

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

Cosme Rezende Laurindo

**Prevalência e fatores associados a sintomas ansiosos e depressivos em
mulheres privadas de liberdade em Juiz de Fora-MG**

Juiz de Fora - MG

2022

Cosme Rezende Laurindo

**Prevalência e fatores associados a sintomas ansiosos e depressivos em
mulheres privadas de liberdade em Juiz de Fora-MG**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.
Área de concentração: Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Isabel Cristina Gonçalves Leite.

Coorientadora: Profa. Dra. Danielle Teles da Cruz.

Juiz de Fora - MG

2022

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Laurindo, Cosme Rezende.

Prevalência e fatores associados a sintomas ansiosos e depressivos em mulheres privadas de liberdade em Juiz de Fora-MG / Cosme Rezende Laurindo. -- 2022.

213 p. : il.

Orientadora: Isabel Cristina Gonçalves Leite

Coorientadora: Danielle Teles da Cruz

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2022.

1. Prisões. 2. Mulheres. 3. Inquéritos epidemiológicos. 4. Transtornos Mentais. I. Leite, Isabel Cristina Gonçalves, orient. II. Cruz, Danielle Teles da, coorient. III. Título.

Cosme Rezende Laurindo

Prevalência e fatores associados a sintomas ansiosos e depressivos em mulheres privadas de liberdade em Juiz de Fora - MG

Dissertação
apresentada
ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde
Coletiva
da Universidade
Federal de Juiz de
Fora como requisito
parcial à obtenção do
título de Mestre em
Saúde Coletiva. Área
de concentração:
Saúde Coletiva

Aprovada em 12 de abril de 2022.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dra. Isabel Cristina Gonçalves Leite - Orientadora

Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof.^a Dra. Danielle Teles da Cruz

Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof.^a Dra. Luciane Loures dos Santos

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Prof.^a Dra. Andreia Aparecida de Miranda Ramos

Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof.^a Dra. Sabrina Pereira Paiva
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof.^a Dra. Eliane Ferreira Carvalho Banhado
Centro de Ensino Superior de Juiz de Fora - CES/JF

Juiz de Fora, 23/03/2022.



Documento assinado eletronicamente por **Isabel Cristina Goncalves Leite, Professor(a)**, em 12/04/2022, às 19:14, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Danielle Teles da Cruz, Professor(a)**, em 13/04/2022, às 09:26, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Luciane Loures dos Santoa, Usuário Externo**, em 13/04/2022, às 10:11, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Andreia Aparecida de Miranda Ramos, Professor(a)**, em 13/04/2022, às 13:20, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-Ufjf (www2.ufjf.br/SEI) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **0719713** e o código CRC **BC8163CF**.

Dedico esta dissertação a todas as mulheres intelectuais orgânicas com as quais tive a dor e o prazer de militar ao lado. Às “Mirians” e às “Bárbaras” de Juiz de Fora-MG que estão espalhadas pelo mundo. Às mulheres negras que não se curvam diante desta sociedade, que de cabeça erguida sustentam a nossa ancestralidade. Àquelas que passaram pelo sistema. Àquelas que nele ainda estão. E àquelas que eu espero que vivam para ver um mundo sem a presença da violência dele.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a quem me rege, aos orixás que me protegem e já me guiavam antes mesmo de eu ser apresentado a eles. Agradeço pela minha força, pela minha coragem, pela minha persistência, características herdadas de muitos que nesta terra pisaram e já não estão aqui mais. Agradeço por ter me feito presente num espaço historicamente negado a outros como eu: negro, bissexual, jovem. Agradeço por não ter desistido e ter conseguido extrair dessa vivência aquilo que eu precisava para transformar a minha assistência e crescer enquanto profissional. Agradeço pelo encerramento desse ciclo, dentro do espaço acadêmico, que apesar das construções, também foi desafiador: me despeço, mas não me fecho.

Agradeço, por frente a tudo isso, ter podido contar com meus pais, Marco e Nilza, e com minha irmã, Bárbara. Por nunca ter navegado só.

Agradeço à Ingrid Guimarães. Minha irmã negra. Minha companheira de luta. Luta pelo direito de nossos corpos estarem aqui, nesta terra, caminhando. Luta para ocupar espaços historicamente negados a outros como nós. Agradeço por compartilhar do mesmo tempo com ela que tanto me inspira a construir conhecimento de nós para nós, subvertendo os saberes ocidentais embranquecidos, jamais me curvando às investidas de repressão a falar sobre quem sou e por quem eu hoje aqui estou.

Agradeço à Marina Santos por ser a materialização da voz que tentaram prender na garganta em tempos de força, por ser decidida, firme e acolhedora: por ser porto. Por me impulsionar quando por muitas vezes tentaram me frear. Agradeço ao William Ávila, meu irmão, negro por ter me apresentado o mundo, por ter me permitido estar por ele e compartilhar de suas angústias e vitórias, e, através delas, crescer enquanto pessoa, impactando em quem estou me tornando sou profissional.

Agradeço à Clara Barbosa, amiga e camarada, a quem conheci durante a residência multiprofissional em saúde mental. Assistente Social apropriada de quem ela é e, por lógica, de qual é sua luta nesta sociedade. Sem ela eu jamais teria contato com o materialismo histórico dialético, com o socialismo e com o comunismo de maneira tão qualificada, explicada e inspiradora. Hoje sou e estou neste mundo enquanto militante graças à nossa amizade, às nossas discussões, às nossas trocas

de referências para leitura, às nossas saídas, às vitórias comemoradas e aos movimentos políticos compartilhados.

Agradeço à Daniele Knopp e à Marta Libanório por serem peças-chaves no meu processo de resistência ao longo do mestrado. À Dani por me possibilitar contato com uma pessoa sensível, profissional, persistente e incomodada, apontando para a necessidade constante de mudança em relação a tudo que me incomodar. E à Marta por me ter me apresentado diariamente que o conhecimento está em todo o lugar, que a mudança que eu desejo na minha prática profissional, qualificada por tudo que eu construí no mestrado, não é para atender a interesses próprios, mas sim para poder servir ao outro enquanto agente público de mudança através do cuidado prestado. E isso atravessa qualquer posto de trabalho em que eu esteja.

Agradeço ainda à Kesia, por ter me ensinado que lutar significa, antes de mais nada, fazer escolhas. E que escolher a nós mesmos, escolher aquilo pelo que acreditamos, jamais deve ser associado com desistir. Mas deve sim ser compreendido enquanto ato de resistência. E que a nossa resistência enquanto corpos negros frente a esta sociedade racista que persistentemente tenta nos marginalizar, é ocupar todos os espaços possíveis, construindo alicerces onde quer que sejamos necessários. E que esse caminho é retribuição a quem aqui esteve antes de nós. É compromisso histórico. E em nada ficaremos devendo às expectativas alheias quanto ao que deveríamos ou não fazer. Agradeço por você ter escolhido, enquanto psicóloga, clinicar. Ocupando um espaço embranquecido, de maneira engajada. Dialogando deste espaço de prática e apontando que a academia não é a única via.

Agradeço à Maria Eduarda Macário, minha mais antiga amiga, por anos de presença mesmo em meio à distância: entre idas e vindas de mudanças. Por me manter com os pés no chão sobre a importância de viver e, enquanto vivo, estudar. E não apenas estudar com tempos delimitados para viver. Obrigado por sua espontaneidade, pelo seu carinho, pelo seu olhar para comigo e por nunca me deixar esquecer de quem eu sou e de onde eu vim: pois você sabe, você esteve lá e até hoje aqui está.

Agradeço ao Lucas Berthier Cardoso, por me mostrar que para além da saúde há um mundo de pesquisa e de ação acontecendo. Do seu espaço das artes, constantemente me desequilibrava e me fazia refletir sobre o que do meu estar

enquanto enfermeiro tem a ver com território e cultura, me provocava sobre esferas da existência humana pouco discutidas durante minha formação pela predominância do modelo biomédico reducionista. Obrigado por apontar que meu crescimento pessoal caminha com meu crescimento profissional: obrigado por nunca me deixar cindir em duas existências distintas. Por ser minha âncora.

Agradeço à Janeth e à Danielle, minhas colegas bolsistas do Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (ICEPi), que desde o primeiro dia em que entramos na Vigilância Epidemiológica (VIGEP) da Secretaria Municipal de Saúde de Cariacica-ES têm se mostrado acolhedoras, presentes e têm me ensinado sobre ser enfermeiro independente das adversidades, cada uma com seus conhecimentos, habilidades, expertises e experiências. Agradeço à minha primeira preceptora de consideração, Natalia, que dentro do setor foi uma das primeiras a receber e se dispor a ensinar, construir e estar presente quando se fizesse necessário, compartilhando seus conhecimentos e nunca se acomodando com o que sabe, sempre procurando mais.

Agradeço a minha colega de agravo, Janaine, que me permitiu estar com ela assumindo como referência em Atendimento Antirrábico Humano e Raiva Humana, confiando a continuidade de um trabalho de descentralização municipal, compartilhando seu conhecimento vasto não só sobre o agravo, como sobre saúde pública, epidemiologia e enfermagem. Agradeço pela amizade que me foi permitida construir dentro do ambiente de trabalho, pelo espaço para risadas, compartilhamento de angústias, colaboração frente aos momentos de ausência pelas demandas do mestrado e comemorações a cada etapa superada. Agradeço ainda pelas experiências outras neste setor, enquanto referência de Covid-19 e referência de Toxoplasmose (Adquirida, Congênita e Gestacional): a cada agravo tenho maior apropriação do que seja, de fato, a epidemiologia, e sua essencialidade para se fazer saúde no território.

Agradeço às demais pessoas que compõe a equipe da VIGEP: Karina, Marcela, Aline Pires, Aline Tatagiba, Tatiana, Vanusa, André, Anderly, Patrícia Miguel, Patrícia, Paulo, Maria Regeni, Enilda, Isabel, Amanda, Cleber, Helenice, Ana Paula, Jeliane, Leuri, Rafaela, Samir, Marieli, Eliane, Thaiza, Sunamita. Com cada uma destas pessoas aprendi muito do que não cabe numa sala de aula, aprendi a exercitar os conhecimentos adquiridos com leituras e discussões, aprendi a aprender olhando para o meu território e, principalmente, com os pés no chão da minha

realidade. Aprendi sobre a epidemiologia social que eu sempre li e procurei, tendo finalmente encontrado. Agradeço à Flávia, Gerente de Vigilância em Saúde, por ter aberto as portas do setor e por ter construído e conduzido um espaço de acolhimento, crescimento profissional e efetivação dos princípios do SUS através da gestão.

Abrindo os agradecimentos no âmbito acadêmico eu não poderia deixar de trazer a Profa. Angélica Coelho, em quem hoje vejo uma amiga, colega de profissão, colaboradora de pesquisa, para além de inspiração enquanto profissional pesquisadora, pelo empenho, dedicação e comprometimento com tudo aquilo que faz. Se hoje posso trilhar a pesquisa é por ter encontrado lá ainda na graduação alguém com disposição a apontar o caminho, a cativar pelo exemplo e a acolher, com estímulo para saber que é sempre possível ir além, quando se acredita.

Agradeço a todas às pessoas componentes de nosso grupo de pesquisa, o Núcleo de Estudos em Infecções e Complicações relacionadas à Assistência à Saúde (NEICAS) – UFJF, tanto às que já passaram, quanto as que ainda estão ativas. O conhecimento é construído em coletividade. E quando se há uma equipe construindo a vários braços, é possível avançarmos para a efetivação de um SUS que acreditamos e sabemos ser de direito. Docentes, discentes, corpo técnico colaborador: minha gratidão.

Agradeço à Ethelanny, colega enfermeira e pesquisadora, calorosa companheira de militância na saúde mental, a quem conheci durante minha residência multidisciplinar em saúde mental. Sem ela eu jamais teria dado o primeiro passo em direção ao mestrado. Ela me fez perceber que eu poderia e deveria ocupar este espaço, subvertendo sua lógica e aproveitando dele aquilo que de fato coubesse na prática que eu queria construir. Na mesma empreitada agradeço ao Daniel Eveling, por ter estado presente em momentos-chaves ao longo do meu período do mestrado, pelo suporte oferecido, pelas palavras amigas, pelo carinho e por me fazer entender que para além de entrar, seria possível sair da melhor forma possível: conquistando este espaço e fazendo dele aquilo que eu necessitava.

Agradeço pela confiança, investimento e suporte dados tanto pela minha orientadora, Profa. Isabel, quanto pela minha coorientadora, a quem considero colega pesquisadora e que tanto caminhou comigo, Dani (Profa. Daniele). Essa dissertação é fruto de inquietações, de construção de conhecimento e de redação minha, mas com intervenções e reflexões necessárias delas para se tornar o que ela é. Agradeço ainda à minha colega de orientação Camila Martins, que por diversas

vezes acolheu minhas angústias, ansiedades, tristezas, mas também felicidades ao longo dessa trajetória, sem nunca me deixar sentir sozinho. Sempre disposta a uma palavra amiga. Sua presença foi essencial.

Agradeço ao corpo docente, discente e técnico administrativo do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Juiz de Fora, por ter me oportunizado viver a pós-graduação *Stricto sensu*. Por terem garantido espaço de aprendizado e de crescimento acadêmico, pessoal e profissional. Por terem me colocado em contato com uma das áreas que me era tão distante, a epidemiologia, na qual hoje trabalho e me aproprio cada vez mais. Foi vivendo tudo isso que eu me encontrei e compreendi que, neste momento, não é na academia o meu espaço. Agradeço por me apontar que preciso seguir outros caminhos, sendo que em nada me impede de um dia retornar, após eu me permitir viver novas experiências e me encontrar, cada vez mais, na minha prática profissional e no âmbito assistencial.

Agradeço ao Coletivo Liberdade, no qual tive oportunidade de militar junto a camaradas por melhoria das condições de sobrevivência de pessoas privadas de liberdade e seus familiares em Juiz de Fora-MG, com perspectivas de um dia garantir um mínimo para que pudessem deixar de sobreviver e passar a viver frente à sociedade na qual estamos inseridos e frente ao sistema prisional racista, misógino e lgbtfóbico com o qual convivem.

Agradeço ainda à duas mulheres pretas, com histórias singulares de dores e prazeres, Miriam e Bárbara, que me mostraram que de nada me vale a academia se não for para dar retorno ao meu povo. Aos meus semelhantes. E se não for para honrar a história dos que estiveram aqui antes de mim. E que muito antes do saber científico já circulava por estas terras saberes sagrados e ancestrais que conferem intelectualidade orgânica a nós, povo negro. Intelectualidade que podemos e devemos colocar ao nosso favor, sem nos curvar à macroestrutura branca.

Agradeço aos que vieram antes de mim. Que aqui ainda estão presentes e me regem. E partilho do sentimento impresso nas palavras de Carolina Maria de Jesus quando ela disse "Eu sabia que ia angariar inimigos, porque ninguém está habituado a esse tipo de literatura. Seja o que Deus quiser. Eu escrevi a realidade".

E por último, agradeço a você que abre estas páginas com disposição a ver a partir dos meus olhos, a compartilhar meus sentimentos impressos em cada palavra. E a ouvir reverberar a voz que jamais será presa, independente de quantos corpos o sejam.

“A conquista do poder cultural é prévia à do poder político, e isto se consegue mediante a ação concertada dos intelectuais chamados orgânicos infiltrados em todos os meios de comunicação, expressão e universitários”.

Antonio F. Gramsci

RESUMO

O sofrimento psíquico e o desenvolvimento de transtornos mentais nas prisões são questões de saúde pública reconhecidas mundialmente. Esta população apresenta pior qualidade na saúde mental em comparação à população geral, sendo os transtornos mentais mais prevalentes a ansiedade e a depressão, com prevalências superiores na população feminina encarcerada. Contudo, são escassos estudos que abordem a temática nesta população específica. Grande parte dos estudos são sobre população encarcerada mista e não trazem dados discriminados por gênero. Objetivou-se identificar a prevalência sintomas ansiosos e depressivos e os fatores associados em mulheres acauteladas com mais de 18 anos idade, nos regimes provisório, fechado e semiaberto em Juiz de Fora-MG. Trata-se de um estudo transversal, do tipo censo, com uma amostra de 99 mulheres. A coleta ocorreu face a face, através de questionário semiestruturado e multidimensional, entre setembro de 2019 e fevereiro de 2020, nas dependências do estabelecimento penal. Os desfechos foram avaliados pelo Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4). Para a análise de associação foi construído um modelo teórico de determinação com três blocos hierarquizados, sendo o bloco 1, mais proximal, composto pelas variáveis sociodemográficas, o bloco 2 composto por variáveis referentes à saúde da mulher privada de liberdade e o bloco 3, mais distal, composto pelas variáveis relacionadas ao encarceramento. Foram estimadas razões de prevalência brutas por meio do teste Qui-quadrado e ajustadas entre si dentro de cada bloco ($p \leq 0,20$). Para o modelo final de regressão de Poisson com variância robusta foi adotado $p \leq 0,05$. A prevalência de sintomas ansiosos e depressivos foi, respectivamente, de 75,8% (IC95% 66,1% - 83,8%) e 65,7% (IC95% 55,4% - 74,9%). No modelo final, a presença de sintomas ansiosos associou-se à presença de sintomas depressivos, $RP_{ajustada}$ (IC95%) = 6,42 (1,96 - 21,06). Já a presença de sintomas depressivos associou-se à faixa etária de 20 a 29 anos, $RP_{ajustada}$ (IC95%) = 4,85 (1,48 - 15,87), e à presença de sintomas ansiosos, $RP_{ajustada}$ (IC95%) = 12,67 (3,92 - 40,98). Verificou-se alta prevalência dos desfechos. Destaca-se que os desfechos estiveram mutuamente associados. Sendo ambos passíveis de intervenção, ações para diminuir a presença de um dos tipos de sintomas tem potencial para diminuir a presença do outro. É possível pensar que a associação entre a faixa etária de 20 a 29 anos e a presença de sintomas depressivos esteja relacionada ao histórico prévio

de desconhecimento e vergonha sobre o próprio quadro, aliados ao subdiagnóstico de transtorno depressivos e o não recebimento de tratamento adequado. Apesar da redução do número de fatores associados aos desfechos no modelo final, foi possível verificar que a presença dos desfechos dialoga com as condições sociodemográficas, de saúde e de encarceramento, a partir das associações verificadas na análise bivariada e nos blocos propostos no modelo de determinação. Este estudo evidencia elementos essenciais para se refletir a respeito da saúde mental de mulheres privadas de liberdade, algo que por vezes é invisibilizado. Assim, tem potencial para subsidiar a elaboração de ações, estratégias e de políticas públicas direcionadas às necessidades em saúde existentes da população do estudo.

Palavras-chave: Prisões. Mulheres. Inquéritos epidemiológicos. Transtornos Mentais.

ABSTRACT

Psychic suffering and the development of mental disorders in prisons are public health issues recognized worldwide. This population has a worse quality of mental health compared to the general population, with anxiety and depression being the most prevalent mental disorders, with higher prevalence in the incarcerated female population. However, there are few studies that address the issue in this specific population. Most of the studies are on a mixed incarcerated population and do not provide data broken down by gender. The objective was to identify the prevalence of anxious and depressive symptoms and associated factors in cautious women over 18 years of age, in the provisional, closed and semi-open regimes in Juiz de Fora-MG. This is a cross-sectional, census-type study with a sample of 99 women. Data collection was by face-to-face contact, through a semi-structured and multidimensional questionnaire, between September 2019 and February 2020, on the premises of the penal establishment. Outcomes were assessed by the Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4). For the association analysis, a theoretical model of determination was constructed with three hierarchical blocks, being block 1, more proximal, composed of sociodemographic variables, block 2, composed of variables referring to the health of women deprived of liberty, and block 3, more distal, composed of variables related to incarceration. Crude prevalence ratios were estimated using the chi-square test and adjusted for each other within each block ($p \leq 0.20$). For the final Poisson regression model with robust variance, $p \leq 0.05$ was adopted. The prevalence of anxious and depressive symptoms was, respectively, 75.8% (95%CI 66.1% - 83.8%) and 65.7% (95%CI 55.4% - 74.9%). In the final model, the presence of anxious symptoms was associated with the presence of depressive symptoms, AdjustedPR (95%CI) = 6.42 (1.96 - 21.06). The presence of depressive symptoms was associated with the age group from 20 to 29 years, AdjustedPR (95%CI) = 4.85 (1.48 - 15.87), and with the presence of anxiety symptoms, AdjustedPR (95%CI) = 12.67 (3.92 - 40.98). There was a high prevalence of outcomes. It is noteworthy that the outcomes were mutually associated. As both are subject to intervention, actions to reduce the presence of one of the types of symptoms have the potential to reduce the presence of the other. It is possible to think that the association between the age group from 20 to 29 years and the presence of depressive symptoms is related to the previous history of ignorance and shame

about the condition itself, combined with the underdiagnosis of depressive disorder and the lack of adequate treatment. Despite the reduction in the number of factors associated with outcomes in the final model, it was possible to verify that the presence of outcomes dialogues with sociodemographic, health and incarceration conditions, based on the associations verified in the bivariate analysis and in the blocks proposed in the determination model. This study highlights essential elements to reflect on the mental health of women deprived of their liberty, something that is sometimes invisible. Thus, it has the potential to support the development of actions, strategies and public policies aimed at the existing health needs of the study population.

Keywords: Prisons. Women. Health Surveys. Mental Disorders.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	- Pessoas privadas de liberdade referenciadas por um serviço e a quantidade de equipes a serem habilitadas, em um serviço, por tipo.....	49
Quadro 2	- Portarias do Ministério da Saúde que regulamentam o acesso das pessoas com deficiência aos serviços de saúde do SUS....	51
Quadro 3	- O Direito à reprodução e à visita íntima.....	55
Quadro 4	- O Direito à visitação e ao convívio com a família.....	57
Quadro 5	- O Direito de grávidas, puérperas e seus filhos a instalações especiais nos estabelecimentos prisionais.....	58
Quadro 6	- O Direito a medidas não privativas de liberdade.....	59
Figura 1	- Concepções de normalidade e saúde mental segundo pessoas privadas de liberdade.....	66
Figura 2	- Concepções de anormalidade e saúde mental segundo pessoas privadas de liberdade.....	67
Quadro 7	- Políticas, práticas e situações que elevam o risco ou causam sofrimento físico ou mental em mulheres privadas de liberdade	68
Figura 3	- Ações de promoção da saúde segundo pessoas privadas de liberdade.....	69
Figura 4	- Fluxograma de seleção das mulheres privadas de liberdade participantes da pesquisa.....	77
Figura 5	- Modelo teórico de investigação dos efeitos das variáveis independentes sobre a presença de sintomas ansiosos ou depressivos em blocos hierarquizados.....	87

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	- Critérios de infraestrutura dos estabelecimentos penais por tipo de unidade e nível de federação.....	125
Tabela 2	- Perfil sociodemográfico de pessoas privadas de liberdade por nível de federação e gênero.....	128
Tabela 3	- Condições dos estabelecimentos penais de obterem informações sociodemográficas nos registros por nível de federação.....	131
Tabela 4	- Características sociodemográficas das 99 mulheres privadas de liberdade por desfechos investigados. Juiz de Fora, MG, 2022.....	158
Tabela 5	- Características referentes à saúde das 99 mulheres privadas de liberdade por desfechos investigados. Juiz de Fora, MG, 2022.....	159
Tabela 6	- Condições de saúde tratadas no último ano referidas por 99 mulheres privadas de liberdade por desfechos investigados. Juiz de Fora, MG, 2022.....	160
Tabela 7	- Tipos de drogas relatadas de terem sido usadas por 99 mulheres privadas de liberdade nos últimos 30 dias em cumprimento da pena por desfechos investigados. Juiz de Fora, MG, 2022.....	161
Tabela 8	- Características da assistência à saúde relatadas por 99 mulheres privadas de liberdade por desfechos investigados. Juiz de Fora, MG, 2022.....	162
Tabela 9	- Características referentes a sociabilidade de 99 mulheres privadas de liberdade por desfechos investigados. Juiz de Fora, MG, 2022.....	164
Tabela 10	- Características referentes às atividades de ocupação do tempo de 99 mulheres privadas de liberdade por desfechos investigados. Juiz de Fora, MG, 2022.....	165

LISTA DE TABELAS

Tabela 11	- Características relacionadas ao encarceramento de 99 mulheres privadas de liberdade por desfechos investigados. Juiz de Fora, MG, 2022.....	167
Tabela 12	- Tratamento preconceituoso recebido na unidade prisional, de acordo com 99 mulheres privadas de liberdade por desfechos investigados. Juiz de Fora, MG, 2022.....	168
Tabela 13	- Tipos de riscos e violências aos quais 99 mulheres privadas de liberdade relatam estarem expostas na unidade prisional por desfechos investigados. Juiz de Fora, MG, 2022.....	170
Tabela 14	- Expectativas pós-encarceramento de 99 mulheres privadas de liberdade relatam terem vivido no último ano na unidade prisional por desfechos investigados. Juiz de Fora, MG, 2022.....	172
Tabela 15	- Análise bivariada e ajustada por bloco das variáveis sociodemográficas associadas à presença de sintomas ansiosos em 99 mulheres privadas de liberdade. Juiz de Fora, MG, 2022.....	173
Tabela 16	- Análise bivariada e ajustada por bloco das variáveis referentes à saúde da mulher privada de liberdade associadas à presença de sintomas ansiosos em 99 mulheres privadas de liberdade. Juiz de Fora, MG, 2022.....	174
Tabela 17	- Análise bivariada e ajustada por bloco das variáveis relacionadas ao encarceramento associadas à presença de sintomas ansiosos em 99 mulheres privadas de liberdade. Juiz de Fora, MG, 2022.....	180

LISTA DE TABELAS

Tabela 18	- Modelo de regressão multivariada final em blocos hierarquizados para a presença de sintomas ansiosos em mulheres encarceradas. Juiz de Fora, MG, 2022.....	181
Tabela 19	- Análise bivariada e ajustada por bloco das variáveis sociodemográficas associadas à presença de sintomas depressivos em 99 mulheres privadas de liberdade. Juiz de Fora, MG, 2022.....	182
Tabela 20	- Análise bivariada e ajustada por bloco das variáveis referentes à saúde da mulher privada de liberdade associadas à presença de sintomas depressivos em 99 mulheres privadas de liberdade. Juiz de Fora, MG, 2022.....	183
Tabela 21	- Análise bivariada e ajustada por bloco das variáveis relacionadas ao encarceramento associadas à presença de sintomas depressivos em 99 mulheres privadas de liberdade. Juiz de Fora, MG, 2022.....	185
Tabela 22	- Modelo de regressão multivariada final em blocos hierarquizados para a presença de sintomas depressivos em mulheres encarceradas. Juiz de Fora, MG, 2022.....	190

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CF	Constituição Federal
CID-10	Classificação Internacional de Doenças, 10ª revisão
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNPCP	Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONSEJ	Conselho Nacional de Secretários de Justiça
CPB	Código Penal Brasileiro
CPP	Código de Processo Penal
DEPEN	Departamento Penitenciário Nacional
DP	Desvio padrão
DSM-V	Manual de Diagnóstico e Estatística, 5ª revisão
eABP	Equipes de Atenção Básica no Sistema Prisional
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
HCTP	Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico
II	Intervalo Interquartilico
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LEP	Lei de Execuções Penais
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transexuais
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PHQ-4	<i>Patient Health Questionnaire-4</i>
PNAISP	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional
PNAMPE	Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional
PNSSP	Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário
PPL	Pessoas Privadas de Liberdade

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

RAS	Rede de Atenção à Saúde
RISP	Região Integrada de Segurança Pública
RP _{bruta}	Razão de prevalência bruta
RP _{ajusta}	Razão de prevalência ajustada
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde

LISTA DE SÍMBOLOS

\geq	Maior ou igual
\leq	Menor ou igual
$>$	Maior
$<$	Menor
\pm	Mais ou menos
$\%$	Por cento
χ^2	Qui-quadrado

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO.....	25
1	INTRODUÇÃO.....	26
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	31
2.1	PENA DE PRIVAÇÃO DE LIBERDADE, SISTEMA PENITENCIÁRIO E ENCARCERAMENTO FEMININO NO BRASIL.	31
2.1.1	Breve história das prisões para mulheres e da pena de privação de liberdade no Brasil.....	32
2.1.2	O sistema penitenciário e o encarceramento feminino no Brasil	36
2.2	ATENÇÃO À SAÚDE DE PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE NO SISTEMA PRISIONAL NO BRASIL.....	42
2.2.1	Bases legais da atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade.....	45
2.2.1.1	Especificidades da atenção à saúde a mulheres privadas de liberdade.....	51
2.2.2	Saúde mental e o cárcere.....	60
2.2.2.1	Depressão no contexto da privação de liberdade.....	69
2.2.2.2	Ansiedade no contexto da privação de liberdade.....	71
3	OBJETIVOS.....	73
3.1	OBJETIVO GERAL.....	73
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	73
4	METODOLOGIA.....	74
4.1	LOCAL DO ESTUDO.....	74
4.2	POPULAÇÃO.....	76
4.3	VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	77
4.3.1	Variáveis dependentes.....	77
4.3.2	Variáveis independentes.....	78
4.4	ESTUDO PILOTO.....	81
4.5	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	82
4.5.1	Escala de Mac Arthur de Status Social Subjetivo.....	83
4.5.2	Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4).....	84
4.6	COLETA DE DADOS.....	85

SUMÁRIO

4.7	ANÁLISE DOS DADOS.....	86
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	88
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	118
	REFERÊNCIAS.....	121
	APÊNDICE A – Tabela 1. Critérios de infraestrutura dos estabelecimentos penais por tipo de unidade e nível de federação.....	134
	APÊNDICE B – Tabela 2. Perfil sociodemográfico de pessoas privadas de liberdade por nível de federação e gênero.....	137
	APÊNDICE C – Tabela 3. Condições dos estabelecimentos penais de obterem informações sociodemográficas nos registros por nível de federação.....	140
	APÊNDICE D – Artigo submetido a periódico científico.....	141
	APÊNDICE E – Complementação dos resultados obtidos.....	157
	ANEXO A – Termo de concordância da Secretaria de Estado de Administração Prisional.....	192
	ANEXO B – Anuência de pesquisa do diretor geral do estabelecimento penal no qual foi realizado o estudo.....	193
	ANEXO C – Termo de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFJF.....	194
	ANEXO D – Instrumento de coleta de dados da pesquisa “Condições de vida e de saúde de mulheres privadas de liberdade”	199
	ANEXO E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	213

APRESENTAÇÃO

Compreendo que toda e qualquer pesquisa, apesar dos esforços e da pressão da própria comunidade científica, não é neutra. Desde a escolha pelo tema, a definição do referencial, a construção da discussão e a maneira de se redigir em si são atravessadas pelo contexto sócio-histórico do pesquisador. Assim, entendo ser crucial que me apresente.

Nasci em Belo Horizonte-MG, fui criado no interior do Rio de Janeiro (Resende-RJ) até os 11 anos de idade e cresci no município de Juiz de Fora-MG. Fruto de uma relação interracial entre uma mulher branca e um homem preto retinto, sou negro (pardo). Sou, ainda, jovem e bissexual. Estas não são meras características, são dimensões que compõem o meu modo de ser e estar no mundo. Marcam o debate que carrego, a partir das violências sofridas e da resistência de ser quem sou, bem como lutar para que outros possam exercer este direito também.

Minha formação como enfermeiro e minha especialização em saúde mental (modalidade residência multidisciplinar) se deram na Universidade Federal de Juiz de Fora. Durante o período de realização, morei em Nova Era, bairro da região norte de Juiz de Fora-MG, atravessado pela vulnerabilidade. Residir neste bairro foi essencial para moldar minha concepção quanto àqueles que são postos à margem pela sociedade. Ao longo de minhas formações, tive a oportunidade de participar do Coletivo Liberdade, que tem como objetivo prestar assessoria sociojurídica a pessoas privadas de liberdade e seus familiares.

Dentro do coletivo pude conduzir grupos de formação política e grupos de apoio emocional a familiares, lidando de maneira próxima às mulheres, principais visitantes do sistema prisional, por vezes tendo histórico de cumprimento de pena. Os relatos quanto à realidade do sistema prisional de Juiz de Fora-MG me tocavam mesmo antes de ingressar no mestrado. Eu me questionava sobre qual era a forma com que a saúde mental destas pessoas e de seus familiares era trabalhada dentro do sistema prisional. Isto, visto a expressão constante de angústias e compreendendo que o fenômeno do encarceramento é complexo, necessitando de ser estudado a partir de uma leitura sócio-histórica engajada.

Assim, é a partir desta minha localização social e de inquietações prévias, somadas ao arcabouço teórico então construído ao longo do mestrado e de leituras próprias, que construo esta pesquisa, que me posiciono e que afirmo: não haverá neutralidade.

Cosme Rezende Laurindo.

INTRODUÇÃO

A privação de liberdade é a estratégia em voga pela segurança pública para pessoas condenadas por determinados tipos de crime. Trata-se do isolamento de indivíduos considerados como perigosos à sociedade e tem como objetivo o impedimento de novos crimes, com compromisso com a reabilitação social das pessoas privadas de liberdade (PPL) (WACQUANT, 2004; WHO, 2014). Porém, o que se observa hoje nos estabelecimentos penais brasileiros, de maneira geral, é a violação aos direitos humanos. As unidades prisionais apresentam superlotação, condições desfavoráveis de habitação, precariedade dos espaços físicos, insalubridade, baixo acesso a ações de saúde, escassez de recursos humanos especializados e práticas de violências e agressões de ordem moral, física e simbólica (MINAYO; CONSTANTINO, 2015; MINAYO; RIBEIRO, 2016; WACQUANT, 2004; WHO, 2014).

Desta forma, há dupla penalização, com a privação da liberdade em resposta ao cumprimento de uma pena e a privação de acesso a condições mínimas de vida, com impacto na saúde destas pessoas, ao que Angela Davis (2018) dá o nome de hipertrofia da punição. Trata-se de uma consequência direta do sistema econômico capitalista, no qual o caráter punitivista do Estado pode ser compreendido enquanto pilar para o neoliberalismo¹, pautado na criminalização da miséria e normatização do trabalho assalariado precarizado (WACQUANT, 2003, 2004), perpetuando uma ineficiente resposta ao fenômeno complexo da criminalidade (AKOTIRENE, 2020; BORGES, 2018).

Atualmente quase 11 milhões de pessoas encontram-se em privação de liberdade no mundo. De 223 países analisados, 122 (59%) apresentam taxa de ocupação superior a 100% (WPF, 2020). Ao observar os dados referentes a população feminina, em 2017 o Brasil encontrava-se na quarta posição quanto a número absoluto e terceira quanto a taxa de aprisionamento, com crescimento exorbitante do encarceramento feminino de 2006 a 2016 (656%) (BRASIL, 2018).

O perfil populacional e criminal das PPL configura-se de pessoas negras, pobres, com baixa qualificação profissional e desempregadas, provenientes por

¹ A expressão neoliberal, associada por Wacquant a atividade penal, refere-se a doutrina político-econômica, adotada por diferentes países nos anos 1990, referente à filosofia de abstenção do Estado nas relações econômicas e sociais.

vezes das periferias das cidades, as quais, sem acesso a oportunidades, buscam a partir de atos criminais possibilidades de sobrevivência (AKOTIRENE, 2020; CLOUTIER, 2016; MJSP, 2020; WACQUANT, 2004). Dos tipos de crimes relacionados a penas estabelecidas, tanto na população masculina, quanto na feminina, os crimes relacionados a drogas estão em destaque, aparecendo como principal causa do encarceramento feminino, cenário também identificado em Juiz de Fora-MG (MJSP, 2020).

O crescimento do encarceramento é observado de forma geral por volta das décadas de 80 e 90, próximo à publicação da Lei nº. 6.368/1976, que veio a ser conhecida como a Lei de Drogas. De maneira similar, nota-se crescimento no número de pessoas privadas de liberdade a partir de 2006, após a publicação da “Nova Lei de Drogas” (Lei nº. 11.343/06), principalmente também entre mulheres (FGV, 2018). Este contexto aponta para a relação entre o crescimento do contingente populacional em privação de liberdade e maior rigorosidade jurídica adotada no país para a questão complexa que é o uso e o tráfico de drogas na sociedade brasileira.

A organização estrutural das prisões existentes hoje no Brasil dá-se a partir de construções histórico-raciais, estando o próprio sistema penitenciário construído no bojo do racismo. Este, que não foi extinto após a abolição da escravidão, mas sim redesenhado, sendo expressado de maneira estrutural e institucional, nem sempre explícita (AKOTIRENE, 2020; ALMEIDA, 2018; BORGES, 2018). Nesta linha, o proibicionismo de drogas assume contornos discriminatórios e seletivos, expressando o racismo presente ainda na sociedade, sendo uma política repressiva que consome recursos financeiros sem que se diminua a oferta ou a demanda por drogas, ferindo e violentando um perfil populacional específico (SAFFIOTI, 1987; LAURINDO, 2021).

Quanto à especificidade do aumento no encarceramento feminino, podemos compreendê-lo como consequência da construção de um novo lugar da mulher na sociedade. Há emancipação destas mulheres e maior participação na vida em comunidade, sem que haja avanços radicais quanto às iniquidades de gênero, que são somadas ao agravamento da desigualdade social, sem equiparação de salários ou oportunidades no mercado de trabalho (HELPEES, 2014; UNDP, 2020). E, ainda, estando a sociedade estruturada sobre o machismo e patriarcado, em que para além

de uma sociedade pensada para brancos, trata-se de uma sociedade pensada para homens (SAFFIOTI, 1987).

Neste contexto, com omissão da figura do Estado e sem que se observe de maneira radical a efetivação das políticas públicas já existentes, a via da criminalidade ganha destaque. Torna-se resposta à pressão financeira sofrida pelas mulheres, principalmente pretas e pardas, ocupantes de chefia familiar e com necessidade de prover o sustento dos filhos por vezes sem presença da figura paterna (AKOTIRENE, 2020; CLOUTIER, 2016; HELPES, 2014). Assim, esta via se torna também resposta à pressão do meio social que demanda destas mulheres o cumprimento de um papel de provedora de cuidados e de suporte contínuo. São mulheres docilizadas pela via do controle simbólico e moral, imersas em uma sociedade marcada pelo patriarcado e machismo, corroborando para que muitas cumpram pena por motivos que envolvem relações amorosas e familiares² (HELPES, 2020; QUEIROZ, 2015).

Como consequência deste contexto, há a passagem pelo sistema prisional, que pode desencadear problemas de saúde ou agravar os preexistentes (MINAYO; CONSTANTINO, 2015; WHO, 2014). Este cenário é pior para a população feminina encarcerada, visto que a maioria dos estabelecimentos penais são adaptados (BRASIL, 2012), não tendo sido concebidos enquanto unidades penais para esse segmento (MJSP, 2020). Tratam-se de instalações inicialmente pensadas para o público masculino, tanto em termos de concepção de dominação de corpos, quanto em infraestrutura (DAVIS, 2018; SAFFIOTI, 1987).

No âmbito da saúde, o sofrimento psíquico e o subsequente desenvolvimento de transtornos mentais nas prisões são questões de saúde pública reconhecidas mundialmente (WHO, 2014). PPL apresentam pior qualidade na saúde mental em comparação à população em geral (FAZEL *et al.*, 2016; FAZEL; SEEWALD, 2012), com piora ao se avaliar comparativamente mulheres e homens, e pessoas negras (pretas e pardas) com pessoas brancas (WHO, 2014). Destaca-se que as consequências para a saúde mental podem impactar na vida após o término do cumprimento de pena, sendo descritos trauma, diagnóstico de transtorno mental e uso de drogas (este último não enquanto transtorno mental, mas enquanto novo

² Exemplifica-se nesta situação os casos de mulheres que recebem voz de prisão por estarem em ambiente domiciliar no qual as pessoas com as quais se relacionam desempenham atividade ilícitas como tráfico de drogas, sendo responsabilizadas enquanto cúmplices.

hábito de vida) (STANTON; KAKO; SAWIN, 2016). Dentre os transtornos mentais, a ansiedade e depressão encontram-se como os mais prevalentes entre mulheres encarceradas (AUDI *et al.*, 2016; CANAZARO; ARGIMON, 2010; TALBOT; PRAIS; ROPE, 2020).

Há evidências de que a prevalência de depressão durante a vida pode chegar a aproximadamente 15%, talvez até 25%, em mulheres nos mais variados contextos (ABDALLA-FILHO; CHALUB; TELLES, 2016). No Brasil, de acordo com um inquérito de base populacional realizado em 2013, a prevalência de depressão em mulheres era de 10,9 (IC95% 10,3 - 11,6), sendo superior à prevalência encontrada na população masculina (STOPA *et al.*, 2015). Nos ambientes de privação de liberdade a prevalência de depressão pode ser seis vezes maior que na população em geral de países de baixa e média renda (BARANYI *et al.*, 2019). Cerca de 25% das PPL apresentam algum tipo de transtorno ansioso (ABDALLA-FILHO; CHALUB; TELLES, 2016). Este processo de adoecimento é agravado pelo ambiente das prisões, marcado por violências e agressões de ordem moral, física e simbólica (HELPE, 2014; 2019; MINAYO; CONSTANTINO, 2015; MINAYO; RIBEIRO, 2016; WHO, 2014).

O ambiente dos estabelecimentos penais e a estrutura do sistema penitenciário vão na contra mão do que é defendido pela Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), que garante saúde enquanto direito a todo e qualquer cidadão brasileiro; e fere o conceito de saúde complexo e expresso nos determinantes sociais trazido pela lei orgânica da saúde, Lei 8.080/1990 (BRASIL, 1990a). As consequências das iniquidades em saúde vivenciadas principalmente por mulheres privadas de liberdade, em âmbito estrutural e institucional, tratam-se de uma via de discriminação (MASSIGNAM; BASTOS; NEDEL, 2015), que por si só acarreta consequências na saúde mental (CARTER *et al.*, 2018; PARADIES, 2015; PASCOE; SMART RICHMAN, 2009).

Este cenário ocorre apesar de esforços expressos pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) (BRASIL, 2014a) e pela Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional (PNAMPE) (BRASIL, 2014b), ambas contribuindo para o estabelecimento de diretrizes, metas e ações para qualificar a assistência a mulheres em privação de liberdade, com

fortalecimento da integração dos estabelecimentos penais na Rede de Atenção à Saúde (RAS) do Sistema Único de saúde (SUS).

Neste contexto, conseqüente do processo sócio-histórico de formação não só do país, mas do mundo, de alto grau de iniquidades e de vulnerabilidades (SOARES FILHO; BUENO, 2016), a análise da prevalência de sintomas ansiosos e depressivos em mulheres privadas de liberdade é essencial para dar visibilidade e assim poder subsidiar ações intersetoriais de políticas públicas transversais à própria execução penal, com vistas a garantir ações de promoção à saúde mental.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 PENA DE PRIVAÇÃO DE LIBERDADE, SISTEMA PENITENCIÁRIO E ENCARCERAMENTO FEMININO NO BRASIL

Verifica-se no Brasil, hoje, um contexto de encarceramento em massa, que tem como características a negação de direitos humanos básicos, a lógica da marginalização e perpetuação do racismo econômico. Estas características compõem o sustentáculo do tráfico de drogas e do aprisionamento pelo não investimento em ações de prevenção e garantia de condições mínimas de sobrevivência (tal como habitação, acesso a trabalho formal, acesso à educação, entre outras) (ALMEIDA, 2018; BORGES, 2018). Críticas ao fenômeno do encarceramento são encontradas nos campos de saberes científicos como a criminologia crítica³ e a sociologia da violência⁴, que apontam que apesar do aumento da população carcerária, não se verifica impacto significativo na redução da criminalidade, principalmente ao se considerar os tipos criminais como roubo, furto e tráfico (MDH, 2020).

O Direito Penal e as prisões podem ser entendidos como instrumentos de contenção para pessoas que não se adequam às normas sociais vigentes e às exigências do modelo econômico neoliberal excludente, que acabariam por não garantir vias de sobrevivência e incidiriam sobre a perpetuação dos níveis de pobreza na população por ausência de políticas sociais efetivas. Neste sentido, pode-se perceber a inexistência de compromisso real com a implementação de políticas de segurança pública que sejam efetivas, entendidas enquanto conjunto de princípios, programas e ações de natureza intersetorial que deveriam garantir baixas taxas de crime e de sensação de insegurança e medo (BRASIL, 2018).

Ao se observar o fenômeno do encarceramento feminino, verifica-se que para além da ideologia punitivista assentada no molde capitalista sustentado pela lógica neoliberal, há também em evidência relações de gênero e poder. Ao longo da história do Brasil e do mundo, foi reservado às mulheres lugares inferiores nas relações sociais, com atribuição de papéis específicos e limitação de participação de

³ Entende-se aqui por criminologia crítica o estudo do fenômeno da criminalidade enquanto criminalização da pobreza, ocorrida a partir de processos seletivos construção social do comportamento criminoso e de sujeitos criminalizados, com vistas a perpetuar as desigualdades sociais.

⁴ Trata-se do ramo da sociologia que se debruça sobre os estudos das relações e estruturas sociais da violência e criminalidade.

cidadania. O ato criminoso realizado por mulheres significava romper com o contrato social e com os princípios morais fundamentais da condição em que viviam e ao papel que lhes era atribuído (BORGES, 2018; DAVIS, 2018). Cabe destacar, ainda, a condição de mulheres negras enquanto corpo social mais vulnerável e submetido ao controle e violências devido ao racismo presente na sociedade (AKOTIRENE, 2020, ALMEIDA, 2018).

Assim, para que seja possível discutir temáticas que atravessam o contexto do sistema penal vigente, torna-se necessário retomar brevemente a história da prisão e da constituição da pena de privação de liberdade no Brasil, além de contextualizar o encarceramento feminino no país, discutindo suas raízes a medida em que se apresentam os dados. Trata-se, aqui, de esforços de evidenciar a maneira como tais constructos incidem sobre a constituição do sistema penal tal como conhecemos, sem pretensão de esgotar o debate, uma vez que as teorias penais e criminológicas se constituem enquanto saberes complexos, sendo um dos ramos do campo das Ciências do Direito.

2.1.1 Breve história das prisões para mulheres e da pena de privação de liberdade no Brasil

Segundo Foucault (1987), pode-se compreender as origens das prisões, tal como se apresentam hoje na modernidade, no advento da racionalização e implantação de um processo punitivo, com caráter de controle sobre os corpos de maneira minuciosa, classificatória e detalhista. Trata-se de uma produção histórica relativamente recente, visto que até o séc. XVIII as prisões detinham função de detenção de pessoas culpadas por crimes e que aguardariam a execução de suas sentenças, à época, consistindo de castigos corporais (chicotadas, marcas à ferro, mutilação), banimento e condenação a trabalho forçado (WACQUANT, 2004).

As primeiras prisões legais podem ser datadas por volta do séc. XVI na Europa, com função de recolhimento de pessoas em situação de rua, mulheres envolvidas com prostituição, além de indivíduos que rompessem com a norma social da época, com caráter corretivo. A partir destas prisões surgiram novas concepções de sistemas prisionais desenvolvidas na Inglaterra, Holanda, Bélgica e nos Estados Unidos da América, em que, apesar da distinção de propostas, tinham em comum o

isolamento celular, disciplina e condenação a trabalho forçado, buscando moldar os indivíduos para serem socialmente úteis e produtivos (BITENCOURT, 2011).

Apesar de a concepção de recuperação ter incidido sobre alteração na disposição dos sistemas penais, conduzindo a sistemas progressivos de pena que visavam premiar méritos e punir faltas, foi apenas no séc. XVIII que os direitos dos presos (como até então era a denominação) começaram a ser reconhecidos. Isto se deu em consequência às discussões devido às transformações na sociedade americana e europeia a partir da revolução industrial e ascensão do capitalismo moderno, que trouxe novos contornos quanto à organização social e econômica dos países (BITENCOURT, 2011).

O encarceramento feminino já ocorria desde o período colonial no Brasil, no qual os estabelecimentos penais eram mistos, sem distinção de espaço, com o perfil das mulheres da época sendo aquelas que praticavam a prostituição e que haviam sido escravizadas. Já neste período haviam discussões quanto a necessidade de mudar este cenário, sendo que em meados do séc. XIX profissionais passaram a implementar soluções para resolver as condições precárias cada vez mais evidentes nas prisões, dando luz à pauta do encarceramento feminino (ANGOTTI, 2018). Contudo, como apontado por Angela Davis (2018), é importante compreender que a origem da distinção do espaço físico de privação de liberdade entre mulheres e homens veio para atender aos anseios de preservação do bem estar destes que na presença da figura feminina tornavam-se agitados frente a um ambiente de suposta abstinência sexual.

Angotti (2018) aponta que a preocupação tardia com esta pauta pode ter tido relação com o baixo quantitativo de mulheres condenadas, processadas e detidas até então. A autora traz ainda que apesar de identificar práticas de homicídio, infanticídio, ferimento, roubo e uso de tóxicos entre as razões para a condenação destas mulheres, existiam aquelas condenadas por terem sido consideradas contraventoras. Isto é, mulheres que não se enquadravam legalmente como criminosas, mas que ainda assim eram recolhidas às casas de correção sob a justificativa de “vadiagem”.

Seguindo o rumo da normatização nos sistemas penais, verifica-se que em 1933 ocorreram as primeiras tentativas de codificação da execução das sanções pelo judiciário no Brasil, apesar de só em 1981 ter sido apresentado um anteprojeto da Lei de Execução Penal (LEP), que seria aprovado em 1984 sob a Lei. 7.210/84.

