa, caracterizar os estressores traumáticos ocorridos na vida de mulheres encarceradas em uma amostra do Sistema Penitenciário Feminino do RJ e a prevalência do transtorno de estresse pós-traumático assim como do uso/abuso das drogas, correlacionando com variáveis.

Os benefícios esperados neste trabalho são: melhor compreensão do transtorno a ser estudado e do seu tratamento, assim como a identificação de pontos que podem ser melhorados em relação à má condição física e mental das apenadas propondo implementação de mudanças no Sistema Penal.

Este estudo **não** utilizará métodos complementares como: gravador ou filmadora

Qualquer dúvida durante a pesquisa procure a Dra Byanka Quitete, que estará pronta para respondê-la.

Você não será prejudicada se não quiser participar e pode desistir a qualquer momento.

Agradecemos a disponibilidade de ajuda neste trabalho.

Eu, _____, ciente de que não terei prejuízo em caso de recusa, declaro ter sido informada e concordo em participar como voluntária do projeto de pesquisa citado acima.

_____ _____

Voluntária Pesquisadora Responsável

Rio de Janeiro: _____de _____de 2007

Anexo 2

Questionário Sócio Demográfico

I- DADOS PESSOAIS:

Data Nascimento: _____

Naturalidade: _____ Nacionalidade: _____

Tem companheiro?: _____

Profissão:_____

Escolaridade:_____ Profissão: mãe:_____ pai:_____

Raça: _____

Você pratica alguma religião, caso positivo qual: _____

II-INFÂNCIA:

1- Por quem foi criada? _____
2- Quantos irmãos?_____
3- Foi criada junto com os irmãos?_____
4- Entre as pessoas que morava com você havia alguém que usava álcool ou outras drogas? Quem?_____
5- Quando criança você trabalhava para ajudar em casa?_____ Em que?_____ Idade?_____

III-SAÚDE:

6- Você já engravidou? _____ Quantos filhos você tem?_____ Filhos mortos_____
7- Com quem estão os seus filhos?_____
8- Após ser presa houve alteração no seu ciclo menstrual? _____ Qual?_____
9- Seu companheiro fazia uso de bebida alcoólica ou usava drogas? _____ Qual droga?_____
10- Quando você estava em liberdade usava drogas (incluindo uso de álcool)? _____ Qual? _____ Qual padrão de uso?_____.
11- Há quanto tempo você esta presa?_____
12- Qual é o artigo pelo qual cumpre pena?_____(colocar numeral do artigo e o que significa)
13- Você recebe visita neste presídio?_____ De quem?_____.

_____

Entrevistador

Rio de janeiro: _____de _____de 2007.

Anexo3

Inventário de Drogas Christo

Cliente ..... Data de Nascimento / Idade: ..... M F Assessor .....
Date .....

Tipo de droga, especifique se possível	Usada na última semana	Idade do primeiro uso	Freqüência de utilização no último mês. Favor um número para cada droga. Veja a lista abaixo; se nenhuma opção for adequada, escreva o número certo.	Escolha: Oral, Nasal Fumada Injetada	Especifique a media de utilização de cada droga	Média diária	Valor Mensal R$
Álcool			0 1 2 4 11 22 30 75 120	O N F I	Unidades		
Tranquilizantes (Bjda) Calmantes			0 1 2 4 11 22 30 75 120	O N F I			
Heroína			0 1 2 4 11 22 30 75 120	O N F I			
Outros opiáceos e.g. metadona			0 1 2 4 11 22 30 75 120	O N F I			
Cannabis			0 1 2 4 11 22 30 75 120	O N F I			
Anfetaminas			0 1 2 4 11 22 30 75 120	O N F I			
Cocaína & crack			0 1 2 4 11 22 30 75 120	O N F I			
Alucinógenos & ecstasy			0 1 2 4 11 22 30 75 120	O N F I			
Inalantes			0 1 2 4 11 22 30 75 120	O N F I			
Barbitúricos & quetamina			0 1 2 4 11 22 30 75 120	O N F I			
Tabaco			0 1 2 4 11 22 30 75 120	O N F I			
Antidepressivos			0 1 2 4 11 22 30 75 120	O N F I		n.a.	n.a.

0 = Nenhum uso recente
1 = Pode haver usado uma vez no ultimo mês
2 = Uma ou três vezes por mês
4 = Usada cerca de uma vez por semana
11 = Duas ou três vezes por semana
22 = Quatro a seis vezes por semana
30 = Cerca de uma vez por dia
75 = Uma sessão 2-3 vezes por dia todo dia
120 = Quatro ou mais vezes por dia quase todos os dias

Uma calculadora pode ser útil aqui.

PONTUAÇÃO FINAL CID

Ocorrência de uso de droga / álcool no ultimo mês:
Indique a pontuação de frequencies de todos os tipos de drogas exceto tabaco e antidepressivos.....