Trata-se de um importante marco no contexto do encarceramento feminino pois, como traz Angotti (2018, p. 19),

[...] assegurava às mulheres, dentre outros direitos comuns a qualquer detento, independentemente do sexo, a conquista do direito ao alojamento em celas individuais e salubres, sendo as mulheres recolhidas em ambientes próprios e adequados a sua condição pessoal.

Mesmo com as discussões iniciadas em meados do séc. XIX e identificação da precariedade das condições de encarceramento feminino no país, somente na década de 1940 surgem os primeiros estabelecimentos penais exclusivos para mulheres. Apesar de um esforço reconhecidamente tardio, é importante uma vez que as estruturas dos estabelecimentos até então construídos, bem como a lógica concebida para eles, voltava-se para o controle e poder sobre corpos masculinos. Não só estando invisibilizadas as especificidades das demandas das mulheres privadas de liberdade, como trazendo consigo concepções preconceituosas do papel das prisões (ANGOTTI, 2018; FREITAS, 2012). Para esta questão traz-se a discussão de Davis (2018) quanto a interseccionalidade de classe e raça em relação ao delineamento do encarceramento feminino:

O treinamento que era, aparentemente, projetado para produzir boas esposas e mães, na verdade conduzia as mulheres pobres (e especialmente as mulheres negras) para trabalhar no “mundo livre” executando serviços domésticos. Em vez de esposas e mães qualificadas, muitas prisioneiras, depois da libertação, se tornavam empregadas, cozinheiras e lavadeiras de mulheres mais ricas. (DAVIS, 2018, p.76)

O papel das prisões voltado à correção e adequação das mulheres para o esperado pelo meio social foi reforçado no Brasil pela administração inicial de grande parte dos primeiros estabelecimentos penais femininos pela Irmandade Nossa Senhora da Caridade do Bom Pastor d' Angers. Esta atuação foi influenciada por outras prisões voltadas para pessoas do sexo feminino presentes em outros países da América Latina, como Argentina e Uruguai (ANGOTTI, 2018).

A marca religiosa da época tinha como consequência a submissão das mulheres à grande vigilância e controle, sendo que além de terem de seguir as regras gerais do cotidiano prisional, deveriam também aprender posturas e comportamentos femininos, sob selo da salvação divina. A necessidade da atuação do grupo religioso feminino foi consequência do contexto no qual o Brasil estava inserido na época, não havendo outro grupo de mulheres que fosse capaz de se

dedicar àquele trabalho por ainda se configurarem enquanto minoria no mercado de trabalho e serem raras aquelas que eram funcionárias públicas (ANGOTTI, 2018).

A saída dos espaços de administração das penitenciárias por parte deste grupo não se deu de maneira unívoca no território nacional, estando presentes até meados da década de 1980. Contudo, os motivos que levaram ao afastamento foram semelhantes em todos os espaços, com destaque para a dificuldade de articulação com o Estado (responsável pelos estabelecimentos penais), incompatibilidade de horário para realização das obrigações religiosas e as ações de gestão, aumento progressivo do número de mulheres condenadas e dificuldade de manutenção de ordem e disciplina. Assim, o Estado passou a administrar todas as unidades prisionais do país (ANGOTTI, 2018), sendo que com o passar do tempo foram desenvolvidas políticas e legislações específicas para o público feminino.

Apesar dos avanços, até hoje as políticas criminais brasileiras não apresentam preocupação em formular diretrizes para prevenção do delito pensando nas populações mais vitimadas pelo crime (MJSP, 2019), deixando de implementar práticas efetivas para a redução da violência da criminalidade, que se concentram no tripé: aproximação com a população; uso intensivo de informações; e aperfeiçoamento da inteligência e da investigação (LIMA; BUENO; MINGARDI, 2016).

Fontoura, Rivero e Rodrigues (2009, p.183) argumentam que umas das falhas nas políticas de segurança pública é que elas continuam “marcadas pela lógica militarizada e de combate ao crime, mais do que prevenção contra a criminalidade e proteção a todos os cidadãos”. Neste contexto, para que existam políticas de segurança que tragam a redução das estatísticas criminais, deve haver alteração do paradigma da lógica repressiva para a lógica preventiva.

Apesar desta lógica ser sistematicamente criticada, com apontamentos para a falência do sistema carcerário e necessidade de sua abolição (BORGES, 2018; DAVIS, 2018; MDH, 2020), não se verifica, pelo menos no Brasil, perspectivas imediatas suficientemente eficazes para ocupar o lugar de alternativa à modalidade de execução penal, o que demanda constantes reflexões e produções científicas nesta área de conhecimento.

2.1.2 O sistema penitenciário e o encarceramento feminino no Brasil

Para que se possa compreender como se materializam as consequências de uma política pautada no encarceramento enquanto resposta simples para questões complexas que estão diretamente relacionadas com a desigualdade social, o machismo, o racismo institucional e estrutural e a misoginia, faz-se importante localizar qual é o sistema penitenciário que será discutido.

O *World Prison Brief* (WPF), do Instituto de Pesquisa de Política Criminal da Universidade de Londres, é uma base de dados online que provém de forma gratuita acesso à informação sobre sistemas prisionais ao redor do mundo a partir dos dados mais recentes de cada localidade e permite comparação mundial dos dados (WPF, 2020). Nela, o Brasil encontra-se em 3º lugar em números absolutos de PPL, estando atrás apenas dos Estados Unidos e da China (WPF, 2020). Em complemento aos dados do WPF, segundo o INFOPEN Mulheres (2018), quando considerada a taxa de aprisionamento de mulheres, o país estava na 3ª posição em 2017, ocupando a 4ª em termos de número absolutos (INFOPEN MULHERES, 2018).

O sistema prisional brasileiro divide-se em sistema penitencial federal, administrado pelo Ministério da Justiça e Segurança Pública e os Sistemas Penitenciários Estaduais e do Distrito Federal, administrados pelo Poder Executivo dos Estados e Distrito Federal. A realidade deste sistema é apresentada a partir de análises provenientes dos bancos de dados atualmente disponíveis, alimentados com periodicidade determinada por cada um dos entes federados, sendo de fundamental importância para a análise situacional do cenário prisional, subsidiando monitoramento e avaliação. Ambos provêm informações a serem utilizadas para melhorar a intervenção e subsidiar decisões de forma rápida e oportuna (SOUSA, 2018).

As principais bases de dados disponíveis para análise da situação do sistema prisional são o Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (INFOPEN), o Cadastro Nacional de Inspeções nos Estabelecimentos Penais (CNIEP), denominado também de Geopresídios, e o Sistema de Informações do Departamento Penitenciário Nacional (SISDEPEN).

O INFOPEN é um banco de dados que contém informações estatísticas das unidades prisionais do Brasil, incluindo dados diversos relacionados a infraestrutura,

recursos humanos, capacidade, gestão, população prisional, entre outros. É atualizado pelos gestores dos estabelecimentos desde 2004, sendo que desde 2014 o Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN) vem reformando a metodologia utilizada, com vistas a modernizar o instrumento de coleta e ampliar o leque de informações coletadas (MJSP, 2017).

O Geopresídios é um projeto do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) lançado em 2011 que mapeia a situação dos presídios no Brasil a partir de relatórios mensais de inspeções, objetivando apresentar informações qualitativas e quantitativas sobre estabelecimentos penais, vagas e população privada de liberdade, detalhando a nível regional e individual por estabelecimento. A proposta é de que este sistema permitisse o monitoramento da situação desses espaços em tempo real (CNJ, 2012).

O SISDEPEN trata-se de um esforço do CNJ para integrar os sistemas estaduais e consolidar a base de mais de 700 mil cadastros, objetivando acompanhamento em tempo real da pena de cada pessoa inserida no sistema prisional. A proposta foi criada para atender a Lei nº 12.714/2012 que dispõe sobre o sistema de acompanhamento da execução das penas, da prisão cautelar e da medida de segurança aplicadas aos custodiados do sistema penal brasileiro (MJSP, 2018).

De acordo com o último levantamento do INFOPEN⁵ (MJSP, 2020), com dados referentes ao período de julho a dezembro de 2019, o Brasil apresentava 748.009 pessoas privadas. É em um dos 1.435 estabelecimentos penais que estas pessoas devem cumprir suas penas segundo a Lei n. 7.210, de 1984, conhecida como Lei de Execução Penal (LEP) (BRASIL, 1984). Destes estabelecimentos, 76% são destinados ao público masculino, 8% ao público feminino e 16% atendem público misto (MJSP, 2020).

Os estabelecimentos penais são diferenciados, basicamente, a partir da finalidade original de cada unidade. As penitenciárias são unidades prisionais destinadas a pessoas em cumprimento de pena no regime fechado (48,47% das PPL segundo dados até dezembro de 2019), unidades com maior rigor da privação de liberdade. As colônias agrícolas, industriais ou similares são destinadas a pessoas em cumprimento do regime semiaberto (17,84% das PPL). A casa do albergado é destinada àqueles em regime aberto (3,36% das PPL), respondendo em

⁵ Os dados foram retirados da base de dados disponibilizada na íntegra, a qual foi tratada e analisada no software IBM SPSS Statistics versão 15.0 para windows.

liberdade. Detentos provisórios (29,75%) devem aguardar o julgamento em cadeias públicas. Os hospitais de custódia abrigam pessoas que apresentem algum transtorno mental grave que cumprem medida de segurança por crime que tenha sido considerado inimputável ou semi-imputável⁶ (0,55% das PPL). Há ainda os Centros de Observação, no qual são realizados exames gerais e o criminológico (BRASIL, 1984; MJSP, 2020)⁷.

Os estabelecimentos penais devem ser construídos longe dos centros urbanos, mantendo distância que não restrinja visitação, sendo que nos centros urbanos ou proximidades serão construídas cadeias públicas e casas do albergado (BRASIL, 1984).

A infraestrutura de cada estabelecimento penal também   dada pela LEP, sendo que, de acordo com o artigo 83 (BRASIL, 1984), todas as unidades devem ter “ reas e serviços destinados a dar assistência, educa o, trabalho, recrea o e prática esportiva”, de acordo com a natureza de cada uma. Desde então vêm sendo publicadas altera es para implementar critérios específicos para atendimento às necessidades das PPL, tal como desde 2010⁸ a necessidade de contemplar “salas de aulas destinadas a cursos do ensino básico e profissionalizante” e instala es próprias para a Defensoria Pública (BRASIL, 1984). Contudo, verifica-se que nem todos os estabelecimentos contemplam o que   preconizado (Apêndice A).

A LEP (BRASIL, 1984) determina que tanto as penitenciárias, quanto as cadeias públicas, devem ter celas individuais com dormitório, vaso sanitário e lavatório, sendo a dimensão mínima de seis metros quadrados, em ambiente salubre. No caso das col nias penais,   possível o agrupamento em celas coletivas desde que haja sele o adequada dos presos e seja respeitado o limite máximo de lota o do recinto. Deve-se ainda, no caso dos estabelecimentos que abrigarem público feminino, apresentar estruturas que garantam condi es de proximidade entre mãe e filho, desde ao longo da gesta o, até após o nascimento, com necessidade de ber rio, creche e espaço salubre para tal convivência.

A nível nacional, verifica-se taxa de ocupa o total de quase 171%. Isto   reflexo da crescente taxa de aprisionamento, que variou de 247 PPL por 100 mil

⁶ Imputabilidade   a capacidade de ser culpável e receber o juízo de reprova o social, ou seja, a pena.

⁷ Os demais 0,03% representam PPL consideradas inimputáveis ou semi-imputáveis em cumprimento de pena por meio de tratamento ambulatorial em liberdade.

⁸ Reda o proveniente da altera o promulgada pela Lei n . 12.245/10.

habitantes em 2009 para 359 PPL por 100 mil habitantes em 2019, crescimento de 45,5% em 10 anos. Em Minas Gerais, o déficit é de 80% e em Juiz de Fora, é de 60%, repetindo o que ocorre no cenário nacional (MJSP, 2020).

Wacquant (2004, p.7) descreve a respeito não só da estrutura, mas do que se passa no interior dos estabelecimentos penais no Brasil de maneira geral:

[...] estado apavorante das prisões do país, que se parecem mais com campos de concentração para pobres, ou com empresas públicas de depósito industrial dos dejetos sociais, do que com instituições judiciárias servindo para alguma função penalógica - dissuasão, neutralização ou reinserção. O sistema penitenciário brasileiro acumula com efeito as taras das piores jaulas do Terceiro Mundo, mas levadas a uma escala digna do Primeiro Mundo, por sua dimensão e pela indiferença estudada dos políticos e do público: entupimento estarrecedor dos estabelecimentos, o que se traduz por condições de vida e de higiene abomináveis, caracterizadas pela falta de espaço, ar, luz e alimentação (nos distritos policiais, os detentos, freqüentemente inocentes, são empilhados, meses e até anos a fio em completa ilegalidade, até oito em celas concebidas para uma única pessoa, como na Casa de Detenção de São Paulo, onde são reconhecidos pelo aspecto raquítico e tez amarelada, o que lhes vale o apelido de "amarelos"); negação de acesso à assistência jurídica e aos cuidados elementares de saúde, cujo resultado é a aceleração dramática da difusão da tuberculose e do vírus HIV entre as classes populares; violência pandêmica entre detentos, sob forma de maus-tratos, extorsões, sovas, estupros e assassinatos, em razão da superlotação superacentuada, da ausência de separação entre as diversas categorias de criminosos, da inatividade forçada (embora a lei estipule que todos os prisioneiros devam participar de programas de educação ou de formação) e das carências da supervisão.

Ao se analisar o perfil das pessoas que estão alocadas nestes estabelecimentos, verifica-se que, do total, aproximadamente 95% das pessoas são do sexo masculino, contra quase 5% do sexo feminino. Mantém-se a proporção no total de PPL por sexo a nível estadual, com cerca de 96% das PPL sendo do sexo masculino, e a nível municipal 95%. Destaca-se, no entanto, que o aumento do encarceramento feminino no país foi expressivo, sendo de aproximadamente 53% em 10 anos (2009 a 2019) (MJSP, 2020).

A Diretoria de Análises de Políticas de Públicas da fundação Getúlio Vargas (FGV) sinaliza que a crescente no encarceramento feminino inicia dos anos 2000, ano no qual cerca de 5.600 mulheres estavam privadas de liberdade. O dado contrasta com as 37.200 mulheres atualmente presas, apontando ainda a Lei nº 11.343/2006, conhecida como "Lei antidrogas", como um marco para o crescimento

exponencial dessa população (FGV, 2018), não enquanto política efetiva, mas enquanto resposta simples à uma questão complexa.

A nível nacional, percebe-se diferença quanto a incidência por tipo penal entre PPL de sexo distintos, ao que, para as três principais prevalências, do total do sexo masculino, 51,8% estão relacionadas a crimes contra o patrimônio⁹, 19,2% a crimes relacionados a drogas¹⁰ e 17,5% crimes contra a pessoa¹¹, sendo que do total do sexo feminino, 50,9% estão relacionadas a crimes relacionados a drogas, 26,5% crimes contra o patrimônio e 13,4% crimes contra a pessoa (MJSP, 2020). Este panorama reflete o defendido pela FGV, além de apontar que para ambos os sexos, os crimes de maior frequência são os não violentos, inclusos aqueles que podem ser considerados enquanto crimes mínimos, tal como é representado pelo documentário Bagatela¹², que retrata drama de mulheres presas por pequenos furtos.

A esta disparidade de incidência penal com destaque para crimes relacionados a drogas ressalta-se a importância da compreensão de que estas mulheres nem sempre estão envolvidas com o ato do crime, mas sim possuem condenações interrelacionadas com seus companheiros e/ou filhos ou familiares homens, por vezes até devido a relacionamentos românticos com outras mulheres. Isto pode ser observado na realidade das mulheres presas que participaram do documentário “Se Eu Não Tivesse Amor”¹³, que teve como produtora e roteirista Geysa Chaves, e pelo que trazem Diuana, Corrêa e Ventura (2017, 728):

[...] foram presas por crimes relacionados ao tráfico de drogas, muitas vezes por morarem junto com os companheiros e filhos em casas onde as drogas estavam sendo guardadas ou ainda por estarem levando drogas para o companheiro ou filho na prisão.

⁹ Considera-se furto, furto de coisa comum, roubo, extorsão, extorsão mediante sequestro (sequestro relâmpago) e extorsão Indireta. Crimes determinados nos artigos 155 a 160 do Decreto-Lei nº 2848/1940 (BRASIL, 1940).

¹⁰ Crimes previstos pela Lei nº 11.343/06 (BRASIL, 2006).

¹¹ Considerados aqueles que mais imediatamente afetam a pessoa (ente humano), podendo incidir sobre: a vida, a intangibilidade corpórea (integridade corporal), a honra e a liberdade do indivíduo. Crimes determinados nos artigos 121 a 154 do Decreto-Lei nº 2848/1940 (BRASIL, 1940).

¹² O documentário Bagatela foi dirigido por Clara Ramos, lançado em 2009 e retrata a real (não) aplicação do princípio na Justiça Criminal Paulista, a partir de opiniões de juristas e da análise de casos de mulheres presas por furtos ínfimos e suas consequências nas vidas dessas mulheres.

¹³ O documentário se passa na penitenciária feminina Talavera Bruce, unidade considerada modelo de ressocialização no estado do Rio de Janeiro, e conta a história de cinco mulheres que se envolveram em crimes pela influência dos seus companheiros. Geysa Chaves constatou que 9 entre cada 10 mulheres presas na penitenciária feminina Talavera Bruce estavam ali por envolvimento nos crimes praticados por seus maridos ou companheiros.

Em relação a critério da raça/cor, tem-se que a nível nacional, estadual e municipal há maior número de pessoas negras¹⁴ privadas de liberdade, sendo percentuais variando de aproximadamente 65% a 75% (Apêndice B). Destaca-se, no entanto, que 14,2% das instituições, à nível nacional, negaram ter condições de obter informações para o quesito raça/cor, sendo que mesmo que verificado valor tendendo a zero a nível estadual e municipal neste quesito (Apêndice C), deve-se considerar o apontado por Laurindo (2021, p. 37) de que:

“[...] a variável raça é cadastrada pelos gestores responsáveis pelo preenchimento do formulário de coleta do INFOPEN, não havendo controle sobre a autodeclaração das características, podendo haver subnotificação e este percentual ser, na verdade, superior”.

Ainda quanto ao critério de raça/cor, faz-se importante compreender que dos quase 5% de mulheres privadas de liberdade em média nos três níveis de federação, mais de 50% são mulheres negras, chegando a ter duas vezes mais mulheres negras que mulheres brancas presas (Apêndice B). Borges (2018, p.15) afirma que “por serem corpos historicamente perpassados pelo controle e punição, devido ao passado escravocrata brasileiro, discutir encarceramento articulado à questão de gênero passa por abarcar diversos e complexos fatores para análise”.

Soma-se ainda ao perfil das mulheres privadas de liberdade predominância de faixa etária de adultas, entre 30 a 60 anos, seguida da faixa etária de jovens, entre 18 a 29 anos, bem como estado civil solteira, seguida de união estável nos três níveis de federação. Quanto ao grau de escolaridade, cerca de 50% possui até ensino fundamental incompleto para todos os níveis de federação (Apêndice B).

Tudo o que foi apresentado anteriormente aponta para um perfil populacional específico com menores possibilidades de entrada no mercado de trabalho, principalmente ao se considerar as inequidades de gênero que ainda se materializam na sociedade patriarcal, misógina e machista (SAFFIOTI, 1987). Este cenário está ainda associado à cultura colonialista que não só deslegitima o lugar das pessoas negras na sociedade, como condiciona que ocupem espaços de pouco ou nenhum prestígio, com condições de trabalho piores, para além dos piores salários (DAVIS, 2018; HELPES, 2014). Neste contexto, faz-se importante resgatar o pensamento de Akotinere (2018, p. 23) que traz a prisão como:

¹⁴ De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), incluem-se em pessoas negras as que se autoidentificam enquanto pretas e pardas.

[...] quimera indispensável do Estado, visto a necessidade deste, enquanto regulador da pobreza, em dado momento de conflitos com os grupos dominantes e esgotamento das relações produtivas, suprimir a parcela feminina, não abarcada pelo sistema capitalista-racista, elegendo como crimes todas as estratégias rentáveis das camadas sociais desfavorecidas.

Cabe destacar que para além de dados que não foram informados, há estabelecimentos que alegaram não ter condições para obter os dados relativos à faixa etária, raça/cor, estado civil e grau de instrução, ou mesmo obtê-los apenas para parte das pessoas privadas de liberdade, o que aponta para possibilidade de o cenário ser ainda pior do que o encontrado pelos dados que estão à disposição. Contudo, deve-se ainda observar que a média para ambos os indicadores apontados a nível estadual e municipal estão acima do nível nacional, mesmo que o esperado seja de 100% de cobertura das informações (Apêndice C).

Frente ao exposto, o encarceramento representa um retrato da exclusão social e de múltiplas formas de violência e discriminação a que grande parte das mulheres foram e ainda são submetidas, com atravessamentos anteriores ao ingresso no sistema penal. As vulnerabilidades sociais e estigmas decorrentes do encarceramento podem impactar negativamente na vida das egressas do sistema prisional, contribuindo inclusive, para a reincidência. Assim, os estudos com mulheres privadas de liberdade tornam-se extremamente importantes, sobretudo colaborando com o direcionamento de estratégias que visem a minimização dos agravos a que estão frequentemente expostas.

2.2 ATENÇÃO À SAÚDE DE PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE NO SISTEMA PRISIONAL NO BRASIL

A partir das conceituações e do resgate histórico das prisões e da pena de privação de liberdade, entende-se que diversos direitos são violados às PPL por sua posição de encarceradas, apesar de legislações que defendam seus direitos, entre eles, o direito à saúde.

Ao pensar na saúde de PPL, deve-se retomar o princípio segundo o qual não devem sair da prisão em pior situação de saúde do que quando nela entraram, princípio este adotado e reforçado por recomendação do Comitê de Ministros do Conselho da Europa, em 1998, e pelo Comitê Europeu, que segue a Convenção das

Nações Unidas sobre a Prevenção da Tortura e Penas ou Tratamentos Cruéis, Desumanos ou Degradantes. Esta convenção fundamentou a elaboração do Protocolo de Istambul, do qual o Brasil é signatário, sendo um manual para a investigação e documentação da tortura e outras penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes (ONU, 2001).

Apesar destas orientações, estudos nacionais e internacionais apontam quanto a um quadro preocupante em relação a prevalência de doenças nessa população, destacando-se em primeiro lugar a tuberculose, seguida de dengue, HIV/Aids, hepatites virais, sífilis adquirida, atendimento antirrábico humano (vinculada a diversas unidades prisionais que compartilham espaço com alocação de animais como cães e gatos ou podendo estar relacionada com notificações provenientes da população geral), influenza, rubéola, tétano, difteria, ectoparasitoses, hanseníase, síndrome do corrimento uretral masculino, doença de chagas aguda, violências e transtornos mentais (MIRANDA; ZANDONADE; JOB NETO, 2016; WHO, 2014).

Ressalta-se que mesmo com evidências sinalizando os principais agravos de saúde, verifica-se ainda subnotificação de casos. Apesar da maioria dos serviços de saúde prisionais possuírem Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) próprios e ser obrigatória a alimentação do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) pelas equipes de Atenção Básica Prisional (eABP) desde 2015, estes serviços praticamente não notificam dados. Por outro lado, alguns dos serviços de saúde que registraram notificações compartilham o CNES com as eABP, o que pode ocasionar notificações provenientes não da população prisional, mas sim da população geral (MIRANDA; ZANDONADE; JOB NETO, 2016; MS; MJ, 2015).

As condições de saúde dentro das penitenciárias estão relacionadas à vulnerabilidade social e à localização social¹⁵ das PPL, com restrição a bens e serviços, somada à poucas oportunidades e às condições estruturais precárias.

¹⁵ Termo que faz alusão a compreensão sociológica suscitada por Jean-Claude Passeron em seu livro "O Raciocínio Sociológico" (1995), sendo explorada por Pierre Bourdieu (mesmo que indiretamente). No contexto deste estudo, deve-se compreender localização social enquanto a posição que uma pessoa ocupa no espaço social, espaço multidimensional no qual se dão as relações sociais, influenciada pelos diversos capitais (relações de poderes): social (gerado pelas relações), cultural (a partir do conjunto de conhecimento individual), econômico (medido através das posses materiais) e simbólico (prestígio ou reconhecimento, contendo todos os anteriores em si).

Destaca-se que em relação à esta estrutura, estudos apontam condições desfavoráveis de habitação com precariedade dos espaços físicos, insalubridade, baixo acesso a ações de saúde com escassez de recursos humanos especializados e práticas de violência estrutural (CONSTANTINO; ASSIS; PINTO, 2016; MINAYO; CONSTANTINO, 2015; MINAYO; RIBEIRO, 2016; SILVA *et al.*, 2019; VALIM; DAIBEM; HOSSNE, 2018; WHO, 2014).

Estas condições impactam negativamente na saúde física e mental, levando a um maior comprometimento, se comparadas à população em geral, com perpetuação da cadeia de transmissão de doenças infectocontagiosas, surgimento de agravos relacionados à violência, piora ou desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis e aparecimento e agravamento de sofrimento psíquico e transtornos mentais (CONSTANTINO; ASSIS; PINTO, 2016; MINAYO; CONSTANTINO, 2015; MINAYO; RIBEIRO, 2016; VALIM; DAIBEM; HOSSNE, 2018).

De maneira geral, as evidências apontam que só é garantido o atendimento ao qual as PPL têm direito caso ocorra avaliação do estado de saúde no momento de entrada no sistema prisional ou, na impossibilidade, nos primeiros dias de reclusão. Quando não, a continuidade do tratamento de problemas de saúde anteriores à privação de liberdade costuma ser inviabilizada (MINAYO; CONSTANTINO, 2015; MINAYO; RIBEIRO, 2016). Este cenário é reforçado por evidências que apontam para a falta de orientação quanto acesso à saúde e direitos referentes a este acesso à PPL, favorecendo que uma pessoa que entre doente no sistema permaneça assim (VALIM; DAIBEM; HOSSNE, 2018).

O Brasil tem dificuldade no cumprimento das leis e recomendações sobre a oferta do cuidado às pessoas detidas, com identificação de carência na execução de ações no âmbito da promoção da saúde e da prevenção de doenças no contexto prisional, contribuindo para a ocorrência e continuidade de doenças (MARTINS *et al.*, 2014; MENEZES; MENEZES, 2014; SANTOS *et al.*, 2017; VALIM; DAIBEM; HOSSNE, 2018). Apesar disto, foram e vêm sendo feitos esforços visando a garantia de uma atenção integral, demandando resgate histórico das bases legais da atenção à saúde desta população, bem como aprofundamento no que é objeto deste estudo, a saúde mental desta população com ênfase no segmento feminino.

2.2.1 Bases legais da atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade

Apesar de o Código Penal Brasileiro (CPB) de 1940 (BRASIL, 1940), em seu art. 32, trazer que não poderiam ser autorizadas medidas que expusessem a perigo a saúde ou que ofendessem a dignidade humana das PPL, a garantia de acesso à saúde só apresenta respaldo teórico a partir da Lei de Execuções Penais (LEP), nº 7.210, publicada em 1984, vinculando a possibilidade de ressocialização com a necessidade de garantia de assistência como responsabilidade do Estado, contemplando assistência material, à saúde, jurídica, educacional, social e religiosa.

No Art. 10º desta legislação, que versa sobre a garantia discorrida, estende-se ainda a assistência aos egressos, visto que de nada adiantaria assistência durante o cárcere se houvesse total desamparo após a soltura (BRASIL, 1984). Verifica-se aprofundamento do embasamento teórico quanto à assistência à saúde no artigo 14 da seção III, no qual consta que (BRASIL, 1984):

“A assistência à saúde do(a) preso(a) e do(a) internado(a) de caráter preventivo e curativo, compreenderá atendimento médico, farmacêutico e odontológico [...]”

“Quando o estabelecimento penal não estiver aparelhado para prover a assistência médica necessária, esta será prestada em outro local, mediante autorização da direção do estabelecimento.”

Assim, a LEP versa sobre os direitos destas pessoas, prevendo a assistência à saúde, contemplando já aspectos relacionados a prevenção e cura, contando com atendimento médico, farmacêutico e odontológico, realizado no próprio espaço da instituição de privação de liberdade, desde que houvesse infraestrutura, materiais e recursos humanos adequados. Caso contrário, a assistência deveria ser garantida em outros estabelecimentos de saúde. Discrimina, também, o acompanhamento médico à mulher, com ênfase para o período de gestação, parto e pós-parto e ao recém-nascido (BRASIL, 1984).

Em 1988 há a aprovação e publicação da Constituição Federal (CF) (BRASIL, 1988), que apresenta, em seu artigo 6º, os direitos sociais a serem garantidos a toda a população brasileira, reconhecendo a saúde enquanto direito fundamental, juntamente à “educação [...], o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados”.

Como forma de efetivar, no âmbito do setor saúde, a garantia ao direito fundamental, tem-se a construção do SUS, a partir de sua lei orgânica nº 8.080 de 1990 (BRASIL, 1990a), que vem a regular as ações e serviços de saúde, executados isolados ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado. Nesta lei, no artigo terceiro, é apresentada a concepção de saúde a ser considerada no território nacional, reflexo da organização social e econômica do país, devendo-se avaliar uma série de determinantes sociais, tais como condições de habitação, alimentação, acesso e qualidade de educação e trabalho, dentro outros.

Os dois marcos legislativos representam esforços de garantia de acesso da população à serviços públicos de saúde, mas que não foram suficientes para incluir de modo substancial as especificidades das PPL na agenda nacional e materializar, na prática, a interlocução com o SUS. Visando avançar na garantia da assistência à saúde às pessoas em questão, o Ministério da Saúde (MS) e Ministério da Justiça elaboram o Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário (PNSSP), a partir da Portaria Interministerial nº 1.777/2003 (BRASIL, 2003), tratando-se da primeira legislação versando especificamente sobre a saúde de PPL, estabelecendo assistência em conformidade com as diretrizes do SUS, sendo um marco social.

Objetivando o alcance de 100% das PPL confinadas em unidades masculinas, femininas e psiquiátricas, o PNSSP teve como propósito contribuir para o controle e ou redução dos agravos mais frequentes à saúde da população penitenciária brasileira (BRASIL, 2003), incluindo PPL no SUS, efetivando direito à cidadania. Buscou atender ao preconizado nas diretrizes e princípios do SUS: universalidade, equidade, integralidade e resolubilidade da assistência (BRASIL, 1990a).

Apesar deste avanço, destaca-se que o PNSSP contempla apenas a população interna à penitenciárias, presídios e hospitais de custódia e tratamento que já passaram pelo processo de julgamento, não abrangendo, assim, pessoas do regime aberto e provisórios, reclusos em delegacias e distritos policiais, cadeias públicas, colônias agrícolas ou industriais e tampouco as penitenciárias federais (BRASIL, 2003).

Além disto, ressalta-se que apenas estabelecimentos penais com mais de 100 presos teriam equipes exclusivas, constando de médico, enfermeiro, odontólogo, psicólogo, assistente social, auxiliar de enfermagem e auxiliar de consultório

dentário, com previsão para atendimento de até 500 pessoas. Estabelecimentos penais que não fossem contemplados com esta equipe deveriam contar com indicação de um profissional atuante na rede de assistência, prestando pelo menos um atendimento semanal no presídio (BRASIL, 2003).

Em 2014, quase 10 anos após a implementação da PNSSP, apesar de todos os estados e o Distrito Federal terem aderido (sendo que, ao final de 2013, haviam 235 equipes ativas) (BRASIL, 2014a), verificou-se que 63% dos estabelecimentos penais no país ainda não possuíam módulo de saúde, necessitando de atendimentos externos. Mais de um terço das PPL (37%), encontravam-se nestas unidades, não tendo acesso a qualquer serviço de Atenção Básica à Saúde (ABS) na unidade prisional, além de prevalecer o número de estabelecimentos que não dispusessem de espaços mínimos e complementares de saúde. Assim, nota-se que, apesar dos avanços possibilitados pela PNSSP, o modelo de atenção à saúde oferecido não estava garantindo a inclusão de todas essas pessoas no SUS (INFOPEN, 2014).

A partir de avaliação da PNSSP, foi elaborada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), instituída por meio da Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014. Esta política tem como objetivo garantir o acesso das PPL no sistema prisional ao cuidado integral no SUS, prevendo que os serviços de saúde no sistema prisional passem a ser ponto de atenção da RAS do SUS, qualificando também a ABS no âmbito prisional como porta de entrada do sistema e ordenadora das ações e serviços de saúde pela rede (BRASIL, 2014a).

A construção da PNAISP visou contemplar os princípios e diretrizes fundamentais do SUS, como a equidade, integralidade e universalidade, embasada na democracia e na participação efetiva de gestores, trabalhadores dos estabelecimentos penais, da academia e da sociedade civil organizada, tendo pactuação realizada na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e deliberação pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS). Além disso, foi acolhida positivamente pelo Conselho Nacional de Secretários de Justiça (CONSEJ) e pelo Conselho nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP) (BRASIL, 2014a).

Ressalta-se que a PNAISP contempla a atenção à saúde considerando a heterogeneidade inerente ao sistema prisional, em que se encontram além dos homens jovens, em sua maioria: estrangeiros; idosos; mulheres; crianças (filhos

dessas mulheres privadas de liberdade); populações vulneráveis, como indígenas, Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transexuais (LGBT), e pessoas com transtornos mentais e com deficiências (BRASIL, 2014a).

De acordo ainda com o Artigo 8º da referida política, destaca-se a ampliação da população beneficiada quando se pensado enquanto foco de intervenção, ao que “os trabalhadores em serviços penais, os familiares e as demais pessoas que se relacionam com as pessoas privadas de liberdade serão envolvidos em ações de promoção da saúde e de prevenção de agravos no âmbito da PNAISP”, demarcando o caráter estratégico presente nas ações intersetoriais quando se pensado em promoção da saúde e a garantia dos direitos humanos (BRASIL, 2014a).

Em relação especificamente às PPL, a PNAISP determina que o acesso deverá contemplar a todas as pessoas do sistema penitencial, desde a entrada no sistema, sendo, neste momento inicial, priorizado o diagnóstico precoce, com ênfase para doenças transmissíveis, além de atividades para promoção da saúde e da prevenção de agravos, demonstrando mudança no perfil de cuidado que deverá ser prestado no sistema prisional (BRASIL, 2014a).

Com a implementação da política, mas especificamente em Minas Gerais com adesão a partir da Portaria nº 2.277, de 17 de outubro de 2014, o acesso e a atenção à saúde passam a ser desenvolvidos pelas eABP, constituídas de acordo com alguns critérios, a saber: número de PPL por unidade prisional; vinculação dos serviços de saúde a uma unidade básica de saúde no território e existência de demandas referentes à saúde mental (BRASIL, 2014a). Os tipos preconizados de equipes são (BRASIL, 2014a):

- eABP I¹⁶: formada por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem ou auxiliar de enfermagem, um cirurgião dentista e um técnico ou auxiliar de saúde bucal, que serão responsáveis pelo atendimento em unidades prisionais que contenham até 100 PPL e carga horária mínima de seis horas semanais.
- eABP II¹⁶: apresentando maior número de profissionais, deve atender entre 101 a 500 PPL e cumprir o mínimo de 20 horas semanais. Deverá ser

¹⁶ Considerando o perfil epidemiológico da Unidade Prisional, as eABP I e II podem receber uma equipe de saúde mental, que tem composição mínima de um médico psiquiatra (ou médico com experiência em saúde mental) e dois profissionais selecionados entre as seguintes ocupações: fisioterapia, psicologia, assistência social, farmácia, terapia ocupacional ou enfermagem.

composta por um médico, um enfermeiro, um técnico ou auxiliar de enfermagem, um cirurgião dentista, um técnico ou auxiliar de saúde bucal, um psicólogo, um assistente social e um profissional de nível superior dentre as seguintes ocupações: fisioterapia, psicologia, assistência social, farmácia, terapia ocupacional, nutrição ou enfermagem.

- eABP III: terá o mesmo perfil da eABP II, com acréscimo obrigatório de uma equipe de saúde mental, tendo o objetivo de acolher entre 501 a 1.200 pessoas privadas de liberdade, em uma carga horária semanal de 30 horas.

Para unidades que assistam pessoas com transtorno mental em conflito com a lei e que tenha menos de 100 custodiados, é recomendada a habilitação de uma eABP II ou eABP II com Saúde Mental (BRASIL, 2014a).

Serviços de saúde em unidades acima de 1.200 custodiados deverão ter acréscimos de equipes conforme o preconizado pela PNAISP (BRASIL, 2014a) (Quadro 1):

Quadro 1 – Pessoas privadas de liberdade referenciadas por um serviço e a quantidade de equipes a serem habilitadas, em um serviço, por tipo

População referenciada por um serviço	Quantidade de equipes a serem habilitadas, em um serviço, por tipo		
	I	II	III
1 – 100	1	0	0
101 – 500	0	1	0
501 – 1200	0	0	1
1201 – 1300	1	0	1
1301 – 1700	0	1	1
1701 – 2400	0	0	2
2401 – 2500	1	0	2
2501 – 2900	0	1	2
2901 – 3600	0	0	3
3601 – 3700	1	0	3
3701 – 4100	0	1	3
4101 – 4800	0	1	4
4801 – 4900	1	0	4
4901 – 5300	0	1	4
5301 – 6000	0	0	5
6001 – 6100	1	0	5
6101 – 6500	0	1	5
6501 – 7200	0	0	6
7201 – 7300	1	0	6
7301 – 7700	0	1	6
7701 – 8400	0	0	7
8401 – 8500	1	0	7
8501 – 8900	0	1	7
8901 – 9600	0	0	8

Fonte: Brasil (2014, p.22-23).

A partir da avaliação das equipes específicas ou dos serviços de ABS que realizarem o atendimento às PPL, uma vez identificada demanda para atendimento em outro nível de atenção à saúde, é possível transitar pelos diversos serviços das RAS, instituídas por meio da reorganização do SUS através da Portaria nº 4.279/2010 (BRASIL, 2010), visando acesso adequado a demanda apresentada por cada pessoa, sendo a remoção de responsabilidade do estabelecimento penal, quando não averiguada demanda para transporte específico da saúde.

Tal articulação se dá a partir de comunicação dos subsídios ofertados pela logística de organização da RAS (BRASIL, 2010), através de sistemas que permitem ligação entre os pontos de atenção à saúde e os sistemas de apoio, favorecendo a comunicação por meio de tecnologias de informação. Os estabelecimentos penais podem se valer, ainda, de grupos de agentes de saúde privados de liberdade e também educadores populares em saúde, como complementares à responsabilização por parte das eABP (SCHMITT *et al.*, 2014).

Destaca-se que a garantia da assistência a grupos específicos apresenta normativas particulares que complementam o que é descrito pelas leis orgânicas do SUS quando se pensou um tratamento integral, universal e equânime. Orientações referentes ao acesso e a acessibilidade das pessoas com deficiência (física, visual, auditiva e intelectual) aos serviços públicos são importantes e devem ser consideradas na construção e funcionamento de estabelecimentos públicos, inclusive as unidades prisionais, a partir do que é apresentado pelo Decreto nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004 (BRASIL, 2004a), que regulamenta leis que estabelecem normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida.

Complementando o decreto anterior, há a Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) (ANVISA, 2002), que dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, no sentido de fortalecer o acesso de pessoas com deficiência e as condições de salubridade nas unidades prisionais. Além de ser necessário considerar as portarias do MS específicas ao acesso das pessoas com deficiência aos serviços de saúde do SUS (Quadro 2).

Quadro 2 – Portarias do Ministério da Saúde que regulamentam o acesso das pessoas com deficiência aos serviços de saúde do SUS

PORTARIA	Ênfase
Portaria MS/SAS nº 185, de 5 de junho de 2001	Atenção à pessoa com deficiência física
Portaria MS/GM nº 818, de 5 de junho de 2001	
Portaria MS/GM nº 2.305, de 19 de dezembro de 2001	Osteogênese imperfeita (“Ossos de vidro”)
Portaria MS/GM nº 1.060, de 5 de junho de 2002	Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência
Portaria MS/GM nº 1.635, de 12 de setembro de 2002	Atenção à deficiência mental e autismo
Portaria MS/SAS nº 587, de 7 de outubro de 2004	Atenção à saúde auditiva
Portaria MS/SAS nº 589, de 8 de outubro de 2004	
Portaria MS/SAS nº 370, de 4 de julho de 2008	Assistência ventilatória a doenças neuromusculares
Portaria MS/GM nº 1.370, de 3 de julho de 2008	
Portaria MS/GM nº 3.128, de 24 de dezembro de 2008	Reabilitação visual
Portaria MS/GM nº 3.129, de 24 de dezembro de 2008	
Portaria MS/SAS nº 400, de 16 de novembro de 2009	Atenção à pessoa ostomizada
Portaria GM/MS nº 793, de 24 de abril de 2012	Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde
Lei Brasileira de Inclusão nº 13.146, de 6 de julho de 2015	Estatuto da Pessoa com Deficiência

Fonte: Elaborado pelo autor (2020).

2.2.1.1 Especificidades da atenção à saúde a mulheres privadas de liberdade

Ao se pensar nas unidades penitenciárias exclusivas para pessoas do sexo feminino, bem como as unidades mistas, deve-se levar em conta as especificidades do atendimento em saúde a essa população, com base nas diretrizes e princípios da saúde da mulher no âmbito do SUS, somado às recomendações e prescrições em legislações referentes a esta população. Destaca-se neste cenário a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), elaborada em 2004, que traz, especificamente em relação a mulher privada de liberdade, orientações sobre a implantação de ações integrais direcionadas às demandas específicas deste público através de atenção diferenciada dentro do conjunto de ações do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2004b).

Em consonância com a PNAISM e somando aos esforços apresentados pela PNAISP, tem-se a Portaria Interministerial nº 210, de 16 de janeiro de 2014, que Institui a Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional (PNAMPE), bem como dá outras providências. Esta política estabelece diretrizes, metas e ações para qualificar a assistência às mulheres em privação de liberdade e egressas e promover a

adaptação das políticas penitenciárias às especificidades desse público (BRASIL, 2014b).

Tal portaria dialoga ainda com esforços anteriores voltados à garantia de direitos à mulheres privadas de liberdade: a Convenção contra a Tortura e outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes, da qual o Brasil é signatário (BRASIL, 1991)¹⁷; a Convenção Americana de Direitos Humanos (Pacto de San Jose da Costa Rica), de 1969 e ratificada pelo Brasil em 25 de setembro de 1992 (BRASIL, 1992); as Regras Mínimas para o Tratamento de Prisioneiros da ONU, determinação adotada pelo I Congresso das Nações Unidas sobre Prevenção do Crime e Tratamento de Delinquentes, realizado em Genebra em 1955 e aprovadas pelo Conselho Econômico da ONU em 31 de julho de 1957, atualizado em 2015 (UNODC, 2015); as Regras de Bangkok das Nações Unidas para o tratamento de mulheres presas e medidas não privativas de liberdade para mulheres infratora (CNJ, 2016), aprovada em dezembro de 2010 na 65ª Assembleia Geral da ONU; e o Protocolo de Istambul (ONU, 2001), previamente citado neste trabalho.

É necessário mencionar também a Declaração de Kiev, assinada em conferência sediada na cidade homônima à declaração, em 2008. Trata-se de um importante documento assinado pela Organização Mundial da Saúde em conjunto com especialistas e órgãos de saúde da Europa, que versa sobre a saúde das mulheres na prisão. Nele há o reconhecimento da complexidade de se lidar com a saúde desta população e o assentimento de que diversas prisões não atendem ao que é exigido pelos direitos humanos, pelas recomendações internacionais vigentes e pela justiça social (WHO, 2009).

Esta declaração contribui com princípios essenciais a serem inclusos no sistema de saúde prisional de qualquer país: o uso da detenção e aprisionamento apenas em último caso para mulheres que respondam por crimes não violentos e que não exponham a sociedade a risco; reconhecimento da especificidade das demandas de saúde relacionadas ao gênero e a singularidade de cada mulher; a necessidade de provisão de serviços e programas que atendam especialmente casos de sofrimento psíquico e adoecimento mental nesta população, em particular os transtornos relacionados a uso de drogas e transtorno de estresse pós

¹⁷ Em seu artigo 2º obriga o Estado a tomar medidas eficazes de caráter legislativo, administrativo, judicial ou de outra natureza, a fim de impedir a prática de atos de tortura (e outros tratamentos ou penas cruéis, desumanos ou degradantes) em qualquer território sob sua jurisdição (BRASIL, 1991).

traumático; resguardar os interesses das crianças, caso estejam envolvidas em algum tipo de decisão judicial; e a necessidade de se prestar um atendimento humano e holístico (WHO, 2009).

Além dos referidos marcos, deve-se recorrer também ao Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei nº 8.069/1990 (BRASIL, 1990b), ao se pensar nos direitos que deverão ser garantidos à criança ou adolescentes filhos de mulheres privadas de liberdade. A partir da PNAMPE, o DEPEN elaborou o documento intitulado Diretrizes para Convivência Mãe-Filho/a no Sistema Prisional (DEPEN, 2016), o qual sistematiza a legislação na área e oferece orientações para a permanência de crianças abrigadas com suas mães nas unidades prisionais.

A PNAMPE orienta os governos estaduais na elaboração de ações para: i) atenção à gestação e à maternidade na prisão; ii) assistência material; iii) acesso à saúde, à educação e ao trabalho; iv) assistência jurídica; v) atendimento psicológico; e vi) capacitação permanente de profissionais do sistema prisional feminino (BRASIL, 2014b).

Quanto à assistência material, deve-se garantir: alimentação, respeitando-se aos critérios nutricionais básicos e casos de restrição alimentar; vestuário, valendo-se de enxoval básico composto por, no mínimo, uniforme específico, agasalho, roupa íntima, meias, chinelos, itens de cama e banho, observadas as condições climáticas locais e em quantidade suficiente; e itens de higiene pessoal, com kit básico composto por, no mínimo, papel higiênico, sabonete, creme e escova dental, xampu, condicionador, desodorante e absorvente, em quantidade suficiente. Neste contexto também está inclusa a instalação de infraestrutura higiênica de qualidade, como vaso sanitário, chuveiro e material para limpeza dos mesmos (BRASIL, 2014b).

A assistência à saúde deverá ser integral, garantida pelo direito a atendimento por equipe multidisciplinar, contando com consultas a especialistas, e direito a realização, no caso específico das mulheres, de acompanhamento ao pré-natal, ao puerpério e à puericultura. Caso a unidade não ofereça equipamentos necessários para promover a assistência de qualidade, a mulher privada de liberdade poderá ser transferida para outro local. Garante-se, também, o atendimento psicológico (BRASIL, 1940; BRASIL, 2014b). Deve-se ainda garantir o acesso a métodos contraceptivos, em conformidade com a Lei do Planejamento Familiar, Lei nº. 9.263, de 12 de janeiro de 1996 (BRASIL, 1996), respeitando a legislação vigente que

proíbe esterilização e controle demográfico enquanto estratégias para o planejamento familiar.

Tais fundamentos encontram-se no parágrafo único do artigo segundo do Capítulo I da Lei do Planejamento Familiar (BRASIL, 1996), que determina que o planejamento familiar não pode, em circunstância alguma, ser utilizado com a finalidade de controle demográfico e no artigo décimo, § 4º, o qual veda a histerectomia e a ooforectomia, indicando as situações nas quais é permitida a esterilização voluntária: a cirurgia de laqueadura tubária, a vasectomia ou outro método cientificamente aceito. Para estes casos, faz-se necessário observar a expressa manifestação da vontade em documento escrito, após explicação minuciosa dos possíveis efeitos, as restrições de idade e demais situações elencadas nos incisos I e II, do art. 10, da lei em questão.

Cabe a gestores/as e profissionais de saúde garantir ações de prevenção e promoção das infecções sexualmente transmissíveis (IST), com informação educativa, distribuição de preservativos masculinos e femininos e lubrificantes íntimos, assistência à anticoncepção, não devendo limitar esta atenção a momentos de visita íntima, visto que se trata de um direito pouquíssimo efetivado às mulheres (ALMEIDA *et al.*, 2017), apesar de garantidos por legislação e normas específicas¹⁸ (BRASIL, 1984; CNPCP, 1999; 2011). É importante ciência de que as relações sexuais podem ocorrer em outros momentos ao longo da privação de liberdade, tal como nas próprias celas ou em espaços de socialização, mesmo que de forma clandestina, principalmente ao se considerar a inadequada infraestrutura do ambiente de visita íntima.

Destacam-se, referente ao direito à reprodução e à visita íntima, as seguintes legislações (Quadro 3):

¹⁸ LEP, Resolução CNPCP nº 01 de 30 de março de 1999 (CNPCP, 1999) e Resolução CNPCP nº 04, de 29 de junho de 2011 (CNPCP, 2011).

Quadro 3 - O Direito à reprodução e à visita íntima

LEGISLAÇÃO	GARANTIA
Regra 58.2, Regras de Nelson Mandela - Regras Mínimas para o Tratamento de Reclusos	“Onde forem permitidas as visitas conjugais, este direito deve ser garantido sem discriminação e as mulheres reclusas devem exercer este direito nas mesmas condições que os homens. Devem ser instaurados procedimentos e disponibilizados locais, de forma a garantir o justo e igualitário acesso, respeitando-se a segurança e a dignidade.”
Regra 27, Regras de Bangkok	“Onde visitas íntimas forem permitidas, mulheres presas terão acesso a este direito do mesmo modo que os homens.”

Fonte: Landi (2018, p.59)

Para além da visita íntima, está garantida a toda mulher privada de liberdade o direito de visita, bem como convívio familiar, de maneira em que se busque facilitar o contato afetivo. Deve-se minimizar ações que possam distanciar os familiares da visita, refletindo sobre técnicas de visitação que não sejam vexatórias, substituindo, quando possível, por equipamentos que garantam a visitação adequada de forma segura e menos desconfortável.

Contudo, verifica-se média de 7,8 visitas por homem encarcerado e 5,9 por mulher encarcerada. Estes números variam entre os estados, visto que há unidades federativas nas quais a média de visitas em prisões femininas é cinco vezes menor que nas masculinas (INFOPEN MULHERES, 2018). Santa Rita (2006) destaca que a quebra dos vínculos familiares para a população do sexo feminino se dá em consequência da perda, além da liberdade, do papel de mulher, de esposa, de mãe e de filha. Tem-se enquanto principais legislações referentes à garantia do direito à visita e convívio familiar, as que seguem no Quadro 4.

Quadro 4 - O Direito à visitação e ao convívio com a família

LEGISLAÇÃO	GARANTIA
Regra 58.1, Regras de Nelson Mandela - Regras Mínimas para o Tratamento de Reclusos	“Os reclusos devem ser autorizados, sob a necessária supervisão, a comunicar periodicamente com as suas famílias e com amigos: (a) Por correspondência e utilizando, se possível, meios de telecomunicação, digitais, eletrônicos e outros; e (b) Através de visitas.”
Regra 26, Regras de Bangkok	“Será incentivado e facilitado por todos os meios razoáveis o contato das mulheres presas com seus familiares, incluindo seus filhos/as, quem detêm a guarda de seus filhos/as e seus representantes legais. Quando possível, serão adotadas medidas para amenizar os problemas das mulheres presas em instituições distantes de seus locais de residência.”
Art. 8º, Resolução nº 4, do Conselho de Política Criminal e Penitenciária de 15 de julho de 2009	“A visita de familiares e pais presos deve ser estimulada visando à preservação do vínculo familiar e do reconhecimento de outros personagens do círculo de relacionamento parental.”
Regra 60, Regras de Nelson Mandela - Regras Mínimas para o Tratamento de Reclusos	“1. A entrada de visitantes nos estabelecimentos prisionais depende do consentimento do visitante de submeter-se à revista. O visitante pode retirar o seu consentimento a qualquer momento; nestes casos, a administração prisional poderá recusar o seu acesso. 2. Os procedimentos de entrada e revista de visitantes não devem ser degradantes e devem ser regidos por princípios tão protetivos como os delineados nas Regras 50 a 52. As revistas feitas a partes íntimas do corpo devem ser evitadas e não devem ser aplicadas a crianças.”
Regra 21, Regras de Bangkok	“Funcionários/as da prisão deverão demonstrar competência, profissionalismo e sensibilidade e deverão preservar o respeito e a dignidade ao revistarem crianças na prisão com a mãe ou crianças visitando presas.”
Regra 20, Regras de Bangkok	“Deverão ser desenvolvidos outros métodos de inspeção, tais como escâneres, para substituir revistas íntimas e revistas corporais invasivas, de modo a evitar os danos psicológicos e possíveis impactos físicos dessas inspeções corporais invasivas.”
Regra 50, Regras de Bangkok	“Mulheres presas cujos/as filhos/as estejam na prisão deverão ter o máximo possível de oportunidades de passar tempo com eles.”
Art. 19, parágrafo 4º, ECA	“Será garantida a convivência da criança e do adolescente com a mãe ou o pai privado de liberdade, por meio de visitas periódicas promovidas pelo responsável ou, nas hipóteses de acolhimento institucional, pela entidade responsável, independentemente de autorização judicial.”
Regra 28, Regras de Bangkok	“Visitas que envolvam crianças devem ser realizadas em um ambiente propício a uma experiência positiva, incluindo no que se refere ao comportamento dos funcionários/as, e deverá permitir o contato direto entre mães e filhos/as. Onde possível, deverão ser incentivadas visitas que permitam uma permanência prolongada dos/as filhos/as.”

Fonte: Landi (2018, p.55)

Destacam-se os seguintes motivos para menor índice de visitação para mulheres privadas de liberdade, quando comparado com homens em mesma situação: distância entre a residência dos parentes e a prisão; sobrecarga com os cuidados dos filhos da mulher detida; estigma de ter uma familiar que cometeu uma transgressão da lei encarcerada; além de solicitação pela própria mulher de não visitação por familiares, por sentimento de constrangimento e visando prevenção de possível humilhação que familiares possam passar (MINAYO; CONSTANTINO, 2015; MINAYO; RIBEIRO, 2016; SIMÕES, 2014).

Em relação a atenção à gestação e à maternidade na prisão, no que tange direitos à saúde, deve-se considerar a Lei nº 11.108, de 07 abril de 2005 (BRASIL, 2005), que altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990a), visando garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, o parto e o pós-parto imediato. Ainda referente a essa população específica, deve-se considerar a Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007 (BRASIL, 2007), que garante à gestante o direito a conhecer e ser vinculada previamente a uma maternidade, seja aquela em que acontecerá o parto seja a disponível para intercorrências pré-natais.

Considerando, então, mulheres privadas de liberdade que são mães ou venham a se tornar, de acordo com o parágrafo segundo do artigo 83 do Capítulo I do Título IV da LEP (BRASIL, 1984), as unidades prisionais deverão ser dotadas de berçário, nos quais aquelas possam cuidar de seus filhos, inclusive amamentá-los, no mínimo, até seis meses de idade (BRASIL, 2009)¹⁹. Ainda referente à legislação anterior, no artigo 89 do capítulo II, tem-se que a penitenciária de mulheres deverá ter seção para gestante e parturiente, e creche, com vista a abrigar crianças maiores de seis meses e menores de sete anos, com a finalidade de assistir a criança cuja responsável estiver encarcerada (BRASIL, 1984; 2009).

Há de se considerar as especificidades a serem garantidas às grávidas, puérperas e seus aos filhos quanto instalações especiais nos estabelecimentos prisionais, tal como se verifica, de maneira mais aprofundada, no quadro 5.

¹⁹ Redação proveniente da alteração promulgada pela Lei nº 11.942, de 28 de maio de 2009.

Quadro 5 - O Direito de grávidas, puérperas e seus filhos a instalações especiais nos estabelecimentos prisionais

LEGISLAÇÃO	GARANTIA
Regra 28, Regras de Nelson Mandela - Regras Mínimas para o Tratamento de Reclusos	“Nos estabelecimentos prisionais para mulheres devem existir instalações especiais para o tratamento das reclusas grávidas, das que tenham acabado de dar à luz e das convalescentes. [...]”
Regra 42.3, Regras de Bangkok	“Haverá especial empenho na elaboração de programas apropriados para mulheres gestantes, lactantes e com filhos/as na prisão.”
Art. 5º, L, CF	“Às presidiárias serão asseguradas condições para que possam permanecer com seus filhos durante o período de amamentação”
Art. 83, parágrafo 2º, LEP	“Os estabelecimentos penais destinados a mulheres serão dotados de berçário, onde as condenadas possam cuidar de seus filhos, inclusive amamentá-los, no mínimo, até 6 (seis) meses de idade.”
Regra 29, Regras de Nelson Mandela - Regras Mínimas para o Tratamento de Reclusos	<p>“1. [...] Nos estabelecimentos prisionais que acolhem os filhos de reclusos, devem ser tomadas providências para garantir: (a) Um infantário interno ou externo, dotado de pessoal qualificado, onde as crianças possam permanecer quando não estejam ao cuidado dos pais; (b) Serviços de saúde pediátricos, incluindo triagem médica no ingresso e monitoração constante de seu desenvolvimento por especialistas.</p> <p>2. As crianças que se encontrem nos estabelecimentos prisionais com os pais nunca devem ser tratadas como prisioneiras.”</p>
Art. 89, LEP	<p>“Além dos requisitos referidos no art. 88, a penitenciária de mulheres será dotada de seção para gestante e parturiente e de creche para abrigar crianças maiores de 6 (seis) meses e menores de 7 (sete) anos, com a finalidade de assistir a criança desamparada cuja responsável estiver presa.</p> <p>Parágrafo único. São requisitos básicos da seção e da creche referidas neste artigo:</p> <p>I – atendimento por pessoal qualificado, de acordo com as diretrizes adotadas pela legislação educacional e em unidades autônomas</p> <p>II – horário de funcionamento que garanta a melhor assistência à criança e à sua responsável.”</p>
Art. 5º, Resolução nº 4, do Conselho de Política Criminal e Penitenciária de 15 de julho de 2009	“Para abrigar as crianças de até dois anos os estabelecimentos penais femininos devem garantir espaço de berçário de até quatro leitos por quarto para as mães e para suas respectivas crianças, com banheiros que comportem banheiras infantis, espaço para área de lazer e abertura para área descoberta.”
Art. 6º, Resolução nº 4, do Conselho de Política Criminal e Penitenciária de 15 de julho de 2009	<p>“Deve ser garantida a possibilidade de crianças com mais de dois anos e até sete anos de idade permanecerem junto às mães na unidade prisional desde que seja em unidades materno-infantis, equipadas com dormitório para as mães e crianças, brinquedoteca, área de lazer, abertura para área descoberta e participação em creche externa.</p> <p>Parágrafo único. Nesse caso, o Estado deve se habilitar junto ao DEPEN, informando às unidades que terão tal estrutura.”</p>

Fonte: Landi (2018, p.44-45)

Deve-se, sempre que possível, buscar medidas não privativas de liberdade para se garantir, de maneira mais eficiente, o convívio entre mães que estão passando por um processo criminal e seus filhos, respaldado juridicamente, tal como segue no Quadro 6.

Quadro 6 - O Direito a medidas não privativas de liberdade

LEGISLAÇÃO	GARANTIA
Regra 64, Regras de Bangkok	“Penas não privativas de liberdade para as mulheres gestantes e mulheres com filhos/as dependentes serão preferidas sempre que for possível e apropriado, sendo a pena de prisão considerada apenas quando o crime for grave ou violento ou a mulher representar ameaça contínua, sempre velando pelo melhor interesse do/a filho/a ou filhos/as e assegurando as diligências adequadas para seu cuidado. ”
Art. 318, CPP	“Poderá o juiz substituir a prisão preventiva pelo domiciliar quando o agente for: [...] III - imprescindível aos cuidados especiais de pessoa menor de 6 (seis) anos de idade ou com deficiência; IV - gestante a partir do 7º (sétimo) mês de gravidez ou sendo esta de alto risco; V - mulher com filho de até 12 (doze) anos de idade incompletos; [...].”
Art. 117, LEP	“Somente se admitirá o recolhimento do beneficiário de regime aberto em residência particular quando se tratar de: [...] III - condenada com filho menor ou deficiente físico ou mental; IV - condenada gestante. ”

Fonte: Landi (2018, p.33)

Da assistência jurídica a ser garantida, esta deverá ser prestada assim que a mulher for para unidade prisional, garantido o direito de escolha e nomeação por defensor. Se por ventura ela não tiver condições de arcar com os custos, será garantida a visita de defensor público. Ela terá, ainda, direito a contato particular com quem a defesa, sem a presença de qualquer policial penal. Deve-se, também, garantir acesso e suporte referentes à assistência social (BRASIL, 1940; 2014b).

O acesso à atividade laboral deverá ser garantido de forma a haver desenvolvimento de ações que incluam, entre outras, a formação de redes cooperativas e a economia solidária, de forma que as horas diárias de estudo e trabalho voltadas à remissão da pena, sejam compatíveis com a condição de gestante e mãe, garantida a remuneração e a licença maternidade para as mulheres que se encontravam trabalhando (BRASIL, 1940; 2014b).

Quanto à educação, deverá estar em consonância com o Plano Estratégico de Educação no âmbito do Sistema Prisional e as Diretrizes Nacionais para a Oferta de Educação para Jovens e Adultos em Situação de Privação de Liberdade nos Estabelecimentos Penais, associada a ações complementares de cultura, esporte, inclusão digital, educação profissional, fomento à leitura e a programas de implantação, recuperação e manutenção de bibliotecas (BRASIL, 1940; 2014b).

Já a capacitação permanente de profissionais que atuam em estabelecimentos prisionais de custódia de mulheres, prevista pela Pnampe, deverá ter implementação de matriz curricular que contemple temas específicos, tais como: a) identidade de gênero; b) especificidades da presa estrangeira; c) orientação sexual, direitos sexuais e reprodutivos; d) abordagem étnico-racial; e) prevenção da violência contra a mulher; f) saúde da mulher, inclusive mental, e dos filhos inseridos no contexto prisional; g) acessibilidade; h) dependência química²⁰; i) maternidade; j) desenvolvimento infantil e convivência familiar; k) arquitetura prisional; e l) direitos e políticas sociais (BRASIL, 2014b).

Ressalta-se a importância do sistema prisional em reconhecer as especificidades relativas a gênero, orientação sexual e identidade de gênero, condição de deficiência, geração, raça e etnia, religião, nacionalidade, condição de moradia, tipo penal, condição de imputabilidade e condição de saúde.

2.2.2 Saúde mental e o cárcere

Percebe-se que a assistência à saúde oferecida no âmbito do SUS não contempla a totalidade da demanda das PPL, que apresentam maior risco frente aos diversos tipos de agravos em saúde, em consequência da superlotação das celas e das precárias condições de confinamento de grande parte dos estabelecimentos penais. Neste contexto, entende-se que na impossibilidade de garantir condições mínimas de habitação e prevenção de agravos, há espaço para sofrimento psíquico e possível desenvolvimento de transtornos mentais, já passíveis de estarem presentes pelo próprio ambiente permeado por relações de poder impostas pelo medo e pela coerção.

²⁰ Apesar das discussões recentes recomendarem o desuso do termo, o mesmo encontra-se escrito na política, sendo a legislação ainda vigente. Portanto, não foi realizada alteração em sua redação.

Ao discutir a saúde mental, torna-se imprescindível compreender que o contexto institucional que propicia este adoecimento apresenta dimensão política e social, com expressão sistemática nos diversos estabelecimentos do país e no mundo, sendo passível de ser evitado, configurando-se enquanto uma forma de injustiça, a que Margaret Whitehead (1992) conceitua como iniquidade em saúde. As consequências destas iniquidades vivenciadas pelas PPL, principalmente por mulheres, tratam-se de uma via de discriminação (MASSIGNAM; BASTOS; NEDEL, 2015) que por si só acarreta impacto negativo na saúde mental, havendo associação com transtornos de ansiedade, depressão e estresse pós-traumático (CARTER *et al.*, 2018; PARADIES, 2015; PASCOE; SMART RICHMAN, 2009).

Não há consenso para o conceito sobre saúde mental, porém, observa-se que usualmente descreve um estado em que as pessoas são capazes de lidar com o estresse normal da vida e podem contribuir para sua comunidade (TALBOT; PRAIS; ROPE, 2020), desta forma, referindo-se ao sucesso na efetivação de estratégias de lida às adversidades e angústias que por ventura ocorrem. Alinhado com o conceito ampliado de saúde impresso na lei orgânica da saúde, Lei nº 8.080/90, a saúde mental tem determinantes sociais e econômicos, descritos em fatores como condições laborais e desemprego, educação, pobreza, condições de habitação, nível de urbanização, discriminação sexual e violência de gênero, experiências precoces e interação familiar, exclusão social e estigma, cultura e acontecimentos de vida estressantes (ALVES; RODRIGUES, 2010).

Por sofrimento psíquico pode-se entender que seja uma reação, uma manifestação de insistência frente a um ambiente que por vezes não é favorável (FREUD, 2010), tratando-se de experiência subjetiva vivenciada através de sentimentos de insatisfação, tensão e ansiedade, podendo levar ao adoecimento (DEJOURS, 1992). Já transtorno mental é um termo cunhado nos sistemas classificatórios atuais da psiquiatria em substituição a outros termos como “doença” ou “enfermidade”, objetivando abordagem diagnóstica descritiva (conjunto reconhecível de sintomas ou comportamentos), buscando voltar a assistência ao sujeito e às manifestações subjetivas, e não à uma doença (OMS, 1993).

O rastreio de transtornos mentais e do sofrimento psíquico sofre influência de fatores como: o nível de resiliência do indivíduo; as diferentes expressões destes estados de acordo com a raça, classe, cultura; além dos instrumentos a serem

utilizados que constantemente passam por atualizações, bem como podem apresentar critérios distintos (KOLODZIEJCZAK; SINCLAIR, 2018).

Neste sentido, faz-se importante compreender a partir de qual referencial se dá a abordagem diagnóstica. Atualmente, observa-se que esta abordagem geralmente se dá a partir: da CID-10, Classificação Internacional de Doenças em sua 10ª revisão, critério adotado no Brasil pelo SUS, abrangendo todas as doenças, incluindo os transtornos mentais, tendo sido elaborado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (OMS, 1993); ou do DSM-5, sigla inglesa para *Diagnostic and Statistical Manual* (Manual de Diagnóstico e Estatística) em sua 5ª revisão, elaborado pela Associação Americana de Psiquiatria, abrangendo apenas os transtornos mentais (APA, 2014).

Deve-se compreender que o sofrimento psíquico e o desenvolvimento de transtornos mentais em instituições prisionais de regime fechado são questões de saúde pública reconhecidas mundialmente, com piores indicadores relacionados à saúde mental quando comparado com a população em geral (FAZEL *et al.*, 2016; FAZEL; SEEWALD, 2012; WHO, 2014), apresentando estimativas de prevalência que chegam a ser de três a 12 vezes maior do que na população em geral, como evidenciado por uma revisão sistemática conduzida nos Estados Unidos da América (PRINS, 2014), com piora quando analisada a dimensão de gênero (WHO, 2014).

No Brasil, em estudo realizado por Abdalla-Filho, Chalub e Telles (2016), em São Paulo, verificou-se prevalência de transtorno mental na população carcerária de 63%, sendo 56% entre os homens e 69% entre as mulheres, sendo aqueles mais prevalentes, de modo geral, os relacionados ao uso de drogas, de ansiedade e do humor. Aproximadamente 11,2% dos detentos homens e 25,5% das mulheres apresentavam transtornos mentais graves. As consequências para afecção na saúde mental ao longo do período de privação podem ser perpetuadas após o término do cumprimento de pena, tendo sido constatados trauma psicológico, diagnóstico de transtorno mental, uso prejudicial de substâncias psicoativas e relação com reincidência criminal (STANTON; KAKO; SAWIN, 2016).

Os cuidados relativos à saúde mental em território nacional devem atender ao que é preconizado pela Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001 (BRASIL, 2001), que versa sobre a proteção aos direitos humanos de portadores/as de transtorno mental e que reorienta a assistência psiquiátrica em direção a um modelo comunitário, considerada a Política Nacional de Saúde Mental. É de responsabilidade do Estado

o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, inclusos aqueles que estejam no sistema prisional, com a devida participação da sociedade e da família.

No PNSSP (BRASIL, 2003) já se evidenciavam esforços referentes a assistência em Saúde mental. Estava prevista a implantação de Programas de Atendimento Psicossocial nas unidades prisionais, capazes de contribuir para a prevenção e redução dos agravos psicossociais decorrentes da situação de confinamento e de atendimentos de situações de grave prejuízo à saúde decorrente do uso de drogas, na perspectiva de redução de danos, com aumento anual progressivo.

Este compromisso é reforçado pela PNAISP e pela PNAME, nas quais é explicitada a necessidade de garantia quanto ao acesso a atendimento psicossocial desenvolvido no interior das unidades prisionais, devendo ocorrer por meio de práticas interdisciplinares nas áreas convivência familiar e comunitária, saúde mental, violência contra a mulher e outras, as quais devem ser articuladas com programas e políticas governamentais (BRASIL, 2014a, 2014b).

A OMS (WHO, 2014) destaca que PPL que estejam em sofrimento psíquico ou apresentem algum transtorno mental costumam ter várias outras vulnerabilidades, como problemas de saúde física, dificuldades de aprendizado, habilidades precárias para a vida, histórico de trauma, dificuldades de relacionamento, moradia instável e/ou falta de moradia, falta de educação e experiência limitada de emprego. Este contexto é verificado na prática quando observado o perfil geral das PPL.

Em função disto, a OMS recomenda que todas as PPL sejam examinadas já de imediato ao darem entrada no sistema penitenciário, visando rastreio precoce de transtornos mentais. Tal ação é recomendada ainda em outros momentos ao longo do processo de privação de liberdade como forma de garantir resolutividade às demandas que venham a surgir por parte desta população (WHO, 2014). É importante ressaltar que a questão da saúde mental não se trata só de pessoas que tinham um transtorno, cometeram um crime e foram para o sistema. Muitos são detentos sem histórico de adoecimento psíquico, nos quais o próprio sistema faz com que sejam desenvolvidos transtornos devido às condições de vida e saúde nos estabelecimentos penais (MIRANDA; ZANDONADE; JOB NETO, 2016; WHO, 2014).

De maneira geral, segundo estudo publicado pela OMS (WHO, 2014), os seguintes fatores aparecem enquanto agravantes das condições de saúde mental de PPL: sofrer bullying por outros companheiros de cela ou relações disfuncionais com estes; preocupações relativas a família, em decorrência da dificuldade de comunicação; ausência de pessoas de confiança e relações efetivas de amizade; atividades poucos significativas e presença de ócio; ausência de privacidade; preocupações exacerbadas; uso indevido de substâncias psicoativas; alimentação inadequada; atividades físicas limitadas; traumas passados mal resolvidos; dificuldade de acesso a serviços de saúde e à orientação em saúde.

Martin *et al.* (2016) trazem a importância de se considerar não só os fatores que podem favorecer o adoecimento, mas também fatores que se relacionam com a expressão deste, tais como: limitação quanto a profissionais e recursos qualificados, com direcionamento de assistência não eficiente, não alcançando aqueles que de fato mais estariam precisando, além de PPL que ocultam queixas importantes, devido ao medo de perseguição ou por relações negativas com os profissionais da instituição, contribuindo para subnotificação; e situações em que, pela ânsia de receber tratamento, que costuma ser limitado e pouco garantido, há relatos de sintomas piores do que estão sendo apresentados, contribuindo para supernotificação.

Não havendo equipe específica para o atendimento em saúde mental na unidade prisional ou perante avaliação de demanda de intervenção em outro estabelecimento, uma pessoa em sofrimento psíquico ou diagnosticada com transtorno mental que precisar de assistência por conta de agudização de um quadro psiquiátrico ou clínico, deverá ser encaminhada para a referência mais adequada para atenção ambulatorial ou hospitalar (BRASIL, 2014a).

Tal articulação é prevista pela Rede de Atenção Psicossocial, instituída pela Portaria nº 3.088/2011 (BRASIL, 2011), que estrutura as ações e serviços de saúde destinados à atenção psicossocial: organizada, em primeiro momento, por centros de referência para atenção integral articulados à lógica de atenção primária à saúde; com direção única e, dependendo da complexidade da demanda, alcançando níveis mais complexos em seus dispositivos.

Verifica-se que as prisões brasileiras trazem um conjunto de carências de natureza não só estrutural, como também processual, afetando diretamente os resultados relativos aos cuidados em saúde das PPL e o caráter ressocializador, que

deveria ser objetivo primeiro (CONSTANTINO; ASSIS; PINTO, 2016; MINAYO; CONSTANTINO, 2015; MINAYO; RIBEIRO, 2016; SILVA *et al.*, 2019; VALIM; DAIBEM; HOSSNE, 2018; WHO, 2014).

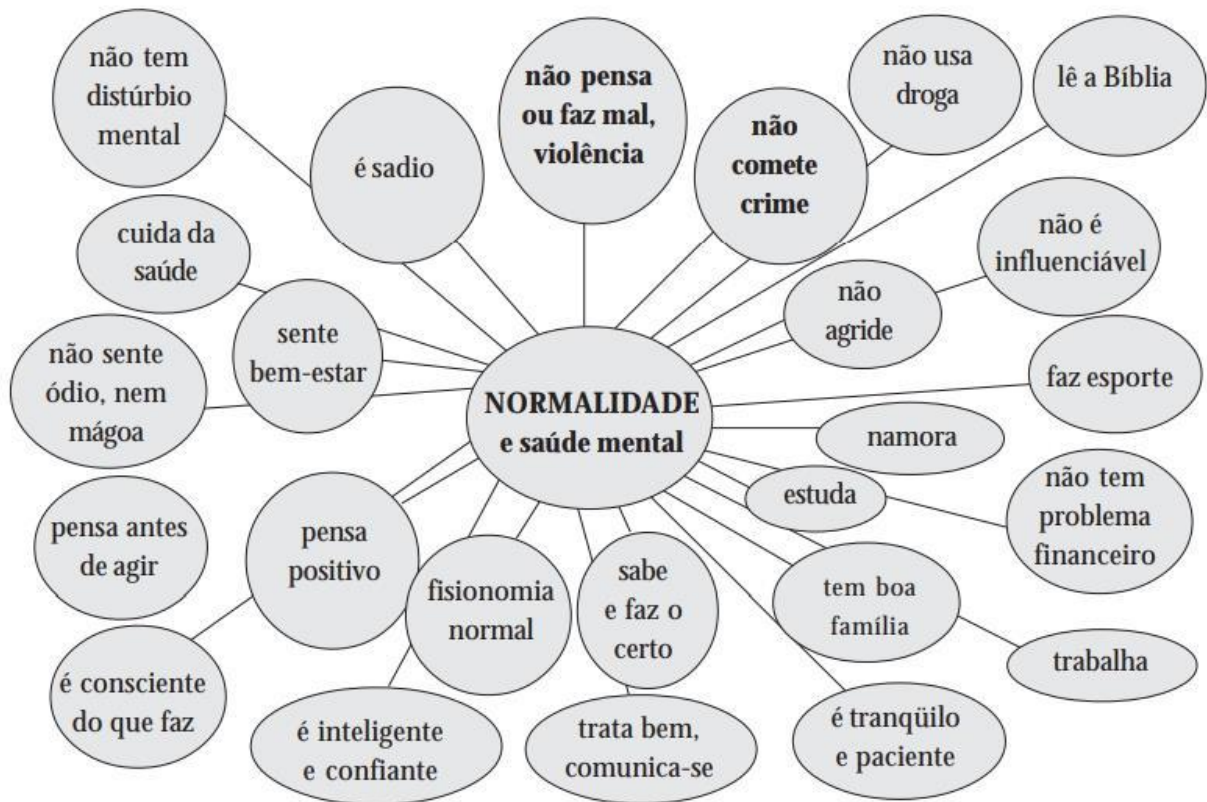
A dificuldade de ressocialização pode apresentar um ciclo vicioso de risco ao sofrimento e adoecimento psíquico, por aumentar as chances de envolvimento com substâncias psicoativas, reincidência criminal (SIROTICH, 2008) e de (re)vitimização por violência interpessoal, ao que estudo anterior, apesar de não ter amostra que possa ser considerada representativa, sinaliza quanto à necessidade de atenção às mulheres nesse sentido (LYNCH; HEATH, 2017).

Somado a este contexto e impactando diretamente na saúde mental da população em questão, há de se considerar o impacto que os diferentes tipos de estabelecimentos prisionais e de regimes causam no psiquismo, compreendendo a privação de liberdade por si só enquanto fator estressor (MIRANDA; ZANDONADE; JOB NETO, 2016; WHO, 2014), vide que o ambiente ao qual estão sujeitas estas pessoas é marcado por violências e agressões de ordem moral, física e simbólica (MINAYO; CONSTANTINO, 2015; MINAYO; RIBEIRO, 2016; WHO, 2014).

A submissão a essas experiências tem, enquanto consequência, a assimilação da cultura prisional a partir do processo descrito como "prisonalização", "prisonização" ou institucionalização, fenômeno estudado por sociólogos, psicólogos, psiquiatras, entre outros, que revela a forma como as PPL são moldadas e transformadas pelo ambiente institucional em que vivem (BITENCOURT, 2011; FOUCAULT, 1987; GOFFMAN, 1891; HANEY, 2002; THOMPSON, 2002). Há presença constante de sensação de insegurança, compartilhada pelos profissionais que atuam nessas instituições, o que potencializa a deterioração da saúde mental entre todos os atores envolvidos, a partir do aumento do estresse, da pressão emocional, da vigilância e do medo (GOFFMAN, 1891; GOFFMAN, 2005; FOUCAULT, 1987).

Estudo realizado por Coelho (2009) contribui para este debate a partir da investigação dos conceitos de normalidade e saúde mental entre PPL, construindo um modelo de representação social, que se torna uma possibilidade de guia para leitura do contexto prisional e interpretação dos fatores relacionados ao sofrimento psíquico e desenvolvimento de transtornos mentais. Na figura 1 observa-se as concepções de normalidade e saúde mental, apresentadas pelas PPL participantes da pesquisa.

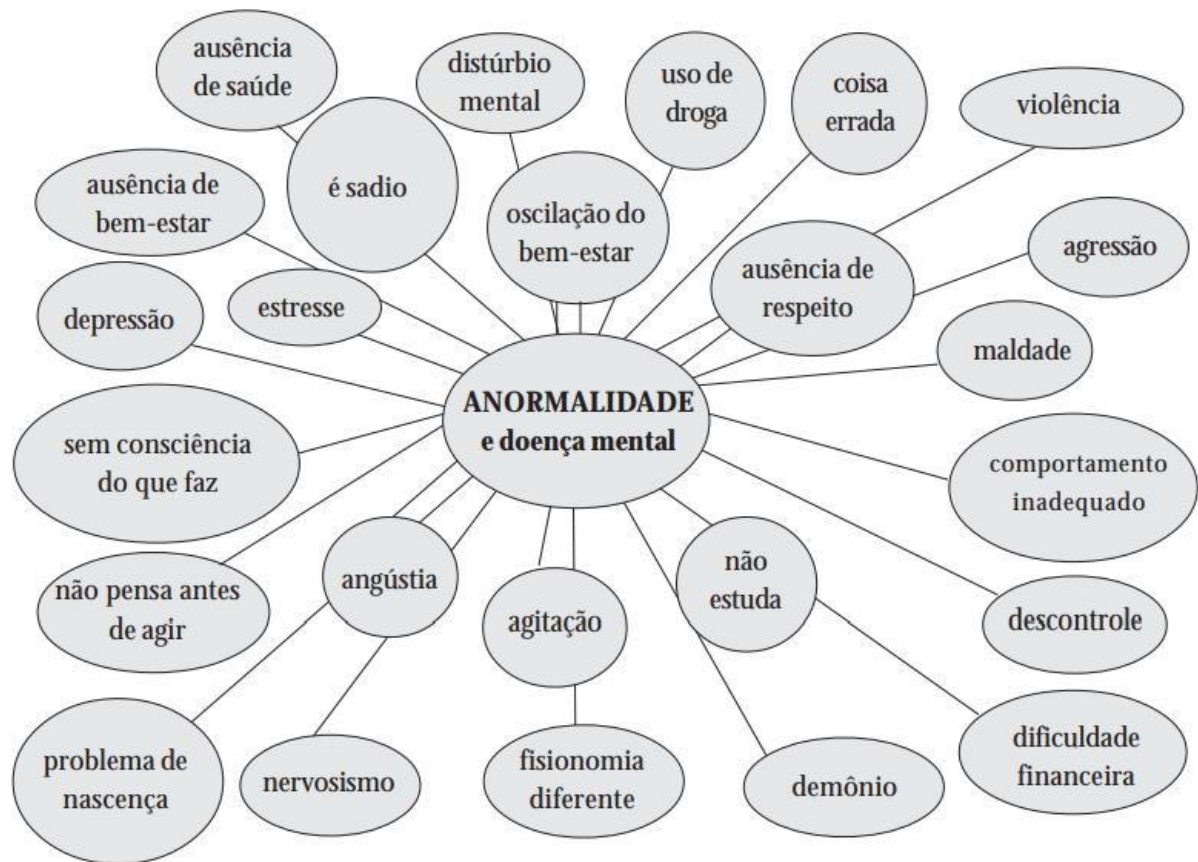
Figura 1 - Concepções de normalidade e saúde mental segundo pessoas privadas de liberdade



Fonte: Coelho (2009, p. 570)

Já na Figura 2, são apresentadas as concepções de anormalidade e saúde mental para aquela população.

Figura 2 - Concepções de anormalidade e saúde mental segundo pessoas privadas de liberdade



Fonte: Coelho (2009, p. 571)

A partir destes achados percebe-se a necessidade não só da ampliação, como também da qualificação da assistência à saúde mental, a partir de investimentos voltados a garantia de tratamento adequado. Entende-se que não se trata apenas do diagnóstico e oferta de tratamento, mas sim da necessidade de se repensar o sistema penitenciário como um todo (CONSTANTINO; ASSIS; PINTO, 2016), com especial atenção às mulheres privadas de liberdade por possuírem maior probabilidade de sofrer de transtornos mentais, frequentemente como resultado de violência doméstica prévia ao cumprimento de pena e abuso físico e sexual (ATABAY, 2015; TALBOT; PRAIS; ROPE, 2020; WHO, 2014).

O quadro 7 apresenta políticas, práticas e situações que elevam o risco ou causam sofrimento físico ou mental em mulheres privadas de liberdade, objeto deste trabalho, devendo ser objeto de intervenção por parte dos estabelecimentos penais.

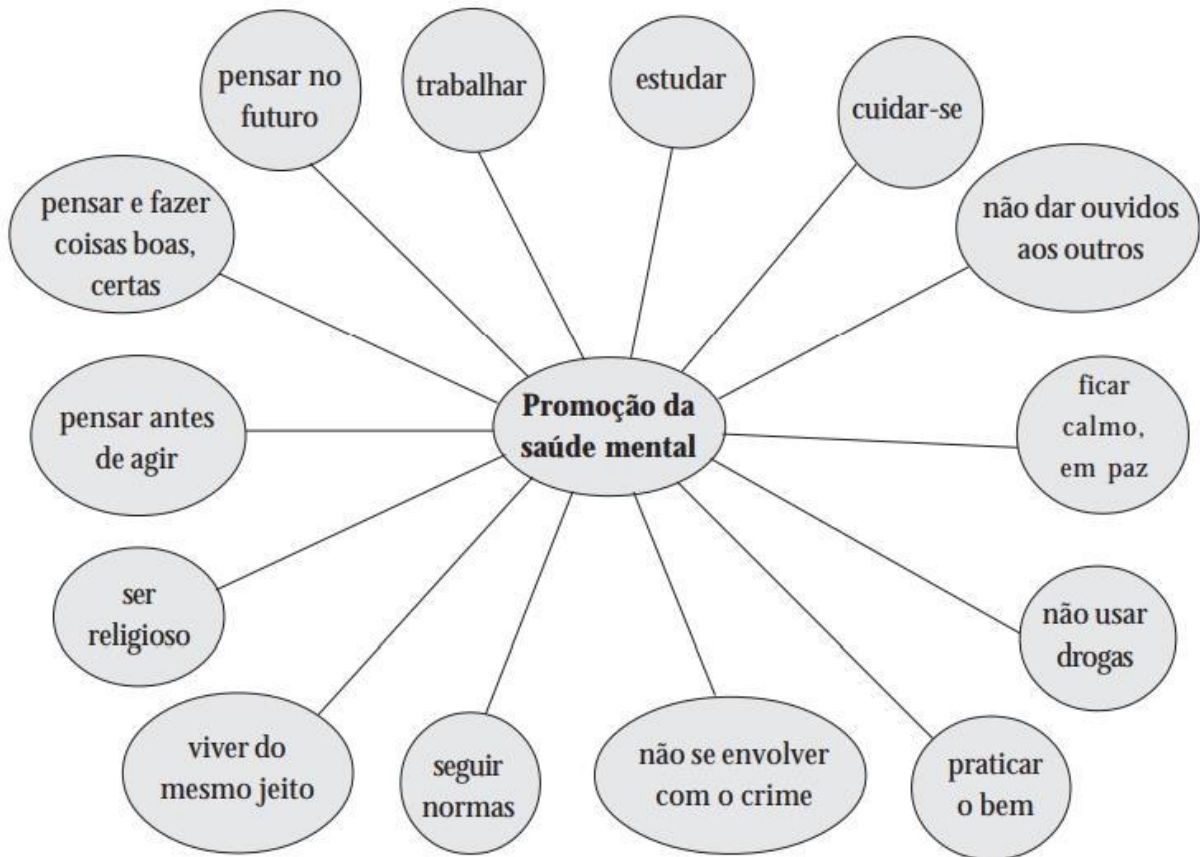
Quadro 7 – Políticas, práticas e situações que elevam o risco ou causam sofrimento físico ou mental em mulheres privadas de liberdade

POLÍTICAS, PRÁTICAS E SITUAÇÕES
Medidas inadequadas e avaliação individual no momento da admissão à unidade prisional.
Natureza e o escopo do exame médico , com ênfase na adequada avaliação precoce do estado de saúde da mulher, bem como equipe com profissionais do sexo feminino para atendimento sensível ao gênero, quando não possível, com garantia de acompanhante do sexo feminino.
Ausência de separação entre homens e mulheres nas prisões.
Supervisão sobre funcionários do sexo masculino e contratação de funcionários de ambos os sexos , visando prevenção de abusos tais como, na menos pior das circunstâncias, espionar as mulheres em suas acomodações privadas, nas duchas e nos banheiros; entrar nas áreas de dormitório quando elas estejam desnudas; ou, no pior dos casos, exigir sexo em troca de serviços e bens, e estupro rotineiro
Políticas e práticas de revista , visto que em todas as sociedades, mas especialmente naquelas em que as mulheres possuem um papel de subordinação aos homens e em que sua sexualidade é reprimida ou negada, passar por uma revista pode ser extremamente humilhante e até traumatizante, se ela for realizada por homens.
Regime de isolamento/isolamento disciplinar , tendo sido documentado em inúmeras ocasiões que o regime de isolamento pode causar efeitos psicológicos, e por vezes fisiológicos, extremamente danosos.
O Uso inapropriado e injustificado de contenções mecânicas.
Acesso inadequado a cuidados com higiene e a direitos sexuais e reprodutivos.
Medidas inadequadas para a manutenção do contato familiar.
Decisões de separar crianças dependentes de suas mães privadas de liberdade.
Privação de liberdade como medida protetiva , mulheres são alocadas em prisões para sua própria proteção contra a violência de gênero ou mesmo como forma de proteção às vítimas de tráfico de pessoas, em alguns países.
Preocupação com o futuro , em que diversas pessoas privadas de liberdade apresentam preocupações com o que haverá após o término do cumprimento da pena, bem como a forma de reinserção social. Desta forma, o período anterior à data de liberdade pode ser bastante estressante, com piora para mulheres devido a terem menor independência financeira, menores possibilidades no mercado de trabalho, maior impacto do estigma social, principalmente quando associado a algum tipo de sofrimento psíquico ou transtorno mental proveniente do período de privação de liberdade.

Fonte: Atabay (2015) e Talbot, Prais e Rope, (2020)

Ao se pensar na promoção da saúde mental em estabelecimentos penais, com ênfase nas mulheres, deve-se levar em consideração o que há de evidência de fator de proteção, favorecendo, então, oportunidades de estudo, trabalho, atividades de lazer (cantar, conversar, ler) e atividades religiosas (SANTOS *et al.*, 2018). O estudo de Coelho (2009) corrobora com estes achados ao sinalizar, na concepção de PPL participantes, as ações que estas compreendem enquanto relacionadas a promoção da saúde (Figura 3).

Figura 3 - Ações de promoção da saúde segundo pessoas privadas de liberdade



Fonte: Coelho (2009, p.572)

Deve-se associar estes fatores com ações institucionais que visem o encorajamento à discussão sobre suas necessidades e o que traz melhorias para cada uma das mulheres privadas de liberdade; presença de conversas que sejam significativas e de abordagem individual a partir da demanda avaliada; conhecer de maneira apropriada as mulheres, entendendo seus contextos e sua história; e discutir de maneira aberta com as mulheres sobre possibilidades de melhoria nas condições de permanência no estabelecimento, sendo explícito quanto ao que é possível de ser implementado (TALBOT; PRAIS; ROPE, 2020; PAREDES-CARBONELL, 2016).

2.2.2.1 Depressão no contexto da privação de liberdade

A depressão, de maneira geral, pode ser descrita enquanto presença de desânimo, humor triste e sentimento de vazio, durante um longo período de tempo (semanas a meses). Está associada a sentimentos de desesperança, desvalorização

e culpabilização própria frente questões da vida, impactando, por vezes, na piora da qualidade do sono, perda de energia, pouco interesse em atividades ou pessoas ao redor e presença de ideação suicida ou quadros de automutilação, devendo estes últimos serem acompanhados rigorosamente (ABDALLA-FILHO; CHALUB; TELLES, 2016; APA, 2014; OMS, 1993; TALBOT; PRAIS; ROPE, 2020).

A OMS aponta que a depressão é o transtorno mental mais comum entre mulheres, com casos de notificação chegando a ser duas vezes mais frequente quando se comparado com homens nas mais diversas sociedades e contextos, com suspeita de que também apresente maior persistência. O gênero feminino é ainda fator de risco para reincidência (WHO, [200-]). A prevalência durante a vida pode chegar a aproximadamente 15%, talvez até 25%, nas mulheres, (ABDALLA-FILHO; CHALUB; TELLES, 2016).

Estudo prévio identificou prevalência de 48,7% de depressão grave numa população feminina de um estabelecimento penal do sul do Brasil (CANAZARO; ARGIMON, 2010). Verifica-se que a distribuição da prevalência de depressão nos estabelecimentos penais tende a acompanhar o que é encontrado na população geral. Em estudo realizado na Paraíba foi constatado que 33,1% das mulheres privadas de liberdade apresentavam depressão de moderada a grave, em comparação a 22,9% dos homens; em estágio grave estão 17,2% das mulheres e 10,5% dos homens (ARAÚJO; NAKANO; GOUVEIA, 2009). Outro estudo, realizado no estado do Rio de Janeiro, encontrou que 7,5% das mulheres apresentavam sintomas depressivos graves, em comparação a 6,3% dos homens (CONSTANTINO; ASSIS; PINTO, 2016).

A depressão pode estar ligada a fatores sociais como pobreza, isolamento social, abuso sexual e outras violências, dinâmica familiar disfuncional e perdas significativas (ABDALLA-FILHO; CHALUB; TELLES, 2016; TALBOT; PRAIS; ROPE, 2020), sendo que alterações hormonais (principalmente na gravidez e no parto) também podem aumentar o risco de depressão em mulheres (TALBOT; PRAIS; ROPE, 2020).

Especificamente no contexto prisional, deve-se considerar os seguintes fatores como sendo de risco: presença e qualidade de vínculo familiar (CONSTANTINO; ASSIS; PINTO, 2016); problemas de saúde associados; crimes relacionados a substâncias psicoativas e violência; estar presa em penitenciária; reincidência (SANTOS; BARROS; ANDREOLI, 2019); faixa etária (entre 20 e 50

anos); ausência de relacionamentos interpessoais íntimos de qualidade, divórcio ou vivência de separação (ABDALLA-FILHO; CHALUB; TELLES, 2016); histórico de tratamento psiquiátrico; e menor período em privação de liberdade (CANAZARO; ARGIMON, 2010).

2.2.2.2 Ansiedade no contexto da privação de liberdade

A ansiedade é entendida enquanto uma experiência humana normal, que, na ausência de estímulo que justifique resposta e esta ocorra de maneira exacerbada, na maior parte dos dias e por pelo menos seis meses, pode se configurar enquanto um transtorno mental, impactando no cotidiano (ABDALLA-FILHO; CHALUB; TELLES, 2016; TALBOT; PRAIS; ROPE, 2020)

Pessoas com transtornos de ansiedade, de maneira geral, sentem-se preocupadas, assustadas e tensas, muitas vezes sem relacionar a motivos específicos, podendo ainda apresentar comportamento irritado e nervosismo (ABDALLA-FILHO; CHALUB; TELLES, 2016; APA, 2014; OMS, 1993; TALBOT; PRAIS; ROPE, 2020). Destaca-se que são também comuns sintomas físicos como cefaleia, dores musculares, dores ou queimação no estômago, taquicardia, tontura, formigamento e sudorese fria (ABDALLA-FILHO; CHALUB; TELLES, 2016).

Podem haver situações específicas ou "gatilhos" que pioram esses sintomas, como estar em multidões ou espaços fechados, levando pessoas a mudarem seu comportamento para evitar situações específicas, como não sair de casa ou, no contexto prisional, não sair de suas celas e envolver-se pouco com as atividades previstas (TALBOT; PRAIS; ROPE, 2020).

Períodos de intensa ansiedade podem resultar em ataques de pânico, ao que as pessoas podem apresentar tonturas, incapacidade de respirar e dores no peito, o que pode resultar em medo de estar prestes a morrer e total paralisação de realização de atividades, tratando-se de uma experiência bastante angustiante (ABDALLA-FILHO; CHALUB; TELLES, 2016; APA, 2014; OMS, 1993; TALBOT; PRAIS; ROPE, 2020).

Há evidências de que cerca de 25% das PPL apresentem algum tipo de transtorno ansioso, sendo que um estudo realizado em diferentes presídios no estado de São Paulo evidenciou prevalência de transtornos de ansiedade de 27,7% nas mulheres apenas e de 13,6% nos homens. É de grande importância a

identificação destes transtornos vide estudo realizado nos Estados Unidos que constatou que 28% dos usuários de substâncias psicoativas apresentavam sintomas ansiosos, sendo de 23% a 70% entre dependentes de álcool (ABDALLA-FILHO; CHALUB; TELLES, 2016)

Estudos apontam ainda, que especificamente no contexto prisional, os seguintes fatores podem estar relacionados a ansiedade: problemas de saúde; reincidência; histórico infracional; e crime violento (SANTOS; BARROS; ANDREOLI, 2019), sendo que de maneira geral deve-se atentar ainda a pessoas que verbalizem demanda de atendimento ou apresentam comorbidades físicas (ABDALLA-FILHO; CHALUB; TELLES, 2016; TALBOT; PRAIS; ROPE, 2020).

Dada a centralidade da necessidade de compreensão da temática ansiedade e depressão no contexto das mulheres acauteladas, foi construído um artigo de revisão integrativa submetido a periódico científico com o intuito de publicá-lo (Apêndice D).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Identificar a prevalência de sintomas ansiosos e depressivos e fatores associados em mulheres privadas de liberdade em Juiz de Fora-MG.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Caracterizar o perfil sociodemográfico e criminal das mulheres investigadas;
2. Verificar e descrever o uso de substância psicoativa pelas participantes do estudo;
3. Identificar as comorbidades referidas pelas mulheres privadas de liberdade com sintomas ansiosos e depressivos;
4. Descrever os fatores associados à presença de sintomas ansiosos e depressivos em mulheres acauteladas no município;
5. Classificar a população estudada segundo os níveis de sofrimento psíquico.

4 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico de delineamento transversal do tipo censo, com mulheres privadas de liberdade de uma unidade prisional de Juiz de Fora, Minas Gerais.

4.1 LOCAL DO ESTUDO

O presente estudo foi conduzido com as mulheres acauteladas no Anexo Feminino Eliane Betti, localizado na cidade de Juiz de Fora – MG. Está inserido na pesquisa “Condições de vida e de saúde de mulheres privadas de liberdade em Juiz de Fora – MG”, aprovada pela Secretaria de Estado de Administração Prisional (Anexo A), com anuência do diretor geral do estabelecimento penal (Anexo B), e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora conforme o Parecer n.º 3.294.253 (Anexo C).

Juiz de Fora faz parte da região da Zona da Mata Mineira, na região sudeste do estado de Minas Gerais no Brasil. O município apresentou população estimada de 568.873 em 2019 (IBGE, 2020), sendo que até dezembro do mesmo ano, 2.452 encontravam-se privadas de liberdade (quase meio por cento da população), sendo que 5,4% destas pessoas são do sexo feminino (MJSP, 2020).

A cidade é sede da 4ª Região Integrada de Segurança Pública (RISP) dentre 17 existentes no estado, a qual contempla 86 municípios. Esta forma de organização data de 2008, proveniente da necessidade de maior efetividade das ações operacionais numa mesma área de responsabilidade territorial, garantindo-se unidade de propósitos e apoio mútuo entre as instituições policiais com vistas na convergência de esforços (SEJUSP, 2008). O município apresenta quatro estabelecimentos penais, sendo uma casa do albergado (denominada José de Alencar Rogedo), um centro de remanejamento do sistema prisional e duas penitenciárias (Professor Ariosvaldo Campos Pires e Jose Edson Cavalieri) (MJSP, 2020).

O anexo Feminino Eliane Betti pertence à Penitenciária José Edson Cavalieri, de nome em homenagem a uma ex-diretora de uma das penitenciárias do município, e foi inaugurado em oito de outubro de 2018. Trata-se de uma conquista vinda da articulação entre o Conselho da Comunidade em Execução Penal, a Defensoria

Pública, o Ministério Público e o Judiciário local, tendo o financiamento sido proveniente de recursos de prestações pecuniárias, isto é, valores provenientes de transações penais ou sentenças condenatórias (TJMG, 2018). Até a inauguração do presídio, 161 mulheres estavam alojadas no pavilhão quatro da Penitenciária Professor Ariosvaldo Campos Pires, apesar de ter a capacidade para apenas 34, não havendo separação entre aquelas que estavam no regime fechado e semiaberto, nem entre aquelas que respondiam por crimes distintos (TJMG, 218).

O novo estabelecimento penal possui capacidade para 200 presas, com projeto contendo camas individuais, brinquedoteca para receber os filhos das presas, pátio humanizado, espaço para atendimento médico, odontológico e psicológico, escola com salas de aula e biblioteca (TJMG, 218). Destaca-se que contará apenas com atuação de policiais penais do sexo feminino, tal como estipulado pela LEP²¹ (BRASIL, 1984).