Valor de consumo de drogas / álcool no ultimo mês:
Multiplique as freqüências de 0 a 30 pela suas médias de uso diário (se a freqüência for 75 ou 120, converta para 30)
Coloque os resultados na coluna à direita ("Valor mensal").
Some os valores mensais de todos os tipos de drogas exceto antidepressivos.....

Unidades consumidas de álcool no ultimo mês:
Multiplique as freqüências de 0 a 30 pela suas médias de uso diário (se a freqüência for 75 ou 120, converta para 30).....
Limite de bebida "seguro": homens = 90, mulheres = 60 unidades por mês.

Ocorrência de injeções no ultimo mês:
Some as pontuações de freqüências indicadas para todos os tipos de drogas injetadas.....

→ Unidade de álcool: 1 copo cerveja 1 chopp / 1 copo vinho / 1/2 dose de cachaça

Anexo 4:

Avaliação de Eventos Traumáticos.

(American Psychiatric Association, 1987): Christo G. & C. Morris "Substance-misusers' Anxiety and Traumatic Event" – Prevalence

1. Você teve alguma experiência em tiroteio	( ) SIM ( ) NÃO
2. Você esteve envolvido em algum acidente grave	( ) SIM ( ) NÃO
3. Aconteceu de você estar no meio de algum incêndio, inundação ou desastre natural	( ) SIM ( ) NÃO
4. Você testemunhou alguém ser ferido ou morto	( ) SIM ( ) NÃO
5. Alguém teve relação sexual com você, sem você querer, sendo ameaçado ou usaram algum grau de força.	( ) SIM ( ) NÃO
6. Você foi molestado sexualmente (alguém tocou nos seus genitais sem você querer).	( ) SIM ( ) NÃO
7. Você foi seriamente atacado ou assaltado	( ) SIM ( ) NÃO
8. Você foi abusado fisicamente quando era criança	( ) SIM ( ) NÃO
9. Quando você era criança ocorreu alguma negligência séria	( ) SIM ( ) NÃO
10. Você foi ameaçado com armas, foi preso ou seqüestrado	( ) SIM ( ) NÃO
11. Você sofreu um choque grande porque um dos eventos desta lista aconteceu com alguém perto de você	( ) SIM ( ) NÃO

12. De todos os eventos lembrados, qual foi o pior para você?

_____

13. Quando ocorreu o evento acima você tinha quantos anos?

_____

Anexo 5:

Descrição dos itens da escala IDATE / Traço

1	Sinto-me bem
2	Canso-me facilmente
3	Tenho vontade de chorar
4	Gostaria de ser tão feliz quanto os outros parecem ser
5	Perco oportunidades porque não consigo tomar decisões rápidas
6	Sinto-me descansado
7	Sinto-me calmo, ponderado e senhor de mim mesmo
8	Sinto que as dificuldades estão se acumulando de tal forma que não as consigo resolver
9	Preocupo-me demais com as coisas sem importância
10	Sou feliz
11	Deixo-me afetar muito pelas coisas
12	Não tenho confiança em mim mesmo
13	Sinto-me seguro
14	Evito ter que enfrentar crises e problemas
15	Sinto-me deprimido
16	Estou satisfeito
17	As vezes idéias sem importância entram na cabeça e ficam me preocupando
18	Levo os desapontamentos tão a sério que não consigo tirá-los da cabeça
19	Sou uma pessoa estável
20	Fico tenso e perturbado quando penso em meus problemas do momento

Da forma traço do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE-T), Spielberger et al. (1970), validado para o português por Biaggio e Natalício (1979).

Anexo 6

Critérios diagnósticos para PTSD (DSM IV)

A. Exposição a um evento traumático ou qual os seguintes quesitos estiveram presentes:

1. A pessoa experimentou, testemunhou, ou se confrontou com evento que envolveu risco de morte ou ameaça à vida ou ferimento sério ou ameaça à sua integridade ou de outros.
2. Sentiu medo intenso, desesperança ou horror.

B. Evento traumático persistentemente re-experimentado em pelo menos uma das seguintes maneiras:

1. Lembranças recorrentes e intrusivas (imagens, pensamentos, percepções)
2. Sonhos recorrentes e perturbadores
3. Flash back
4. Desconforto psicológico intenso na exposição a pistas que simbolizam ou lembrem um aspecto do evento traumático
5. Reatividade fisiológica na exposição a estas pistas (suar frio...)