Os dados de estrutura e pessoal que constam no INFOPEN são referentes à Penitenciária José Edson Cavalieri, não sendo separadas as informações do anexo feminino. Ciente desta limitação, verifica-se que, até dezembro de 2019, constavam lançamento de presença de consultório médico e sala de procedimentos (curativos, suturas, vacinas) e posto de enfermagem de uso exclusivos. Além de módulo de educação, com sala de aula, sala de informática, biblioteca e módulo de oficinas. Constava como disponível, ainda, sala para atendimento do serviço social de uso exclusivo, e sala para atendimento da psicologia e atendimento jurídico de uso compartilhado (Apêndice A).

O município de Juiz de Fora-MG não realizou adesão à PNAISP, ficando então a ABS nas penitenciárias sob responsabilidade de equipe mínima como prevê a PNSSP (BRASIL, 2003). Até dezembro de 2019, verificava-se para a penitenciária a qual pertence o anexo feminino uma equipe composta de: um médico clínico geral, um médico psiquiatra, duas enfermeiras, uma dentista, uma psicóloga e quatro psicólogos, quatro assistentes sociais do sexo feminino, 4 técnicos de enfermagem e 1 técnica de enfermagem; nenhum auxiliar de consultório dentário (MJSP, 2020). Para um número de 243 PPL (37 mulheres, 206 homens) no referido período, no

²¹ A partir da redação proveniente do acréscimo promulgado pela Lei nº. 12.121/09.

regime fechado e semiaberto, verifica-se presença de equipe mínima prevista pelo PNSSP, com ausência de auxiliar de consultório dentário²².

A depender da avaliação da equipe atuante no estabelecimento penal, tanto os homens, quanto as mulheres privadas de liberdade, podem receber atendimento em Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) mais próxima da penitenciária, a partir da qual poderão receber encaminhamento para assistência em outros pontos da RAS do município: hospitais; ambulatórios; etc. A responsabilidade de transferência é por parte do estabelecimento penal.

4.2 POPULAÇÃO

Participaram da pesquisa mulheres privadas de liberdade do município de Juiz de Fora-MG com idade mínima de 18 anos, acauteladas nos regimes provisório, fechado e semiaberto, com no mínimo 30 dias de reclusão, ou que viessem a completar esse tempo no decorrer da pesquisa²³. Os critérios de exclusão estabelecidos foram: mulheres que não se comunicassem pela língua portuguesa; presença de alterações psíquicas ou intelectuais severas que interferissem na habilidade de compreensão, abstração e resposta ao instrumento de coleta; aquelas que apresentassem impossibilidade de compreensão e/ou resposta ao questionário; e aquelas que a critério da Direção da unidade não pudessem participar por colocar em risco a integridade física da pesquisadora de campo.

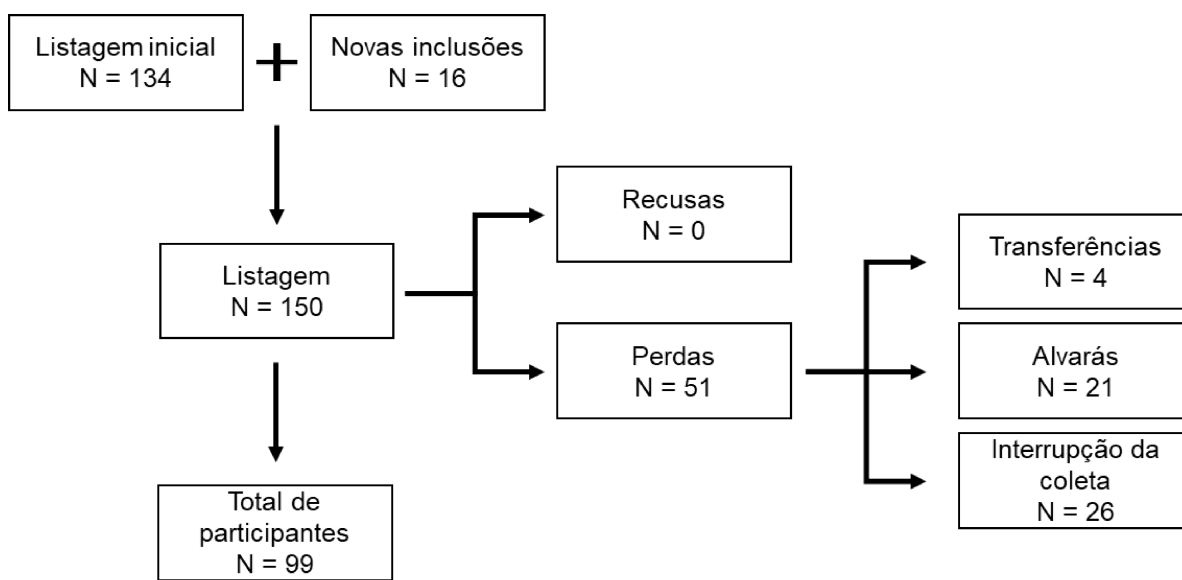
Inicialmente, com lista obtida em 26 de setembro de 2019, foi levantado o total de 134 mulheres elegíveis para o estudo. Ao decorrer da coleta de dados, 16 mulheres passaram a atender ao critério de pelo menos 30 dias de acautelamento. Devido a perdas por alvará judicial, transferência e em decorrência da interrupção da coleta de dados por conta da pandemia da Covid-19, foram entrevistadas 99 mulheres (Figura 4). Destaca-se que houve trabalho persistente ao longo do

²² Segundo o PNSSP (BRASIL, 2003), para 500 pessoas privadas de liberdade, deve-se ter uma equipe responsável pela atenção básica de saúde composta minimamente de: médico, enfermeiro, odontólogo, assistente social, psicólogo, auxiliar de enfermagem e auxiliar de consultório dentário, cujos profissionais terão uma carga horária de 20 horas semanais, tendo em conta as características deste atendimento

²³ Este período foi definido por ser entender que as mulheres precisariam de um tempo para ajustamento ao ambiente no qual passam a estarem inseridas, além de garantir possibilidade de resposta de itens no questionário que trazem períodos específicos de serem considerados ao serem respondidos.

inquérito para sensibilização das mulheres privadas de liberdade e das policiais penais, ao que conseguiu-se diminuir o número de recusas que poderia ter sido encontrado.

Figura 4 - Fluxograma de seleção das mulheres privadas de liberdade participantes da pesquisa



Fonte: Aquino (2020).

4.3 VARIÁVEIS DO ESTUDO

As variáveis do estudo foram pensadas de acordo com o referencial e o modelo teórico de determinação com três blocos hierarquizados de variáveis, que serão apresentadas a seguir.

4.3.1 Variáveis dependentes

- Sintomas depressivos²⁴ (KROENKE *et al.*, 2009; LÖWE *et al.*, 2010): presente (escore ≥ 3) ou não presente (escore < 3);
- Sintomas ansiosos²⁵ (LÖWE *et al.*, 2010): presente (escore ≥ 3) ou não presente (escore < 3).

²⁴ Esta variável será considerada como independente ao se investigar o desfecho presença de sintomas ansiosos.

²⁵ Esta variável será considerada como independente ao se investigar o desfecho presença de sintomas depressivos.

4.3.2 Variáveis independentes

Serão apresentadas as variáveis independentes que irão compor o estudo. A forma como foram trabalhadas dependeu dos resultados encontrados na análise exploratória.

- Idade: como variável contínua corresponde à idade em anos completos. Categorizada em: 20 a 29 anos e 30 a 59 anos;
- Cor auto declarada: branca, preta, parda ou amarela/indígena. Categorizada em: negras e não negras;
- Gênero: categorizada em cisgênero, transgênero ou não-binário;
- Situação conjugal: solteira, companheira, casada, separada, viúva ou outro. Categorizada como: companheira/casada ou solteira/separada/viúva/outro;
- Possui filhos: categorizada em sim ou não;
- Escolaridade: não sei ler e escrever, ensino fundamental incompleto (estudei até a 4ª série), ensino fundamental incompleto (estudei até a 7ª série), ensino fundamental completo (conclui a 8ª série), ensino médio incompleto (parei entre o 1º e o 3º ano do 2º grau), ensino médio completo (concluí o 3º ano do 2º grau), superior incompleto (estudei curso de graduação na faculdade, mas não concluí) ou superior completo (me formei em um curso de graduação). Categorizada em: até ensino fundamental incompleto (analfabeta e ensino fundamental incompleto); ensino fundamental completo até ensino médio incompleto; e ensino médio completo ou mais (ensino médio completo, superior incompleto e superior completo);
- Renda mensal antes do aprisionamento: valores em reais declarado em campo aberto. Categorizada em salários mínimos²⁶: de 0 a 1; >1 e ≤2; ou > 2 (AQUINO, 2020);
- Status Social Subjetivo mensurado através da Escala de MacArthur de Status Social Subjetivo: como variável contínua com escore variando de 1 a 10. Categorizada em pior ou melhor status social subjetivo, que representam, respectivamente, as categorias: “muito ruim” (degraus 1 e 2), “ruim” (3 e 4) e “regular” (5 e 6); e “bom” (7 e 8) e “muito bom” (9 e 10) (AQUINO, 2020);

²⁶ Com base no valor do ano de 2020, final da coleta de dados, de R\$1045,00.

- Autopercepção da saúde: categorizada em boa (muito boa e boa) ou ruim (regular, ruim e muito ruim);
- Morbidades referidas: presença ou não de morbididades autorreferidas;
- Condições de saúde tratadas no último ano em privação de liberdade (hanseníase, calazar/leishmaniose cutânea, dengue, tuberculose, sífilis, gonorreia e HIV/AIDS). Categorizadas em: sim ou não;
- Fumante ativa: categorizada em sim ou não;
- Uso, nos últimos 30 dias já em privação de liberdade, de: álcool; tabaco (cigarro); maconha; cocaína; mesclado, merla, bazuca ou pasta de coca; crack; oxi; produtos para sentir barato, como lança-perfume, loló, cola, gasolina, benzina, acetona, removedor de tinta, aguarrás, éter, esmalte, tinta; LSD (ácido), chá de cogumelo, mescalina, êxtase, ketamina; heroína, morfina ou ópio para sentir algum barato: coletada como variável contínua em frequência de uso em dias por mês. Categorizadas em: sim ou não;
- Uso, nos últimos 30 dias já em privação de liberdade, de remédio para emagrecer ou ficar acordado (ligado) sem receita médica (ex: Hipofagin, Moderex, Glucoenergan, Inibex, Desobesi, Reactivan, Pervitin, Dasten, Isomeride, Moderine, Dualid, Preludin - não valendo adoçante, nem chá): coletada como variável contínua em frequência de uso em dias por mês. Categorizada em: sim ou não;
- Uso, nos últimos 30 dias já em privação de liberdade, de tranquilizante, ansiolítico, calmante ou antidistônico sem receita médica (ex: Diazepam, Dienpax, Lorium, Valium, Librium, Loraz, Rohypnol, Psicosedin, Somalium, Lexotan, Rivotril). Categorizada em: sim ou não;
- Recebimento de assistência à saúde: categorizada em sim ou não;
- Relato de consulta, no último ano, com médico, com psicólogo ou com assistente social: como variáveis contínuas foram dicotomizadas a partir do cálculo das respectivas medianas²⁷, sendo: nenhuma a duas ou mais que duas;
- Nível de satisfação com atendimento médico, da psicologia ou do serviço social: variável categorizada dicotomizada em: bom ou regular/ruim;

²⁷ A mediana do número de consultas com médico foi 3 (II = 3), com assistente social 4 (II = 3) e com psicólogo foi 2 (II = 3). A fins de padronização foi utilizado o valor 2.

- Nível de sofrimento psíquico: categorizada a partir dos escores em nenhum (de 0 a 2 pontos); leve (de 3 a 5 pontos); moderado (de 6 a 8 pontos); ou grave (de 9 a 12 pontos) (KROENKE *et al.*, 2009; LÖWE *et al.*, 2010)
- Vínculo familiar: Categorizada em: mantém vínculo com a família (bom, regular ou ruim) ou não mantém vínculo com a família (não mantém vínculo/não possui família);
- Recebimento de visita social: categorizada em sim ou não;
- Recebimento de visita agendada: categorizada em sim ou não;
- Recebimento de visita íntima: categorizada em sim ou não;
- Atividade de estudo: categorizada em sim ou não;
- Atividade laboral: categorizada em sim ou não;
- Participação em celebração religiosa: categorizada em sim ou não;
- Nível de satisfação com o relacionamento com outras detentas e com as agentes: Categorizada em: bom ou regular/ruim;
- Costume de realizar atividades de lazer na unidade prisional: ler; ver TV; praticar esportes; conversar; escrever. Categorizadas em sim ou não;
- Ter costume de ficar sozinha: categorizada em sim ou não;
- Ter costume de dormir na unidade prisional: categorizada em sim ou não;
- Tipo de crime cometido para a sentença atual: a informação foi coletada em campo aberto e categorizada posteriormente de acordo com o Código Penal Brasileiro (BRASIL, 1940). Categorizada em: tráfico de drogas (tráfico de drogas e tráfico de drogas combinado com outro tipo de crime) ou outros tipos de crime (contra a pessoa, contra patrimônio, contra propriedade material, contra organização do trabalho, contra religião/mortos, contra dignidade sexual, contra família, contra incolumidade pública, contra paz pública, contra fé pública, contra administração pública, porte ilegal de armas);
- Tempo de encarceramento: variável coletada em campo aberto. Dicotomizada a partir do cálculo da mediana, sendo: ≤ 15 meses ou > 15 meses;
- Sentença recebida: categorizada em sim ou não;
- Tempo da sentença recebida: coletada em campo aberto em anos e meses. Dicotomizada a partir do valor da mediana em: ≤ 7 anos ou > 7 anos;
- Regime penal: categorizado em provisório, fechado ou semiaberto;

- Nível de satisfação com o tamanho e as condições da cela, com as atividades que desenvolve no presídio, com a alimentação oferecida pela unidade, com o transporte (escolta): Categorizadas em: bom ou regular/ruim;
- Recebimento de tratamento preconceituoso pelos funcionários em decorrência da condição de detenta, cor da pele, condição social, orientação sexual, tipo de crime cometido e aparência física: Categorizadas em sim (muitas ou poucas vezes) ou não (nunca);
- Recebimento de tratamento preconceituoso por outras detentas em decorrência da condição de detenta, cor da pele, condição social, orientação sexual, tipo de crime cometido e aparência física: Categorizadas em sim (muitas ou poucas vezes) ou não (nunca);
- Risco autorreferido de sofrer lesão/agressão no interior do presídio: sofrer agressão física, sofrer violência sexual (assédio, estupro), sofrer violência psicológica (ameaças, humilhações), ser ferida por arma branca, ser ferida por arma de fogo, queimadura por fogo ou ação química, explosão (bomba, granada, outros explosivos). Categorizadas em: sim ou não;
- Ter sofrido algum tipo de agressão/lesão no último 1 ano na unidade prisional: agressão física, agressão verbal, assédio ou agressão sexual, perfuração por arma de fogo, perfuração por arma branca, queda, tentativa de homicídio. Categorizadas em: sim ou não;
- Tentativa de suicídio no último ano na unidade prisional: categorizada em sim ou não;
- Expectativa quando sair da unidade prisional em relação à vida pessoal, à vida familiar, à vida profissional, ao padrão de vida, às condições de trabalho e às condições de saúde: Categorizadas em boa e regular/ruim.

4.4 ESTUDO PILOTO

De acordo com Zaccaron, D'ely e Xhafaj (2018, p.39), a importância da realização de um estudo piloto reside no fato deste agir como "catalisador para refinar não somente essas ferramentas, mas também prepara aquele/a que as conduz, já que o/a pesquisador/a terá mais confiança e experiência para conduzir a pesquisa definitiva, e, possivelmente, futuras pesquisas".

Sendo assim, um estudo piloto precedeu a realização do inquérito. Este estudo foi realizado no município de Eugenópolis-MG, pertencente também à 4ª RISP, em agosto de 2019, tendo sido conduzido por duas pesquisadoras. Foram construídos três grupos de cinco mulheres cada, totalizando 15 participantes, aproximadamente 10% da população esperada para a pesquisa. No primeiro grupo foi utilizado um modelo autoaplicável do instrumento. No segundo grupo as pesquisadoras aplicaram o questionário de forma individual. E no terceiro as pesquisadoras aplicaram o questionário em grupo, conduzindo a leitura do instrumento e dando o tempo necessário para que as participantes respondessem as questões.

Para cada uma das formas aplicadas foi realizado registro dos aspectos observados, tais como: tempo de aplicação do instrumento, comportamento das participantes e questões que geraram dúvidas. Este material foi utilizado para discussão em equipe e reflexão quanto ao melhor método de aplicação do instrumento.

Concluiu-se que a aplicação do instrumento de coleta seria individual em entrevista, por uma única pesquisadora de campo treinada durante o estudo piloto. Tal decisão considerou os aspectos antes apresentados e o fato de uma das pesquisadoras atuar como policial penal no local de realização do estudo. Decidiu-se pela não participação desta na coleta com o intuito de diminuir possibilidade de viés.

4.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

O instrumento de coleta de dados utilizado (Anexo D) foi baseado no instrumento por Minayo e Constantino (2015) utilizado na pesquisa “Estudo das condições de saúde e qualidade de vida dos presos e das condições ambientais das unidades prisionais do Estado do Rio de Janeiro”, após adaptações visando contemplar as especificidades do contexto no qual foi realizado o presente inquérito. Foram adicionadas ainda escalas já utilizadas em pesquisas, incluindo: o *Oral Health Impact Profile-14* (OHIP-14), voltado para a avaliação do impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida (GABARDO; MOYSÉS; MOYSÉS, 2013); a Escala de Mac Arthur de Status Social Subjetivo, que visa avaliar a percepção que um indivíduo tem sobre sua posição social (ADLER *et al.*, 2000); e o *Patient Health*

Questionnaire-4 (PHQ-4), voltado para o rastreio de sintomas ansiosos e depressivos (KROENKE *et al.*, 2009; LÖWE *et al.*, 2010).

Considerando os objetivos propostos para o presente estudo, foram utilizados para a análise os dados sociodemográficos, os referentes à saúde destas mulheres e aqueles relacionados ao encarceramento, provenientes do questionário semiestruturado. Entre os instrumentos padronizados, fizemos o uso apenas das escalas de Mac Arthur de Status Social Subjetivo e PHQ-4, que serão detalhadas na sessão seguinte.

4.5.1 Escala de Mac Arthur de Status Social Subjetivo

A Escala de Mac Arthur de Status Social Subjetivo (SSS), desenvolvida pelo psicólogo Nancy E. Adler e sua equipe (ADLER *et al.*, 2000), busca compreender a percepção de senso comum que o indivíduo possui de sua posição social. Trata-se de um sentimento de pertencimento ao qual, influenciado a partir de indicadores socioeconômicos, como renda, escolaridade e ocupação, o indivíduo poderá se sentir mais ou menos identificado.

A escala é representada pelo desenho de uma escada com 10 degraus, que representa a posição das pessoas na sociedade ou na comunidade a qual faz parte. Deve-se descrever para a pessoa que está respondendo à escala que no topo desta escada estão as pessoas que possuem mais dinheiro, maior escolaridade e os melhores empregos e que na parte mais baixa da escada, estão as pessoas que possuem menos dinheiro, menor escolaridade e piores empregos (empregos com menor reconhecimento) ou estão desempregadas. A partir disso, a pessoa deverá marcar um “X” no degrau que melhor representa onde ela considera estar na escada. Cada degrau representa um escore (ADLER *et al.*, 2000).

Estudos prévios destacam associação positiva entre o Status Social Subjetivo e estado de saúde (ZELL; STRICKHOUSER; KRIZAN, 2018). Destaca-se a relação entre melhor autopercepção de saúde e bem estar psicológico em pessoas com escores mais altos na escala em comparação com pessoas com escores mais baixos (PRÄG; MILLS; WITTEK, 2016), que apresentam piores condições de saúde (DEMAKAKOS *et al.*, 2008; EUTENEUER, 2014; FERREIRA *et al.*, 2018a). Ferreira *et al.* (2018a) apontam que esta última associação é consistente ao se utilizar autopercepção de saúde para avaliar o estado de saúde, mesmo após o ajuste para

indicadores socioeconômicos objetivos. Além disso, foi verificada associação entre escores mais baixos e presença de transtornos mentais, entre eles, ansiedade e depressão (SCOTT *et al.*, 2014).

Desde 2012 há possibilidade do uso desta escala a nível nacional devido à tradução e adaptação para o contexto brasileiro através do Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA-Brasil), além de boa confiabilidade (GIATTI *et al.*, 2012), tendo sido testada para validade concorrente e de face (FERREIRA *et al.*, 2018b). Foi verificada associação da variação de um a até dois degraus na escada da sociedade com participantes que não tinham ensino superior (FERREIRA *et al.*, 2018b). Pode-se pensar na seguinte categorização (FERREIRA *et al.*, 2018a): degraus 1 e 2 (muito ruim); degraus 3 e 4 (ruim); degraus 5 e 6 (regular); degraus 7 e 8 (boa); degraus 9 e 10 (muito boa).

4.5.2 Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4)

O *Patient Health Questionnaire-4* (PHQ-4) é um instrumento construído a partir dos itens presentes no PHQ-2, uma versão resumida do PHQ-9 (KROENKE; SPITZER; WILLIAMS, 2003), e no *Generalized Anxiety Disorder Scale-2* (GAD-2) (KROENKE *et al.*, 2007; LÖWE *et al.*, 2008).

O PHQ-9 foi construído de forma a avaliar os nove critérios para diagnóstico de depressão constados no DSM-VI, com variação da gravidade de 0 (ausente) a 3 (quase todo o dia), sendo que escores elevados indicam maior intensidade de sintomas depressivos. De acordo com um estudo de metanálise realizado por Kroenke *et al.* (2001), as características psicométricas desse instrumento apresentam especificidade de 0,95 e sensibilidade de 0,77 (KROENKE *et al.*, 2001). O PHQ-2, versão resumida do PHQ-9, possui características psicométricas já avaliadas, sendo especificidade de 0,88 e sensibilidade de 0,97 (LIMA OSÓRIO *et al.*, 2009). Os instrumentos destacam-se por suas características psicométricas e pela presteza da coleta de dados, principalmente considerando-se coletas mais extensas, tal qual esta pesquisa.

O instrumento GAD-7, de origem a partir de inquietações em serviços da APS, objetiva detectar e avaliar a gravidade de transtornos ansiosos (KROENKE *et al.*, 2007), a partir de sete itens que possuem variação entre 0 (ausente) e 3 (quase todo o dia), estando validado para uso na população geral (KROENKE *et al.*, 2007;

LÖWE *et al.*, 2008). O GAD-2, forma reduzida, é composto por apenas dois itens, voltados a avaliação de sintomas ansiosos, sendo indicado por apresentar área sob a curva de 0,91, caracterizando um instrumento potente, sendo traduzido e validado para território brasileiro (MAPI RESEARCH INSTITUTE, 2006). Destaca-se que os itens que compõe o GAD-2 também se mostraram efetivos para rastreamento de pânico, ansiedade social e transtorno de estresse pós-traumático (KROENKE *et al.*, 2007).

A partir dos itens presentes no PHQ-2 e no GAD-2, foi elaborado o PHQ-4, sendo um instrumento que mantém potencial discriminativo, validado para detecção de sintomas ansiosos e depressivos (KROENKE *et al.*, 2009) de amplo uso em pesquisas (KROENKE *et al.*, 2009, 2010; LÖWE *et al.*, 2010; STANHOPE, 2016; SILVA *et al.*, 2020). O instrumento é composto por quatro itens com quatro respostas cada um, referentes às últimas duas semanas, com variação de escore de zero a três pontos, podendo totalizar até 12 pontos. A interpretação quanto a presença de sofrimento psíquico pode ser realizada da seguinte maneira de acordo com o intervalo de escores: de 0 a 2 nenhum; 3 a 5 leve; 6 a 8 moderado; 9 a 12 grave (KROENKE *et al.*, 2009; LÖWE *et al.*, 2010).

Na prática, escore maior ou igual a seis aponta a presença de sofrimento psíquico com risco de adoecimento (KROENKE *et al.*, 2009; LÖWE *et al.*, 2010). Ao se avaliar o GAD-2 e o PHQ-2, separadamente, a recomendação é considerar escore maior ou igual a três como risco de transtorno ansioso e depressivo, respectivamente (LÖWE *et al.*, 2010).

4.6 COLETA DE DADOS

O inquérito do qual os dados são provenientes teve a coleta realizada no período de 26 de setembro de 2019 a 03 de fevereiro de 2020 nas salas de atendimento da unidade prisional, no Núcleo de Assistência à Saúde – NAS e nas dependências de um galpão da Penitenciária Ariosvaldo Campos Pires no qual ocorrem oficinas de trabalho.

Durante a entrevista face a face houve permanência, apenas, de uma única pesquisadora treinada e capacitada, e da mulher participante da pesquisa, a partir de garantia do procedimento de trânsito das detentas pelas policiais penais. O tempo de duração média foi de 30 a 40 minutos.

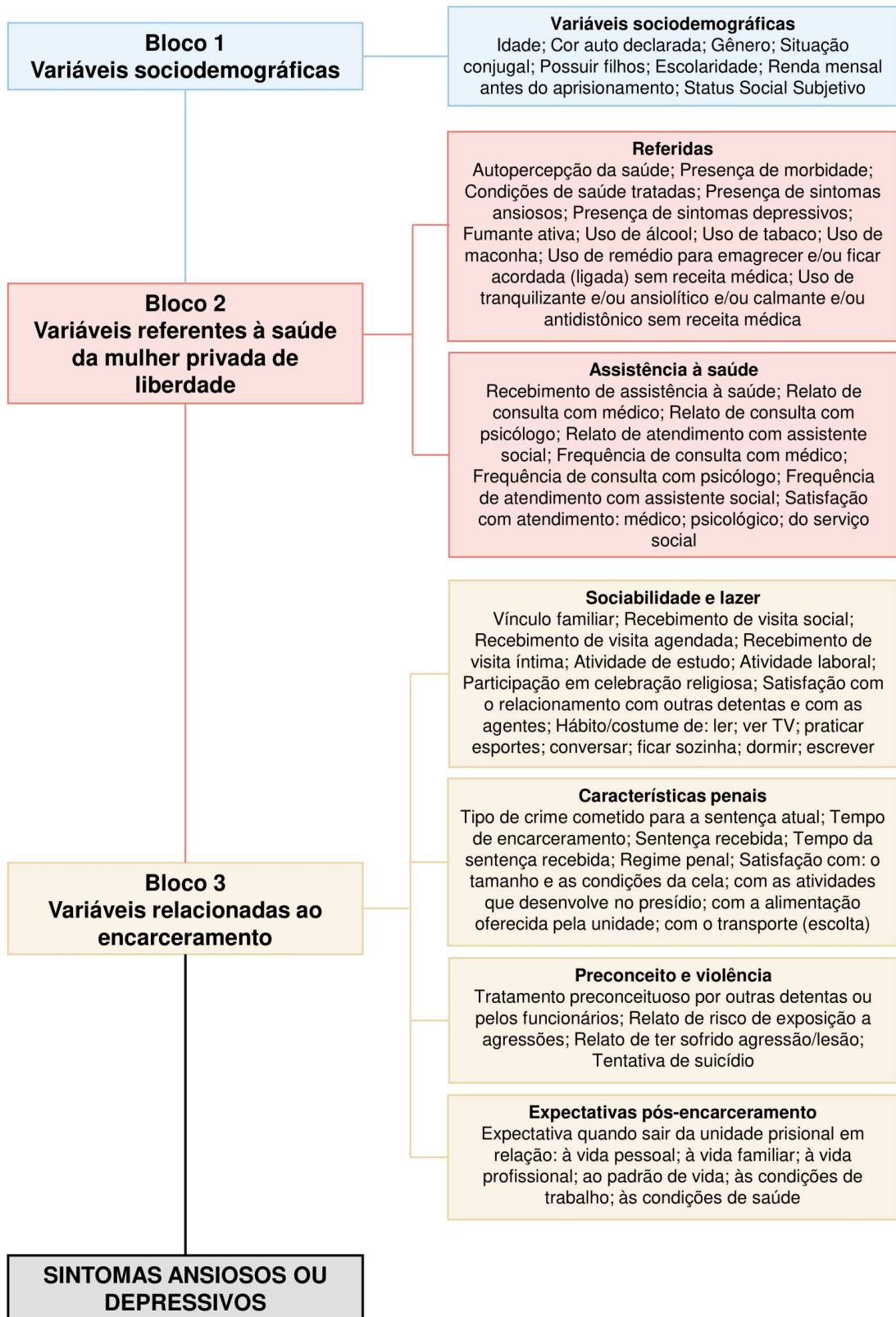
As participantes foram identificadas por código numérico, mantendo sigilo e oferecendo proteção à confidencialidade das informações. Todas as participantes tiveram acesso a orientações relacionadas a pesquisa, bem como assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo E), no qual há especificação dos objetivos do estudo, esclarecendo como seria a participação, quais são os riscos e benefícios relacionados com a pesquisa, além da garantia do direito de, a qualquer momento, poder interromper sua participação, sem implicar em qualquer tipo de penalização.

4.7 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram tratados estatisticamente com o software *IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 15.0 para *Windows*. Para este estudo foi realizada análise descritiva dos dados, com distribuição de frequências absoluta e relativa, além de prevalência dos desfechos com respectivos intervalos de confiança a 95% (IC 95%). Para as variáveis contínuas foram apresentadas medidas de tendência central e dispersão.

Para a análise da associação entre as variáveis dependentes e as independentes foi construído um modelo teórico de determinação com três blocos hierarquizados de variáveis (VICTORA *et al.*, 1997) (Figura 5). A associação foi avaliada por meio da análise de qui-quadrado (χ^2) na análise bivariada ($p < 0,20$). Para a análise multivariada foi utilizada a regressão de Poisson com variância robusta para verificar as variáveis independentes associadas ao desfecho, controladas por possíveis fatores de confusão (razão de prevalência ajustada e IC 95%). As variáveis independentes foram ajustadas entre si dentro do mesmo bloco hierárquico. Entraram na regressão aquelas que tiveram valor de $p \leq 0,20$, sendo ajustadas ao nível imediatamente superior. O nível de significância foi, então, de 5%.

Figura 5 - Modelo teórico de investigação dos efeitos das variáveis independentes sobre a presença de sintomas ansiosos ou depressivos em blocos hierarquizados



Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e a discussão serão apresentados no artigo que segue. Os resultados são complementados com o conteúdo do Apêndice E.

Artigo – Prevalência e fatores associados a sintomas ansiosos e depressivos em mulheres privadas de liberdade em Juiz de Fora-MG²⁸

Resumo

Sofrimento psíquico e desenvolvimento de transtornos mentais nas prisões são questões de saúde pública reconhecidas mundialmente. Objetivou-se identificar a prevalência destes sintomas e os fatores associados em 99 mulheres com mais de 18 anos idade, nos regimes provisório, fechado e semiaberto de Juiz de Fora-MG. Trata-se de um estudo transversal, do tipo censo, com dados coletados face a face através de questionário semiestruturado e multidimensional. Os desfechos foram avaliados pelo Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4). Para a análise de associação foi construído um modelo teórico de determinação com três blocos hierarquizados. Foram estimadas razões de prevalência brutas por meio do teste Qui-quadrado e ajustadas entre si dentro de cada bloco ($p \leq 0,20$). Para o modelo final de regressão de Poisson com variância robusta foi adotado $p \leq 0,05$. A prevalência de sintomas ansiosos e depressivos foi, respectivamente, de 75,8% (IC95% 66,1% - 83,8%) e 65,7% (IC95% 55,4% - 74,9%). No modelo final, sintomas ansiosos associaram-se à presença de sintomas depressivos. Já sintomas depressivos associaram-se à faixa etária de 20 a 29 anos e à presença de sintomas ansiosos. Verificou-se prevalência dos desfechos em mais da metade das participantes, com destaque para interassociação entre eles.

Palavras-chave *Prisões, Mulheres, Inquéritos epidemiológicos, Transtornos Mentais.*

²⁸ O artigo segue as orientações de apresentação fornecidas pela revista a que foi submetido.

Abstract

Psychic distress and the development of mental disorders in prisons are globally recognized public health issues. This study aimed to identify the prevalence of these symptoms and associated factors in 99 women over 18 years of age, in the provisional, closed and semi-open regimes in Juiz de Fora-MG. It is a cross-sectional study, of the census type, with data collected face to face through a semi-structured and multidimensional questionnaire. Outcomes were assessed using the Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4). For the association analysis, a theoretical model of determination was built with three hierarchical blocks. Crude prevalence ratios were estimated using the chi-square test and adjusted for each other within each block ($p \leq 0.20$). For the final Poisson regression model with robust variance, $p \leq 0.05$ was adopted. The prevalence of anxious and depressive symptoms was, respectively, 75.8% (95%CI 66.1% - 83.8%) and 65.7% (95%CI 55.4% - 74.9%). In the final model, anxious symptoms were associated with the presence of depressive symptoms. Depressive symptoms, on the other hand, were associated with the age group from 20 to 29 years and the presence of anxiety symptoms. There was a prevalence of the outcomes in more than half of the participants, with an emphasis on the interassociation between them.

Keywords *Prisons, Women, Health surveys, Mental Disorders.*

Introdução

A privação de liberdade é a estratégia em voga pela segurança pública para pessoas condenadas por determinados tipos de crime. Trata-se do isolamento de indivíduos considerados como perigosos à sociedade e tem como objetivo o impedimento de novos crimes, com compromisso com a reabilitação social das pessoas privadas de liberdade (PPL)¹.

Porém, o que se observa hoje nos estabelecimentos penais brasileiros, de maneira geral, é a violação aos direitos humanos. As unidades prisionais apresentam superlotação, condições desfavoráveis de habitação, precariedade dos espaços físicos, insalubridade, baixo acesso a ações de saúde, escassez de recursos humanos especializados e práticas de violências e agressões de ordem moral, física e simbólica²⁻⁴.

Há, atualmente, cerca de 11 milhões de pessoas em privação de liberdade no mundo, sendo que em 2021, 54% de 223 países com informações contidas no banco da World Prison Brief⁵ apresentam taxa de ocupação superior a 100%. No Brasil, até dezembro de 2020, haviam mais de 668 mil pessoas cumprindo pena de privação de liberdade, sendo quase 29 mil mulheres (4,29%)⁶. Segundo os dados de 2017 referentes a população feminina privada de liberdade no país, este ocupava a quarta posição em número absoluto e a terceira com relação à taxa de aprisionamento, com crescimento exorbitante do encarceramento feminino de 656% entre o início dos anos 2000 a 2016⁷.

Este público é composto majoritariamente por mulheres negras, pobres, com baixa qualificação profissional e desempregadas, provenientes por vezes das periferias das cidades^{3,8-9}. Desde antes do cumprimento de pena, estas já eram atravessadas por iniquidades que impactavam negativamente sua saúde, passível de agravamento durante a passagem pelo sistema prisional, passando por dificuldades de acesso e inclusão na Rede de Atenção à Saúde (RAS)¹⁰ de forma satisfatória³. Assim, o conjunto de elementos apresentados configura-se como mola propulsora para o agravamento de condições de saúde preexistentes, como também para o desencadeamento de novos problemas.

O sofrimento psíquico e o desenvolvimento de transtornos mentais dentro do sistema prisional são questões de saúde pública reconhecidas a nível mundial¹¹. Quando em comparação com a população em geral, a população privada de liberdade tem pior qualidade da saúde mental e piores indicadores referentes a presença de transtornos mentais^{11,12}. Dentre

os mais prevalentes no público feminino em cumprimento de pena, estão os transtornos ansiosos e os transtornos depressivos^{3,9}.

Nos ambientes de privação de liberdade a prevalência de depressão pode chegar a ser seis vezes maior que na população em geral em países de baixa e média renda¹². Evidências apontam que o cenário é pior para mulheres em comparação aos homens³, demarcando a importância de se apresentar resultados estratificados por gênero. A prevalência de transtornos depressivos em mulheres encarceradas varia de 21% a 59,4%¹³⁻¹⁶ e a de transtornos ansiosos, de 19,1% a 59,4%^{13,15,17-18}.

O impacto sobre a saúde mental de mulheres privadas de liberdade pode prejudicar a vida após o cumprimento da pena, com presença de diagnóstico de transtorno mental, início ou recidiva do hábito de uso de drogas e trauma¹⁹⁻²⁰. Destaca-se que devido à pandemia de Covid-19, o sistema prisional ganha novos contornos referentes ao adoecimento mental, com aumento da demanda de atendimento, sofrimento psíquico devido aos impactos sociais da doença e fragilização dos vínculos familiares⁹, potencializando as iniquidades em saúde já existentes^{8,21}.

Apesar deste contexto, ainda é escassa a literatura recente, últimos cinco anos, que investigue exclusivamente a população feminina privada de liberdade para os transtornos ansiosos ou depressivos¹², elencando os fatores associados. Já os estudos mistos com PPL publicados, por vezes, não trazem dados discriminados por gênero. Um estudo de revisão conduzido por Ribeiro e Deus³ aponta para diferenças importantes sobre o processo saúde e doença entre mulheres e homens no contexto em questão.

Frente ao exposto, este estudo se faz essencial, pois articula uma potencial lacuna no campo de conhecimento ao uso de um instrumento prático, de baixo custo e confiável para o levantamento da prevalência de sintomas ansiosos e depressivos e fatores associados em mulheres privadas de liberdade em Juiz de Fora-MG.

Métodos

Trata-se de um estudo epidemiológico de delineamento transversal, realizado a partir de um censo realizado com 99 mulheres reclusas em Juiz de Fora-MG, de idade mínima de 18 anos, nos regimes provisório, fechado e semiaberto, do Anexo Feminino Eliane Betti da Penitenciária José Edson Cavaliéri, em Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.

O município de Juiz de Fora é integrante da região da Zona da Mata Mineira, localizada ao sudeste do estado de Minas Gerais. Em 2019, apresentou população estimada de mais de 568 mil habitantes²², sendo que até dezembro do mesmo ano, quase 2.500 pessoas encontravam-se privadas de liberdade (aproximadamente meio por cento da população), sendo 5,4% destas pessoas do sexo feminino⁶.

A cidade é sede da 4ª Região Integrada de Segurança Pública (RISP) dentre 17 existentes no estado e contempla 86 municípios. Apresenta quatro estabelecimentos penais, sendo uma casa do albergado, um centro de remanejamento do sistema prisional e duas penitenciárias⁶. Destaca-se que o município não realizou adesão à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP)²³, que reorganiza a assistência às pessoas encarceradas e estabelece cada unidade básica de saúde prisional com ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde. Assim, a atenção básica de saúde nas penitenciárias fica sob responsabilidade de equipe mínima como prevê o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP)²⁴.

Os dados são provenientes do inquérito “Condições de vida e de saúde de mulheres privadas de liberdade em Juiz de Fora – MG”, aprovado pela Secretaria de Estado de Administração Prisional (Processo SEI 1450.01.0006361/2019-14), com anuência do diretor geral do estabelecimento penal notificado através do Despacho nº 468/2019/SEAP/SUSEP, e

pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora (CEP-UFJF) (Parecer n.º 3.294.253). Sendo assim, foram seguidas todas as diretrizes que envolvem as Resoluções do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012 e 510/2016.

Para a coleta dos dados foi realizada entrevista face a face no período de 26 de setembro de 2019 a 03 de fevereiro de 2020, nas salas de atendimento da unidade prisional, no Núcleo de Assistência à Saúde – NAS e nas dependências de uma fábrica de trabalho. As participantes foram identificadas por código numérico, mantendo sigilo e oferecendo proteção à confidencialidade das informações. A amostra inicial partiu de uma listagem contendo 134 mulheres. No transcorrer da pesquisa, mais 16 mulheres tornaram-se elegíveis ao completarem 30 dias de reclusão, totalizando 150 mulheres. Ocorreram 51 perdas relacionadas a transferências (4), alvarás (21) e interrupção da coleta de dados devido a pandemia da Covid-19 (26), perfazendo uma amostra final de 99 participantes.

O instrumento de coleta de dados utilizado na pesquisa foi composto por questões semiestruturadas, elaboradas a partir do instrumento utilizado por Minayo e Constantino² na pesquisa “Estudo das condições de saúde e qualidade de vida dos presos e das condições ambientais das unidades prisionais do Estado do Rio de Janeiro” e por escalas padronizadas.

Os desfechos foram avaliados pelo *Patient Health Questionnaire-4* (PHQ-4), um instrumento com potencial discriminativo, curto e de fácil aplicação, validado para detecção de sintomas ansiosos e depressivos e de amplo uso em pesquisas científicas²⁵⁻²⁸. A aplicação e a interpretação dos achados seguiram as recomendações da literatura²⁵⁻²⁶.

O PHQ-4 é uma escala composta por quatro itens referentes às duas últimas semanas: i) Sentir-se nervosa, ansiosa ou muito tensa; ii) Não ser capaz de impedir ou de controlar as preocupações; iii) Pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas; iv) Se sentir “para baixo”, deprimida ou sem perspectiva. Cada item possui resposta em escala likert, variando de “nenhuma vez” (escore 0) a quase todos os dias (escore 3). Assim, a escala tem escore total

variando de 0 a 12, com recomendação de que escore maior ou igual a 6, considera-se presença de sofrimento psíquico com risco de adoecimento. Outra forma de se interpretar os resultados desta escala é avaliando os escores dos dois primeiros itens e dos dois últimos, variando de 0 a 6. Neste caso, se houver presença de escore maior ou igual a 3, deve-se interpretar, respectivamente, como presença de sintomas ansiosos e presença de sintomas depressivos²⁵⁻²⁶.

As variáveis independentes compuseram um modelo teórico de blocos hierarquizados²⁹ que foi construído para a análise dos desfechos investigados. O bloco 1, mais proximal, foi composto pelas variáveis sociodemográficas: idade; cor auto declarada; gênero; situação conjugal; possuir filhos; escolaridade; renda mensal antes do aprisionamento; e status social subjetivo. O status social subjetivo foi aferido pela Escala de Mac Arthur de Status Social Subjetivo (SSS), que visa avaliar a percepção que um indivíduo tem sobre sua posição social³⁰.

O bloco 2 foi composto por variáveis referentes à saúde da mulher privada de liberdade, subdividido em: i) referidas: autopercepção da saúde; presença de morbidade; condições de saúde tratadas; presença de sintomas ansiosos; presença de sintomas depressivos; fumante ativa; uso de álcool; uso de tabaco; uso de maconha; uso de remédio para emagrecer e/ou ficar acordada (ligada) sem receita médica; uso de tranquilizante e/ou ansiolítico e/ou calmante e/ou antidistônico sem receita médica; e ii) assistência à saúde: recebimento de assistência à saúde; relato de consulta com: médico; psicólogo; e assistente social; frequência de consulta e satisfação com atendimento prestado por esses profissionais.

Já o bloco 3, mais distal, foi composto pelas variáveis relacionadas ao encarceramento, dividido em quatro subgrupos. O primeiro subgrupo conteve variáveis sobre sociabilidade e lazer: vínculo familiar; recebimento de visita social; recebimento de visita agendada e íntima; atividade de estudo e laboral; participação em celebração religiosa; nível de satisfação com o

relacionamento com outras detentas e com as agentes; hábito/costume de: ler; ver tv; praticar esportes; conversar; ficar sozinha; dormir; escrever. O segundo, conteve variáveis relacionadas às características penais: tipo de crime cometido para a sentença atual; tempo de encarceramento; sentença recebida; tempo da sentença recebida; regime penal; nível de satisfação com: o tamanho e as condições da cela; com as atividades que desenvolve no presídio; com a alimentação oferecida pela unidade; com o transporte (escolta).

Já o terceiro subgrupo, conteve variáveis relacionadas ao preconceito e à violência: tratamento preconceituoso por outras detentas ou pelos funcionários; relato de risco de exposição a agressões; relato de ter sofrido agressão/lesão; tentativa de suicídio. E o quarto subgrupo, conteve variáveis sobre as expectativas pós-encarceramento em relação à vida pessoal, familiar, profissional, padrão de vida, condições de trabalho e condições de saúde.

Para a construção do banco de dados, as participantes foram identificadas por código numérico, mantendo sigilo e oferecendo proteção à confidencialidade das informações. Os dados foram organizados e tratados estatisticamente no software *IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 15.0 para Windows.

Na análise descritiva foram estimadas as frequências absoluta e relativa, além de prevalência dos desfechos com respectivos intervalos de confiança a 95% (IC 95%). Para as variáveis contínuas foram calculadas medidas de tendência central e dispersão. A associação entre as variáveis dependentes e independentes foi avaliada por meio da análise de qui-quadrado (χ^2) na análise bivariada. Para análise multivariada foi realizada regressão de Poisson com variância robusta, para verificar as variáveis independentes associadas ao desfecho, controladas por possíveis fatores de confusão (razão de prevalência ajustada e IC 95%), tendo como referência o modelo teórico de determinação com 3 blocos hierarquizados. As variáveis foram primeiramente ajustadas entre si dentro de cada bloco, entrando na

regressão aquelas que apresentaram valor de $p \leq 0,20$, sendo então ajustadas ao nível superior ao seu ao nível de significância de 5%.

Resultados

A prevalência de sintomas ansiosos e depressivos foi, respectivamente, de 75,8% (IC 95% 66,1% - 83,8%) e 65,7% (IC 95% 55,4% - 74,9%). A amostra foi composta por 99 mulheres com média de idade de 33,21 anos (DP \pm 9,26), 74,7% se declararam como negras (pretas e pardas), 61,6% estão no estrato de nenhuma escolaridade até ensino fundamental incompleto, a maioria (85,9%) relatou ter filhos, possuíam baixa renda mensal antes do encarceramento e pior percepção com relação ao status social subjetivo (81,8%). Entre as condições de saúde tratadas no último ano, foram relatadas: dengue (8,1%), sífilis (6,1%) e HIV/AIDS (2,0%). 70,7% relataram uso de tabaco nos últimos 30 dias em cumprimento da pena, 4,0% maconha, 3,0% álcool e 9,1% o uso de algum medicamento sem prescrição médica. Na tabela 1 são apresentadas as características sociodemográficas, de saúde e de assistência à saúde.

Das participantes, 19,2% negaram manter vínculo com a família. 60,6% relataram receber algum tipo de visita (social ou agendada), não havendo nenhuma que recebesse visita íntima. 59,6% referiu não trabalhar e 87,9% não estudar durante o período de cumprimento de pena. 75,8% das participantes relataram participar de celebrações religiosas na unidade prisional. 20,2% informaram possuir relação regular ou ruim com outras detentas e 26,3% com as policiais penais. O maior nível de insatisfação quanto às características do encarceramento foi com a alimentação da unidade prisional (88,9%). 52,5% da amostra cometeu crime relacionado ao tráfico de drogas. 70,7% já haviam sido sentenciadas, sendo que 46,5% cumpriam pena no regime fechado (Tabela 2).

Todas referiram sofrer algum tipo de preconceito, seja por outras detentas, seja por funcionárias, além de referirem correr algum tipo de risco na unidade prisional. As informações relativas a tratamento preconceituoso, exposições a riscos e relatos de violência estão na tabela 3.

Entre as que possuíam sintomas ansiosos, 52,0%, 42,7% e 41,3%, respectivamente, avaliaram negativamente a expectativa pós encarceramento em relação ao padrão de vida, às condições de trabalho e à vida profissional. Ainda, 30,7%, 28,0% e 18,7%, respectivamente, avaliaram negativamente a expectativa pós encarceramento em relação à vida pessoal, às condições de trabalho e à vida profissional. Dentre as que apresentaram sintomas depressivos, 52,3% avaliou negativamente a expectativa pós encarceramento em relação ao padrão de vida, 40,0% em relação às condições de trabalho, 35,4% em relação à vida profissional, 30,8% em relação à vida pessoal, 27,7% em relação às condições de saúde e 18,5% em relação à vida familiar.

Na análise bivariada, a presença de sintomas ansiosos esteve associada à autopercepção ruim da saúde, ao número de consultas com médico no último ano menor que dois, à presença de sintomas depressivos, ao não desempenho de atividade laboral e à ausência de satisfação com a escolta/transporte. Além disso, esteve associada a ser vítima de agressão verbal no último ano, ao relato de ter recebido tratamento preconceituoso por funcionárias devido à condição de detenta e por outras detentas devido à condição social (Tabela 4).

Já a presença de sintomas depressivos esteve associada à faixa etária de 20 a 29 anos, à autopercepção ruim da saúde, à presença de sintomas ansiosos, ao costume de ficar sozinha e à insatisfação com atividades no presídio. Além disso, também esteve associada ao relato de tratamento preconceituoso por funcionárias devido à condição de detenta e por outras

detentas devido à condição de detenta, à condição social e ao crime cometido, e à ter sido vítima de agressão verbal no último ano (Tabela 4).

No modelo final da análise multivariada para presença de sintomas ansiosos, apenas a presença de sintomas depressivos esteve associada (6,42; IC95% 1,96 - 21,06). Já no modelo final da presença de sintomas depressivos, estiveram associadas a faixa etária de 20 a 29 anos (4,85; IC95% 1,48 - 15,87) e a presença de sintomas ansiosos (12,67; IC95% 3,92 - 40,98) (Tabela 5).

Discussão

Foram evidenciadas altas prevalências de presença de sintomas ansiosos e presença de sintomas depressivos na população estudada. Pesquisas anteriores encontraram, para a população do sexo feminino, prevalência de ansiedade de 19,1% a 59,4%^{13,15,18} e prevalência de depressão de 21,0% a 41,3%¹³⁻¹⁶. A prevalência de sintomas ansiosos e depressivos indica risco para desenvolvimento de transtorno mental, sendo expressão do sofrimento psíquico vivenciado pelas participantes, podendo estar associado à conjugalidade (separações, agressões, traições, desconforto em relações sexuais), à maternidade (vínculo fragilizado com filhos, aborto), conflitos familiares (abandono por parceira ou parceiro, perda de vínculos familiares)³¹.

As altas prevalências de sintomas ansiosos e depressivos no presente estudo podem ser atribuídas ao fato de ter sido utilizado um instrumento de rastreio e não diagnóstico. É possível as divergências entre os estudos sejam consequentes do uso de diferentes instrumentos de abordagem da ansiedade e da depressão, além de características relacionadas aos próprios estabelecimentos nos quais foram realizadas as coletas de dados, visto que a

infraestrutura e o contexto sociocultural estão relacionados com as condições de saúde mental, a partir dos determinantes sociais e econômicos³²⁻³³.

No modelo final, a presença de sintomas ansiosos e a presença de sintomas depressivos estiveram bidirecionalmente associadas. Apesar de estudos anteriores terem se debruçado sobre os transtornos de ansiedade e depressão, a associação entre esses sintomas não foi verificada¹³⁻¹⁸. A interassociação encontrada é um indicador importante da multicausalidade desses transtornos e também da necessidade de intervenções que minimizem a complexidade dos quadros a partir do surgimento de qualquer um desses sintomas. Caravaca-Sánchez et al.³⁴ ao estudarem 174 mulheres privadas de liberdade de duas penitenciárias da Espanha trazem elementos que colaboram para a explicação da associação entre os transtornos, relacionando estados emocionais negativos à presença de ansiedade e de depressão. Assim, afecções negativas do estado emocional, da capacidade de interação positiva e do afeto - possíveis consequências de ambos os transtornos mentais -, podem levar ao desenvolvimento de ambos.

A presença de sintomas depressivos associou-se à faixa etária mais jovem (20 a 29 anos) no modelo final. Há na literatura achados divergentes quanto a relação entre idade e a presença de depressão^{14,33}. Green et al.¹⁴ verificaram correlação positiva fraca, contudo, cabe reportar que a maioria das participantes relataram a presença de um ou mais transtornos mentais (67%) e abuso/dependência de álcool (65%) ou outras drogas (69%). Esteban-Febres et al.³³ identificaram correlação negativa fraca entre sintomas depressivos e a faixa etária. As divergências entre os estudos podem ser consequência da presença de outras variáveis que não observadas relacionadas à idade, como o nível dos mecanismos de enfrentamento, que tende a ser desenvolvido com o avançar da idade³³.

Pesquisa realizada pelo IBOPE Conecta no segundo semestre de 2019 com 2 mil brasileiros em diferentes regiões metropolitanas do País (Rio de Janeiro, Minas Gerais, Rio

Grande do Sul, Distrito Federal e Fortaleza) destaca o desconhecimento e a vergonha que o público jovem, principalmente entre 18 a 24 anos, tem em relação a depressão. Isto corrobora para o cenário da não procura por tratamento de forma oportuna³⁵. Assim, é possível pensar que a associação entre a presença de sintomas depressivos e a faixa etária mais jovem encontrada no presente estudo seja consequente do desconhecimento e vergonha aliados a um quadro prévio que não tenha recebido o tratamento adequado. Segundo Mrejen e Rocha³⁶ de cada dez pessoas brasileiras adultas diagnosticadas com depressão, sete não receberam nenhum tratamento.

Maior ocorrência de sintomas ansiosos foi observada entre as participantes que receberam duas ou menos consultas no último ano. Verifica-se que o sexo feminino^{15,36}, a raça negra e a baixa renda são fatores associados com a desigualdade de acesso ao tratamento para transtornos mentais³⁶, sendo estas as principais características da população estudada, com o agravante das iniquidades existentes dentro do próprio sistema prisional³. Assim, o cenário encontrado pode ser reflexo das desigualdades de acesso e fatores relacionados à própria organização da assistência à saúde no interior do ambiente prisional^{8,21}.

Frequência maior de sintomas depressivos e ansiosos foram observadas entre as que referiram auto percepção ruim da saúde. Os resultados sugerem associação maior para sintomas ansiosos. A auto percepção da saúde é uma avaliação individual, resultante das experiências e interpretações próprias. Trata-se de um potente indicador do estado objetivo de saúde de um indivíduo³⁷. Ross et al.³⁸ encontraram relação entre pior estado de saúde mental com auto percepção ruim da saúde em uma população privada de liberdade mista. Relação semelhante foi observada no estudo de Leite et al.³⁷ para a população em geral, ao analisar as dimensões que compõe o bem estar psíquico e encontrar associação bidimensional positiva com a autoavaliação boa da própria saúde. Assim, é plausível estabelecer uma indissociabilidade entre saúde mental e outras dimensões que perfazem o construto saúde,

sendo que para além do carácter subjetivo, este indicador também é resultado de aspectos objetivos, sendo influenciado por fatores biológicos, socioeconômicos e de vínculo com o serviço³⁷.

Cabe destacar que até o ano de 2020 o município no qual foi realizado o estudo não havia feito adesão à PNAISP, instituída pela Portaria Interministerial do Ministério da Saúde e do Ministério da Justiça (MS/MJ) nº 1/2014, nem possuía equipes habilitadas a ela. Esta política traz como marco em relação ao então vigente PNSSP, instituído pela Portaria Interministerial do MS/MJ nº 1.777/2003, a previsão de que as equipes de Atenção Primária Prisional estejam inseridas e integradas na RAS do município, qualificando a assistência prestada, além de passar a atender à toda a população privada de liberdade, não limitando-se mais às pessoas internas às penitenciárias, presídios e hospitais de custódia e tratamento que já passaram pelo processo de julgamento²³⁻²⁴. A assinatura desta política poderia favorecer o acesso a consultas não só médicas, como com demais profissionais de saúde, por meio de melhores condições recursos humanos, financeiros e maior articulação intersetorial³⁹.

Tal como identificado previamente por Araújo et al.⁸ e Ruiz e Abrantes²¹, permanecem ainda iniquidades de acesso inerentes ao sistema prisional, com impacto negativo sobre a qualidade da assistência recebida pela população ali presente, configurando-se como uma barreira de acesso. Além disso, a integração não satisfatória à RAS já foi identificada em outros estudos enquanto fator que impacta negativamente a saúde da população privada de liberdade^{3,10}, impactando também a saúde mental. Cabe destacar que este cenário se encontra agravado frente à pandemia da Covid-19⁹, sendo essencial o conhecimento dos fatores associados à presença de sintomas ansiosos e depressivos com objetivo de construir estratégias preventivas e de promoção à saúde.

Quanto a situações de violência, seja ela física, sexual ou psicológica, estudos prévios já evidenciavam a associação com presença de transtornos ansiosos³⁴ e depressivos¹⁴⁻³⁴. Tais

achados corroboram para o entendimento de que a saúde mental possui determinantes sociais próprios, capazes de impactar negativamente nos indicadores de saúde e contribuírem para o sofrimento psíquico e possível desenvolvimento de transtornos mentais³², havendo especificidades para o ambiente do sistema prisional⁴. Assim, são compreensíveis as associações significativamente associadas verificadas na análise bivariada referentes ao recebimento de tratamentos preconceituosos e relato de ter sido vítima de agressão verbal.

A presença de sintomas ansiosos foi maior entre as que não desempenhavam atividade laboral, resultado encontrado em estudo prévio³³, e entre as que reportaram não satisfação com a escolta/transporte. Já a presença de sintomas depressivos esteve mais presente entre as mulheres que relataram o costume de ficar sozinha e a insatisfação com atividade no presídio. A compreensão desses achados é de suma importância para o reconhecimento da necessidade de atividades cativantes e integradoras e desenvolvimento de estratégias que possibilitem a ocupação do tempo de forma qualificada, bem como condições dignas e satisfatórias no processo de deslocamento das detentas. Tais elementos contribuem para atenuar sentimentos negativos vivenciados por estas mulheres, como solidão, angústia, saudade, preocupação, irritação, medo e isolamento⁴⁰, que impactam negativamente a saúde mental, ao passo que nos convoca a ter como cerne o entendimento da saúde em seu sentido ampliado.

Os resultados aqui expostos devem ser interpretados dentro do contexto de suas limitações. Tratando-se de um estudo transversal, não é possível estabelecer causa e efeito entre as associações identificadas. Acrescenta-se também que apesar do rigor metodológico adotado para redução de vieses e maior fidedignidade dos achados, o tamanho da amostra pode ter interferido nos achados encontrados, sendo também uma possibilidade para os amplos intervalos de confiança observados. A adoção de diferentes instrumentos e critérios distintos para rastreamento e diagnóstico de ansiedade e depressão dificultam a comparação dos

resultados⁴¹. Além disso, com a interrupção da coleta de dados devido à pandemia da Covid-19, uma parte dessas mulheres não compuseram a amostra final

Apesar de os elementos apresentados incidirem sobre a possibilidade de generalização e comparação dos dados com a literatura, isto não reduz a relevância dos achados. Os resultados apresentados detêm potencial de impacto social devido à escassez de estudos recentes, publicados nos últimos cinco anos, que abordem exclusivamente a população feminino privada de liberdade, explorando tantas variáveis quanto as aqui apresentadas. Entende-se, assim, que estes resultados trazem visibilidade às necessidades da população em questão, rompendo com o silenciamento que às tangencia, subsidiando elaboração de ações, estratégias e políticas públicas.

Conclui-se que a população do estudo apresenta altas prevalências de sintomas ansiosos e depressivos. Apesar da redução do número de fatores associados aos desfechos no modelo final, com destaque para a interassociação entre essas, é possível verificar que a presença de tais transtornos dialoga com as condições sociodemográficas, de saúde e de encarceramento.

Frente a discussão aqui trazida, é possível refletir a respeito da importância não só de reformulação, ampliação e qualificação da assistência em saúde prestada, mas também de garantia de ações diretamente relacionadas aos determinantes sociais e econômicos da saúde mental da população em questão. Assim, deve-se investir em estratégias de qualificação do tempo ocioso, intervenções para prevenção das situações de violência e maior articulação inter e intrasetorial para garantir efetividade e continuidade das ações iniciadas no estabelecimento penal e que não deveriam ser perdidas após o cumprimento de pena, com ênfase na promoção à saúde.

Referências

1. Santos ATN. A crise no sistema prisional brasileiro: a ineficiência da ressocialização em decorrência da superlotação. *CGCHS*. 2020;6(1):11-20.
2. Minayo MCS, Constantino P. *Deserdados sociais: condições de vida e saúde dos presos do estado do rio de janeiro*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2015.
3. Ribeiro MAT, Deus NMSF. Mulheres encarceradas: a saúde atrás das grades. *Rev Psi Divers Saúde*. 2017;6(4):324-39.
4. Santos MV, Alves VH, Pereira AV, Rodrigues DP, Marchiori GRS, Guerra JVV. Saúde mental de mulheres encarceradas em um prisídio do estado do Rio de Janeiro. *Texto Contexto Enferm*, 2017; 26(2):e5980015.
5. World Prison Brief (WPF) [Internet]. *The World Prison Brief Data: occupancy level (based on official capacity)*. 2021. [cited 2021 Nov 26]. Available from: https://www.prisonstudies.org/highest-to-lowest/occupancy-level?field_region_taxonomy_tid=All
6. Ministério da Justiça e Segurança Pública (MJSP) [Internet]. *Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias: Julho - Dezembro 2020*. 2021. [cited 2021 Nov 26]. Available from: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiZTU2MzVhNWYtMzBkNi00NzJlTlIOWItZjYwY2ExZjBiMWNmIiwidCI6ImViMDkwNDIwLTQ0NGMtNDNmNy05MWYyLTRiOGRhNmJmZThlMSJ9>
7. Brasil. Departamento Penitenciário Nacional. *Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias – INFOPEN Mulheres*. 2. ed. Brasília, DF: MJSP/DEPEN; 2018.
8. Araújo PF, Ker LRFS, Kendal C, Rutherford GW, Seal DW, Neto RJP, Pinheiro PNC, Galvão MTG, Araújo LF, Pinheiro FML, Silva AZ. Behind bars: the burden of being a woman in Brazilian prisons. *BMC Int Health Hum Rights*. 2020;20:28.

9. Santos GC, Simôa TC, Bispo TCF, Martins RD, Santos DSS, Almeida AOLC. Covid-19 nas prisões: efeitos da pandemia sobre a saúde mental de mulheres privadas de liberdade. *Rev Baiana Enferm.* 2020;34:e38235.
10. Schultz ALV, Dotta RM, Stock BS, Dias MTG. Limites e desafios para o acesso das mulheres privadas de liberdade e egressas do sistema prisional nas Redes de Atenção à Saúde. *Physis.* 2020;30(3):e300325.
11. Fazel S, Hayes AJ, Bartellas K, Clerici M, Trestman R. Mental health of prisoners: prevalence, adverse outcomes, and interventions. *Lancet Psychiatry.* 2016;3(9):871-81.
12. Baranyi G, Scholl C, Fazel S, Patel V, Priebe S, Mundt AP. Severe mental illness and substance use disorders in prisoners in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis of prevalence studies. *Lancet Glob Health.* 2019;7(4):e461-71.
13. Costa RC, Sassi RAM, Tímbola VS, Lazzari TR, Reis AJ, Gonçalves CT. Prevalence and associated factors with depression and anxiety in prisoners in South of Brazil. *Rev Psiquiatr Clín.* 2020;47(4):89-94.
14. Green BL, Dass-Brailsford P, Mendoza AH, Mete M, Lynch SM, DeHart DD, Belknap J. Trauma Experiences and Mental Health Among Incarcerated Women. *Psychol Trauma.* 2016;8(4):455-63.
15. Hernández-Vásquez A, Rojas-Roque C. Diseases and access to treatment by the Peruvian prison population: an analysis according to gender. *Rev Esp Sanid Penit.* 2020;22(1):9-15.
16. Santos MM, Barros CRS, Andreoli SB. Fatores associados à depressão em homens e mulheres presos. *Rev Bras Epidemiol.* 2019;22:e190051.

17. Bebbington P, Jakobowitz S, McKenzie N, Killaspy H, Iveson R, Duffield G, Kerr M. Assessing needs for psychiatric treatment in prisoners: 1. Prevalence of disorder. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2017;52(2):221–9.
18. Tung T-H, Hsiao Y-Y, Shen S-A, Huang C. The prevalence of mental disorders in Taiwanese prisons: a nationwide population-based study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2019;54(3):379-86.
19. Lynch S, Heath N. Predictors of incarcerated women’s postrelease PTSD, depression, and substance-use problems. *J Offender Rehabil*. 2017;56(3):157-72.
20. Stanton AE, Kako P, Sawin KJ. Mental Health Issues of Women After Release From Jail and Prison: A Systematic Review. *Issues Ment Health Nurs*. 2016;37(5):299-331.
21. Ruiz JLS, Abrantes MM. O sistema prisional brasileiro e a Covid-19: prevenção e desafios. *Libertas*. 2020;20(2):619-42.
22. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) [Internet]. *Cidades e Estados: Juiz de Fora*. 2020. [cited 2021 Nov 26]. Available from: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mg/juiz-de-fora.html>
23. Brasil. Portaria Interministerial nº 1/MS/MJ de 2 de janeiro de 2014. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2014.
24. Brasil. Portaria Interministerial nº 1.777/MS/MJ de 09 de setembro de 2003. Aprova o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, constante do Anexo I desta Portaria, destinado a prover a atenção integral à saúde da população prisional confinada em unidades masculinas e femininas, bem como nas psiquiátricas. *Diário Oficial da União* 2003.

25. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW, Löwe B. An Ultra-Brief Screening Scale for Anxiety and Depression: The PHQ-4. *Psychosomatics*. 2009;50(6):613-21.
26. Löwe B, Wahl I, Rose M, Spitzer C, Glaesmer H, Wingenfeld K, Schneider A, Brähler E. A 4-item measure of depression and anxiety: validation and standardization of the Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) in the general population. *J Affect Disord*. 2010;122(2):86-95.
27. Stanhope J. Patient Health Questionnaire-4. *Occup Med*. 2016;66(9):760-1.
28. Silva WLF, Paula GL, Gomes LC, Cruz DT. Prevalência de sofrimento psíquico em pessoas idosas: um estudo de base comunitária. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2020;23(5):200246.
29. Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MT. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Int J Epidemiol*. 1997;26(1):224-7.
30. Zell E, Strickhouser JE, Krizan Z. Subjective social status and health: A meta-analysis of community and society ladders. *Health Psychology*. 2018;37(10):979–87.
31. Campos IO, Zanello V. Saúde mental e gênero: o sofrimento psíquico e a invisibilidade das violências. *Vivência*. 2016;1(48):105-18.
32. Alves AAM, Rodrigues NFR. Determinantes sociais e económicos da Saúde Mental. *Rev Port Saúde Pública*. 2010;28(2):127-31.
33. Esteban-Febres S, Enoki-Miñano K, Escudero-Moreira T, La Cunza-Peña M, Quispe-Gutiérrez Y. Factors related to psychopathological symptoms of female inmates of a prison in Lima. *Rev Esp Sanid Penit*. 2019;21:11-7.
34. Caravaca-Sánchez F, Fearn NE, Vidovic KR, Vaughn MG. Female Prisoners in Spain: Adverse Childhood Experiences, Negative Emotional States, and Social Support. *Health Soc Work*. 2019;44(3):157-66.

35. IBOPE Conecta. *Pesquisa Depressão, suicídio e tabu no Brasil: um novo olhar sobre a Saúde Mental*. Pesquisa realizada com a população de internautas da classe ABC e residentes da capital paulista e de diferentes regiões metropolitanas do País (Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Fortaleza, Porto Alegre e Brasília). São Paulo: Pfizer; 2019.
36. Mrejen M, Rocha R. Como anda a saúde mental no Brasil? Evolução, desigualdades e acesso a tratamentos. *Olhar IEPS*. 2021;1(3):1-14.
37. Leite A, Ramires A, Moura A, Souto T, Marôco J. Psychological well-being and health perception: predictors for past, present and future. *Arc Clin Psychiatr*. 2019;46(3):53-60.
38. Ross J, Field C, Kaye S, Bowman J. Prevalence and correlates of low self-reported physical health status among prisoners in New South Wales, Australia. *Int J Prison Health*. 2019;15(2):192-206.
39. Carvalho, NGO. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional: Uma análise sobre a evolução normativa. *Cad Ibero-Amer Dir Sanit*. 2017;6(4):112-29.
40. Furtado AE, Oliveira MM, Herreira LF, Silveira KL, Camargo PO, Cunha KF, Weiss CV, Rodriguez MLB. Saúde mental de mulheres em privação de liberdade: a percepção delas. *Res, Soc Dev*. 2021;10(11):e398101119820.
41. Kolodziejczak O, Sinclair SJ. Barriers and Facilitators to Effective Mental Health Care in Correctional Settings. *J Correct Health Care*. 2018;24(3):253-63.

Sim	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Não	75	100,0	24	100,0	65	100,0	34	100,0
<i>HIV/AIDS</i>								
Sim	1	1,3	1	4,2	1	1,5	1	2,9
Não	74	98,7	23	95,8	64	98,5	33	97,1
<i>Uso, nos últimos 30 dias de privação de liberdade, de álcool</i>								
Sim	3	4,0	0	0,0	2	3,1	1	2,9
Não	72	96,0	24	100,0	63	96,9	33	97,1
<i>Uso, nos últimos 30 dias de privação de liberdade, de tabaco</i>								
Sim	54	72,0	16	66,7	50	76,9	20	58,8
Não	21	28,0	8	33,3	15	23,1	14	41,2
<i>Uso, nos últimos 30 dias de privação de liberdade, de maconha</i>								
Sim	4	5,3	0	0,0	3	4,6	1	2,9
Não	71	94,7	24	100,0	62	95,4	33	97,1
<i>Uso, nos últimos 30 dias de privação de liberdade, de remédio para emagrecer ou ficar acordado (ligado) sem receita médica</i>								
Sim	1	1,3	0	0,0	1	1,5	0	0,0
Não	74	98,7	24	100,0	64	98,5	34	100,0
<i>Uso, nos últimos 30 dias de privação de liberdade, de tranquilizante, ansiolítico, calmante ou antidiurético sem receita médica</i>								
Sim	8	10,7	1	4,2	6	9,2	3	8,8
Não	67	89,3	23	95,8	59	90,8	31	91,2
Bloco 2.2 - variáveis referentes à saúde da mulher privada de liberdade: assistência à saúde								
<i>Relato de assistência em saúde</i>								
Sim	67	89,3	23	95,8	59	90,8	31	91,2
Não	8	10,7	1	4,2	6	9,2	3	8,8
<i>Consulta com médico no último ano</i>								
Sim	70	93,3	23	95,8	60	92,3	33	87,1
Não	5	6,7	1	4,2	5	7,7	1	2,9
<i>Consulta com psicólogo no último ano</i>								
Sim	59	78,7	16	66,7	48	73,8	27	79,4
Não	16	21,3	8	33,3	17	26,2	7	20,6
<i>Consulta com assistente social no último ano</i>								
Sim	72	91,7	22	91,7	61	93,8	33	97,1
Não	3	8,3	2	8,3	4	6,2	1	2,9
<i>Nº de consultas com médico no último ano</i>								
Nenhuma a duas	42	56,9	7	29,1	34	52,3	15	44,1
Mais que duas	33	44,0	17	70,8	31	47,7	19	55,9
<i>Nº de consultas com psicólogo no último ano</i>								
Nenhuma a duas	54	72,0	20	83,3	48	73,8	26	76,5
Mais que duas	21	28,0	4	16,7	17	26,2	8	23,5
<i>Nº de consultas com assistente social no último ano</i>								
Nenhuma a duas	29	38,7	9	37,5	27	41,5	11	32,4
Mais que duas	46	61,3	15	62,5	38	58,5	23	67,6
<i>Nível de satisfação com consultas com médico</i>								
Bom	35	48,6	15	34,8	30	48,3	20	60,6
Regular/Ruim	37	51,4	8	65,2	32	51,6	13	39,4
<i>Nível de satisfação com consultas com psicólogo</i>								
Bom	43	72,9	17	89,5	36	73,5	24	82,8
Regular/Ruim	16	27,1	2	10,5	13	26,5	5	17,2
<i>Nível de satisfação com consultas com assistente social</i>								
Bom	57	78,1	20	87,0	50	79,4	27	81,8
Regular/Ruim	16	21,9	3	13,0	13	20,6	6	18,2

Fonte: Elaborado pelos autores.

Tabela 2. Características relacionadas à sociabilidade, ao lazer e ao encarceramento das 99 mulheres privadas de liberdade por desfechos investigados. Juiz de Fora, MG, 2021

Variável	Sintomas ansiosos				Sintomas depressivos			
	Presentes		Ausentes		Presentes		Ausentes	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Bloco 3.1 – Variáveis relacionadas ao encarceramento: sociabilidade e lazer								
<i>Vínculo familiar</i>								
Mantém vínculo com a família	59	78,7	21	87,5	52	80,0	28	82,4
Não mantém vínculo	16	21,3	3	12,5	13	20,0	6	17,6
<i>Recebe visita social</i>								
Sim	44	58,7	16	66,7	42	64,6	18	52,9
Não	31	41,3	8	33,3	23	35,4	16	47,1
<i>Recebe visita agendada</i>								
Sim	18	24,0	7	29,2	18	27,7	7	20,6
Não	57	76,0	17	70,8	47	72,3	27	79,4
<i>Nível de satisfação com o relacionamento com outras detentas</i>								
Bom	57	76,0	22	91,7	49	75,4	30	88,2
Regular/ruim	18	24,0	2	8,3	16	24,6	4	11,8
<i>Nível de satisfação com o relacionamento com as policiais penais</i>								
Bom	55	73,3	6	25,0	48	73,8	25	73,5
Regular/ruim	20	26,7	18	75,0	17	26,2	9	26,5
<i>Estuda</i>								
Sim	9	12,0	3	12,5	8	12,3	4	11,8
Não	66	88,0	21	87,5	57	87,7	30	88,2
<i>Desempenha atividade laboral</i>								
Sim	26	34,7	14	58,3	22	66,2	18	52,9
Não	49	65,3	10	41,7	43	33,8	16	47,1
<i>Participa de celebrações religiosas</i>								
Sim	60	80,0	9	37,5	50	76,9	25	73,5
Não	15	20,0	15	62,5	15	23,1	9	26,5
<i>Costuma ler</i>								
Sim	53	70,7	19	79,2	49	75,4	27	79,4
Não	22	29,3	5	20,8	16	24,6	7	20,6
<i>Costuma ver TV</i>								
Sim	66	88,0	21	87,5	59	90,8	28	82,4
Não	9	12,0	3	12,5	6	9,2	6	17,6
<i>Costuma praticar esportes</i>								
Sim	12	16,0	6	25,0	10	15,4	8	23,5
Não	63	84,0	18	75,0	55	84,6	26	76,5
<i>Costuma conversar</i>								
Sim	65	86,7	23	95,8	57	87,7	31	91,2
Não	10	13,3	1	4,2	8	12,3	3	8,8
<i>Costuma ficar sozinha</i>								
Sim	56	74,7	14	58,3	50	76,9	20	58,8
Não	19	25,3	10	41,7	15	23,1	14	41,2
<i>Costuma dormir</i>								
Sim	71	94,7	22	91,7	62	95,4	31	91,2
Não	4	5,3	2	8,3	3	4,6	3	8,8
<i>Costuma escrever</i>								
Sim	53	70,7	19	79,2	45	69,2	27	79,4
Não	22	29,3	5	20,8	20	30,8	7	20,6
Bloco 3.2 – Variáveis relacionadas ao encarceramento: características penais								
<i>Tipo de crime cometido</i>								
Tráfico de drogas	40	53,3	12	50,0	30	46,2	22	64,7
Outros	35	46,7	12	50,0	35	53,8	12	35,3
<i>Tempo de encarceramento</i>								
≤ 15 meses	42	56,0	11	45,8	36	55,4	17	50,0
> 15 meses	33	44,0	13	54,2	29	44,6	17	50,0
<i>Sentença recebida</i>								
Sim	54	72,0	16	66,7	45	69,2	25	73,5
Não	21	28,0	8	33,3	20	30,8	9	26,5
<i>Tempo de sentença</i>								
≤ 7 anos	30	60,0	6	37,5	24	57,1	12	50,0
> 7 anos	20	40,0	10	62,5	18	42,9	12	50,0

<i>Regime penal</i>								
Provisório	21	28,0	8	33,3	20	30,8	9	26,5
Fechado	35	46,7	11	45,8	31	47,7	15	44,1
Semiaberto	19	25,3	5	20,8	14	21,5	10	29,4
<i>Nível de satisfação com as condições e tamanho da cela</i>								
Bom	39	52,0	17	70,8	33	50,8	23	32,4
Regular/Ruim	36	48,0	7	29,2	32	49,2	11	67,6
<i>Nível de satisfação com atividades no presídio</i>								
Bom	43	37,7	18	78,3	36	59,0	25	80,6
Regular/Ruim	26	62,3	5	21,7	25	41,0	6	19,4
<i>Nível de satisfação com alimentação do presídio</i>								
Bom	7	9,3	4	16,7	8	12,3	3	8,8
Regular/Ruim	68	90,7	20	83,3	57	87,7	31	91,2
<i>Nível de satisfação com a escolta/transporte</i>								
Bom	36	56,3	17	81,0	33	58,9	20	69,0
Regular/Ruim	28	43,8	4	19,0	23	41,1	9	31,0

Fonte: Elaborado pelos autores.

Tabela 3. Características referentes a tratamento preconceituoso, exposições à riscos e relatos de violência por 99 mulheres privadas de liberdade por desfechos investigados. Juiz de Fora, MG, 2021

Variável	Sintomas ansiosos				Sintomas depressivos			
	Presentes		Ausentes		Presentes		Ausentes	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Bloco 3.3 – Variáveis relacionadas ao encarceramento: preconceito e violência								
<i>Tratamento preconceituoso por funcionárias devido à condição de detenta</i>								
Sim	35	46,7	5	20,8	32	49,2	8	23,5
Não	40	53,3	19	79,2	33	50,8	26	76,5
<i>Tratamento preconceituoso por funcionárias devido à raça/cor</i>								
Sim	2	2,7	1	4,2	3	4,6	0	0,0
Não	73	97,3	23	95,8	62	95,4	34	100,0
<i>Tratamento preconceituoso por funcionárias devido à condição social</i>								
Sim	13	17,3	1	4,2	9	13,8	5	14,7
Não	62	82,7	23	95,8	56	86,2	29	85,3
<i>Tratamento preconceituoso por funcionárias devido à orientação sexual</i>								
Sim	7	9,3	1	4,2	6	9,2	2	5,9
Não	68	90,7	23	95,8	59	90,8	32	94,1
<i>Tratamento preconceituoso por funcionárias devido à crime cometido</i>								
Sim	16	21,3	3	12,5	16	24,6	3	8,8
Não	59	78,7	21	87,5	49	75,4	31	91,2
<i>Tratamento preconceituoso por funcionárias devido à aparência</i>								
Sim	9	12,0	5	20,8	9	13,8	5	14,7
Não	66	88,0	19	79,2	56	86,2	29	85,3
<i>Tratamento preconceituoso por outras detentas devido à condição de detenta</i>								
Sim	27	36,0	4	16,7	25	38,5	6	17,6
Não	48	64,0	20	83,3	40	61,5	28	82,4
<i>Tratamento preconceituoso por outras detentas devido à raça/cor</i>								
Sim	5	6,7	0	0,0	5	7,7	0	0,0
Não	70	93,3	24	100,0	60	92,3	34	100,0
<i>Tratamento preconceituoso por outras detentas devido à condição social</i>								
Sim	24	32,0	2	8,3	22	33,8	4	11,8
Não	51	68,0	22	91,7	43	66,2	30	88,2
<i>Tratamento preconceituoso por outras detentas devido à orientação sexual</i>								
Sim	13	17,3	3	12,5	14	21,5	2	5,9
Não	62	82,7	21	87,5	51	78,5	32	94,1
<i>Tratamento preconceituoso por outras detentas devido à crime cometido</i>								
Sim	14	18,7	4	16,7	16	24,6	2	5,9
Não	61	81,3	20	83,3	49	75,4	32	94,1
<i>Tratamento preconceituoso por outras detentas devido à aparência</i>								
Sim	21	28,0	3	12,5	19	29,2	5	14,7
Não	54	72,0	21	87,5	46	70,8	29	85,3
<i>Risco de agressão física</i>								
Sim	38	50,7	11	45,8	36	55,4	13	38,2
Não	37	49,3	13	54,2	29	44,6	21	61,8
<i>Risco de violência sexual</i>								
Sim	0	0,0	1	4,2	1	1,5	0	0,0
Não	75	100,0	23	95,8	64	98,5	34	100,0
<i>Risco de violência psicológica</i>								
Sim	50	66,7	13	54,2	44	67,7	19	55,9
Não	25	33,3	11	45,8	21	32,3	15	44,1
<i>Risco de ferimento por arma branca</i>								
Sim	18	24,0	7	29,2	17	26,2	8	23,5
Não	57	76,0	17	70,8	48	73,8	26	76,5

<i>Risco de ferimento por arma de fogo</i>								
Sim	14	18,7	6	25,0	13	20,0	7	20,6
Não	61	81,3	18	75,0	52	80,0	27	79,4
<i>Risco de queimadura</i>								
Sim	16	21,3	6	25,0	16	24,6	6	17,6
Não	59	78,7	18	75,0	49	75,4	28	82,4
<i>Risco de explosão</i>								
Sim	24	32,0	9	37,5	22	33,8	11	32,4
Não	51	68,0	15	62,5	43	66,2	23	67,6
<i>Vítima, no último ano, de agressão física</i>								
Sim	14	18,7	2	8,3	12	18,5	4	11,8
Não	61	81,3	22	91,7	53	81,5	30	88,2
<i>Vítima, no último ano, de agressão verbal</i>								
Sim	41	54,7	5	20,8	37	56,9	9	26,5
Não	34	45,3	19	79,2	28	43,1	25	73,5
<i>Vítima, no último ano, de assédio ou agressão sexual</i>								
Sim	0	0,0	1	4,2	1	1,5	0	0,0
Não	75	100,0	23	95,8	64	98,5	34	100,0
<i>Vítima, no último ano, de queda</i>								
Sim	13	17,3	2	8,3	12	18,5	3	8,8
Não	62	82,7	22	91,7	53	81,5	31	91,2
<i>Vítima, no último ano, de tentativa homicídio</i>								
Sim	1	1,3	0	0,0	1	1,5	0	0,0
Não	74	98,7	24	100,0	64	98,5	34	100,0
<i>Tentativa de suicídio no último ano</i>								
Sim	7	9,3	0	0,0	7	10,8	0	0,0
Não	68	90,7	24	100,0	58	89,2	34	100,0

Fonte: Elaborado pelos autores.

Tabela 4. Razões de prevalência brutas, ajustadas dentro dos blocos hierárquicos e ajustadas no modelo final para a presença de sintomas ansiosos em mulheres encarceradas. Juiz de Fora, MG, 2021.

Variável	%	RP bruta (IC95%)	p*	RP ajustada no bloco (IC95%)	p**	RP ajustada - modelo final (IC95%)	p**
Bloco 2 – Variáveis referentes à saúde da mulher privada de liberdade							
<i>Autopercepção da saúde</i>			0,002		0,048		0,071
Boa	66,2	1		1		1	
Ruim	96,8	15,33 (1,97 – 119,67)		8,47 (1,02 - 70,64)		7,16 (0,84 - 60,86)	
<i>Nº de consultas com médico no último ano</i>			0,046		0,046		0,077
> 2	66,0	1		1		1	
≤ 2	86,0	3,18 (1,12 – 9,01)		3,22 (1,02 - 10,17)		2,88 (0,89 - 9,34)	
<i>Presença de sintomas depressivos</i>			< 0,001		< 0,001		0,002
Não	47,1	1		1		1	
Sim	90,8	11,06 (3,77 – 32,46)		7,47 (2,34 - 23,87)		6,42 (1,96 - 21,06)	
Bloco 3 – Variáveis relacionadas ao encarceramento							
<i>Desempenha atividade laboral</i>			0,069		0,019		0,257
Sim	65,0	1		1		1	
Não	83,1	2,64 (1,03 – 6,76)		4,28 (1,27 - 14,43)		1,95 (0,62 - 6,16)	
<i>Satisfação com a escolta/transporte</i>			0,077		0,140		-
Sim	67,9	1		1		-	
Não	87,5	3,31 (1,00 - 10,93)		2,72 (0,72 - 10,30)		-	
<i>Tratamento preconceituoso por funcionárias devido à condição de detenta</i>			0,045		0,658		-
Não	67,8	1		1		-	
Sim	87,5	3,33 (1,12 – 9,84)		1,43 (0,30 - 6,88)		-	
<i>Tratamento preconceituoso por outras detentas devido à condição social</i>			0,043		0,044		0,288
Não	69,9	1		1		1	
Sim	92,3	5,18 (1,12 – 23,83)		9,58 (1,06 - 86,40)		2,51 (0,46 - 13,71)	
<i>Vítima, no último ano, de agressão verbal</i>			0,008		0,177		-
Não	64,2	1		1		-	
Sim	89,1	4,58 (1,55 – 13,56)		2,91 (0,62 - 13,76)		-	

RP: Razão de prevalência; IC95%: Intervalo de confiança.

* Teste qui-quadrado de Pearson.

** Regressão de Poisson com variância robusta.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Tabela 5. Razões de prevalência brutas, ajustadas dentro dos blocos hierárquicos e ajustadas no modelo final para a presença de sintomas depressivos em mulheres encarceradas. Juiz de Fora, MG, 2021.

Variável	%	RP bruta (IC95%)	p*	RP ajustada no bloco (IC95%)	p**	RP ajustada - modelo final (IC95%)	p**
Bloco 1 – Variáveis sociodemográficas e Status Social Subjetivo							
<i>Faixa etária</i>			0,010		-		0,009
30 – 59 anos	55,6	1		-		1	
20 – 29 anos	83,3	4,00 (1,46 – 10,96)		-		4,85 (1,48 - 15,87)	
Bloco 2 – Variáveis referentes à saúde da mulher privada de liberdade							
<i>Autopercepção da saúde</i>			0,005		0,087		-
Boa	55,9	1		1		-	
Ruim	87,1	5,33 (1,68 – 16,90)		2,94 (0,86 - 10,06)		-	
<i>Presença de sintomas depressivos</i>			< 0,001		< 0,001		< 0,001
Não	25,0	1		1		1	
Sim	78,7	11,06 (3,78 – 32,46)		8,22 (2,70 - 25,04)		12,67 (3,92 - 40,98)	
Bloco 3 – Variáveis relacionadas ao encarceramento							
<i>Costuma ficar sozinha</i>			0,100		0,138		-
Sim	51,7	1		1		-	
Não	71,4	2,33 (0,95 - 5,70)		2,15 (0,78 - 5,91)		-	
<i>Satisfação com atividades no presídio</i>			0,066		0,104		-
Sim	59,0	1		1		-	
Não	80,6	2,89 (1,04 - 8,08)		2,58 (0,82 - 8,07)		-	
<i>Tratamento preconceituoso por funcionárias devido à condição de detenta</i>			0,024		0,393		-
Não	55,9	1		1		-	
Sim	80,0	3,15 (1,24 – 7,99)		1,68 (0,51 - 5,53)		-	
<i>Tratamento preconceituoso por outras detentas devido à condição de detenta</i>			0,058		0,997		-
Não	58,8	1		1		-	
Sim	80,6	2,92 (1,06 – 8,04)		1,00 (0,24 - 4,15)		-	
<i>Tratamento preconceituoso por outras detentas devido à condição social</i>			0,033		0,219		-
Não	58,9	1		1		-	
Sim	84,6	3,84 (1,20 – 12,28)		2,58 (0,57 - 11,72)		-	
<i>Tratamento preconceituoso por outras detentas devido ao crime cometido</i>			0,043		0,405		-
Não	60,5	1		1		-	
Sim	88,9	5,22 (1,13 – 24,27)		2,15 (0,35 - 13,07)		-	

<i>Vítima, no último ano, de agressão verbal</i>							
			0,008		0,176		-
Não	52,8	1		1		-	
Sim	80,4	3,67 (1,48 – 9,09)		2,23 (0,70 – 7,10)		-	

RP: Razão de prevalência; IC95%: Intervalo de confiança.

* Teste qui-quadrado de Pearson.

** Regressão de Poisson com variância robusta.

Fonte: Elaborado pelos autores.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos anos 2000, verifica-se o crescimento exponencial do público feminino em privação de liberdade. Contudo, não se observam adequações efetivas seja quanto ao objetivo proposto pelo sistema de reabilitação social, seja quanto à infraestrutura, para atender as necessidades em saúde desta população em sua integralidade. A exposição a um ambiente com condições inadequadas de habitação, superlotação, presença de violências de diversas naturezas e ausência da efetivação de políticas públicas específicas para a preservação da saúde destas mulheres, configuram-se como iniquidades que fragilizam a saúde mental desta população e favorecem o sofrimento psíquico, bem como o desenvolvimento de sintomas ansiosos e/ou depressivos, como visto neste estudo.

Apesar do reconhecimento do sofrimento psíquico e do desenvolvimento de transtornos mentais como problemas de saúde pública a nível mundial nas prisões, são escassos na literatura estudos que abordem a prevalência de transtornos ansiosos ou depressivos e seus fatores associados especificamente na população feminina. Assim, trata-se de uma lacuna importante do conhecimento. Cabe destacar que as mulheres são atravessadas por um processo de saúde e adoecimento distinto de outros gêneros, principalmente em relação aos homens, uma vez que as prisões não foram inicialmente concebidas para estes corpos, tornando-se espaço de exposição de violência e fragilização de indivíduos que já são provenientes de contextos de vulnerabilidade.

A prevalência de sintomas ansiosos encontrada foi de 75,8% (IC95% 66,1% - 83,8%) e depressivos de 65,7% (IC95% 55,4% - 74,9%). Na análise bivariada para os desfechos, foi verificada ainda associação entre a presença de sintomas ansiosos e a autopercepção ruim da saúde, menos de duas consultas com médico no último ano, não desempenhar atividade laboral, nível regular/ruim de satisfação com a escola/transporte, relato de alguns tipos de tratamento preconceituoso por funcionárias ou por outras detentas e ter sido vítima de agressão verbal no último ano. Já sintomas depressivos apresentaram associação a ficar sozinha, nível regular/ruim de satisfação com atividades no presídio, relato de alguns tipos de tratamento preconceituoso por funcionárias ou por outras detentas e ter sido vítima de agressão verbal no último ano.

No modelo final, a presença de sintomas ansiosos associou-se à presença de sintomas depressivos, $RP_{ajustada}$ (IC95%) = 6,42 (1,96 - 21,06). Já a presença de sintomas depressivos associou-se à faixa etária de 20 a 29 anos, $RP_{ajustada}$ (IC95%) = 4,85 (1,48 - 15,87), e à presença de sintomas ansiosos, $RP_{ajustada}$ (IC95%) = 12,67 (3,92 - 40,98). A associação mútua entre os desfechos dialoga com o encontrado na literatura. Uma vez que a presença de ambos seja passível de intervenção, é possível pensar que estratégias para a prevenção e diminuição da presença de um dos tipos de sintomas, potencialmente tenha impacto semelhante sobre no outro.

Sobre a associação entre a presença de sintomas depressivos e a faixa etária de 20 a 29 anos, é possível que esteja relacionada ao histórico prévio de desconhecimento e vergonha das participantes sobre o próprio quadro, junto ao subdiagnóstico de transtorno depressivo, não tendo sido recebido o tratamento adequado antes de se ingressar no sistema prisional. Assim, deve-se garantir adequada avaliação psicológica no momento da admissão deste público para que haja intervenção oportuna sobre a presença de sintomas depressivos. A garantia da preservação da saúde mental destas mulheres durante o período de cumprimento de pena é prevista por lei, sendo que sua deteriorização tem potencial negativo sobre a reabilitação social que teoricamente é o objetivo do sistema vigente.

Apesar de parte das variáveis não ter mantido significância estatística para serem incluídas no modelo final - o que pode ser justificado pelo tamanho da amostra -, os achados apontam para a multiplicidade de fatores que compõe o processo de adoecimento psíquico vivenciado pelas participantes, dialogando com a literatura. Assim, é possível compreender que se deve não só fortalecer as ações e infraestrutura da saúde no estabelecimento penal, como também implementar medidas que palpem a complexidade deste fenômeno, com abordagem que contemple os determinantes sociais e econômicos da saúde mental, tais como lazer, trabalho, educação, segurança, entre outros.

Foi verificado que todas as mulheres apresentaram algum nível de sofrimento psíquico, sendo alarmante o percentual daquelas que apresentaram classificação como sendo grave (43,4% grave). Este dado escancara a necessidade de qualificação da assistência prestada à saúde mental destas mulheres. Neste contexto, instrumentos de rastreio para transtornos de ansiedade ou depressão, ou mesmo para a presença de sintomas, tornam-se chave para a garantia do levantamento de indivíduos que necessitam de ações de saúde. Há na literatura

instrumentos para este fim que são de fácil manuseio, baixo custo e rápida aplicação, tal como o utilizado neste estudo, tornando possível atender a recomendação da OMS de se realizar o rastreio desde o primeiro contato desta população com o sistema prisional, visando possibilitar a garantia da assistência adequada a cada caso.

Dentre as limitações que devem ser consideradas ao se interpretar os resultados aqui descritos, tem-se: o tamanho reduzido da amostra, que apesar do rigor metodológico adotado para prevenir vieses e garantir fidedignidade, pode ter interferido nos resultados; a ausência de padronização na literatura de instrumentos e critérios para rastreio e diagnóstico de ansiedade e depressão, dificultando a comparação de resultados; e o início da pandemia de Covid-19, que ocasionou interrupção da coleta de dados, fazendo com que parte das mulheres não compusessem a amostra final.

Apesar das limitações citadas, entende-se que a este estudo mantém sua relevância, trazendo visibilidade às necessidades da população em questão quanto ao seu adoecimento psíquico, rompendo com o silenciamento que às tangencia, subsidiando elaboração de ações, estratégias e políticas públicas. Trata-se, ainda, de um estudo que explora de maneira multidimensional o fenômeno que até então possui literatura escassa, contribuindo com uma lacuna identificada.

Frente a discussão aqui trazida, é possível refletir a respeito da importância não só de reformulação, ampliação e qualificação da assistência em saúde prestada, mas também de garantia de ações diretamente relacionadas aos determinantes sociais e econômicos da saúde mental da população em questão. Assim, deve-se investir em estratégias de qualificação do tempo ocioso, intervenções para prevenção das situações de violência e maior articulação inter e intrasetorial para garantir efetividade e continuidade das ações iniciadas no estabelecimento penal e que não deveriam ser perdidas após o cumprimento de pena, com ênfase na promoção à saúde.

REFERÊNCIAS

ABDALLA-FILHO, E.; CHALUB, M.; TELLES, L. E. B. (Org.). **Psiquiatria forense de Taborda**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

ADLER, N. E. *et al.* Relationship of subjective and objective social status with psychological and physiological functioning: preliminary data in healthy, white women. **Health Psychology**, [Internet], v. 19, n. 6, p. 586-592, nov. 2000.

AKOTIRENE, C. **Ó pa í, prezada**: Racismo e sexismo institucionais tomando bonde nas penitenciárias femininas. São Paulo: Pólen, 2020.

ALMEIDA, M. Q. *et al.* Mulheres encarceradas: visita íntima, gênero e dignidade sexual. *In*: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE PESQUISA EM PRISÃO, 3., 2017, Recife - PE. **Anais [...]**. Recife - PE: Associação Nacional de Direitos Humanos, Pesquisa e Pós-graduação (ANDHEP), 2017. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/321867811_Mulheres_Encarceradas_Visita_Intima_Genero_e_Dignidade_Sexual. Acesso em: 30 mar. 2020.

ALMEIDA, S. L.. **O que é racismo estrutural?** Belo Horizonte: Letramento, 2018.

ALVES, A. A. M.; RODRIGUES, N. F. E.. Determinantes sociais e económicos da Saúde Mental. **Rev Port Saúde Pública**, [Internet], v. 28, n. 2, p. 127-131, 2010.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**: DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ANGOTTI, B. **Entre as leis da ciência, do estado e de deus**: o surgimento dos presídios femininos no Brasil. 2. ed. San Miguel de Tucumán, Tucumán, Argentina: INIHLEP/UNT, 2018.

ANVISA. **Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 50, de 21 de fevereiro de 2002**. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília, 2002.

AQUINO, L. C. D.. **Autoavaliação do estado de saúde em mulheres privadas de liberdade em Juiz de Fora - MG**. 2020. 152 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora-MG, 2020.

ARAÚJO, F. A. F. M.; NAKANO, T. C.; GOUVEIA, M. L. A.. Prevalência de depressão e ansiedade em detentos. **Aval. Psicol.**, [Internet], v. 8, n. 3, p. 381-390, 2009.

ATABAY, T. (org.). **Mulheres privadas de liberdade**: Um guia de monitoramento com enfoque de gênero. Ferramenta de monitoramento de locais de privação de liberdade. 2. ed. Londres, Reino Unido: PRI and PRT, 2015. Incorpora as Regras Mínimas para o Tratamento de Pessoas Presas revisadas em 2015 (Regras de Nelson Mandela).

AUDI, C. A. F. *et al.* Inquérito sobre condições de saúde de mulheres encarceradas. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 109, p. 112-124, abr./jun. 2016.

BARANYI, G. *et al.* Severe mental illness and substance use disorders in prisoners in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis of prevalence studies. **Lancet Glob. Health**, [Internet], v. 7, n. 4, p. e461-e471, 2019.

BARRETO, M. L. S.. Life after prison: the reflex of prison culture in free individuals. **Psicol cienc prof**, [Internet], v. 26, n. 4, p. 582-593, dez. 2006.

BITENCOURT, C. **Falência da Pena de Prisão: Causas e Alternativas**. 4. ed. São Paulo: Revistas dos Tribunais LTDA, 2011.

BOLTON, M. J.; GUNNELL, D.; TURECKI, G.. Suicide risk assessment and intervention in people with mental illness. **BMJ**, [Internet], v. 351, p. h4978, 2015.

BORGES, J.. **O que é: encarceramento em massa? Belo Horizonte-MG: Letramento: Justificando**, 2018.

BÓS, A. J. G.. **Epi Info® sem mistérios: um manual prático**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2012.

BRASÍL. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. **Diário Oficial da União**: Brasília, 1940.

BRASÍL. Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941. Código Penal. **Diário Oficial da União**: Brasília, 1941.

BRASIL. Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. **Diário Oficial da União**: Brasília, 1984.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, 1988.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília, 1990a.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília, 1990b.

BRASIL. Decreto nº 40, de 15 de fevereiro de 1991. Promulga a Convenção Contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes. **Diário Oficial da União**: Brasília, 1991.

BRASIL. Decreto nº 678, de 6 de novembro de 1992. Promulga a Convenção Americana sobre Direitos Humanos (Pacto de São José da Costa Rica), de 22 de novembro de 1969. **Diário Oficial da União**: Brasília, 1992.

BRASIL. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília, 1996.

BRASIL. Lei nº 9.460, de 04 junho de 1997. Altera o art. 82 da Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984, que institui a Lei de Execução Penal. **Diário Oficial da União**: Brasília, 1997.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**: Brasília, 2001.

BRASIL. Portaria Interministerial nº 1.777, de 09 de setembro de 2003. Aprova o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. **Diário Oficial da União**: Brasília, 2003.

BRASIL. Decreto nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004. Regulamenta as Leis nos 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher**: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Lei nº 11.108, de 07 abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**: Brasília, 2005.

BRASIL. **Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007**. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2007.