C. Evitação persistente de estímulos associados ao trauma e adormecimento da resposta geral (Não presente antes do trauma) como indicado por três ou mais dos seguintes

1. Esforços para evitar pensamentos, sentimentos ou conversas relacionadas ao trauma.
2. Esforços para evitar atividades, lugares ou pessoas que tragam recordações do trauma
3. Inabilidade (dificuldade) de lembrar um aspecto importante do trauma (bloqueio)
4. Diminuição marcante do interesse em participar de atividades significativas
5. Sentimento de desapego ou estranhamento dos outros
6. Variação restrita do afeto (ex. incapacidade de sentir amor)

7. Sentimento de futuro curto (ex. não espera ter carreira,casamento, filhos, período normal de vida)

D. Sintomas persistentes de super alerta (<u>não presente antes do trauma</u>), indicado por dois dos seguintes:

1. Dificuldade de iniciar o sono ou mantê-lo
2. Irritabilidade ou explosões de raiva
3. Dificuldade de concentração
4. Hipervigilância
5. Resposta exagerada de sobressalto

E.Duração: B,C,D, mais de 1 mês ( ) sim ( ) não

F. Distúrbio causa significante desconforto clinico, ou prejuízo social, ocupacional, ou em outras áreas especificas de funcionamento.

Especifique se: (prejuízo)

_____

Quando aconteceu o trauma? _____ (Se começou 6 meses após o evento)

Anexo 7

INVENTÁRIO BECK DE DEPRESSÃO

A – TRISTEZA

0 Não me sinto triste.

1 Sinto-me melancólico(a) ou triste.

2a Estou triste e melancólico(a) o tempo todo e não consigo sair disso.

2b Estou tão triste e infeliz que isso é extremamente doloroso.

3 Estou tão triste e infeliz que não consigo suportar.

B - PESSIMISMO

0 Não estou particularmente triste ou desencorajado(a) em relação ao futuro.

1 Sinto-me desencorajado(a) em relação ao futuro.

2a Sinto que não tenho nada para alcançar.

2b Sinto que nunca superarei meus problemas.

3 Sinto que o futuro é sem esperança e que as coisas não podem melhorar.

C – SENSO DE FRACASSO

0 Não me sinto um fracassado(a).

1 Sinto que tenho fracassado(a) mais que uma pessoa comum.

2a Sinto que tenho realizado muito pouca coisa que valha.

2b Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.

3 Sinto que sou um completo fracasso como pessoa (pai, marido, mulher...).

D - INSATISFAÇÃO

0 Não estou particularmente insatisfeito(a).

1a Sinto-me entediado(a) a maior parte do tempo.

1b Não tenho gosto pelas coisas como costumava ter.

2 Não consigo ter satisfação por nada atualmente.

3 Estou insatisfeito(a) com tudo.

E - CULPA

0 Não me sinto particularmente culpado(a).

1 Sinto-me mal ou indigno(a) uma boa parte do tempo.

2a Sinto-me bastante culpado(a).

2b Sinto-me mal ou indigno(a), praticamente o tempo todo, agora.

3 Sinto-me como se estivesse bem ruim e sem valor.

F - EXPECTATIVA DE PUNIÇÃO

0 Não sinto que esteja sendo punido(a).

1 Tenho um pressentimento de que alguma coisa ruim possa acontecer comigo.

2 Sinto que estou sendo punido(a) ou que irei ser punido.

3a Sinto que mereço ser punido(a).

3b Quero ser punido(a).

G - AUTODESGOSTO

0 Não me sinto desapontado(a) comigo mesmo.

1a Estou desapontado(a) comigo mesmo.

1b Não gosto de mim.

2 Estou aborrecido(a) comigo mesmo.

3 Eu me odeio.

H – AUTO-ACUSAÇÕES

0 Não sinto que eu seja algo pior do que qualquer outra pessoa.

1 Critico-me por minhas fraquezas ou erros.

2 Acuso a mim mesmo(a) por minhas falhas.

3 Acuso a mim mesmo(a) por tudo de ruim que acontece.

I - IDÉIAS SUICÍDAS

0 Não tenho quaisquer pensamentos sobre prejudicar a mim mesmo(a).

1 Tenho pensamentos sobre prejudicar a mim mesmo(a), mas eu não os colocaria em prática.

2a Sinto que estaria em melhor situação morto(a).

2b Sinto que minha família estaria em melhor situação se eu estivesse morto(a).

3 Eu me mataria se pudesse.

J - CHORO

0 Não choro mais do que o comum.

1 Choro mais do que costumava.

2 Choro o tempo todo, agora; eu não consigo parar com isso.

3 Eu costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo chorar de maneira alguma, muito embora eu queira.

K - IRRITABILIDADE

0 Eu não estou mais irritado(a) agora do que costumo estar.

1 Fico aborrecido(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava ficar.

2 Sinto-me irritado(a) o tempo todo.

3 Eu não fico irritado(a) de maneira alguma com as coisas que costumavam irritar-me.

L – INTERAÇÃO SOCIAL

0 Eu não perdi o interesse por outras pessoas.
1 Estou menos interessado(a) nas pessoas, agora, do que costumava estar.
2 Perdi a maior parte do meu interesse por outras pessoas e tenho pouco sentimento por elas.
3 Perdi todo o meu interesse por outras pessoas e não me importo com elas de maneira alguma.