BRASIL. Lei nº 11.942, de 28 de maio de 2009. Dá nova redação aos arts. 14, 83 e 89 da Lei no 7.210, de 11 de julho de 1984 – Lei de Execução Penal, para assegurar às mães presas e aos recém-nascidos condições mínimas de assistência. **Diário Oficial da União**: Brasília, 2009.

BRASIL. Portaria MS/GM nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: Brasília, 2010.

BRASIL. Portaria MS/GM nº 3.088, de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. **Relatório Final do I Encontro de Planejamento do Projeto Efetivação dos Direitos das Mulheres no Sistema Penal**. Brasília: DEPEN, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação de Saúde no Sistema Prisional. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

BRASIL. Portaria Interministerial nº 210, de 16 de janeiro de 2014. Institui a Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília, 2014b.

CANAZARO, D.; ARGIMON, I. I. L.. Características, sintomas depressivos e fatores associados em mulheres encarceradas no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, [Internet], v. 26, n. 7, p. 1323-1333, jul. 2010.

CARTER, R. T. *et al.* A Meta-Analytic Review of Racial Discrimination: relationships to health and culture. **Race Soc Probl**, [Internet], v. 11, n. 1, p. 15-32, 17 nov. 2018.

CLOUTIER, G.. Latin America's Female Prisoner Problem: how the war on drugs, feminization of poverty, and female liberation contribute to mass incarceration of women. **Clocks and Clouds**, [Internet], v. 7, n. 1, 2016.

COELHO, M. T. A. D. Concepções de normalidade e saúde mental entre infratores presos de uma unidade prisional da cidade do Salvador. **Ciênc saúde coletiva**, [online], v.14, n.2, p.567-575, 2009.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ). **Geopresídios – Cadastro Nacional de Inspeções em Estabelecimentos Penais (CNIEP)**. 2012. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/sistema-carcerario/geopresidios-page/>. Acesso em: 11 mai. 2020.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ). **Regras de Bangkok**: regras das Nações Unidas para o tratamento de mulheres presas e medidas não privativas de liberdade para mulheres infratoras. Brasília: CNJ, 2016.

CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA (CNPCCP). **Resolução nº 1, de 30 de março de 1999**. Recomenda aos Departamentos Penitenciários Estaduais ou órgãos congêneres seja assegurado o direito à visita íntima aos presos de ambos os sexos, recolhidos aos estabelecimentos prisionais. Brasília, 1999.

CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA (CNPCCP). **Resolução n. 04, de 29 de junho de 2011**. Recomenda aos Departamentos Penitenciários Estaduais ou órgãos congêneres seja assegurado o direito à visita íntima a pessoa presa, recolhida nos estabelecimentos prisionais. Brasília, 2011.

CONSTANTINO, P.; ASSIS, S. G.; PINTO, L. W.. O impacto da prisão na saúde mental dos presos do estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva**, [Internet], v. 21, n. 7, p. 2089-2100, jul. 2016.

DAVIS, A. **As prisões são obsoletas?**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2018.

DEJOURS, C.. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. 5. ed. São Paulo: Cortez - Oboré, 1992.

DEMAKAKOS, P. *et al.* Socioeconomic status and health: the role of subjective social status. **Soc Sci Med**, [Internet], v. 67, n. 2, p. 330-340, jul. 2008.

DEPEN. **Diretrizes para a Convivência Mãe-Filho/a no Sistema Prisional**. Brasília: DEPEN, 2016.

DI SANTIS, B. M.; ENGBRUCH, W.; D'ELIA, F. S.. A evolução histórica do sistema prisional e a Penitenciária do Estado de São Paulo. **Revista Liberdades**, [Internet], n. 11, p.143-160, set./dez. 2012.

ESCRITÓRIO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE DROGAS E CRIME (UNODC). **Regras Mínimas das Nações Unidas para o Tratamento de Reclusos**. Viena, Áustria: UNODC, 2015. (Regras de Nelson Mandela).

EUTENEUER, F.. Subjective social status and health. **Curr Opin Psychiatry**, [Internet], v. 27, n. 5, p. 337-343, set. 2014.

FAZEL, S. *et al.* Mental health of prisoners: prevalence, adverse outcomes, and interventions. **Lancet Psychiatry**, [Internet], v. 3, n. 9, Epub, set. 2016.

FAZEL, S.; SEEWALD, K.. Severe mental illness in 33,588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis. **Br J Psychiatry**, [Internet], v. 200, n. 5, p. 364-373, maio 2012.

FERREIRA, W. A. *et al.* Is subjective social status a summary of life-course socioeconomic position? **CSP**, [Internet], v. 34, n. 5, 28 maio 2018a.

FERREIRA, W. A. *et al.* Validade Concorrente e de Face da Escala de MacArthur para Avaliação do Status Social Subjetivo: Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA-Brasil). **Ciênc Saúde Coletiva**, [Internet], v. 23, n. 4, p. 1267-1280, 2018b.

FOUCAULT, M.. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão; tradução de Raquel Ramallete. Petrópolis, Vozes, 1987.

FONTOURA, N. O.; RIVERO, P. S.; RODRIGUES, R. I.. Segurança pública na Constituição Federal de 1988: continuidades e perspectivas. Políticas Sociais: acompanhamentos e análise. Vinte anos da Constituição Federal. **Boletim IPEA**, v. 3, n. 17, 2009. p.183.

FREITAS, C. R. M.. O cárcere feminino: Do surgimento às recentes modificações introduzidas pela lei de execução penal. **Revista da Faculdade de Direito Padre**

Arnaldo Janssen, [Internet], v. 4, n. 4, p. 125-145, jan./dez. 2012. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/278295426/Freitas-Claudia-Regina-o-Carcere-Feminino-Do-Surgimento-as-Modificacoes>.

FREUD, S.. Além do princípio do prazer (1920). In: FREUD, S.. **Obras completas volume 14**: história de uma neurose infantil, além do princípio do prazer e outros textos. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. Cap. 2. p. 120-178. Tradução por Paulo César de Souza.

FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS (FGV). Diretoria de Análises de Políticas de Públicas. **Encarceramento feminino**. Rio de Janeiro: FGV DAPP, 2018.

GABARDO, M. C. L. G.; MOYSÉS, S. T.; MOYSÉS, S. J.. Autopercepção de saúde bucal conforme o Perfil de Impacto da Saúde Bucal (OHIP) e fatores associados: revisão sistemática. **Rev. Panam. Salud. Publica**, v. 33, n. 6, p. 439-445, 2013.

GIATTI, L. *et al.* Reliability of the MacArthur scale of subjective social status - Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil). **BMC Public Health**, [Internet], v. 12, n. 1, p. 1-7, dez. 2012.

GOFFMAN, E.. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo-SP: Editora Perspectiva, 2005.

GOFFMAN, E. **Estigma**: Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada. Rio de Janeiro: LTC, 1991. Versão digitalizada em 2004, de tradução por Mathias Lambert.

HANEY, C.. The Psychological Impact of Incarceration: Implications for Post-Prison Adjustment. In: "FROM PRISONS TO HOME" CONFERENCE, 2002, Bethesda, Maryland, USA. **Papers**. Bethesda, Maryland, USA: U.S. Department Of Health And Human Services, 2002. p. 76-92.

HELPE, S. S.. **Vidas em jogo**: um estudo sobre mulheres envolvidas com o tráfico de drogas. São Paulo: IBCCRIM, 2014.

HELPE, S. S.. **Depois das grades**: trajetórias de mulheres egressas do sistema prisional. 2019. 245 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2014.

HELPE, S. S.. A superexploração do trabalho antes, durante e depois da prisão. **Entropia**, [Internet], v. 4, n. 7, p. 102-125, maio 2020.

IBGE. **Cidades e Estados**: Juiz de Fora. 2020. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mg/juiz-de-fora.html>. Acesso em: 17 mai. 2020.

INFOPEN. Departamento Penitenciário Nacional. **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias – INFOPEN Mulheres**. 2. ed. Brasília, DF: MJSP/DEPEN, 2018.

INFOPEN. **Levantamento nacional de informações penitenciárias. INFOPEN - Junho de 2014**. Brasília: DEPEN/Ministério da Justiça, 2014.

KOŁODZIEJCZAK, O.; SINCLAIR, S. J.. Barriers and Facilitators to Effective Mental Health Care in Correctional Settings. **J Correct Health Care**, [Internet], v. 24, n. 3, p. 253-263, 24 jun. 2018.

KROENKE, K. *et al.* Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. **Ann Intern Med**, [Internet], v. 146, n. 5, p.317-325, 6 mar. 2007.

KROENKE, K. *et al.* An Ultra-Brief Screening Scale for Anxiety and Depression: The PHQ-4. **Psychosomatics**, [Internet.], v. 50, n. 6, p.613-621, 1 nov. 2009.

KROENKE, K. *et al.* The Patient Health Questionnaire Somatic, Anxiety, and Depressive Symptom Scales: a systematic review. **General Hospital Psychiatry**, [Internet], v. 32, n. 4, p. 345-359, jul. 2010.

KROENKE, K.; SPITZER, R. L.; WILLIAMS, J. B.. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. **J Gen Intern Med**, [Internet], v. 16, n. 9, p.606-613, jul. 2001.

KROENKE, K.; SPITZER, R. L.; WILLIAMS, J. B.. The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. **Med Care**, [Internet], v. 41, n. 11, p.1284-1292, nov. 2003.

LANDI, M. S.. **Relação familiar no cárcere feminino**: o direito de convivência entre detentas e seus filhos. 2018. 75 f. TCC (Graduação) - Curso de Faculdade de Direito, Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro-RJ, 2018.

LAURINDO, C. R.. Drogas, racismo e violência. **Sociedade em Debate**, [Internet], v. 27, n. 2, p. 30-44, 2021.

LIMA, R. S.; BUENO, S.; MINGARDI, G.. Estado, polícias e segurança pública no Brasil. **Rev. direito GV**, [Internet], vol. 12, n. 1, p. 49-85, jan./abr. 2016.

LIMA OSÓRIO, F. *et al.* Study of the Discriminative Validity of the PHQ-9 and PHQ-2 in a Sample of Brazilian Women in the Context of Primary Health Care. **Perspect Psychiatr Care**, [Internet], v. 45, n. 3, p. 216-227, jul. 2009.

LÖWE, B. *et al.* A 4-item measure of depression and anxiety: validation and standardization of the Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) in the general population. **J Affect Disord**, [Internet], v. 122, n. 2, p.86-95, abr. 2010.

LÖWE, B. *et al.* Validation and Standardization of the Generalized Anxiety Disorder Screener (GAD-7) in the General Population. **Med Care**, [Internet], v. 46, n. 3, p.266-274, mar. 2008.

LYNCH, S.; HEATH, N.. Predictors of incarcerated women's postrelease PTSD, depression, and substance-use problems. **J Offender Rehabil**, [Internet], v. 56, n. 3, p. 157-172, abr. 2017.

MAPI RESEARCH INSTITUTE. **Certificate of linguistic validation certificate: general anxiety disorder-7 (GAD-7)**. Lyon, FR: Mapi Research Institute, 2006.

MARTIN, M. S. *et al.* Diagnostic Error in Correctional Mental Health: prevalence, causes, and consequences. **J Correct Health Care**, [Internet], v. 22, n. 2, p. 109-117, 16 mar. 2016.

MARTINS, E. L. C. *et al.* O contraditório direito à saúde de pessoas em privação de liberdade: o caso de uma unidade prisional de Minas Gerais. **Saude soc**, [Internet], v. 23, n. 4, p. 1222-1234, 2014.

MASSIGNAM, F. M.; BASTOS, J. L. D.; NEDEL, F. B.. Discriminação e saúde: um problema de acesso. **Epidemiol. serv. saúde**, [Internet], v. 24, n. 3, p. 544-541, set. 2015.

MENEZES, B. S.; MENEZES, C. P. P. O acesso à saúde no sistema penitenciário: a (in) observância da lei de execuções penais. **Rev Âmbito Jurídico**, [Internet], n. 122, 2014.

MINAYO, M. C. S.; CONSTANTINO, P. (org.). **Deserdados sociais: condições de vida e saúde dos presos do estado do rio de janeiro**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015. 248 p.

MINAYO, M. C. S.; RIBEIRO, A. P.. Condições de saúde dos presos do estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva**, [Internet], v. 21, n. 7, p.2031-2040, jul. 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS); MINISTÉRIO DA JUSTIÇA (MJ). **Nota Técnica, de 13 de novembro de 2015**. Esclarecimento sobre a obrigatoriedade da alimentação do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) pelas equipes de atenção básica prisional (EABp). Brasília, 2015.

MIRANDA, A. E.; ZANDONADE, E.; JOB NETO, F.. Situação de Saúde na população privada de liberdade no Brasil. In: MIRANDA, A. E.; RANGEL, C.; COSTA-MOURA, R. (org.). **Questões sobre a população prisional no Brasil: saúde, justiça e direitos humanos**. Saúde, Justiça e Direitos Humanos. Vitória, ES: UFES, Proex, 2016. Cap. 2. p. 38-53.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA (MJSP). **Sobre o Levantamento Nacional**. 2017. Disponível em: <http://depen.gov.br/DEPEN/depen/sisdepen/infopen>. Acesso em: 11 mai. 2020.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA (MJSP). **SisDepen: Informações penitenciárias consolidarão base de dados nacional**. 2018. Disponível em: <http://depen.gov.br/DEPEN/noticias-1/noticias/sisdepen-informacoes-penitenciarias-consolidarao-base-de-dados-nacional>. Acesso em: 11 mai. 2020.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA (MJSP). **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias**: Dezembro 2019. 2020. Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrljoiZTIkZGJjODQtNmJlMi00OTJhLWFIMDktNzRlNmFkNTM0MWI3IiwidCI6ImViMDkwNDIwLTQ0NGMtNDNmNy05MmWYyLTRiOGRhNmJmZThlMSJ9>. Acesso em: 11 mai. 2020.

MINISTÉRIO DA MULHER, DA FAMÍLIA E DOS DIREITOS HUMANOS (MDH). Secretaria Nacional de Proteção Global. Departamento de Promoção dos Direitos de LGBT. **LGBT nas prisões do Brasil**: diagnóstico dos procedimentos institucionais e experiências de encarceramento. Brasília: MDH, 2020.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Protocolo de Istambul**: manual para a investigação e documentação eficazes da tortura e outras penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes. Genebra, Suíça: ONU, 2001.

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.

PARADIES, Y. *et al.* Racism as a Determinant of Health: a systematic review and meta-analysis. **PLoS One**, [Internet], v. 10, n. 9, p. e0138511, 23 set. 2015.

PAREDES-CARBONELL, J. J. Opportunities for the practice of health promotion: the assets model and NICE guidelines. **Rev Esp Sanid Penit**, [Internet], v. 18, n. 1, 2016.

PASCOE, E. A.; SMART RICHMAN, L.. Perceived discrimination and health: a meta-analytic review. **Psychol Bull**, [Internet], v. 135, n. 4, p. 531-554, 2009.

PRÄG, P.; MILLS, M. C.; WITTEK, R.. Subjective socioeconomic status and health in cross-national comparison. **Soc Sci Med**, [Internet], v. 149, p. 84-92, jan. 2016.

PRINS, Seth J.. Prevalence of Mental Illnesses in U.S. State Prisons: a systematic review. **Psychiatr Serv**, [Internet], v. 65, n. 7, p. 862-872, jul. 2014.

QUEIROZ, N.. **Presos que menstruam**: a brutal vida das mulheres – tratadas como homens – nas prisões brasileiras. 1. ed. São Paulo: Record, 2015.

SAFFIOTI, H. I. B.. **O poder do macho**. São Paulo: Moderna, 1987.

SANTA RITA, R. P.. **Mães e crianças atrás das grades: em questão o princípio da dignidade da pessoa humana**. 2006. 180 f. Dissertação (Mestrado) – Pós-graduação em Política Social, Departamento de Serviço Social, Instituto de Ciências Humanas, Universidade de Brasília, Brasília, 2006.

SANTOS, I. S. *et al.* Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral. **Cad Saúde Pública**, [Internet], v. 29, n. 8, p.1533-1543, ago. 2013.

SANTOS, M. M.; BARROS, C. R. S.; ANDREOLI, S. B.. Fatores associados à depressão em homens e mulheres presos. **Rev Bras Epidemiol**, [Internet], v. 22, E190051, 23 set. 2019.

SANTOS, M. V. *et al.* A saúde física de mulheres privadas de liberdade em uma penitenciária do estado do Rio de Janeiro. **Esc. Anna Nery**, [Internet], v. 21, n. 2, 2017.

SANTOS, M. V. *et al.* Protecting factors of the mental health of incarcerated women: a descriptive-exploratory study. **Online Braz J Nurs**, [Internet], v. 16, n. 4, p. 471-479, ago. 2018.

SCHMITT, H. B. *et al.* **Políticas Públicas e Atenção à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade**. Florianópolis: UFSC, 2014.

SCOTT, K. M. *et al.* Associations Between Subjective Social Status and DSM-IV Mental Disorders. **JAMA Psychiatry**, [Internet], v. 71, n. 12, p. 1400-1408, 1 dez. 2014.

SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA (SEJUSP). **Risp – Região Integrada de Segurança Pública**. 2008. Disponível em: <http://www.seguranca.mg.gov.br/ajuda/page/334-Integra>. Acesso em: 17 mai. 2020.

SILVA, A. A. *et al.* Saúde no presídio: análise da saúde dos privados de liberdade. **Revista Interdisciplinar em Saúde**, [Internet], v. 6, n. 1, p. 70-84, abr./jun. 2019.

SILVA, W. L. F. *et al.* Prevalência de sofrimento psíquico em pessoas idosas: um estudo de base comunitária. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, [Internet], v. 23, n. 5, p. 200246-200246, 2020.

SIMÕES, K. G.. Etnografia na Ala Feminina da Cadeia Pública de Cascavel- PR. **Ponto Urbe**, [Internet], n. 14, p.1-9, 8 ago. 2014.

SIROTICH, F.. Correlates of Crime and Violence among Persons with Mental Disorder: an evidence-based review. **Brief Treatment And Crisis Intervention**, [Internet], v. 8, n. 2, p. 171-194, maio 2008.

SOARES FILHO, M. M.; BUENO, P. M. M. G.. Demografia, vulnerabilidades e direito à saúde da população prisional brasileira. **Ciênc. Saúde Coletiva**, [Internet], v. 21, n. 7, p. 1999-2010, jul. 2016.

SOUSA, A. N.. Monitoramento e avaliação na atenção básica no Brasil: a experiência recente e desafios para a sua consolidação. **Saúde Debate**, [Internet], v. 42, n. spe1, p. 289-301, set. 2018.

STANHOPE, J. Patient Health Questionnaire-4. **Occupational Medicine**, [Internet], v. 66, n. 9, p. 760-761, 2016.

STANTON, A. E.; KAKO, P.; SAWIN, K. J.. Mental Health Issues of Women After Release From Jail and Prison: A Systematic Review. **Issues Ment Health Nurs**, [Internet], v. 37, n. 5, p. 299-331, 2016.

STOPA, S. R. *et al.* Prevalência do autorrelato de depressão no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Rev. bras. epidemiol.**, [Internet], v. 18, n. suppl 2, dez. 2015.

TALBOT, J.; PRAIS, V.; ROPE, O.. **Women in prison: mental health and well-being.** A guide for prison staff. London, UK: PRI and PRT, 2020.

THOMPSON, A. **A Questão Penitenciária.** 5. ed. Rio de Janeiro: Ed. Forense, 2002. 2º tiragem.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE MINAS GERAIS (TJMG). **Comarca de Juiz de Fora ganha novo presídio feminino.** 2018. Disponível em: <https://www.tjmg.jus.br/portal-tjmg/noticias/comarca-de-juiz-de-fora-ganha-novo-presidio-feminino.htm>. Acesso em: 22 abr. 2020.

UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME (UNDP). **Tackling social norms: a game changer for gender inequalities.** New York: UNDP, 2020.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA (UFSC). Programa de Valorização da Atenção Básica. Centro de Ciências da Saúde. Curso de Atenção à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade – Modalidade a Distância. **Atenção à saúde da mulher privada de liberdade.** Florianópolis: UFSC, 2015.

VALIM, E. M. A.; DAIBEM, A. M. L.; HOSSNE, W. S.. Atenção à saúde de pessoas privadas de liberdade. **Rev Bioét**, [Internet], v. 26, n. 2, p. 282-290, abr./jun. 2018.

VICTORA, C. G. *et al.* The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. **Int J Epidemiol**, [Internet], v. 26, n. 1, p. 224-7, 1997.

WACQUANT, L.. **Punir os pobres: a nova gestão da miséria nos Estados Unidos.** Rio de Janeiro: F. Bastos, 2001, Renan, 2003.

WACQUANT, L.. **As prisões da miséria.** Curitiba: Coletivo Sabotagem, 2004.

WHITEHEAD, M.. The Concepts and Principles of Equity and Health. **Int J Health Serv**, [Internet], v. 22, n. 3, p. 429-445, jul. 1992.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Department of Mental health and Substance Dependence. **Gender disparities in mental health.** Geneva, Switzerland: WHO, [200-].

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Women's health in prison: correcting gender inequity in prison health.** Geneva, Switzerland: WHO, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Prisons and Health.** Geneva, Switzerland: WHO, 2014.

WORLD PRISON BRIEF (WPF). **The World Prison Brief**. 2020. Disponível em: <https://www.prisonstudies.org/>. Acesso em: 11 mai. 2020.

ZACCARON, R.; D'ELY, R. C. S. F.; XHAF AJ, D. C. P.. Estudo piloto: um processo importante de adaptação e refinamento para uma pesquisa quase experimental em aquisição de L2. **Revista do GELNE**, [Internet], v. 20, n. 1, p. 30-41, 2018.

ZELL, E.; STRICKHOUSER, J. E.; KRIZAN, Z.. Subjective social status and health: a meta-analysis of community and society ladders. **Health Psychol**, [Internet], v. 37, n. 10, p. 979-987, out. 2018.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Tabela 1. Critérios de infraestrutura dos estabelecimentos penais por tipo de unidade e nível de federação

(continua)

CRITÉRIO	UNIDADES MISTAS						UNIDADES FEMININAS			
	BRASIL		MINAS GERAIS		JUIZ DE FORA		BRASIL		MINAS GERAIS	
	Sim (%)	Não (%)	Sim (%)	Não (%)	Sim (%)	Não (%)	Sim (%)	Não (%)	Sim (%)	Não (%)
Adaptado para estabelecimento penal	43,0	57,0	40,0	60,0	0,0	100,0	38,6	61,4	35,7	64,3
Há cela adequada/dormitório para gestantes*	5,1	94,9	0,0	100,0	0,0	100,0	51,4	48,6	50,0	50,0
Possui berçário e/ou centro de referência materno-infantil*	3,7	96,3	0,0	100,0	0,0	100,0	41,3	58,7	16,7	83,3
Possui creche*	0,5	99,5	0,0	100,0	0,0	100,0	11,0	89,0	8,3	91,7
Possuem serviços de saúde terceirizados	8,3	91,7	4,0	96,0	0,0	100,0	14,9	85,1	21,4	78,6
Possui módulo de saúde:	72,6	27,4	97,3	2,7	100,0	0,0	89,5	10,5	100,0	0,0
Possui consultório médico	50,4	49,6	56,0	44,0	100,0	0,0	76,3	23,7	78,6	21,4
Consultório médico é utilizado para outras finalidades*	63,8	36,2	81,0	19,0	0,0	100,0	52,9	47,1	36,4	63,6
Possui sala de curativos, suturas, vacinas e posto de enfermagem	50,4	49,6	72,0	28,0	100,0	0,0	66,7	33,3	64,3	35,7
Sala de curativos, suturas, vacinas e posto de enfermagem utilizada para outras finalidades*	60,3	39,7	68,5	31,5	0,0	100,0	57,9	42,1	55,6	44,4
Possui módulo de educação	60,9	39,1	69,3	30,7	100,0	0,0	90,4	9,6	100,0	0,0
Possui sala de aula	50,9	49,1	56,0	44,0	100,0	0,0	84,2	15,8	100,0	0,0
Possui sala de informática	11,7	88,3	12,0	88,0	100,0	0,0	22,8	77,2	50,0	50,0

APÊNDICE A – Tabela 1. Critérios de infraestrutura dos estabelecimentos penais por tipo de unidade e nível de federação

(continua)

CRITÉRIO	UNIDADES MISTAS						UNIDADES FEMININAS			
	BRASIL		MINAS GERAIS		JUIZ DE FORA		BRASIL		MINAS GERAIS	
	Sim (%)	Não (%)	Sim (%)	Não (%)	Sim (%)	Não (%)	Sim (%)	Não (%)	Sim (%)	Não (%)
Possui biblioteca	42,2	57,8	50,7	49,3	100,0	0,0	72,8	27,2	78,6	21,4
Possui módulo de oficinas	28,7	71,3	30,7	69,3	100,0	0,0	64,0	36,0	85,7	14,3
Há local específico para visitaçã	54,3	45,7	72,0	28,0	100,0	0,0	67,5	32,5	85,7	14,3
Há local específico para visita íntima	33,5	66,5	69,3	30,7	100,0	0,0	48,2	51,8	57,1	42,9
Há sala de atendimento para o serviço social	68,3	31,7	78,7	21,3	100,0	0,0	86,8	13,2	92,9	7,1
Há sala exclusiva de atendimento para o serviço social*	41,4	58,6	50,8	49,2	100,0	0,0	39,4	60,6	46,2	53,8
Há sala de atendimento para o serviço social, mas de uso compartilhado*	58,6	41,4	49,2	50,8	0,0	100,0	60,6	39,4	53,8	46,2
Há sala de atendimento para a psicologia	62,6	37,4	76,0	24,0	100,0	0,0	83,3	16,7	85,7	14,3
Há sala exclusiva de atendimento para a psicologia*	43,8	56,3	52,6	47,4	0,0	100,0	40,0	60,0	41,7	58,3
Há sala de atendimento para a psicologia, mas de uso compartilhado*	56,3	43,8	47,4	52,6	100,0	0,0	60,0	40,0	58,3	41,7
Há local destinado ao atendimento jurídico gratuito no estabelecimento	73,9	26,1	92,0	8,0	100,0	0,0	91,2	8,8	92,9	7,1
Há local exclusivo ao atendimento jurídico gratuito no estabelecimento*	27,6	72,4	37,7	62,3	0,0	100,0	34,6	65,4	38,5	61,5

APÊNDICE A – Tabela 1. Critérios de infraestrutura dos estabelecimentos penais por tipo de unidade e nível de federação

(conclusão)

CRITÉRIO	UNIDADES MISTAS						UNIDADES FEMININAS			
	BRASIL		MINAS GERAIS		JUIZ DE FORA		BRASIL		MINAS GERAIS	
	Sim (%)	Não (%)	Sim (%)	Não (%)	Sim (%)	Não (%)	Sim (%)	Não (%)	Sim (%)	Não (%)
Há local destinado ao atendimento jurídico gratuito no estabelecimento, mas de uso compartilhado*	38,8	61,2	31,9	68,1	100,0	0,0	47,1	52,9	53,8	46,2
Há ala destinada exclusivamente às pessoas privadas de liberdade que se declarem lésbicas, gays, bissexuais e transexuais	2,6	97,4	1,3	98,7	0,0	100,0	0,9	99,1	0,0	100,0
Há cela destinada exclusivamente às pessoas privadas de liberdade que se declarem lésbicas, gays, bissexuais e transexuais	6,5	93,5	6,7	93,3	0,0	100,0	4,4	95,6	0,0	100,0
Há ala exclusivamente para idosos	1,7	98,3	0,0	100,0	0,0	100,0	1,8	98,2	0,0	100,0
Há cela exclusivamente para idosos*	4,4	95,6	1,3	98,7	0,0	100,0	9,8	90,2	0,0	100,0
Há acessibilidade para pessoas com deficiência	7,0	93,0	4,0	96,0	0,0	100,0	24,6	75,4	21,4	78,6

*Calculado percentual válido para nível nacional e estadual devido existência de valores omissos na base de dados.

Obs: O município de Juiz de Fora-MG não possui penitenciária exclusivamente feminina, mas sim um anexo feminino em uma penitenciária mista, única do município, que comporta todos os dados.

Fonte: Adaptado do Ministério da Justiça e da Segurança Pública (2020)²⁹

²⁹ Os dados foram retirados da base de dados disponibilizada na íntegra referente a julho a dezembro de 2019 e analisados no software Excel 2019.

APÊNDICE B – Tabela 2. Perfil sociodemográfico de pessoas privadas de liberdade por nível de federação e gênero

(Continua)

	BRASIL			MINAS GERAIS			JUIZ DE FORA		
	Masculino (%)	Feminino (%)	Total (%)	Masculino (%)	Feminino (%)	Total (%)	Masculino (%)	Feminino (%)	Total (%)
FAIXA ETÁRIA									
Jovem (18 a 29 anos)	47,2	2,0	49,2	47,6	1,6	49,2	46,4	1,8	48,1
Adulto (30 a 60 anos)	45,9	2,7	48,5	46,9	2,4	49,3	47,1	3,6	50,7
Idoso (61 anos ou mais)	1,4	0,1	1,5	1,4	0,1	1,5	1,1	0,0	1,2
N/I	0,7	0,0	0,7	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
Total	95,2	4,8	100,0	95,9	4,1	100,0	94,6	5,4	100,0
RAÇA/COR									
Branco	30,0	1,5	31,5	23,3	1,1	24,4	21,8	1,4	23,2
Preto	15,7	0,7	16,4	22,2	0,9	23,1	34,9	1,8	36,7
Pardo	46,2	2,5	48,7	45,6	1,9	47,5	35,9	2,1	38,0
Amarela	0,7	0,0	0,8	1,6	0,1	1,7	0,5	0,1	0,6
Indígena	0,2	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
N/I	2,3	0,1	2,4	3,2	0,2	3,4	1,5	0,0	1,5
Total	95,2	4,8	100,0	95,8	4,2	100,0	94,6	5,4	100,0

APÊNDICE B – Tabela 2. Perfil sociodemográfico de pessoas privadas de liberdade por nível de federação e gênero

(Continua)

	BRASIL			MINAS GERAIS			JUIZ DE FORA		
	Masculino (%)	Feminino (%)	Total (%)	Masculino (%)	Feminino (%)	Total (%)	Masculino (%)	Feminino (%)	Total (%)
ESTADO CIVIL									
Solteiro	52,2	2,9	55,1	64,5	2,6	67,1	66,3	3,6	69,9
União estável	24,4	1,2	25,5	1,8	0,2	1,9	1,1	0,2	1,2
Casado	7,9	0,4	8,3	8,7	0,4	9,0	8,1	0,4	8,5
Separado	1,0	0,1	1,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
Divorciado	1,3	0,1	1,4	1,2	0,1	1,3	0,7	0,1	0,8
Viúvo	0,6	0,1	0,7	0,5	0,1	0,6	0,7	0,1	0,8
N/I	7,7	0,2	7,9	19,2	0,8	20,0	17,8	1,0	18,8
Total	95,0	5,0	100,0	95,9	4,1	100,0	94,6	5,4	100,0
GRAU DE INSTRUÇÃO									
Analfabeto	2,8	0,1	2,9	2,0	0,1	2,1	1,3	0,0	1,3
Alfabetizado	4,8	0,2	5,0	5,7	0,2	5,9	9,0	0,3	9,3
Ensino fundamental incompleto	45,9	2,1	48,0	50,7	1,9	52,7	58,0	3,1	61,0
Ensino fundamental completo	12,0	0,6	12,5	11,1	0,4	11,5	8,9	0,7	9,6

APÊNDICE B – Tabela 2. Perfil sociodemográfico de pessoas privadas de liberdade por nível de federação e gênero

(Conclusão)

	BRASIL			MINAS GERAIS			JUIZ DE FORA		
	Masculino (%)	Feminino (%)	Total (%)	Masculino (%)	Feminino (%)	Total (%)	Masculino (%)	Feminino (%)	Total (%)
Ensino médio incompleto	14,8	0,8	15,5	13,1	0,6	13,8	8,5	0,4	8,9
Ensino médio completo	9,5	0,7	10,2	7,5	0,5	8,1	5,5	0,7	6,2
Ensino superior incompleto	0,9	0,1	1,0	0,8	0,1	0,8	0,7	0,0	0,7
Ensino superior completo	0,6	0,1	0,6	0,4	0,1	0,5	0,3	0,1	0,4
Ensino acima de superior completo	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1
N/I	3,9	0,2	4,1	4,3	0,3	4,6	2,4	0,0	2,5
Total	95,2	4,8	100,0	95,8	4,2	100,0	94,6	5,4	100,0

Fonte: Adaptado do Ministério da Justiça e da Segurança Pública (2020)³⁰

³⁰ Os dados foram retirados da base de dados disponibilizada na íntegra referente a julho a dezembro de 2019 e analisados no software Excel 2019.

APÊNDICE C – Tabela 3. Condições dos estabelecimentos penais de obterem informações sociodemográficas nos registros por nível de federação

Informações a serem obtidas no registro	BRASIL				MINAS GERAIS				JUIZ DE FORA			
	NTC (%)	TCP (%)	TC (%)	Total (%)	NTC (%)	TCP (%)	TC (%)	Total (%)	NTC (%)	TCP (%)	TC (%)	Total (%)
Faixa etária	11,4	18,5	70,1	100,0	0,4	1,3	98,3	100,0	0,0	25,0	75,0	100,0
Raça/cor	14,2	19,4	66,4	100,0	0,0	0,9	99,1	100,0	0,0	25,0	75,0	100,0
Estado civil	19,0	20,4	60,6	100,0	0,9	1,3	97,9	100,0	0,0	25,0	75,0	100,0
Grau de instrução	13,0	21,7	65,2	100,0	0,4	1,7	97,9	100,0	0,0	25,0	75,0	100,0

Legenda: NTC = Não tem condições de obter estas informações em seus registros, TCP = Tem condições de obter estas informações em seus registros para parte das pessoas privadas de liberdade, TC = tem condições de obter estas informações em seus registros para todas as pessoas privadas de liberdade

Fonte: Adaptado do Ministério da Justiça e da Segurança Pública (2020)³¹

³¹ Os dados foram retirados da base de dados disponibilizada na íntegra referente a julho a dezembro de 2019 e analisados no software Excel 2019.

APÊNDICE D – Artigo submetido a periódico científico³²**Revisão integrativa sobre ansiedade e depressão em mulheres privadas de liberdade: contribuições para a Atenção Primária à Saúde**

Integrative review on anxiety and depression in women deprived of liberty: contributions to Primary Health Care

RESUMO

Pessoas privadas de liberdade apresentam pior qualidade na saúde mental em comparação à população geral, sendo os transtornos mentais mais prevalentes a ansiedade e a depressão, com prevalências superiores na população feminina. Contudo, há poucos estudos que abordem exclusivamente a população encarcerada feminina, explorando os fatores associados; além dos estudos mistos por vezes não trazerem dados discriminados por gênero. Este estudo teve como objetivo identificar a prevalência de ansiedade e depressão em mulheres encarceradas, e os fatores associados. Trata-se de uma Revisão integrativa conduzida nas bases BDEF, IBECs, LILACS e Medline, acessadas via BVS, além da SciELO. Os critérios de inclusão foram artigos em português ou inglês, de delineamento transversal, com prevalência de ansiedade e/ou depressão em mulheres privadas de liberdade com 18 anos ou mais publicados entre 2015 e 2020. Foi realizada leitura do título, do resumo e do manuscrito como um todo para a seleção. Foram identificados 157 artigos, permanecendo 11 após os critérios de inclusão e de exclusão. Verificou-se elevadas prevalências de transtornos depressivos e ansiosos, com fatores associados às condições de vida, de encarceramento e de saúde. O conhecimento dos fatores associados aos dois transtornos mentais mais prevalentes faz-se essencial para que as equipes da Atenção Primária à Saúde possam ampliar e qualificar os serviços ofertados, visando garantia de atenção integral.

PALAVRAS-CHAVE: Prisões. Mulheres. Saúde da Mulher. Saúde Mental.

ABSTRACT

People deprived of liberty have a worse quality of mental health compared to the general population, with the most prevalent mental disorders being anxiety and depression, with higher prevalence in the female population. However, there are few studies that exclusively address the female incarcerated population, exploring associated factors; in addition, mixed studies sometimes do not bring data broken down by gender. This study aimed to identify the prevalence of anxiety and depression in incarcerated women, and associated factors. This is an integrative review conducted in the BDEF, IBECs, LILACS and Medline databases, accessed via the VHL, in addition to SciELO. The inclusion criteria were articles in Portuguese or English, with a cross-sectional design, with prevalence of anxiety and/or depression in women deprived of liberty aged 18 years or more, published between 2015 and 2020. The title, abstract and manuscript as a whole were read for selection. 157 articles were identified, 11 remaining after the inclusion and exclusion criteria. There was a high prevalence of depressive and anxiety disorders, with factors associated with living, incarceration and health conditions. Knowledge of the factors associated with the two most prevalent mental disorders is essential so that the Primary Health Care teams can expand and qualify the services offered, in order to ensure comprehensive care.

KEYWORDS: Prisons. Women. Women's Health. Mental Health.

³² O artigo segue as orientações de apresentação fornecidas pela revista a que foi submetido.

INTRODUÇÃO

Atualmente quase 11 milhões de pessoas encontram-se em privação de liberdade no mundo, sendo que em números absolutos o Brasil ocupa a terceira posição, atrás apenas dos Estados Unidos e da China. De 223 países analisados, 121 (54%) apresentam taxa de ocupação superior a 100%.¹ A passagem pelo sistema prisional pode desencadear problemas de saúde ou mesmo agravar os preexistentes devido às péssimas condições de infraestrutura, insalubridade, superlotação, exposição a violências e agressões de ordem física, moral e simbólica, além de dificuldade de acesso à assistência à saúde.²

Dentro do contexto saúde, o sofrimento psíquico e o subsequente desenvolvimento de transtornos mentais nas prisões é uma questão de saúde pública reconhecida mundialmente. As evidências mostram que pessoas privadas de liberdade (PPL) apresentam pior qualidade na saúde mental quando comparado com a população em geral. Dentre os transtornos mentais, a ansiedade e depressão encontram-se como os mais prevalentes entre mulheres encarceradas.³⁻⁴ As condições de vida, de uma forma geral, às quais essas mulheres estiveram expostas antes da privação de liberdade, aliadas ao histórico de saúde e questões inerentes ao próprio encarceramento configuram-se como elementos fundamentais para compreender esses e outros transtornos relacionados à saúde mental.

Para as PPL, há de saber que o sofrimento psíquico durante o cumprimento de pena impacta sobre a capacidade de ressocialização, estando relacionado com aumento das chances de envolvimento de drogas, reincidência criminal e (re)vitimização por violência interpessoal, especialmente entre as mulheres.⁵ Nowotny et al.⁶ apontam que o período de privação de liberdade pode ser uma grande oportunidade para implementação de serviços de saúde para uma população normalmente marginalizada pelas políticas públicas, sendo que a promoção de saúde mental vindo sendo defendida enquanto prioridade.

Contudo, para que essa implementação seja efetiva, faz-se necessário conhecer as demandas dessa população, respeitando as especificidades de gênero que atravessam os estabelecimentos penais,⁷ compreendendo que apesar do adoecimento ser passível de atingir a toda a população, os fatores relacionados, que serão objeto de intervenção, poderão ser distintos. Neste contexto, as equipes de Atenção Primária Prisional desempenham importante papel com ações voltadas a prevenção e promoção da saúde.⁸⁻⁹ Mesmo quando ausentes, deve-se ter uma Unidade de Atenção Primária à Saúde de referência que têm a mesma responsabilidade para a garantia da atenção integral à esta população, coordenando o a Rede de Atenção à Saúde (RAS) e coordenando o cuidado.⁹

A partir disto, este estudo objetiva identificar a prevalência de ansiedade e depressão em mulheres adultas privadas de liberdade e seus fatores relacionados, para se que possa identificar

apropriadamente objetos de intervenção e futuros investimentos quanto a assistência em saúde, respeitando a especificidade de gênero, contribuindo com a elaboração de políticas públicas e atuação dos gestores.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, de natureza quantitativa e qualitativa, de delineamento exploratório e descritivo. Foi conduzida por dois pesquisadores independentes, tendo sido a coleta de dados realizada no período de setembro a outubro de 2020, e análise de dados realizada no período de novembro a dezembro de 2020.

Entende-se que a revisão integrativa reúne e sintetiza pesquisas relevantes, a partir de uma questão norteadora, de maneira sistematizada e ordenada, contribuindo para a construção de conhecimento de uma área particular de estudo, com potencial para apontar lacunas. Para a realização desta revisão, foram utilizadas as seguintes fases: formulação da pergunta; localização dos estudos; avaliação crítica dos estudos; coleta de dados; análise e apresentação dos dados; interpretação dos dados; aprimoramento e atualização da revisão.¹⁰

A busca foi realizada através: 1) da Biblioteca Virtual da Saúde, usando o banco de dados da Base de Dados de Enfermagem (BDENF), a Index Psicologia - Periódicos técnico-científicos; o Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde (IBECS), o banco de Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e da Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line (Medline); 2) da Biblioteca Eletrônica Científica Online (SciELO). Estas fontes de dados foram escolhidas devido ao perfil deste estudo que visa explorar as literaturas nacionais e internacionais sobre o tema.

Para que a pesquisa fosse realizada nas fontes referidas, utilizou-se de estratégias de buscas distintas, atendendo às especificidades de cada uma, buscando potencializar o quantitativo e qualidade dos artigos a serem encontrados, podendo ser verificada no Quadro 1.

Quadro 1 – Fontes de dado e estratégias de busca utilizadas

Fonte de dado	Estratégia de busca
BVS	(ti:(Prisão OR Prisões OR Prisioneir\$ OR Encarcerad\$ OR Priso\$ OR Incarcerated OR inmates)) AND (tw:(Depressão OR Ansiedade OR Depression OR Anxiety)) AND (tw:(Mulher OR Mulheres OR Wom?n OR Female))
SciELO	

Fonte: elaborada pelo autor

Os critérios de inclusão definidos para a seleção dos artigos foram: artigos publicados em

português ou inglês; de delineamento transversal; que trouxessem a prevalência de ansiedade e/ou depressão em mulheres privadas de liberdade com 18 anos ou mais; publicados entre 2015 a 2020.

Foram excluídos estudos que não versavam diretamente sobre a temática pesquisada, que continham amostras compostas exclusivamente por população do sexo masculino ou idosa e que tiveram os dados coletados no ano de 2020, com vistas a não incorrer em influências sobre os achados em função da pandemia da Covid-19. Quando repetidos, os artigos foram contabilizados na fonte de dados em que apareceram primeiro, bem como na base de dados em que primeiro apareceram.

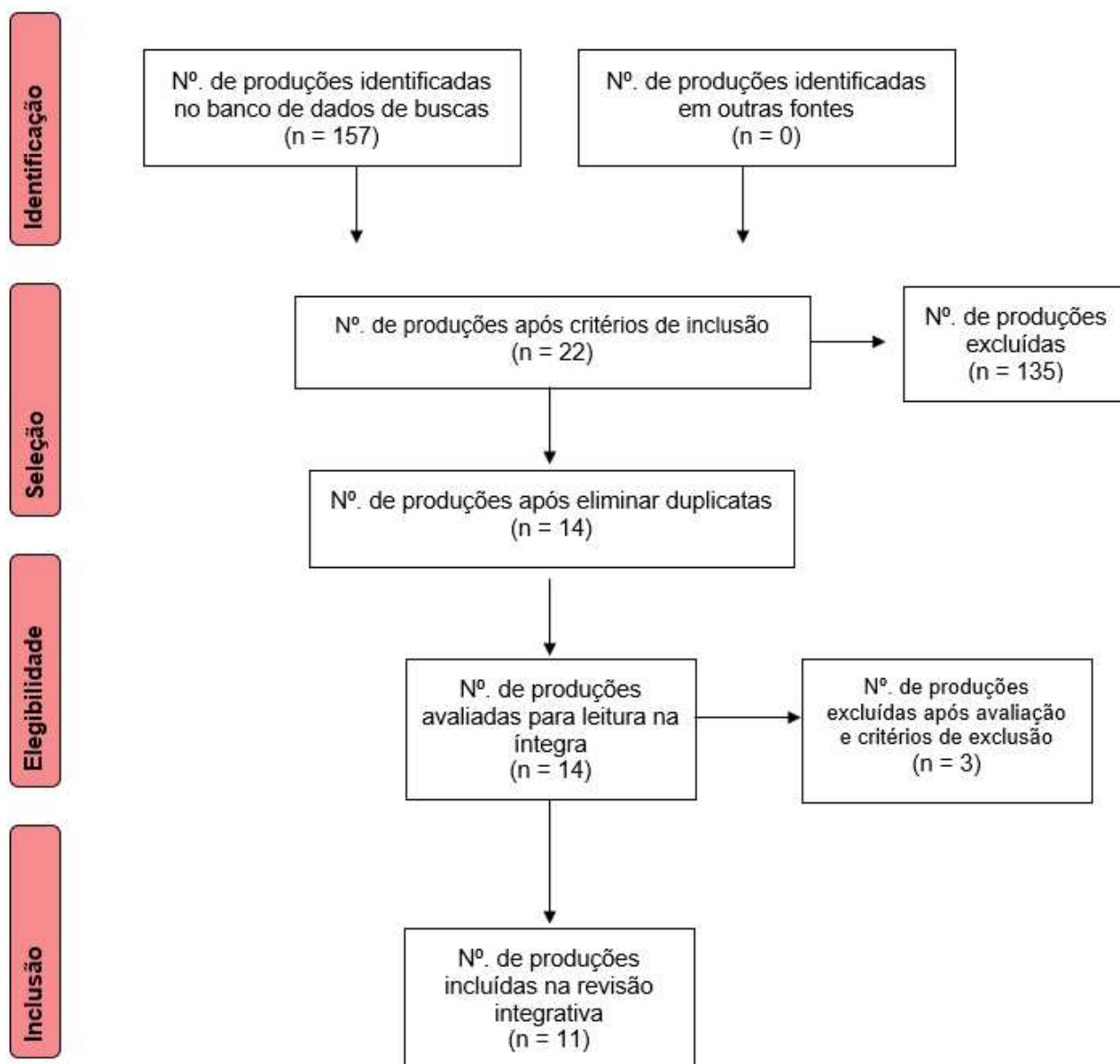
Para primeira avaliação, foi realizada a leitura do título e do resumo dos artigos em conformidade com os critérios de inclusão e rejeitando aqueles que se enquadraram nos critérios de exclusão. Quando não houve certeza da rejeição, o estudo foi lido na íntegra, para análise secundária. O total de artigos selecionados para o estudo foi proveniente destes dois momentos de análise.

Visando sistematização da coleta de dados, foi elaborada planilha a partir dos procedimentos propostos por Cunha¹⁰, sendo que cada artigo recebeu uma identificação a partir do alfabeto em letra maiúscula para facilitar visualização dos dados, em que as dimensões foram: a) Título do artigo; b) Autores; c) Idioma de publicação; d) Ano de publicação; e) Fonte de dados e Base de Dados (quando aplicável); f) Periódico; g) Objetivos do estudo; h) Local de coleta de dados e amostra do estudo; i) Delineamento do estudo; j) Nível de Evidência; k) Critério diagnóstico ou instrumento de rastreio utilizado para constatar depressão e/ou ansiedade; l) Prevalência de ansiedade e/ou depressão em mulheres privadas de liberdade (MPL), e, quando explicitado, os fatores relacionados segundo o estudo.

A análise quantitativa se deu através do cálculo de frequências, em que buscou-se traçar o perfil da produção científica. A análise qualitativa compreendeu as seguintes etapas: a) recuperação das referências e leitura do material para identificar as informações relevantes ao tema; b) estabelecimento de relações entre as informações e os dados obtidos no problema proposto; c) análise da consistência das informações e dados apresentados pelos autores; e d) interpretação dos resultados evidenciados.

RESULTADOS

A partir da estratégia de busca, foram identificados 157 artigos científicos elegíveis para o estudo. Após aplicar os critérios de seleção e de exclusão, obteve-se um total de 11 artigos. Devido ao limitado número de artigos identificados, optamos pela manutenção daqueles que não apresentaram diretamente a prevalência de um ou mais dos transtornos mentais, mas que traziam informações dos escores de adoecimento e fatores associados. Pode-se verificar o processo de seleção na Figura 1.

Figura 1 – Fluxograma adaptado da diretriz PRISMA

Fonte: elaborada pelo autor

A maioria dos artigos encontram-se indexados na Medline (75%), tendo sido encontrados através do acesso à BVS, estando os demais indexados na SciELO (25%). Dos artigos selecionados, apenas 2 (16,7%) encontram-se redigidos em português. Apenas duas revistas apareceram com mais de uma publicação: Revista Española de Sanidad Penitenciaria com 2 (16,7%); e Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology também com 2 (16,7%). Houve maior número de publicações no ano de 2019 (33,3%) (Quadro 2).

Quadro 2 – Quadro sinóptico com as informações relativas à publicação dos artigos selecionados.

Id	Título do artigo	Autores	Idioma de publicação	Ano de publicação	Fonte de dados e Base de Dados (quando aplicável)	Periódico
A	Child abuse, drug addiction and mental health problems of incarcerated women in Israel.	Chen, Gila; Gueta, Keren.	in	2015	BVS / MedLine	International Journal of Law and Psychiatry
B	Healthcare delivery for women in prison: a medical record review.	Abbott, Penelope; Magin, Parker; Hu, Wendy.	in	2016	BVS / MedLine	Australian Journal of Primary Health
C	O impacto da prisão na saúde mental dos presos do estado do Rio de Janeiro, Brasil	Constantino, Patricia; Assis, Simone Gonçalves de; Pinto, Liana Wernersbach.	pt	2016	SciELO	Ciência & Saúde Coletiva
D	Trauma experiences and mental health among incarcerated women.	Green, Bonnie L; Dass-Brailsford, Priscilla; Hurtado de Mendoza, Alejandra; Mete, Mihriye; Lynch, Shannon M; DeHart, Dana D; Belknap, Joanne.	in	2016	BVS / MedLine	Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy
E	Assessing needs for psychiatric treatment in prisoners: 1. Prevalence of disorder.	Bebbington, Paul; Jakobowitz, Sharon; McKenzie, Nigel; Killaspy, Helen; Iveson, Rachel; Duffield, Gary; Kerr, Mark.	in	2017	BVS / MedLine	Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology
F	Factors related to psychopathological symptoms of female inmates of a prison in Lima	Esteban-Febres, S; Enoki-Miñano, K; Escudero-Moreira, T; La Cunza-Peña, M; Quispe-Gutiérrez, Y.	in	2019	BVS / MedLine	Revista Española de Sanidad Penitenciaria
G	Fatores associados à depressão em homens e mulheres presos	Santos, Maíra Mendos; Barros, Claudia Renata dos Santos; Andreoli, Sérgio Baxter.	pt	2019	SciELO	Revista Brasileira de Epidemiologia

(Conclusão)

Id	Título do artigo	Autores	Idioma de publicação	Ano de publicação	Fonte de dados e Base de Dados (quando aplicável)	Periódico
H	Female Prisoners in Spain: Adverse Childhood Experiences, Negative Emotional States, and Social Support	Caravaca-Sánchez, Francisco; Fearn, Noelle E; Vidovic, Kristina R; Vaughn, Michael G.	in	2019	BVS / MedLine	Health & Social Work
I	The prevalence of mental disorders in Taiwanese prisons: a nationwide population-based study.	Tung, Tao-Hsin; Hsiao, Yi-Ying; Shen, Sheng-Ang; Huang, Chien.	in	2019	BVS / MedLine	Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology
J	Diseases and access to treatment by the Peruvian prison population: an analysis according to gender	Hernández-Vásquez, A; Rojas-Roque, C.	in	2020	BVS / MedLine	Revista Española de Sanidad Penitenciaria
K	Prevalence and associated factors with depression and anxiety in prisoners in South of Brazil	Costa, Caroline Ribeiro; Sassi, Raúl Andrés Mendoza; Tímbola, Vinícius De Souza; Lazzari, Talita Rubin; Reis, Ana Julia; Gonçalves, Carla Vitola.	in	2020	SciELO	Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)

Legenda: Id. = identificação do artigo, in = inglês, pt = português

Fonte: elaborada pelo autor

Das características dos estudos, apenas 4 (36,4%) traziam enquanto objetivo principal a prevalência de ansiedade e/ou depressão, juntamente aos sintomas associados. Foram 4 (36,4%) que fizeram uso de fontes secundárias, em vez de realização de pesquisa de campo. Verificou-se que apenas 3 pares de estudos utilizaram critérios diagnósticos ou instrumento de rastreio semelhantes para constatar depressão e/ou ansiedade, sendo que 2 (18,2%) utilizaram a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID) (apesar de edições diferentes), 2 (18,2%) o Inventário de Depressão de Beck (apesar de terem sido edições diferentes) e 2 (18,2%) o Composite International Diagnostic Interview (CIDI) (Quadro 3).

Dos dados sobre ansiedade ou depressão no público de interesse, 5 (45,5%) estudos trouxeram dados apenas sobre depressão, 3 (27,8%) sobre ansiedade e sobre depressão e 2 (18,2%) apenas sobre ansiedade. Apesar de um dos estudos ter apresentado dados de maneira mista, com a variável sendo ansiedade e/ou depressão, optou-se por mantê-lo no estudo devido à limitação do número de artigos encontrados (Quadro 3).

Quadro 3 – Quadro sinóptico com as informações relativas aos estudos realizados dos artigos selecionados

Id	Objetivos do estudo	Local de coleta de dados e amostra do estudo	Critério diagnóstico ou instrumento de rastreio utilizado	Prevalência de ansiedade e/ou depressão em MPL e fatores relacionados segundo o estudo
A	Examinar a possível associação entre vários tipos de abuso infantil, problemas de saúde mental e dependência de drogas e o encarceramento de 50 mulheres israelenses na prisão	50 MPL de 1 penitenciária em Israel*	Inventário de Depressão de Beck - Segunda Edição (BDI-II)	Prevalência de 76% de depressão, sendo 28% (n = 14) de sintomas graves de depressão, 34% de depressão moderada, 14% de depressão leve
B	Examinar os cuidados de saúde prestados às mulheres na prisão e as suas necessidades de saúde identificadas, além de se discutir as oportunidades para melhorar a prestação de cuidados de saúde	231 MPL de penitenciárias na Austrália*	Coleta de dados diretamente dos prontuários	52% apresentaram ansiedade e/ou depressão
C	Conhecer a situação de saúde mental de presos e custodiados de ambos os sexos no estado do Rio de Janeiro, avaliada através da prevalência de sintomas depressivos e de estresse e investigar a vinculação entre os dois transtornos mentais	1110 (70,6%) HPL e 463 (29,4%) MPL de 33 unidades prisionais no Rio de Janeiro, Brasil	Inventário de Depressão de Beck	A prevalência de sintomas depressivos graves foi de 7,5%. Apenas vínculo familiar associou-se com sintomas depressivos tanto na análise bivariada, quanto na multivariada. Aquelas que não possuem vínculo com a família têm uma chance de 2,49 vezes à daquelas que o possuem de maneira positiva. O estresse, como preditor, também está associado a depressão ($\beta = 0,13$; $p < 0,001$)

(Continuação)

Id	Objetivos do estudo	Local de coleta de dados e amostra do estudo	Critério diagnóstico ou instrumento de rastreio utilizado	Prevalência de ansiedade e/ou depressão em MPL e fatores relacionados segundo o estudo
D	Examinar os padrões de eventos traumáticos experimentados por mulheres na prisão e explorar associação destes com 4 transtornos psiquiátricos (transtorno de estresse pós-traumático [TEPT], depressão maior, transtorno bipolar e transtorno por uso de substâncias) observados nesta amostra	464 MPL de nove penitenciárias de quatro regiões geográficas nos Estados Unidos da América	The Composite International Diagnostic Interview (CIDI)	Prevalência de transtorno depressivo maior ao longo da vida foi 28%. A disfunção familiar (DF) e a violência interpessoal (VPI) contribuíram cada um de forma independente (odds ratios significativos na faixa de 1,38 a 2,05). Os seguintes fatores estiveram associados a depressão na análise bivariada: avançar da idade (1.04, IC: 1.02–1.07); outra raça em relação ao grupo de afroamericanos, mas não brancos e não hispânicos (3.26, IC: 1.46–7.24); família disfuncional (1.42, IC: 1.04–1.92); violência interpessoal (violência vivida diretamente, como estupro ou sequestro) (1.38, IC: 1.03–1.85)
E	Relatar a frequência de morbidade psiquiátrica por sexo e status de sentença em duas prisões de Londres, Inglaterra	197 (53,5%) HPL e 171 (46,5%) MPL de duas unidades prisionais em Londres, Inglaterra	The Clinical Interview Schedule-Revised (CIS-R)	Prevalência de 58% com estados depressivos (episódio depressivo+estados ansiosos/depressivos mistos), 24,6% de episódios depressivos e 24,3% de estados ansiosos (ansiedade generalizada, fobia e pânico). Maior prevalência de estados depressivos em pessoas sentenciadas e maior prevalência de episódios depressivos e estados ansiosos em pessoas em prisão preventiva
F	Conhecer a relação entre idade, tempo de encarceramento, situação jurídica, atividade na prisão, classificação penitenciária e ter ou não filhos menores de dezoito anos, com a incidência de sintomas psicopatológicos em presidiárias de uma penitenciária de Lima, Peru	338 MPL de 1 penitenciária no Peru	Escala de avaliação de sintomas-90-R-SCL-90-R	Não apresenta prevalência, com cálculo apenas de média e desvio padrão de escores. A idade está negativamente e fracamente correlacionada com as dimensões: depressão ($r = -0,129$, $p < 0,05$) e ansiedade ($r = -0,127$, $p < 0,05$). O tempo de confinamento teve uma correlação negativa fraca e altamente significativa com as escalas de depressão ($r = -.175$, $p < 0,01$). Mulheres que tinham acesso a educação e trabalho apresentaram escores menores para ansiedade do que aquelas que não tinham acesso a nenhum dos dois. A classificação das mulheres encarceradas apresentou relação positiva entre maior nível de segurança e escore de depressão e ansiedade, ambos significativos estatisticamente.

(Continuação)

Id	Objetivos do estudo	Local de coleta de dados e amostra do estudo	Critério diagnóstico ou instrumento de rastreio utilizado	Prevalência de ansiedade e/ou depressão em MPL e fatores relacionados segundo o estudo
G	Estudar os fatores clínicos e criminais associados à depressão entre homens e mulheres no estado de São Paulo	1192 (65,9%) HPL e 617 (34,1%) MPL de 105 unidades prisionais em São Paulo, Brasil	Versão brasileira do Composite International Diagnostic Interview (CIDI) versão 2.114, e a 10ª edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-10)	A prevalência de depressão foi de 33,3% (IC95% 30,3 – 36,5). As variáveis associadas à depressão, na análise bivariada, foram: problemas de saúde física (OR 2,25, IC95% 1,5-3,1), crime de drogas (OR 2,2, IC95% 1,4-3,4), ser reincidente (OR 1,3, IC95% 1,0-1,8) e falta disciplinar (OR 1,5, IC95% 1,1-2,2). Na análise multivariada, a variável "ter cometido falta disciplina" perdeu a significância, sendo que as que apresentaram foram: problemas de saúde física (OR 3,0, IC95% 1,8-5,1), estar preso em penitenciária (OR 2,1, IC95% 1,0-4,2), crime de drogas (OR 2,4, IC95% 1,1-5,0), crime violento (OR 1,9, IC95% 1,0-3,7), ser reincidente (OR 2,0, IC95% 1,0-3,8)
H	Examinar a prevalência e magnitude das associações entre experiências adversas na infância, apoio social e estados emocionais negativos (ou seja, ansiedade, depressão e estresse) entre uma amostra de mulheres encarceradas	174 MPL de duas penitenciárias na Espanha	Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse encurtada de Lovibond e Lovibond (1995), versão de 21 itens, traduzida e validada para o idioma espanhol	Cálculo apenas de média e desvio padrão de escores. Cada variável de suporte social (emocional, tangível, interação positiva e afeto) foi significativamente intercorrelacionada com depressão, ansiedade e estresse ($p < 0,01$). Todas as correlações entre cada uma das emoções negativas foram positivas. As MPL que relataram exposição a abuso emocional, físico ou sexual durante a infância também relataram níveis mais elevados de cada estado emocional negativo em comparação com as que não relataram nenhuma experiência adversa na infância (EAI). Em todas as categorias, as MPL expostas a EAI relataram níveis significativamente mais elevados de estados emocionais negativos e níveis mais baixos de suporte social de cada dimensão. Aquelas que relataram exposição a abusos físicos na infância relataram níveis significativamente mais altos de ansiedade [Exp (B) = 1,254] do que presidiárias não expostas. Níveis significativamente mais altos de depressão foram encontrados para o grupo exposto, aproximadamente 20 por cento maior [Exp (B) = 1,279], do que para MPL que não foram expostas a abuso sexual durante a infância

(Conclusão)

Id	Objetivos do estudo	Local de coleta de dados e amostra do estudo	Critério diagnóstico ou instrumento de rastreio utilizado	Prevalência de ansiedade e/ou depressão em MPL e fatores relacionados segundo o estudo
I	Estimar a prevalência de transtornos mentais em prisioneiros de Taiwan	74.130 (89,69%) HPL e 8.520 (10,31%) MPL de 49 unidades prisionais em Taiwan*	International Classification of Diseases 9th revision Clinical Modification (ICD-9-CM).	A prevalência de ansiedade, transtornos dissociativos e somatoformes foi de 59,42% e de transtorno depressivo foi de 11,66%
J	Estimar a carga de doença e o acesso ao tratamento para diferentes morbidades na população carcerária peruana	69.830 (94,2%) HPL e 4.300 (5,8%) MPL de 66 unidades prisionais no Peru*	Coleta de dados diretamente dos prontuários	Prevalência de depressão de 21% e de ansiedade de 19,1%. Ser do sexo feminino foi um fator associado a ambos os transtornos mentais (<0.001)
K	Identificar a prevalência e os fatores associados à depressão e ansiedade em presidiários do sistema prisional fechado	580 (90,2%) HPL e 63 (9,8%) MPL de penitenciárias no Rio Grande do Sul, Brasil	Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI Plus) validada para a população brasileira	A prevalência de depressão foi de 41,3% e de ansiedade foi de 41,3%

Legenda: Id. = identificação do artigo, * = fonte de dados secundárias, HPL = homens privados de liberdade, MPL = mulheres privadas de liberdade

Fonte: elaborada pelo autor

Todos os artigos realizaram estudo epidemiológico de delineamento transversal, tendo classificação IV de Nível de Evidência.

RESULTADOS

A prevalência de depressão entre as mulheres privadas de liberdade variou de 21% a 41,3%.¹¹⁻¹⁴

Estudo de Chen & Gueta¹⁵ realizado na única penitenciária feminina de Israel encontrou uma prevalência de depressão de 76%. Cabe destacar que esse estudo foi conduzido em uma população feminina que preenchia os critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) para dependência ou abuso de drogas antes e durante o seu encarceramento, com a prevalência calculada diminuindo-se o total de participantes menos o valor referente àquelas que não sofriam

depressão em nenhum grau (leve, moderado ou grave). Tung et al.¹⁶ encontraram prevalência de 11,6%, que pode estar relacionado às diferenças de tamanho populacional dos estudos, especificidades dos critérios de diagnóstico utilizados e das características dos estabelecimentos penais dos estudos.

Os estudos de Esteban-Febres et al.¹⁷ e Caravaca-Sánchez et al.¹⁸ enriquecem o tema, mesmo que não tragam diretamente dados sobre a prevalência de depressão, mas sim avaliação a partir de escores, residindo aí a motivação da inclusão nesta pesquisa. O estudo de Abbott, Magin e Hu¹⁹ apresenta um dado de 52% de prevalência de ansiedade e/ou depressão, apontando para uma relação existente entre ambos os transtornos.

Exibindo valores ainda mais altos, a prevalência de ansiedade variou de 19,1% a 59,4%.^{11,13,16,20} De maneira geral os estudos corroboram com as evidências que apontam prevalências elevadas de transtornos mentais entre a população carcerária, sobretudo quando comparadas com a população geral,³⁻⁴ levando em consideração o sexo feminino.¹³

Os estudos apontam como fatores associados ao aumento da prevalência de depressão: a ausência de vínculos familiares;²¹ estresse;^{18,21} disfunção familiar; violência interpessoal;¹² estar sentenciada;²⁰ estar em prisão preventiva;^{17,20} estar em estabelecimento de segurança máxima com maior rigor do encarceramento;¹⁷ problemas de saúde física; crime relacionado a drogas; ser reincidente; falta disciplinar; crime violento;¹⁴ diagnóstico de ansiedade; e exposição a abuso emocional, físico ou sexual na infância.¹⁸

Já enquanto fatores associados a ansiedade, os estudos apontaram: estar em prisão preventiva;²⁰ maior nível de segurança do estabelecimento penal e rigor do encarceramento;¹⁷ diagnóstico de depressão; estresse; e exposição a abuso emocional, físico ou sexual na infância.¹⁸

Os fatores associados tanto à depressão, quanto à ansiedade, são representativos dos determinantes sociais e econômicos da saúde mental,^{17,22} que possuem importante relação com as taxas globais de transtornos mentais. Ao se pensar no público feminino deve-se ainda considerar os papéis multifacetados desempenhados por este, com responsabilidades socialmente atribuídas à família, trabalho, dentre outras, favorecendo estresse e adoecimento psíquico.^{15,21-22}

Destaca-se, neste contexto, que receber suporte social (emocional, tangível, interação positiva e afeto) e acesso à educação e trabalho, foram fatores inversamente associados à prevalências de ansiedade e depressão.¹⁷⁻¹⁸ Outro fator inversamente relacionado à depressão, em específico, foi o maior tempo de confinamento,¹⁷ que pode estar relacionado à estratégias de sobrevivências desenvolvidas pelas mulheres em relação ao ambiente da penitenciária, sejam estratégias como adaptação ao ambiente, seja através da dessensibilização quanto às violências cotidianas como forma de autopreservação.

O avançar da idade foi apontado como um fator associado à ocorrência dos transtornos,¹²

enquanto o estudo de Esteban-Febres et al.¹⁷ concluiu que a idade está negativamente e fracamente correlacionada com depressão e ansiedade - a variação desses dados pode estar relacionada com o fato de Green et al.¹² terem utilizado critérios diagnósticos e Esteban-Febres et al.¹⁷ terem utilizado uma escala de avaliação a partir de escore, sem abordar a prevalência dos transtornos diretamente; ainda, o estudo de Esteban-Febres et al.¹⁷ foi feito em uma penitenciária no Peru, enquanto de Green et al.¹² foi feito em nove penitenciárias de quatro regiões geográficas dos Estados Unidos da América, o que tende a uma maior heterogeneidade na população do estudo.

Apesar da alta prevalência de depressão e ansiedade em mulheres privadas de liberdade e identificação dos fatores relacionados, nas prisões muitas mulheres têm suas necessidades de saúde não atendidas e as próprias características internas do local podem colaborar com a ocorrência de transtornos mentais.¹⁹

O estudo de Hernández-Vásquez & Rojas-Roque¹³, realizado em 66 unidades prisionais no Peru, apontou que o acesso ao tratamento médico é baixo e varia de acordo com a doença e o gênero, sendo que são ainda mais baixos os percentuais de diagnóstico e tratamento médico entre os homens e para os transtornos mentais. Mesmo que as mulheres reclusas tenham mais acesso ao tratamento de doenças do que os homens, depressão e ansiedade ficaram entre as doenças com menor acesso ao tratamento, com respectivamente 28,1% (n=254) e 18,0% (n=148). Por sua vez, o acesso a tratamento para diabetes e hipertensão arterial por mulheres encarceradas foi de 77,6% (n=191) e 59,2% (n=386) respectivamente.¹³

O contexto político e econômico, sob a luz do modelo de determinação social, traz vias de explicação a limitação de acesso vivenciada por esta população. A população privada de liberdade é composta majoritariamente por pessoas negras, de baixa escolaridade, renda precária, provenientes de territórios de periferia e com vínculos territoriais e sociais previamente enfraquecidos, consequentes do lugar que ocupavam na sociedade antes mesmo de estarem em privação de liberdade.²¹

As expressões da ordem produtivista para atender às demandas de uma sociedade capitalista, voltada para o lucro, desfavorecem a efetivação do acesso a direitos à esta parcela da população que ocupa as camadas sociais mais baixas, com pouco poder de contribuição econômica, mas essenciais para a perpetuação de uma macroestrutura exploratória por exercerem um papel social que pressiona a perpetuação de vínculos empregatícios sucateados.²³ Deve-se compreender, ainda, que o contexto aqui apresentado é anterior ao enfrentamento da pandemia e seus impactos sobre a sociabilidade e as instituições, com aumento das iniquidades já existentes da população carcerária,²⁴ piora do acesso à RAS²⁵ e potencial agravamento do adoecimento com maior presença de sofrimento psíquico.²⁶

Neste contexto, os resultados aqui apresentados e discutidos têm o potencial para contribuir com a organização das equipes de Atenção Primária à Saúde (APS), em especial as lotadas nas unidades

prisionais, favorecendo o planejamento de ações para prevenção de dois agravos psicossociais de importante prevalência que podem ser decorrentes do confinamento. Além disso, podem também subsidiar a construção de fluxos assistenciais que propiciem melhor inserção desta população na RAS, bem como podem favorecer a reflexão sobre articulações intersetoriais que sejam necessárias para se assegurar a assistência integral, ambas se tratando de demandas urgentes.⁸⁻⁹

CONCLUSÃO

A grande diversidade de critérios de diagnósticos, de instrumentos de rastreamento utilizados e heterogeneidade dos contextos nos quais as pesquisas aconteceram configuram-se como limitações relacionadas aos achados. Contudo, os dados são alarmantes e apontam para a necessidade premente de um olhar atento para a saúde mental das mulheres privadas de liberdade.

Pode-se verificar com este estudo altas prevalências de depressão e de ansiedade nessa população, bem como identificar os fatores associados que apareceram na literatura e que estão relacionados às condições de vida, de encarceramento e de saúde. A necessidade de ampliação e de qualificação dos serviços de saúde mental ofertadas à população em questão e acessados por ela, visando efetivação da saúde em seu sentido ampliado e a busca do cuidado integral e de qualidade são evidenciadas e imprescindíveis. Neste contexto, as equipes da APS ocupam posição privilegiada, beneficiando-se das informações aqui levantadas.

Repensar a própria estrutura dos sistemas penais, que seguem perpetuando ambientes adoecedores, torna-se uma tarefa primordial para avançarmos em uma sociedade que seja mais inclusiva, democrática e que tenha a perspectiva real da concepção da saúde como um direito universal. Destacamos ainda que os achados descritos neste artigo podem contribuir com elementos para futuras intervenções no sistema penitenciário, bem como subsidiar a elaboração e a reflexão de políticas públicas de saúde mental, com ênfase às mulheres privadas de liberdade.

REFERÊNCIAS

1. World Prison Brief (WPF) [Internet]. The World Prison Brief Data: occupancy level (based on official capacity). 2021. [cited 2021 Oct 30]. Available from: https://www.prisonstudies.org/highest-to-lowest/occupancy-level?field_region_taxonomy_tid=All
2. Silva AB, Feitosa ANA, Oliveira CKS, Oliveira GS, Moreira RLF. Saúde no presídio: análise da saúde dos privados de liberdade. *RIS* [Internet]. 2019;6(1):70-84. Available from: <https://doi.org/10.35621/23587490.6.1.70-84>
3. Baranyi G, Scholl C, Fazel S, Patel V, Priebe S, Mundt AP. Severe mental illness and substance use

- disorders in prisoners in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis of prevalence studies. *Lancet Glob Health* [Internet]. 2019;7(4):e461-e471. Available from: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30539-4](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30539-4)
4. Fazel S, Hayes AJ, Bartellas K, Clerici M, Trestman R. Mental health of prisoners: prevalence, adverse outcomes, and interventions. *Lancet Psychiatry* [Internet]. 2016;3(9):871-81. Available from: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30142-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30142-0)
 5. Lynch S, Heath N. Predictors of incarcerated women's postrelease PTSD, depression, and substance-use problems. *J Offender Rehabil* [Internet]. 2017;56(3):157-72. Available from: <https://doi.org/10.1080/10509674.2017.1290007>
 6. Nowotny KM, Belknap J, Lynch S, DeHart D. Risk profile and treatment needs of women in jail with co-occurring serious mental illness and substance use disorders. *Women Health* [Internet]. 2014;54(8):781-95. Available from: <https://doi.org/10.1080/03630242.2014.932892>
 7. Ribeiro MAT, Deus NMSF. Mulheres encarceradas: a saúde atrás das grades. *Rev Psi Divers Saúde* [Internet]. 2017;6(4):324-39. Available from: <https://doi.org/10.17267/2317-3394rpds.v6i4.1708>
 8. Schultz ALV, Dias MTG, Lewgoy AMB, Dotta RM. Saúde no Sistema Prisional: um estudo sobre a legislação brasileira. *Argum.* [Internet]. 2017;9(2):92-107. Available from: <http://10.0.71.139/argum.v9i2.15380>
 9. Simas L, Sánchez A, Ventura M, Diuana V, Larouze B. Análise crítica do modelo de atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade no Brasil. *Cad Ibero-amer Dir Sanit* [Internet]. 2021;10(1):39-55. Available from: <https://doi.org/10.17566/ciads.v10i1.746>
 10. Cunha PLP. Manual Revisão Bibliográfica Sistemática Integrativa: a pesquisa baseada em evidências. Belo Horizonte: Grupo Anima Educação; 2014.
 11. Costa CR, Sassi RAM, Timbola VS, Lazzari TR, Reis AJ, Gonçalves CV. Prevalence and associated factors with depression and anxiety in prisoners in South of Brazil. *Rev Psiquiatr Clín* [Internet]. 2020;47(4):89-94. Available from: <https://doi.org/10.1590/0101-60830000000239>
 12. Green BL, Dass-Brailsford P, Mendoza AH, Mete H, Lynch SM, DeHart DD. Trauma Experiences and Mental Health Among Incarcerated Women. *Psychol Trauma* [Internet]. 2016;8(4):455-463. Available from: <https://doi.org/10.1037/tra0000113>
 13. Hernández-Vásquez A, Rojas-Roque C. Diseases and access to treatment by the Peruvian prison population: an analysis according to gender. *Rev Esp Sanid Penit* [Internet]. 2020;22(1):9-15. Available from: <https://doi.org/10.18176/resp.0002>
 14. Santos MM, Barros CRS, Andreoli SB. Fatores associados à depressão em homens e mulheres presos. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2019;22:e190051. <https://doi.org/10.1590/1980-549720190051>
 15. Chen G, Gueta K. Child abuse, drug addiction and mental health problems of incarcerated women in Israel. *Int J Law Psychiatry* [Internet]. 2015;39:36-45. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2015.01.019>
 16. Tung T, Hsiao Y, Shen S, Huang, C. The prevalence of mental disorders in Taiwanese prisons: a nationwide population-based study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* [Internet]. 2018;54:379-386. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1614-y>
 17. Esteban-Febres S, Enoki-Miñano K, Escudero-Moreira T, La Cunza-Peña M, Quispe-Gutiérrez Y. Factors related to psychopathological symptoms of female inmates of a prison in Lima. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria* [Internet]. 2019;21:11-17. Available from: <https://doi.org/10.4321/S1575-06202019000100003>
 18. Caravaca-Sánchez F, Fearn NE, Vidovic KR, Vaughn MG. Female Prisoners in Spain: Adverse

- Childhood Experiences, Negative Emotional States, and Social Support. *Health Soc Work* [Internet]. 2019;44(3):157-166. Available from: <https://doi.org/10.1093/hsw/hlz013>
19. Abbott P, Magin P, Hu W. Healthcare delivery for women in prison: a medical record review. *Aust J Prim Health* [Internet]. 2016;22(6):523-529. Available from: <https://doi.org/10.1071/py15110>
 20. Bebbington P, Jakobowitz S, McKenzie N, Killaspy H, Iveson R, Duffield G, et al. Assessing needs for psychiatric treatment in prisoners: 1. Prevalence of disorder. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* [Internet]. 2017;52(2):221–229. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00127-016-1311-7>
 21. Constantino P, Assis SG, Pinto LW. O impacto da prisão na saúde mental dos presos do estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2016;2(7):2089-2099. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015217.01222016>
 22. Alves AAM, Rodrigues NFR. Determinantes sociais e económicos da Saúde Mental. *Port. J. Public Health* [Internet]. 2010;28(2):127-131. Available from: [https://doi.org/10.1016/S0870-9025\(10\)70003-1](https://doi.org/10.1016/S0870-9025(10)70003-1)
 23. Viapiana VN, Gomes RM, Albuquerque GSC. Adoecimento psíquico na sociedade contemporânea: notas conceituais da teoria da determinação social do processo saúde-doença. *Saude Debate* [Internet]. 2018;42(esp.4):175-186. Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S414>
 24. Araújo PF, Ker LRFS, Kendal C, Rutherford GW, Seal DW, Neto RJP, et al. Behind bars: the burden of being a woman in Brazilian prisons. *BMC Int Health Hum Rights* [Internet]. 2020;20:28. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12914-020-00247-7>
 25. Schultz ALV, Dotta RM, Stock BS, Dias MTG. Limites e desafios para o acesso das mulheres privadas de liberdade e egressas do sistema prisional nas Redes de Atenção à Saúde. *Physis* [Internet]. 2020;30(3):e300325. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300325>
 26. Ruiz JLS, Abrantes MM. O sistema prisional brasileiro e a Covid-19: prevenção e desafios. *Libertas* [Internet]. 2020;20(2):619-642. Available from: <https://doi.org/10.34019/1980-8518.2020.v20.31922>

APÊNDICE E – Complementação dos resultados obtidos

ANÁLISE DESCRITIVA

Perfil sociodemográfico das participantes do inquérito

A média de idade foi de 33,21 anos ($DP \pm 9,26$), sendo que 38,7% referente à faixa etária entre 20 a 29 anos. A maioria se declarou negra (74,7%) – pretas e pardas – e cisgênera (91,9%). Das participantes, 48% encontravam-se solteiras, separadas, viúvas ou em outra situação conjugal que não com companheira ou casada. A maioria relatou ter filhos (85,9%). Quanto a escolaridade, 61,6% referiram ter até o ensino fundamental incompleto, quanto a renda mensal antes do encarceramento, foi verificada mediana igual a R\$ 950,00 ($II \pm 690,00$) e 81,8%, reportou pior percepção do status social. A tabela 4 apresenta os resultados por desfechos investigados.

Tabela 4. Características sociodemográficas das 99 mulheres privadas de liberdade por desfechos investigados. Juiz de Fora, MG, 2022

Variável	Sintomas ansiosos				Sintomas depressivos			
	Presentes		Ausentes		Presentes		Ausentes	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>Faixa etária</i>								
20 a 29 anos	29	38,7	7	29,2	30	46,2	6	17,6
30 a 59 anos	46	61,3	17	66,7	35	53,8	28	82,4
<i>Cor autodeclarada</i>								
Negras	58	77,3	16	33,3	50	23,1	24	70,6
Não negras	17	22,7	8	66,7	15	76,9	10	29,4
<i>Gênero</i>								
Cisgênero	70	93,3	21	87,5	62	95,4	29	85,3
Transgênero	1	1,3	2	8,3	1	1,5	2	5,9
Não binário	4	5,3	1	4,2	2	3,1	3	8,8
<i>Situação conjugal</i>								
Companheira/casada	40	53,3	11	45,8	35	53,8	16	47,1
Solteira/separada/viúva/outra	35	46,7	13	54,4	30	46,2	18	52,9
<i>Possui filhos</i>								
Sim	66	88,0	19	79,2	55	84,6	30	88,2
Não	9	12,0	5	20,8	10	15,4	4	11,8
<i>Escolaridade</i>								
Até ensino fundamental incompleto	47	62,7	14	58,3	43	66,2	18	52,9
Ensino fundamental completo até ensino médio incompleto	18	24,0	3	12,5	13	20,0	8	23,5
Ensino médio completo ou mais	10	13,3	7	29,2	9	13,8	8	23,5
<i>Renda mensal antes do encarceramento</i>								
0 a 1 salário mínimo	50	66,7	16	66,7	43	66,2	23	67,6
> 1 a ≤2 salários mínimos	22	29,3	4	16,7	17	26,2	9	26,5
> 2 salários mínimos	3	4,0	4	16,7	5	7,7	2	5,9
<i>Status Social Subjetivo</i>								
Melhor SSS	12	16,0	6	25,0	14	21,5	4	11,8
Pior SSS	63	84,0	18	75,0	51	78,5	30	88,2

Fonte: Elaborada pelo próprio autor.

Características referentes à saúde das participantes do inquérito

A prevalência de sintomas ansiosos e depressivos foi, respectivamente, de 75,8% (IC 95% 66,1% - 83,8%) e 65,7% (IC 95% 55,4% - 74,9%). Quanto a classificação em níveis de sofrimento psíquico: 19,2% leve; 24,2% moderado; e 43,4% grave. Foi constatado que 31,3% das participantes percebiam negativamente sua própria saúde. A frequência relativa de mulheres que responderam ter alguma morbidade foi de 52% e 72% relataram ser fumantes (tabela 5).

Tabela 5. Características referentes à saúde das 99 mulheres privadas de liberdade por desfechos investigados. Juiz de Fora, MG, 2022

Variável	Sintomas ansiosos				Sintomas depressivos			
	Presentes		Ausentes		Presentes		Ausentes	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>Autopercepção da saúde</i>								
Boa	45	40,0	23	95,8	38	58,5	30	11,8
Ruim	30	60,0	1	4,1	27	41,5	4	88,2
<i>Morbidade referida</i>								
Sim	39	52,0	13	54,0	34	52,3	18	52,9
Não	36	48,0	11	45,8	31	47,7	16	47,1
<i>Fumante ativa</i>								
Sim	57	76,0	15	62,5	51	78,5	21	61,8
Não	18	24,0	9	37,5	14	21,5	13	38,2
<i>Presença de sintomas ansiosos</i>								
Sim	75	75,8	24	24,2	59	90,8	16	47,1
Não	-	-	-	-	6	9,2	18	52,9
<i>Presença de sintomas depressivos</i>								
Sim	59	78,7	6	25,0	65	65,7	34	34,3
Não	16	21,3	18	75,0	-	-	-	-

Fonte: Elaborada pelo próprio autor.

Na tabela 6 são apresentadas as condições de saúde tratadas no último ano, sendo essas: dengue (8,1%), sífilis (6,1%) e HIV/AIDS (2,0%).

Tabela 6. Condições de saúde tratadas no último ano referidas por 99 mulheres privadas de liberdade por desfechos investigados. Juiz de Fora, MG, 2022

Variável	Sintomas ansiosos				Sintomas depressivos			
	Presentes		Ausentes		Presentes		Ausentes	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>Hanseníase</i>								
Sim	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Não	75	100,0	24	100,0	65	100,0	34	100,0
<i>Leishmaniose</i>								
Sim	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Não	75	100,0	24	100,0	65	100,0	34	100,0
<i>Dengue</i>								
Sim	8	10,7	0	0,0	6	9,2	2	5,9
Não	67	89,3	24	100,0	59	90,8	32	94,1
<i>Tuberculose</i>								
Sim	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Não	75	100,0	24	100,0	65	100,0	34	100,0
<i>Sífilis</i>								
Sim	5	6,7	1	4,2	5	7,7	1	2,9
Não	70	93,3	23	95,8	60	92,3	33	97,1
<i>Gonorreia</i>								
Sim	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Não	75	100,0	24	100,0	65	100,0	34	100,0
<i>HIV/AIDS</i>								
Sim	1	1,3	1	4,2	1	1,5	1	2,9
Não	74	98,7	23	95,8	64	98,5	33	97,1

Fonte: Elaborada pelo próprio autor.

A partir dos dados coletados, foi constatado que as drogas de uso nos últimos 30 dias em cumprimento da pena de privação de liberdade pelas mulheres foram tabaco (70,7%), maconha (4,0%) e álcool (3,0%). Cerca de 9,1% das mulheres referiram uso de algum medicamento sem prescrição médica (tabela 7).

Tabela 7. Tipos de drogas relatadas de terem sido usadas por 99 mulheres privadas de liberdade nos últimos 30 dias em cumprimento da pena por desfechos investigados. Juiz de Fora, MG, 2022

Variável	Sintomas ansiosos				Sintomas depressivos			
	Presentes		Ausentes		Presentes		Ausentes	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>Uso, nos últimos 30 dias de privação de liberdade, de álcool</i>								
Sim	3	4,0	0	0,0	2	3,1	1	2,9
Não	72	96,0	24	100,0	63	96,9	33	97,1
<i>Uso, nos últimos 30 dias de privação de liberdade, de tabaco</i>								
Sim	54	72,0	16	66,7	50	76,9	20	58,8
Não	21	28,0	8	33,3	15	23,1	14	41,2
<i>Uso, nos últimos 30 dias de privação de liberdade, de maconha</i>								
Sim	4	5,3	0	0,0	3	4,6	1	2,9
Não	71	94,7	24	100,0	62	95,4	33	97,1
<i>Uso, nos últimos 30 dias de privação de liberdade, de remédio para emagrecer ou ficar acordado (ligado) sem receita médica</i>								
Sim	1	1,3	0	0,0	1	1,5	0	0,0
Não	74	98,7	24	100,0	64	98,5	34	100,0
<i>Uso, nos últimos 30 dias de privação de liberdade, de tranquilizante, ansiolítico, calmante ou antidiabético sem receita médica</i>								
Sim	8	10,7	1	4,2	6	9,2	3	8,8
Não	67	89,3	23	95,8	59	90,8	31	91,2

Fonte: Elaborada pelo próprio autor.

Do total de participantes, 9,1% negaram ter recebido qualquer tipo de assistência à saúde, durante o período de acautelamento. Quase 25% negaram ter consulta com psicólogo. Para o número de consultas, por se tratar de variáveis que não apresentaram distribuição normal, foi calculada como medida de tendência central a mediana. A mediana do número de consultas com médico foi 3 (II = 3), com assistente social 4 (II = 3) e com psicólogo foi 2 (II = 3). O relato de menos de duas consultas com psicólogo no último ano foi o único a ser apresentado por mais da metade das participantes (66,7%). As consultas com médico foram as que obtiveram

maior nível de insatisfação (47,4%). Na tabela 8 são descritas as características da assistência à saúde por desfechos investigados.

Tabela 8. Características da assistência à saúde relatadas por 99 mulheres privadas de liberdade por desfechos investigados. Juiz de Fora, MG, 2022

(Continua)

Variável	Sintomas ansiosos				Sintomas depressivos			
	Presentes		Ausentes		Presentes		Ausentes	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>Relato de assistência em saúde</i>								
Sim	67	89,3	23	95,8	59	90,8	31	91,2
Não	8	10,7	1	4,2	6	9,2	3	8,8
<i>Consulta com médico no último ano</i>								
Sim	70	93,3	23	95,8	60	92,3	33	87,1
Não	5	6,7	1	4,2	5	7,7	1	2,9
<i>Consulta com psicólogo no último ano</i>								
Sim	59	78,7	16	66,7	48	73,8	27	79,4
Não	16	21,3	8	33,3	17	26,2	7	20,6
<i>Consulta com assistente social no último ano</i>								
Sim	72	91,7	22	91,7	61	93,8	33	97,1
Não	3	8,3	2	8,3	4	6,2	1	2,9
<i>Nº de consultas com médico no último ano</i>								
Nenhuma a duas	42	56,9	7	29,1	34	52,3	15	44,1
Mais que duas	33	44,0	17	70,8	31	47,7	19	55,9
<i>Nº de consultas com psicólogo no último ano</i>								
Nenhuma a duas	54	72,0	20	83,3	48	73,8	26	76,5
Mais que duas	21	28,0	4	16,7	17	26,2	8	23,5
<i>Nº de consultas com assistente social no último ano</i>								
Nenhuma a duas	29	38,7	9	37,5	27	41,5	11	32,4
Mais que duas	46	61,3	15	62,5	38	58,5	23	67,6
<i>Nível de satisfação com consultas com médico</i>								
Bom	35	48,6	15	34,8	30	48,3	20	60,6
Regular/Ruim	37	51,4	8	65,2	32	51,6	13	39,4

Tabela 8. Características da assistência à saúde relatadas por 99 mulheres privadas de liberdade por desfechos investigados. Juiz de Fora, MG, 2022

(Conclusão)

Variável	Sintomas ansiosos				Sintomas depressivos			
	Presentes		Ausentes		Presentes		Ausentes	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>Nível de satisfação com consultas com psicólogo</i>								
Bom	43	72,9	17	89,5	36	73,5	24	82,8
Regular/Ruim	16	27,1	2	10,5	13	26,5	5	17,2
<i>Nível de satisfação com consultas com assistente social</i>								
Bom	57	78,1	20	87,0	50	79,4	27	81,8
Regular/Ruim	16	21,9	3	13,0	13	20,6	6	18,2

Fonte: Elaborada pelo próprio autor.

Características referentes ao encarceramento das participantes do inquérito

Quanto a sociabilidade das participantes, cerca de um quinto não mantém vínculo com a família (19,2%). Dos três tipos de visita questionados, destaca que nenhuma das mulheres relatou receber visita íntima. Houve maior percentual de insatisfação referente ao relacionamento com as policiais penais (26,3%) do que com as detentas (20,2%). Os dados são apresentados por desfechos investigados na tabela 9.

Tabela 9. Características referentes a sociabilidade de 99 mulheres privadas de liberdade por desfechos investigados. Juiz de Fora, MG, 2022

Variável	Sintomas ansiosos				Sintomas depressivos			
	Presentes		Ausentes		Presentes		Ausentes	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>Vínculo familiar</i>								
Mantém vínculo com a família	59	78,7	21	87,5	52	80,0	28	82,4
Não mantém vínculo	16	21,3	3	12,5	13	20,0	6	17,6
<i>Recebe visita social</i>								
Sim	44	58,7	16	66,7	42	64,6	18	52,9
Não	31	41,3	8	33,3	23	35,4	16	47,1
<i>Recebe visita agendada</i>								
Sim	18	24,0	7	29,2	18	27,7	7	20,6
Não	57	76,0	17	70,8	47	72,3	27	79,4
<i>Nível de satisfação com o relacionamento com outras detentas</i>								
Bom	57	76,0	22	91,7	49	75,4	30	88,2
Regular/ruim	18	24,0	2	8,3	16	24,6	4	11,8
<i>Nível de satisfação com o relacionamento com as policiais penais</i>								
Bom	55	73,3	6	25,0	48	73,8	25	73,5
Regular/ruim	20	26,7	18	75,0	17	26,2	9	26,5

Fonte: Elaborada pelo próprio autor.

Com relação as atividades de ocupação do tempo (tabela 10): 87,9% não estudava; 75,8% participava de celebrações religiosa; 18,2% praticava esportes e 70,7% relatou ter o hábito de ficar sozinha.

Tabela 10. Características referentes às atividades de ocupação do tempo de 99 mulheres privadas de liberdade por desfechos investigados. Juiz de Fora, MG, 2022

Variável	Sintomas ansiosos				Sintomas depressivos			
	Presentes		Ausentes		Presentes		Ausentes	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>Estuda</i>								
Sim	9	12,0	3	12,5	8	12,3	4	11,8
Não	66	88,0	21	87,5	57	87,7	30	88,2
<i>Desempenha atividade laboral</i>								
Sim	26	34,7	14	58,3	22	66,2	18	52,9
Não	49	65,3	10	41,7	43	33,8	16	47,1
<i>Participa de celebrações religiosas</i>								
Sim	60	80,0	9	37,5	50	76,9	25	73,5
Não	15	20,0	15	62,5	15	23,1	9	26,5
<i>Costuma ler</i>								
Sim	53	70,7	19	79,2	49	75,4	27	79,4
Não	22	29,3	5	20,8	16	24,6	7	20,6
<i>Costuma ver TV</i>								
Sim	66	88,0	21	87,5	59	90,8	28	82,4
Não	9	12,0	3	12,5	6	9,2	6	17,6
<i>Costuma praticar esportes</i>								
Sim	12	16,0	6	25,0	10	15,4	8	23,5
Não	63	84,0	18	75,0	55	84,6	26	76,5
<i>Costuma conversar</i>								
Sim	65	86,7	23	95,8	57	87,7	31	91,2
Não	10	13,3	1	4,2	8	12,3	3	8,8
<i>Costuma ficar sozinha</i>								
Sim	56	74,7	14	58,3	50	76,9	20	58,8
Não	19	25,3	10	41,7	15	23,1	14	41,2
<i>Costuma dormir</i>								
Sim	71	94,7	22	91,7	62	95,4	31	91,2
Não	4	5,3	2	8,3	3	4,6	3	8,8
<i>Costuma escrever</i>								
Sim	53	70,7	19	79,2	45	69,2	27	79,4
Não	22	29,3	5	20,8	20	30,8	7	20,6

Fonte: Elaborada pelo próprio autor.

Os tipos de crime mais cometidos foram relacionados ao tráfico de drogas (52,5%). A mediana do tempo de encarceramento foi de 15 meses (II \pm 22). Do total, 70,7% já haviam sido sentenciadas, sendo a mediana do tempo de sentença igual a 84 meses (II \pm 84). O regime penal mais observado foi o fechado (46,5%). Entre os itens investigados, a alimentação da unidade prisional foi a que obteve maior nível de insatisfação (88,9%). Os dados são apresentados por desfechos investigados na tabela 11.

Tabela 11. Características relacionadas ao encarceramento de 99 mulheres privadas de liberdade por desfechos investigados. Juiz de Fora, MG, 2022

Variável	Sintomas ansiosos				Sintomas depressivos			
	Presentes		Ausentes		Presentes		Ausentes	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>Tipo de crime cometido</i>								
Tráfico de drogas	40	53,3	12	50,0	30	46,2	22	64,7
Outros	35	46,7	12	50,0	35	53,8	12	35,3
<i>Tempo de encarceramento</i>								
≤ 15 meses	42	56,0	11	45,8	36	55,4	17	50,0
> 15 meses	33	44,0	13	54,2	29	44,6	17	50,0
<i>Sentença recebida</i>								
Sim	54	72,0	16	66,7	45	69,2	25	73,5
Não	21	28,0	8	33,3	20	30,8	9	26,5
<i>Tempo de sentença</i>								
≤ 7 anos	30	60,0	6	37,5	24	57,1	12	50,0
> 7 anos	20	40,0	10	62,5	18	42,9	12	50,0
<i>Regime penal</i>								
Provisório	21	28,0	8	33,3	20	30,8	9	26,5
Fechado	35	46,7	11	45,8	31	47,7	15	44,1
Semiaberto	19	25,3	5	20,8	14	21,5	10	29,4
<i>Nível de satisfação com as condições e tamanho da cela</i>								
Bom	39	52,0	17	70,8	33	50,8	23	32,4
Regular/Ruim	36	48,0	7	29,2	32	49,2	11	67,6
<i>Nível de satisfação com atividades no presídio</i>								
Bom	43	37,7	18	78,3	36	59,0	25	80,6
Regular/Ruim	26	62,3	5	21,7	25	41,0	6	19,4
<i>Nível de satisfação com alimentação do presídio</i>								
Bom	7	9,3	4	16,7	8	12,3	3	8,8
Regular/Ruim	68	90,7	20	83,3	57	87,7	31	91,2
<i>Nível de satisfação com a escolta/transporte</i>								
Bom	36	56,3	17	81,0	33	58,9	20	69,0
Regular/Ruim	28	43,8	4	19,0	23	41,1	9	31,0

Fonte: Elaborada pelo próprio autor.

Todas as mulheres afirmaram ter sofrido algum tipo discriminação dentro da unidade prisional, seja por parte dos funcionários ou por outras detentas. O motivo do tratamento preconceituoso mais frequente foi à condição de detenta: 0,4% por parte dos funcionários e 31,3% das próprias reclusas (tabela 12).

Tabela 12. Tratamento preconceituoso recebido na unidade prisional, de acordo com 99 mulheres privadas de liberdade por desfechos investigados. Juiz de Fora, MG, 2022

(Continua)

Variável	Sintomas ansiosos				Sintomas depressivos			
	Presentes		Ausentes		Presentes		Ausentes	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>Tratamento preconceituoso por funcionárias devido à condição de detenta</i>								
Sim	35	46,7	5	20,8	32	49,2	8	23,5
Não	40	53,3	19	79,2	33	50,8	26	76,5
<i>Tratamento preconceituoso por funcionárias devido à raça/cor</i>								
Sim	2	2,7	1	4,2	3	4,6	0	0,0
Não	73	97,3	23	95,8	62	95,4	34	100,0
<i>Tratamento preconceituoso por funcionárias devido à condição social</i>								
Sim	13	17,3	1	4,2	9	13,8	5	14,7
Não	62	82,7	23	95,8	56	86,2	29	85,3
<i>Tratamento preconceituoso por funcionárias devido à orientação sexual</i>								
Sim	7	9,3	1	4,2	6	9,2	2	5,9
Não	68	90,7	23	95,8	59	90,8	32	94,1
<i>Tratamento preconceituoso por funcionárias devido à crime cometido</i>								
Sim	16	21,3	3	12,5	16	24,6	3	8,8
Não	59	78,7	21	87,5	49	75,4	31	91,2
<i>Tratamento preconceituoso por funcionárias devido à aparência</i>								
Sim	9	12,0	5	20,8	9	13,8	5	14,7
Não	66	88,0	19	79,2	56	86,2	29	85,3

Tabela 12. Tratamento preconceituoso recebido na unidade prisional, de acordo com 99 mulheres privadas de liberdade por desfechos investigados. Juiz de Fora, MG, 2022

(Conclusão)

Variável	Sintomas ansiosos				Sintomas depressivos			
	Presentes		Ausentes		Presentes		Ausentes	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>Tratamento preconceituoso por outras detentas devido à condição de detenta</i>								
Sim	27	36,0	4	16,7	25	38,5	6	17,6
Não	48	64,0	20	83,3	40	61,5	28	82,4
<i>Tratamento preconceituoso por outras detentas devido à raça/cor</i>								
Sim	5	6,7	0	0,0	5	7,7	0	0,0
Não	70	93,3	24	100,0	60	92,3	34	100,0
<i>Tratamento preconceituoso por outras detentas devido à condição social</i>								
Sim	24	32,0	2	8,3	22	33,8	4	11,8
Não	51	68,0	22	91,7	43	66,2	30	88,2
<i>Tratamento preconceituoso por outras detentas devido à orientação sexual</i>								
Sim	13	17,3	3	12,5	14	21,5	2	5,9
Não	62	82,7	21	87,5	51	78,5	32	94,1
<i>Tratamento preconceituoso por outras detentas devido à crime cometido</i>								
Sim	14	18,7	4	16,7	16	24,6	2	5,9
Não	61	81,3	20	83,3	49	75,4	32	94,1
<i>Tratamento preconceituoso por outras detentas devido à aparência</i>								
Sim	21	28,0	3	12,5	19	29,2	5	14,7
Não	54	72,0	21	87,5	46	70,8	29	85,3

Fonte: Elaborada pelo próprio autor.