M - INDECISÃO

0 Tomo decisões tão bem quanto sempre tomei.
1 Tento adiar as tomadas de decisão.
2 Tenho grande dificuldade em tomar decisões.
3 Não consigo tomar quaisquer decisões atualmente.

N – MUDANÇA DA IMAGEM CORPORAL

0 Eu não sinto que pareça algo pior do que costumava ser.
1 Eu estou preocupado(a) que esteja parecendo velho(a) ou sem atrativos.
2 Sinto que há mudanças permanentes em minha aparência e elas me fazem parece sem atrativos.
3 Sinto que estou com uma aparência feia ou repulsiva.

O – RETARDO PARA O TRABALHO

0 Posso trabalhar tanto quanto antes.
1a É necessário um esforço extra para conseguir começar a fazer alguma coisa.
1b Não trabalho tão bem quanto costumava.
2 Tenho de me esforçar demasiadamente para fazer qualquer coisa.
3 Não consigo fazer nenhum trabalho de maneira alguma.

P - INSÔNIA

0 Posso dormir tão satisfatoriamente quanto o de costume.
1 Acordo mais cansado(a) de manhã do que costumava.
2 Acordo uma ou duas horas mais cedo do que é comum e encontro dificuldade para voltar a dormir.
3 Acordo cedo todo dia e não posso conciliar mais do que cinco horas de sono.

Q – SUCETIBILIDADE À FADIGA

0 Não fico mais cansado(a) do que o comum.
1 Fico cansado(a) mais facilmente do que costumava.
2 Fico cansado(a) ao fazer qualquer coisa.
3 Fico cansado(a) demais para fazer alguma coisa.

R - ANOREXIA

0 Meu apetite não está pior do que o comum.
1 Meu apetite não está tão bom quanto costumava estar.
2 Meu apetite está bem pior agora.
3 Não tenho apetite de maneira alguma.

S – PERDA DE PESO

0 Não tenho perdido muito peso, se é que perdi algum, ultimamente.
1 Perdi mais do que 2 quilos.
2 Perdi mais do que 4 quilos e meio.
3 Perdi mais do que 7 quilos.

T – PREOCUPAÇÃO SOMÁTICA

0 Não me preocupo com minha saúde mais que o comum.

1 Estou preocupado(a) com dores ou sofrimentos, desarranjo estomacal ou prisão de ventre.

2 Estou tão preocupado(a) em como eu me sinto ou com o que sinto, que é difícil pensar em muitas outras coisas.

3 Estou completamente absorto(a) com relação ao que sinto.

U – PERDA DO INTERESSE SEXUAL

0 Não tenho notado mudança alguma recente no meu interesse por sexo.

1 Estou menos interessado por sexo que costumava estar.

2 Estou muito menos interessado por sexo, agora.

3 Perdi completamente o interesse por sexo.

Livros Grátis

(http://www.livrosgratis.com.br)

Milhares de Livros para Download:

Baixar livros de Administração
Baixar livros de Agronomia
Baixar livros de Arquitetura
Baixar livros de Artes
Baixar livros de Astronomia
Baixar livros de Biologia Geral
Baixar livros de Ciência da Computação
Baixar livros de Ciência da Informação
Baixar livros de Ciência Política
Baixar livros de Ciências da Saúde
Baixar livros de Comunicação
Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE
Baixar livros de Defesa civil
Baixar livros de Direito
Baixar livros de Direitos humanos
Baixar livros de Economia
Baixar livros de Economia Doméstica
Baixar livros de Educação
Baixar livros de Educação - Trânsito
Baixar livros de Educação Física
Baixar livros de Engenharia Aeroespacial
Baixar livros de Farmácia
Baixar livros de Filosofia
Baixar livros de Física
Baixar livros de Geociências
Baixar livros de Geografia
Baixar livros de História
Baixar livros de Línguas

Baixar livros de Literatura
Baixar livros de Literatura de Cordel
Baixar livros de Literatura Infantil
Baixar livros de Matemática
Baixar livros de Medicina
Baixar livros de Medicina Veterinária
Baixar livros de Meio Ambiente
Baixar livros de Meteorologia
Baixar Monografias e TCC
Baixar livros Multidisciplinar
Baixar livros de Música
Baixar livros de Psicologia
Baixar livros de Química
Baixar livros de Saúde Coletiva
Baixar livros de Serviço Social
Baixar livros de Sociologia
Baixar livros de Teologia
Baixar livros de Trabalho
Baixar livros de Turismo