Todos os tipos de risco questionados foram referidos por pelo menos uma das mulheres na unidade prisional, sendo os mais frequentes o risco de violência psicológica (63,6%) e de agressão física (49,5%). Dos relatos de agressão/lesão, apenas perfuração por arma de fogo ou arma branca não foram observados. O mais frequente foi agressão verbal (46,5%). Os dados são apresentados por desfechos investigados na tabela 13.

Tabela 13. Tipos de riscos e violências aos quais 99 mulheres privadas de liberdade relatam estarem expostas na unidade prisional. Juiz de Fora, MG, 2022

(Continua)

Variável	Sintomas ansiosos				Sintomas depressivos			
	Presentes		Ausentes		Presentes		Ausentes	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>Risco de agressão física</i>								
Sim	38	50,7	11	45,8	36	55,4	13	38,2
Não	37	49,3	13	54,2	29	44,6	21	61,8
<i>Risco de violência sexual</i>								
Sim	0	0,0	1	4,2	1	1,5	0	0,0
Não	75	100,0	23	95,8	64	98,5	34	100,0
<i>Risco de violência psicológica</i>								
Sim	50	66,7	13	54,2	44	67,7	19	55,9
Não	25	33,3	11	45,8	21	32,3	15	44,1
<i>Risco de ferimento por arma branca</i>								
Sim	18	24,0	7	29,2	17	26,2	8	23,5
Não	57	76,0	17	70,8	48	73,8	26	76,5
<i>Risco de ferimento por arma de fogo</i>								
Sim	14	18,7	6	25,0	13	20,0	7	20,6
Não	61	81,3	18	75,0	52	80,0	27	79,4
<i>Risco de queimadura</i>								
Sim	16	21,3	6	25,0	16	24,6	6	17,6
Não	59	78,7	18	75,0	49	75,4	28	82,4
<i>Risco de explosão</i>								
Sim	24	32,0	9	37,5	22	33,8	11	32,4
Não	51	68,0	15	62,5	43	66,2	23	67,6
<i>Vítima, no último ano, de agressão física</i>								
Sim	14	18,7	2	8,3	12	18,5	4	11,8
Não	61	81,3	22	91,7	53	81,5	30	88,2
<i>Vítima, no último ano, de agressão verbal</i>								
Sim	41	54,7	5	20,8	37	56,9	9	26,5
Não	34	45,3	19	79,2	28	43,1	25	73,5
<i>Vítima, no último ano, de assédio ou agressão sexual</i>								
Sim	0	0,0	1	4,2	1	1,5	0	0,0
Não	75	100,0	23	95,8	64	98,5	34	100,0

Tabela 13. Tipos de riscos e violências aos quais 99 mulheres privadas de liberdade relatam estarem expostas na unidade prisional. Juiz de Fora, MG, 2022

(Conclusão)

Variável	Sintomas ansiosos				Sintomas depressivos			
	Presentes		Ausentes		Presentes		Ausentes	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>Vítima, no último ano, de queda</i>								
Sim	13	17,3	2	8,3	12	18,5	3	8,8
Não	62	82,7	22	91,7	53	81,5	31	91,2
<i>Vítima, no último ano, de tentativa homicídio</i>								
Sim	1	1,3	0	0,0	1	1,5	0	0,0
Não	74	98,7	24	100,0	64	98,5	34	100,0
<i>Tentativa de suicídio no último ano</i>								
Sim	7	9,3	0	0,0	7	10,8	0	0,0
Não	68	90,7	24	100,0	58	89,2	34	100,0

Fonte: Elaborada pelo próprio autor.

Tanto entre as que tinha sintomas ansiosos e sintomas depressivos, observou-se pior expectativa para padrão de vida, condições de trabalho e vida profissional. Os dados detalhados estão descritos na tabela 14.

Tabela 14. Expectativas pós-encarceramento de 99 mulheres privadas de liberdade relatam terem vivido no último ano na unidade prisional. Juiz de Fora, MG, 2022

Variável	Sintomas ansiosos				Sintomas depressivos			
	Presentes		Ausentes		Presentes		Ausentes	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>Expectativa quando sair da unidade prisional em relação à vida pessoal</i>								
Boa	52	69,3	19	79,2	45	69,2	26	76,5
Regular/ruim	23	30,7	5	20,8	20	30,8	8	23,5
<i>Expectativa quando sair da unidade prisional em relação à vida familiar</i>								
Boa	61	81,3	22	91,7	53	81,5	30	88,2
Regular/ruim	14	18,7	2	8,3	12	18,5	3	11,8
<i>Expectativa quando sair da unidade prisional em relação à vida profissional</i>								
Boa	44	58,7	17	70,8	42	64,6	19	55,9
Regular/ruim	31	41,3	7	29,2	23	35,4	15	44,1
<i>Expectativa quando sair da unidade prisional em relação ao padrão de vida</i>								
Boa	36	48,0	12	50,0	31	47,7	17	50,0
Regular/ruim	39	52,0	12	50,0	34	52,3	17	50,0
<i>Expectativa quando sair da unidade prisional em relação às condições de trabalho</i>								
Boa	43	57,3	15	62,5	39	60,0	19	55,9
Regular/ruim	32	42,7	9	37,5	26	40,0	15	44,1
<i>Expectativa quando sair da unidade prisional em relação às condições de saúde</i>								
Boa	54	72,0	21	87,5	47	72,3	28	82,4
Regular/ruim	21	28,0	3	12,5	18	27,7	6	17,6

Fonte: Elaborada pelo próprio autor.

ANÁLISE BIVARIADA E MULTIVARIADA

Análise bivariada e multivariada para o desfecho presença de sintomas ansiosos

Os resultados da análise bivariada são apresentados conforme os blocos hierarquizados, indo do mais distal ao mais proximal:

- Bloco 1 – Variáveis sociodemográficas (Tabela 15);
- Bloco 2 – Variáveis referentes à saúde da mulher privada de liberdade (Tabela 16);
- Bloco 3 – Variáveis relacionadas ao encarceramento (Tabela 17).

Os resultados da análise multivariada são apresentados na tabela 18.

Tabela 15. Análise bivariada e ajustada por bloco das variáveis sociodemográficas associadas à presença de sintomas ansiosos em 99 mulheres privadas de liberdade. Juiz de Fora, MG, 2022

Variável	%	RP bruta (IC95%)	p	RP ajustada dentro do bloco (IC95%)	p
<i>Faixa etária</i>			0,550		-
30 a 59 anos	73,0	1		-	
20 a 29 anos	80,6	1,53 (0,57 - 4,14)		-	
<i>Cor autodeclarada</i>			0,604		-
Não negras	68,0	1		-	
Negras	78,4	1,71 (0,62 - 4,67)		-	
<i>Gênero</i>			0,173		-
Cisgênero	76,9	1		-	
Não binário	80,0	1,20 (0,13 - 11,33)		-	
Transgênero	33,3	0,15 (0,01 - 1,74)		-	
<i>Situação conjugal</i>			0,685		-
Companheira/casada	78,4	1		-	
Solteira/separada/viúva/outros	72,9	0,74 (0,29 - 1,86)		-	
<i>Possui filhos</i>			0,457		-
Não	64,3	1		-	
Sim	77,6	1,93 (0,58 - 6,45)		-	
<i>Escolaridade</i>			0,265		-
Até ensino fundamental incompleto	77,0	1		-	
Ensino fundamental completo até ensino médio incompleto	85,7	1,79 (0,46 - 6,96)		-	
Ensino médio completo ou mais	58,8	0,43 (0,14 - 1,32)		-	
<i>Renda mensal antes do encarceramento</i>			0,385		-
0 a 1 salário mínimo	75,8	1		-	
> 1 a ≤2 salários mínimos	84,6	1,76 (0,53 - 5,87)		-	
> 2 salários mínimos	42,9	0,24 (0,05 - 1,19)		-	
<i>Status Social Subjetivo</i>			0,490		-
Melhor SSS	66,7	1		-	
Pior SSS	77,8	1,75 (0,58 - 5,32)		-	

Fonte: Elaborada pelo próprio autor.

Tabela 16. Análise bivariada e ajustada por bloco das variáveis referentes à saúde da mulher privada de liberdade associadas à presença de sintomas ansiosos em 99 mulheres privadas de liberdade. Juiz de Fora, MG, 2022

(Continua)

Variável	%	RP bruta (IC95%)	p	RP ajustada por bloco (IC95%)	p
2.1 Referidas					
<i>Autopercepção da saúde</i>			0,002		0,048
Boa	66,2	1		1	
Ruim	96,8	15,33 (1,97 - 119,67)		8,47 (1,02 - 70,64)	
<i>Morbidade referida</i>			1,000		-
Não	76,6	1		-	
Sim	75,0	0,92 (0,37 - 2,30)		-	
<i>Fumante ativa</i>			0,303		-
Não	66,7	1		-	
Sim	79,2	1,90 (0,71 - 5,07)		-	
<i>Dengue tratada no último ano</i>			0,215		-
Não	73,6	-		-	
Sim	100,0	-		-	
<i>Sífilis tratada no último ano</i>			1,000		-
Não	75,3	1		-	
Sim	83,3	1,64 (0,18 - 14,80)		-	
<i>HIV/AIDS tratada no último ano</i>			0,980		-
Não	76,3	1		-	
Sim	50,0	0,31 (0,02 - 5,17)		-	
<i>Uso, nos últimos 30 dias de privação de liberdade, de álcool</i>			0,756		-
Não	75,0	-		-	
Sim	100,0	-		-	
<i>Uso, nos últimos 30 dias de privação de liberdade, de tabaco</i>			0,809		-
Não	72,4	1		-	
Sim	77,1	1,29 (0,48 - 3,45)		-	
<i>Uso, nos últimos 30 dias de privação de liberdade, de maconha</i>			0,576		-
Não	74,7	-		-	
Sim	100,0	-		-	
<i>Uso, nos últimos 30 dias de privação de liberdade, de remédio para emagrecer ou ficar acordado (ligado) sem receita médica</i>			1,000		-
Não	75,5	-		-	
Sim	100,0	-		-	
<i>Uso, nos últimos 30 dias de privação de liberdade, de tranquilizante, ansiolítico, calmante ou antidiabético sem receita médica</i>			0,578		-
Não	74,4	1		-	
Sim	88,9	2,75 (0,33 - 23,16)		-	

Tabela 16. Análise bivariada e ajustada por bloco das variáveis referentes à saúde da mulher privada de liberdade associadas à presença de sintomas ansiosos em 99 mulheres privadas de liberdade. Juiz de Fora, MG, 2022

(Conclusão)					
Variável	%	RP bruta (IC95%)	p	RP ajustada por bloco (IC95%)	p
2.2 Assistência à Saúde					
<i>Relato de assistência em saúde</i>			0,578		-
Sim	74,4	1		-	
Não	88,9	2,75 (0,33 - 23,15)		-	
<i>Consulta com médico no último ano</i>			1,000		-
Sim	75,3	1		-	
Não	83,3	1,64 (0,18 - 14,80)		-	
<i>Consulta com psicólogo no último ano</i>			0,357		-
Sim	78,7	1		-	
Não	66,7	0,54 (0,20 - 1,49)		-	
<i>Consulta com assistente social no último ano</i>			0,758		-
Sim	76,6	1		-	
Não	60,0	0,46 (0,07 - 2,92)		-	
<i>Nº de consultas com médico no último ano</i>			0,040		0,046
Mais que duas	66,0	1		1	
Nenhuma a duas	85,7	3,09 (1,15 - 8,33)		3,22 (1,02 - 10,17)	
<i>Nº de consultas com psicólogo no último ano</i>			0,400		-
Mais que duas	73,0	1		-	
Nenhuma a duas	84,0	0,51 (0,16 - 1,68)		-	
<i>Nº de consultas com assistente social no último ano</i>			1,000		-
Mais que duas	76,3	1		-	
Nenhuma a duas	75,4	1,05 (0,41 - 2,71)		-	
<i>Nível de satisfação com consultas com médico</i>			0,251		-
Bom	70,0	1		-	
Regular/Ruim	82,2	1,98 (0,75 - 5,25)		-	
<i>Nível de satisfação com consultas com psicólogo</i>			0,238		-
Bom	71,7	1		-	
Regular/Ruim	88,9	3,16 (0,66 - 15,26)		-	
<i>Nível de satisfação com consultas com assistente social</i>			0,528		-
Bom	74,0	1		-	
Regular/Ruim	84,2	1,87 (0,49 - 7,10)		-	
<i>Presença de sintomas depressivos</i>			< 0,001		< 0,001
Não	47,1	1		1	
Sim	90,8	11,06 (3,77 - 32,46)		7,47 (2,34 - 23,87)	

Fonte: Elaborada pelo próprio autor.

Tabela 17. Análise bivariada e ajustada por bloco das variáveis relacionadas ao encarceramento associadas à presença de sintomas ansiosos em 99 mulheres privadas de liberdade. Juiz de Fora, MG, 2022

(Continua)

Variável	%	RP bruta (IC95%)	p	RP ajustada por bloco (IC95%)	p
3.1 Sociabilidade e lazer					
<i>Vínculo familiar</i>			0,510		-
Mantém vínculo com a família	73,8	1		-	
Não mantém vínculo	84,2	1,90 (0,50 - 7,18)		-	
<i>Recebe visita social</i>			0,647		-
Sim	73,3	1		-	
Não	79,5	1,41 (0,54 - 3,70)		-	
<i>Recebe visita agendada</i>			0,813		-
Sim	72,0	1		-	
Não	77,0	1,30 (0,47 - 3,64)		-	
<i>Estuda</i>			1,000		-
Sim	75,0	1		-	
Não	75,9	1,05 (0,26 - 4,23)		-	
<i>Desempenha atividade laboral</i>			0,069		0,019
Sim	65,0	1		1	
Não	83,1	2,64 (1,03 - 6,76)		4,28 (1,27 - 14,43)	
<i>Participa de celebrações religiosas</i>			0,142		-
Sim	80,0	1		-	
Não	62,5	0,42 (0,15 - 1,13)		-	
<i>Nível de satisfação com o relacionamento com outras detentas</i>			0,170		-
Bom	72,2	1		-	
Regular/ruim	90,0	3,47 (0,74 - 16,23)		-	
<i>Nível de satisfação com o relacionamento com as policiais penais</i>			1,000		-
Bom	75,3	1		-	
Regular/ruim	76,9	1,09 (0,38 - 3,14)		-	
<i>Costuma ler</i>			0,966		-
Sim	75,0	1		-	
Não	78,3	1,20 (0,39 - 3,67)		-	
<i>Costuma ver TV</i>			1,000		-
Sim	75,9	1		-	
Não	75,0	0,96 (0,24 - 3,86)		-	
<i>Costuma praticar esportes</i>			0,490		-
Sim	66,7	1		-	
Não	77,8	1,75 (0,58 - 5,32)		-	
<i>Costuma conversar</i>			0,384		-
Sim	73,9	1		-	
Não	90,9	3,54 (0,43 - 29,18)		-	
<i>Costuma ficar sozinha</i>			0,203		-
Sim	65,5	1		-	
Não	80,0	2,10 (0,80 - 5,52)		-	
<i>Costuma dormir</i>			0,964		-
Sim	76,3	1		-	
Não	66,7	0,62 (0,11 - 3,62)		-	

Tabela 17. Análise bivariada e ajustada por bloco das variáveis relacionadas ao encarceramento associadas à presença de sintomas ansiosos em 99 mulheres privadas de liberdade. Juiz de Fora, MG, 2022

(Continuação)					
Variável	%	RP bruta (IC95%)	p	RP ajustada por bloco (IC95%)	p
<i>Costuma escrever</i>			0,582		-
Sim	73,6	1		-	
Não	81,5	1,58 (0,52 - 4,76)		-	
3.2 Características penais					
<i>Tipo de crime cometido</i>			0,960		-
Outros	74,5	1		-	
Tráfico de drogas	76,9	1,14 (0,46 - 2,87)		-	
<i>Tempo de encarceramento</i>			0,526		-
> 15 meses	71,7	1		-	
≤ 15 meses	79,2	1,50 (0,60 - 3,79)		-	
<i>Sentença recebida</i>			0,809		-
Sim	77,1	1		-	
Não	72,4	0,78 (0,29 - 2,09)		-	
<i>Tempo de sentença</i>			0,199		-
> 7 anos	66,7	1		-	
≤ 7 anos	83,3	2,50 (0,78 - 7,97)		-	
<i>Regime penal</i>			0,848		-
Fechado	76,1	1		-	
Provisório	72,4	0,82 (0,29 - 2,38)		-	
Semiaberto	79,2	1,19 (0,36 - 3,95)		-	
<i>Nível de satisfação com as condições e tamanho da cela</i>			0,166		-
Bom	69,6	1		-	
Regular/Ruim	83,7	2,24 (0,83 - 6,03)		-	
<i>Nível de satisfação com atividades no presídio</i>			0,252		-
Bom	70,5	1		-	
Regular/Ruim	83,9	2,18 (0,72 - 6,56)		-	
<i>Nível de satisfação com alimentação do presídio</i>			0,534		-
Bom	63,6	1		-	
Regular/Ruim	77,3	1,94 (0,52 - 7,32)		-	
<i>Nível de satisfação com a escolta/transporte</i>			0,077		0,140
Bom	67,9	1		1	
Regular/Ruim	87,5	3,31 (1,00 - 10,93)		2,72 (0,72 - 10,30)	
3.3 Preconceito e violência					
<i>Tratamento preconceituoso por funcionárias devido à condição de detenta</i>			0,045		0,658
Não	67,8	1		1	
Sim	87,5	3,33 (1,12 - 9,84)		1,43 (0,30 - 6,88)	
<i>Tratamento preconceituoso por funcionárias devido à raça/cor</i>			1,000		-
Não	76,0	1		-	
Sim	66,7	0,63 (0,06 - 7,27)		-	

Tabela 17. Análise bivariada e ajustada por bloco das variáveis relacionadas ao encarceramento associadas à presença de sintomas ansiosos em 99 mulheres privadas de liberdade. Juiz de Fora, MG, 2022

(Continuação)					
Variável	%	RP bruta (IC95%)	p	RP ajustada por bloco (IC95%)	p
<i>Tratamento preconceituoso por funcionárias devido à condição social</i>					
Não	72,9	1	0,202	-	-
Sim	92,9	4,82 (0,60 - 38,97)		-	
<i>Tratamento preconceituoso por funcionárias devido à orientação sexual</i>					
Não	74,7	1	0,705	-	-
Sim	87,5	2,37 (0,28 - 20,29)		-	
<i>Tratamento preconceituoso por funcionárias devido ao crime cometido</i>					
Não	73,8	1	0,510	-	-
Sim	84,2	1,90 (0,50 - 7,18)		-	
<i>Tratamento preconceituoso por funcionárias devido à aparência</i>					
Não	77,6	1	0,457	-	-
Sim	64,3	0,52 - (0,16 - 1,73)		-	
<i>Tratamento preconceituoso por outras detentas devido à condição de detenta</i>					
Não	70,6	1	0,127	-	-
Sim	87,1	2,81 (0,87 - 9,08)		-	
<i>Tratamento preconceituoso por outras detentas devido à raça/cor</i>					
Não	74,5	-	0,446	-	-
Sim	100,0	-		-	
<i>Tratamento preconceituoso por outras detentas devido à condição social</i>					
Não	69,9	1	0,043	1	0,044
Sim	92,3	5,18 (1,12 - 23,83)		9,58 (1,06 - 86,40)	
<i>Tratamento preconceituoso por outras detentas devido à orientação sexual</i>					
Não	74,7	1	0,809	-	-
Sim	81,3	1,47 (0,38 - 5,66)		-	
<i>Tratamento preconceituoso por outras detentas devido ao crime cometido</i>					
Não	75,3	1	1,000	-	-
Sim	77,8	1,15 (0,34 - 3,89)		-	
<i>Tratamento preconceituoso por outras detentas devido à aparência</i>					
Não	72,0	1	0,205	-	-
Sim	87,5	2,72 (0,73 - 10,09)		-	

Tabela 17. Análise bivariada e ajustada por bloco das variáveis relacionadas ao encarceramento associadas à presença de sintomas ansiosos em 99 mulheres privadas de liberdade. Juiz de Fora, MG, 2022

(Continuação)

Variável	%	RP bruta (IC95%)	p	RP ajustada por bloco (IC95%)	p
<i>Risco de agressão física</i>			0,859		-
Não	74,0	1		-	
Sim	77,6	1,21 (0,48 - 3,05)		-	
<i>Risco de violência sexual</i>			0,546		-
Não	76,5	-		-	
Sim	0,0	-		-	
<i>Risco de violência psicológica</i>			0,387		-
Não	69,4	1		-	
Sim	79,4	1,69 (0,66 - 4,31)		-	
<i>Risco de ferimento por arma branca</i>			0,813		-
Não	77,0	1		-	
Sim	72,0	0,77 (0,28 - 2,14)		-	
<i>Risco de ferimento por arma de fogo</i>			0,704		-
Não	77,2	1		-	
Sim	70,0	0,69 (0,23 - 2,05)		-	
<i>Risco de queimadura</i>			0,925		-
Não	76,6	1		-	
Sim	72,7	0,81 (0,28 - 2,39)		-	
<i>Risco de explosão</i>			0,804		-
Não	77,3	1		-	
Sim	72,7	0,78 (0,30 - 2,04)		-	
<i>Vítima, no último ano, de agressão física</i>			0,380		-
Não	73,5	1		-	
Sim	87,5	2,52 (0,53 - 12,01)		-	
<i>Vítima, no último ano, de agressão verbal</i>			0,008		0,177
Não	64,2	1		1	
Sim	89,1	4,58 (1,55 - 13,56)		2,91 (0,62 - 13,76)	
<i>Vítima, no último ano, de assédio ou agressão sexual</i>			0,546		-
Não	76,5	-		-	
Sim	0,0	-		-	
<i>Vítima, no último ano, de queda</i>			0,457		-
Não	73,8	1		-	
Sim	86,7	2,31 (0,48 - 11,04)		-	
<i>Vítima, no último ano, de tentativa homicídio</i>			1,000		-
Não	75,5	-		-	
Sim	100,0	-		-	
<i>Tentativa de suicídio no último ano</i>			0,273		-
Não	73,9	-		-	
Sim	100,0	-		-	

Tabela 17. Análise bivariada e ajustada por bloco das variáveis relacionadas ao encarceramento associadas à presença de sintomas ansiosos em 99 mulheres privadas de liberdade. Juiz de Fora, MG, 2022

(Conclusão)					
Variável	%	RP bruta (IC95%)	p	RP ajustada por bloco (IC95%)	p
3.4 Expectativas pós-encarceramento					
<i>Expectativa quando sair da unidade prisional em relação à vida pessoal</i>					
Boa	73,2	1	0,502	-	-
Regular/ruim	82,1	1,68 (0,56 - 5,05)		-	
<i>Expectativa quando sair da unidade prisional em relação à vida familiar</i>					
Boa	73,5	1	0,380	-	-
Regular/ruim	87,5	2,52 (0,53 - 12,01)		-	
<i>Expectativa quando sair da unidade prisional em relação à vida profissional</i>					
Boa	72,1	1	0,409	-	-
Regular/ruim	81,6	1,71 (0,63 - 4,62)		-	
<i>Expectativa quando sair da unidade prisional em relação ao padrão de vida</i>					
Boa	75,0	1	1,000	-	-
Regular/ruim	76,5	1,08 (0,43 - 2,72)		-	
<i>Expectativa quando sair da unidade prisional em relação às condições de trabalho</i>					
Boa	74,1	1	0,834	-	-
Regular/ruim	78,0	1,24 (0,48 - 3,19)		-	
<i>Expectativa quando sair da unidade prisional em relação às condições de saúde</i>					
Boa	72,0	1	0,205	-	-
Regular/ruim	87,5	2,72 (0,73 - 10,09)		-	

Fonte: Elaborada pelo próprio autor.

Tabela 18. Modelo de regressão multivariada final em blocos hierarquizados para a presença de sintomas ansiosos em mulheres encarceradas. Juiz de Fora, MG, 2022

Variável	%	RP bruta (IC95%)	p	RP ajustada por bloco (IC95%)	p	RP ajustada final (IC95%)	p
Bloco 2 – Variáveis referentes à saúde da mulher privada de liberdade							
<i>Autopercepção da saúde</i>							
Boa	66,2	1	0,002	1	0,048	1	0,071
Ruim	96,8	15,33 (1,97 - 119,67)		8,47 (1,02 - 70,64)		7,16 (0,84 - 60,86)	
<i>Nº de consultas com médico no último ano</i>							
Mais que duas	66,0	1	0,040	1	0,046	1	0,077
Nenhuma a duas	85,7	3,09 (1,15 - 8,33)		3,22 (1,02 - 10,17)		2,88 (0,89 - 9,34)	
<i>Presença de sintomas depressivos</i>							
Não	47,1	1	< 0,001	1	< 0,001	1	0,002
Sim	90,8	11,06 (3,77 - 32,46)		7,47 (2,34 - 23,87)		6,42 (1,96 - 21,06)	
Bloco 3 – Variáveis relacionadas ao encarceramento							
<i>Desempenha atividade laboral</i>							
Sim	65,0	1	0,069	1	0,019	1	0,257
Não	83,1	2,64 (1,03 - 6,76)		4,28 (1,27 - 14,43)		1,95 (0,62 - 6,16)	
<i>Tratamento preconceituoso por outras detentas devido à condição social</i>							
Não	69,9	1	0,043	1	0,044	1	0,288
Sim	92,3	5,18 (1,12 - 23,83)		9,58 (1,06 - 86,40)		2,51 (0,46 - 13,71)	

Fonte: Elaborada pelo próprio autor.

Análise bivariada e multivariada para o desfecho presença de sintomas depressivos

Os resultados da análise bivariada são apresentados conforme os blocos hierarquizados, indo do mais distal ao mais proximal:

- Bloco 1 – Variáveis sociodemográficas (Tabela 19);
- Bloco 2 – Variáveis referentes à saúde da mulher privada de liberdade (Tabela 20);
- Bloco 3 – Variáveis relacionadas ao encarceramento (Tabela 21).

Os resultados da análise multivariada são apresentados na tabela 22.

Tabela 19. Análise bivariada e ajustada por bloco das variáveis sociodemográficas associadas à presença de sintomas depressivos em 99 mulheres privadas de liberdade. Juiz de Fora, MG, 2022

Variável	%	RP bruta (IC95%)	p	RP ajustada por bloco (IC95%)	p
<i>Faixa etária</i>			0,010		0,010
30 a 59 anos	55,6	1		1	
20 a 29 anos	83,3	4,00 (1,46 - 10,96)		4,00 (1,46 - 10,96)	
<i>Cor autodeclarada</i>			0,656		-
Não negras	67,6	1		-	
Negras	76,9	1,39 (0,54 - 3,54)		-	
<i>Gênero</i>			0,089		-
Cisgênero	68,1	1		-	
Não binário	40,0	0,31 (0,05 - 1,97)		-	
Transgênero	33,3	0,23 (0,02 - 2,68)		-	
<i>Situação conjugal</i>			0,667		-
Companheira/casada	62,5	1		-	
Solteira/separada/viúva/outros	68,6	0,76 (0,33 - 1,75)		-	
<i>Possui filhos</i>			0,852		-
Não	71,4	1		-	
Sim	64,7	0,73 (0,21 - 2,54)		-	
<i>Escolaridade</i>			0,161		-
Até ensino fundamental incompleto	70,5	1		-	
Ensino fundamental completo até ensino médio incompleto	61,9	0,68 (0,24 - 1,92)		-	
Ensino médio completo ou mais	52,9	0,47 (0,16 - 1,42)		-	
<i>Renda mensal antes do encarceramento</i>			0,802		-
0 a 1 salário mínimo	65,2	1		-	
> 1 a ≤ 2 salários mínimos	65,4	1,01 (0,39 - 2,62)		-	
> 2 salários mínimos	71,4	1,34 (0,24 - 7,44)		-	
<i>Status Social Subjetivo</i>			0,356		-
Melhor SSS	65,7	1		-	
Pior SSS	63,0	0,49 (0,15 - 1,61)		-	

Fonte: Elaborada pelo próprio autor.

Tabela 20. Análise bivariada e ajustada por bloco das variáveis referentes à saúde da mulher privada de liberdade associadas à presença de sintomas depressivos em 99 mulheres privadas de liberdade. Juiz de Fora, MG, 2022

(Continua)

Variável	%	RP bruta (IC95%)	p	RP ajustada (IC95%)	p
2.1 Referidas					
<i>Autopercepção da saúde</i>			0,005		0,087
Boa	55,9	1		1	
Ruim	87,1	5,33 (1,68 - 16,90)		2,94 (0,86 - 10,06)	
<i>Morbidade referida</i>			1,000		-
Não	66,0	1		-	
Sim	65,4	0,98 (0,42 - 2,24)		-	
<i>Dengue tratada no último ano</i>			0,848		-
Não	64,8	1		-	
Sim	75,0	1,63 (0,31 - 8,53)		-	
<i>Sífilis tratada no último ano</i>			0,619		-
Não	64,5	1		-	
Sim	83,3	2,75 (0,31 - 24,54)		-	
<i>HIV/AIDS tratada no último ano</i>			1,000		-
Não	66,0	1		-	
Sim	50,0	0,52 (0,03 - 8,51)		-	
<i>Fumante ativa</i>			0,125		-
Não	51,9	1		-	
Sim	70,8	2,26 (0,91 - 5,60)		-	
<i>Uso, nos últimos 30 dias de privação de liberdade, de álcool</i>			1,000		-
Não	65,6	1		-	
Sim	66,7	1,05 (0,09 - 11,98)		-	
<i>Uso, nos últimos 30 dias de privação de liberdade, de tabaco</i>			0,100		-
Não	51,7	1		-	
Sim	71,4	2,33 (0,95 - 5,70)		-	
<i>Uso, nos últimos 30 dias de privação de liberdade, de maconha</i>			1,000		-
Não	65,3	1		-	
Sim	75,0	1,60 (0,16 - 15,96)		-	
<i>Uso, nos últimos 30 dias de privação de liberdade, de remédio para emagrecer ou ficar acordado (ligado) sem receita médica</i>			1,000		-
Não	65,3	-		-	
Sim	100,0	-		-	
<i>Uso, nos últimos 30 dias de privação de liberdade, de tranquilizante, ansiolítico, calmante ou antidistônico sem receita médica</i>			1,000		-
Não	65,6	1		-	
Sim	66,7	1,05 (0,25 - 4,49)		-	

Tabela 20. Análise bivariada e ajustada por bloco das variáveis referentes à saúde da mulher privada de liberdade associadas à presença de sintomas depressivos em 99 mulheres privadas de liberdade. Juiz de Fora, MG, 2022

(Conclusão)					
Variável	%	RP bruta (IC95%)	p	RP ajustada (IC95%)	p
2.2 Assistência à Saúde					
<i>Relato de assistência em saúde</i>			1,000		-
Sim	65,6	1		-	
Não	66,7	1,05 (0,25 - 4,49)		-	
<i>Consulta com médico no último ano</i>			0,619		-
Sim	64,5	1		-	
Não	83,3	2,75 (0,31 - 24,54)		-	
<i>Consulta com psicólogo no último ano</i>			0,714		-
Sim	64,0	1		-	
Não	70,8	1,37 (0,50 - 3,71)		-	
<i>Consulta com assistente social no último ano</i>			0,834		-
Sim	64,9	1		-	
Não	80,0	2,16 (0,23 - 20,16)		-	
<i>Nº de consultas com médico no último ano</i>			0,574		-
Mais que duas	62,0	1		-	
Nenhuma a duas	69,4	1,39 (0,60 - 3,20)		-	
<i>Nº de consultas com psicólogo no último ano</i>			0,967		-
Mais que duas	68,0	1		-	
Nenhuma a duas	64,9	0,87 (0,33 - 2,28)		-	
<i>Nº de consultas com assistente social no último ano</i>			0,500		-
Mais que duas	62,3	1		-	
Nenhuma a duas	71,1	1,49 (0,62 - 3,55)		-	
<i>Nível de satisfação com consultas com médico</i>			0,358		-
Bom	60,0	1		-	
Regular/Ruim	71,1	1,64 (0,70 - 3,87)		-	
<i>Nível de satisfação com consultas com psicólogo</i>			0,507		-
Bom	60,0	1		-	
Regular/Ruim	72,2	1,73 (0,55 - 5,49)		-	
<i>Nível de satisfação com consultas com assistente social</i>			0,987		-
Bom	64,9	1		-	
Regular/Ruim	68,4	1,17 (0,40 - 3,43)		-	
<i>Presença de sintomas ansiosos</i>			< 0,001		< 0,001
Não	25,0	1		1	
Sim	78,7	11,06 (3,78 - 32,46)		8,22 (2,70 - 25,04)	

Fonte: Elaborada pelo próprio autor.

Tabela 21. Análise bivariada e ajustada por bloco das variáveis relacionadas ao encarceramento associadas à presença de sintomas depressivos em 99 mulheres privadas de liberdade. Juiz de Fora, MG, 2022

(Continua)

Variável	%	RP bruta (IC95%)	p	RP ajustada (IC95%)	p
3.1 Sociabilidade e lazer					
<i>Vínculo familiar</i>			0,989		-
Mantém vínculo com a família	65,0	1		-	
Não mantém vínculo	68,4	1,17 (0,40 - 3,40)		-	
<i>Recebe visita social</i>			0,362		-
Sim	70,0	1		-	
Não	59,0	0,62 (0,26 - 1,43)		-	
<i>Recebe visita agendada</i>			0,597		-
Sim	72,0	1		-	
Não	63,5	0,68 (0,25 - 1,83)		-	
<i>Estuda</i>			1,000		-
Sim	66,7	1		-	
Não	65,5	0,95 (0,26 - 3,41)		-	
<i>Desempenha atividade laboral</i>			0,105		-
Sim	55,0	1		-	
Não	72,9	2,20 (0,94 - 5,13)		-	
<i>Participa de celebrações religiosas</i>			0,899		-
Sim	66,7	1		-	
Não	62,5	0,83 (0,32 - 2,17)		-	
<i>Nível de satisfação com o relacionamento com outras detentas</i>			0,212		-
Bom	62,0	1		-	
Regular/ruim	80,0	2,45 (0,75 - 8,02)		-	
<i>Nível de satisfação com o relacionamento com as policiais penais</i>			1,000		-
Bom	65,8	1		-	
Regular/ruim	65,4	0,98 (0,38 - 2,52)		-	
<i>Costuma ler</i>			0,842		-
Sim	64,5	1		-	
Não	69,6	1,26 (0,46 - 3,44)		-	
<i>Costuma ver TV</i>			0,371		-
Sim	67,8	1		-	
Não	50,0	0,48 (0,14 - 1,60)		-	
<i>Costuma praticar esportes</i>			0,469		-
Sim	55,6	1		-	
Não	67,9	1,69 (0,60 - 4,79)		-	
<i>Costuma conversar</i>			0,852		-
Sim	64,8	1		-	
Não	72,7	1,45 (0,36 - 5,86)		-	
<i>Costuma ficar sozinha</i>			0,100		0,138
Sim	51,7	1		1	
Não	71,4	2,33 (0,95 - 5,70)		2,15 (0,78 - 5,91)	
<i>Costuma dormir</i>			0,697		-
Sim	66,7	1		-	
Não	50,0	0,50 (0,10 - 2,62)		-	

Tabela 21. Análise bivariada e ajustada por bloco das variáveis relacionadas ao encarceramento associadas à presença de sintomas depressivos em 99 mulheres privadas de liberdade. Juiz de Fora, MG, 2022

(Continuação)					
Variável	%	RP bruta (IC95%)	p	RP ajustada (IC95%)	p
<i>Costuma escrever</i>			0,400		-
Sim	62,5	1		-	
Não	74,1	1,71 (0,64 - 4,59)		-	
3.2 Características penais					
<i>Tipo de crime cometido</i>			0,123		-
Outros	74,5	1		-	
Tráfico de drogas	57,7	0,47 (0,20 - 1,10)		-	
<i>Tempo de encarceramento</i>			0,766		-
> 15 meses	55,4	1		-	
≤ 15 meses	67,9	1,24 (0,54 - 2,85)		-	
<i>Sentença recebida</i>			0,831		-
Sim	64,3	1		-	
Não	69,0	1,24 (0,49 - 3,12)		-	
<i>Tempo de sentença</i>			0,761		-
> 7 anos	60,0	1		-	
≤ 7 anos	66,7	1,33 (0,49 - 3,65)		-	
<i>Regime penal</i>			0,507		-
Fechado	67,4	1		-	
Provisório	69,0	1,08 (0,40 - 2,92)		-	
Semiaberto	58,3	0,68 (0,24 - 1,88)		-	
<i>Nível de satisfação com as condições e tamanho da cela</i>			0,163		
Bom	58,9	1		-	
Regular/Ruim	74,4	2,03 (0,85 - 4,83)		-	
<i>Nível de satisfação com atividades no presídio</i>			0,066		0,104
Bom	59,0	1		1	
Regular/Ruim	80,6	2,89 (1,04 - 8,08)		2,58 (0,82 - 8,07)	
<i>Nível de satisfação com alimentação do presídio</i>			0,852		-
Bom	72,7	1		-	
Regular/Ruim	64,8	0,69 (0,17 - 2,79)		-	
<i>Nível de satisfação com a escolta/transporte</i>			0,503		-
Bom	62,3	1		-	
Regular/Ruim	71,9			-	
3.3 Preconceito e violência					
<i>Tratamento preconceituoso por funcionárias devido à condição de detenta</i>			0,024		0,393
Não	55,9	1		1	
Sim	80,0	3,15 (1,24 - 7,99)		1,68 (0,51 - 5,53)	
<i>Tratamento preconceituoso por funcionárias devido à raça/cor</i>			0,513		-
Não	64,6	-		-	
Sim	100,0	-		-	

Tabela 21. Análise bivariada e ajustada por bloco das variáveis relacionadas ao encarceramento associadas à presença de sintomas depressivos em 99 mulheres privadas de liberdade. Juiz de Fora, MG, 2022

(Continuação)

Variável	%	RP bruta (IC95%)	p	RP ajustada (IC95%)	p
<i>Tratamento preconceituoso por funcionárias devido à condição social</i>					
Não	65,9	1	1,000	-	-
Sim	64,3	0,93 (0,29 - 3,04)		-	
<i>Tratamento preconceituoso por funcionárias devido à orientação sexual</i>					
Não	64,8	1	0,848	-	-
Sim	75,0	1,63 (0,31 - 8,53)		-	
<i>Tratamento preconceituoso por funcionárias devido ao crime cometido</i>					
Não	61,3	1	0,104	-	-
Sim	84,2	3,37 (0,91 - 12,54)		-	
<i>Tratamento preconceituoso por funcionárias devido à aparência</i>					
Não	65,9	1	1,000	-	-
Sim	64,3	0,93 (0,29 - 3,04)		-	
<i>Tratamento preconceituoso por outras detentas devido à condição de detenta</i>					
Não	58,8	1	0,058	1	0,997
Sim	80,6	2,92 (1,06 - 8,04)		1,00 (0,24 - 4,15)	
<i>Tratamento preconceituoso por outras detentas devido à raça/cor</i>					
Não	63,8	-	0,239	-	-
Sim	100,0	-		-	
<i>Tratamento preconceituoso por outras detentas devido à condição social</i>					
Não	58,9	1	0,033	1	0,219
Sim	84,6	3,84 (1,20 - 12,28)		2,58 (0,57 - 11,72)	
<i>Tratamento preconceituoso por outras detentas devido à orientação sexual</i>					
Não	61,4	1	0,085	-	-
Sim	87,5	4,39 (0,94 - 20,61)		-	
<i>Tratamento preconceituoso por outras detentas devido ao crime cometido</i>					
Não	60,5	1	0,043	1	0,405
Sim	88,9	5,22 (1,13 - 24,27)		2,15 (0,35 - 13,07)	
<i>Tratamento preconceituoso por outras detentas devido à aparência</i>					
Não	29,2	1	0,176	-	-
Sim	79,2	2,40 (0,81 - 7,12)		-	

Tabela 21. Análise bivariada e ajustada por bloco das variáveis relacionadas ao encarceramento associadas à presença de sintomas depressivos em 99 mulheres privadas de liberdade. Juiz de Fora, MG, 2022

(Continuação)

Variável	%	RP bruta (IC95%)	p	RP ajustada (IC95%)	p
<i>Risco de agressão física</i>			0,159		-
Não	58,0	1		-	
Sim	73,5	2,00 (0,86 - 4,68)		-	
<i>Risco de violência sexual</i>			1,000		-
Não	65,3	-		-	
Sim	100,0	-		-	
<i>Risco de violência psicológica</i>			0,347		-
Não	58,3	1		-	
Sim	69,8	1,65 (0,70 - 3,88)		-	
<i>Risco de ferimento por arma branca</i>			0,967		-
Não	64,9	1		-	
Sim	68,0	1,15 (0,44 - 3,02)		-	
<i>Risco de ferimento por arma de fogo</i>			1,000		-
Não	65,8	1		-	
Sim	65,0	0,96 (0,34 - 2,70)		-	
<i>Risco de queimadura</i>			0,591		-
Não	63,6	1		-	
Sim	72,7	1,52 (0,54 - 4,34)		-	
<i>Risco de explosão</i>			1,000		-
Não	65,2	1		-	
Sim	66,7	1,07 (0,44 - 2,59)		-	
<i>Vítima, no último ano, de agressão física</i>			0,567		-
Não	63,9	1		-	
Sim	75,0	1,70 (0,50 - 5,73)		-	
<i>Vítima, no último ano, de agressão verbal</i>			0,008		0,176
Não	52,8	1		1	
Sim	80,4	3,67 (1,48 - 9,09)		2,23 (0,70 - 7,10)	
<i>Vítima, no último ano, de assédio ou agressão sexual</i>			1,000		-
Não	65,3	1		-	
Sim	100,0	1,53 (1,32 - 1,77)		-	
<i>Vítima, no último ano, de queda</i>			0,330		-
Não	63,1	1		-	
Sim	80,0	2,34 (0,61 - 8,94)		-	
<i>Vítima, no último ano, de tentativa homicídio</i>			1,000		-
Não	65,3	-		-	
Sim	100,0	-		-	
<i>Tentativa de suicídio no último ano</i>			0,116		-
Não	63,0	-		-	
Sim	100,0	-		-	

Tabela 21. Análise bivariada e ajustada por bloco das variáveis relacionadas ao encarceramento associadas à presença de sintomas depressivos em 99 mulheres privadas de liberdade. Juiz de Fora, MG, 2022

Variável	%	RP bruta (IC95%)	p	(Conclusão)	
				RP ajustada (IC95%)	p
3.4 Expectativas pós-encarceramento					
<i>Expectativa quando sair da unidade prisional em relação à vida pessoal</i>					
Boa	63,4	1	0,600	-	-
Regular/ruim	71,4	1,44 (0,56 - 3,74)		-	
<i>Expectativa quando sair da unidade prisional em relação à vida familiar</i>					
Boa	63,9	1	0,567	-	-
Regular/ruim	75,0	1,70 (0,50 - 5,73)		-	
<i>Expectativa quando sair da unidade prisional em relação à vida profissional</i>					
Boa	68,9	1	0,528	-	-
Regular/ruim	60,5	0,69 (0,30 - 1,62)		-	
<i>Expectativa quando sair da unidade prisional em relação ao padrão de vida</i>					
Boa	64,6	1	0,995	-	-
Regular/ruim	66,7	1,10 (0,48 - 2,52)		-	
<i>Expectativa quando sair da unidade prisional em relação às condições de trabalho</i>					
Boa	67,2	1	0,857	-	-
Regular/ruim	63,4	0,84 (0,36 - 1,96)		-	
<i>Expectativa quando sair da unidade prisional em relação às condições de saúde</i>					
Boa	62,7	1	0,389	-	-
Regular/ruim	75,0	1,79 (0,63 - 5,04)		-	

Fonte: Elaborada pelo próprio autor.

Tabela 22. Modelo de regressão multivariada final em blocos hierarquizados para a presença de sintomas depressivos em mulheres encarceradas. Juiz de Fora, MG, 2022

Variável	%	RP bruta (IC95%)	p	RP ajustada por bloco (IC95%)	p	RP ajustada final (IC95%)	p
Bloco 1 – Variáveis sociodemográficas e Status Social Subjetivo							
<i>Faixa etária</i>			0,010		0,009		0,009
30 a 59 anos	55,6	1		1		1	
20 a 29 anos	83,3	4,00 (1,46 - 10,96)		4,85 (1,48 - 15,87)		4,85 (1,48 - 15,87)	
Bloco 2 – Variáveis referentes à saúde da mulher privada de liberdade							
<i>Presença de sintomas ansiosos</i>			< 0,001		< 0,001		< 0,001
Não	25,0	1		1		1	
Sim	78,7	11,06 (3,78 - 32,46)		12,67 (3,92 - 40,98)		12,67 (3,92 - 40,98)	

Fonte: Elaborada pelo próprio autor.

ANEXOS

ANEXO A - Termo de concordância da Secretaria de Estado de Administração Prisional



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE ADMINISTRAÇÃO PRISIONAL
ACADEMIA DO SISTEMA PRISIONAL

CARTA DE ANUÊNCIA

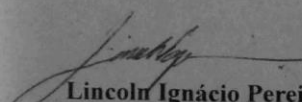
Belo Horizonte, 25 de março de 2019

Em cumprimento ao Processo SEI 1450.01.0006361/2019-14, afeto à solicitação de pesquisa da aluna de mestrado da faculdade de Medicina da UFJF, Lidiane Castro Duarte de Aquino, que deseja realizar na Penitenciária José Edson Cavaliere/Anexo Feminino Eliane Betti, coleta de dados através de entrevistas junto à população carcerária, versando sobre o tema: "Condições de vida e de saúde de mulheres privadas de liberdade em Juiz de Fora - MG", impõe-se esclarecer que, cumpridos os requisitos definidos pela Resolução 059/SEAP/2018, nada temos a opor, **desde que a unidade prisional tenha disponibilidade para recebê-la**. Caso fique autorizada a referida visita, deve ser acordado previamente, data e horário junto à Direção da Penitenciária José Edson Cavaliere/Anexo Feminino Eliane Betti.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento pela pesquisadora, dos requisitos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, comprometendo-se a utilizar os dados pessoais dos participantes da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades. O descumprimento de qualquer dos condicionamentos expostos, poderá gerar o direito de retirada da anuência a qualquer momento da pesquisa.

Não haverá a utilização de equipamentos eletrônicos.

Conforme orientações do Subsecretário de Segurança Prisional, ficará ao encargo de cada unidade prisional, a consulta sistêmica e autorização dos pesquisadores, a ser realizada no âmbito da Assessoria de Informação e Inteligência da Unidade Prisional. Caso a Unidade Prisional identifique algum impedimento para o(s) pretenso(s) visitante(s), deverá encaminhar a informação à Agência Central de Inteligência (Assessoria de Informação e Inteligência - AII/SEAP).


Lincoln Ignácio Pereira
Superintendente da Academia do Sistema Prisional

**ANEXO B – Anuência de pesquisa do diretor geral do estabelecimento penal
no qual foi realizado o estudo**

 GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE ADMINISTRAÇÃO PRISIONAL
PENITENCIÁRIA JOSÉ EDSON CAVALIERI

DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA E INFRAESTRUTURA

Juiz de Fora, 28 de março de 2019.

Informo que a Penitenciária José Edson Cavaliéri/Anexo Feminino Eliane Betti foi notificada através do Despacho nº468/2019/SEAP/SUSEP enviado através do Processo SEI 1450.01.0008361/2019-14 acerca da pesquisa de mestrado a ser conduzida por Lidiane Castro Duarte de Aquino, cujo tema é "Condições de vida e de saúde de mulheres privadas de liberdade em Juiz de Fora – MG". Destarte, declaro que a unidade está de acordo com a realização da pesquisa, e que apresenta infraestrutura adequada e necessária para a execução da mesma.

Todavia, conforme condições expostas na carta de anuência, esta unidade requer que as visitas sejam agendadas com no mínimo 10 dias de antecedência, e que os nomes dos pesquisadores participantes sejam informados no mesmo prazo a fim de que seja realizada consulta sistêmica para autorização de entrada na unidade. Tal consulta ficará a cargo da Assessoria de Informação e Inteligência da Unidade Prisional. Cabe salientar que a Unidade se mantém no dever de cancelar a visitação mediante situações especiais que possam ocorrer, viabilizando, contudo, o reagendamento para outra ocasião.


Marcos Adriano Francisco
M.A.F. 12755-1
DIRETOR GERAL/P&C

Marcos Adriano Francisco
Diretor Geral
Penitenciária José Edson Cavaliéri

*Ciente e ciente-me
a disposição para a
realização da pesquisa.*


Sibely C. Pereira da Silva
Diretora Adjunta Anexo Eliane Betti
M.A.S.P. 1221023-6

ANEXO C – Termo de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFJF



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Condições de vida e de saúde de mulheres privadas de liberdade em Juiz de Fora - MG

Pesquisador: LIDIANE CASTRO DUARTE DE AQUINO

Área Temática:

Versão: 5

CAAE: 10623019.6.0000.5147

Instituição Proponente: NATES - NÚCLEO DE ACESSORIA, TREINAMENTO E ESTUDOS EM SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.215.418

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa.

"Trata-se de um estudo de delineamento transversal, observacional, a ser realizado no período de outubro de 2019 a agosto de 2021 com todas as mulheres acauteladas no Anexo Feminino Eliane Betti, em Juiz de Fora – MG. Com o estudo pretende-se conhecer o perfil de saúde e as condições de vida dessas mulheres. Para o alcance do objetivo proposto será utilizado um instrumento de coleta de dados, constituído por um questionário

semi-estruturado e escalas de ampla utilização em pesquisas científicas, que versa sobre as características sociodemográficas, às condições de saúde e às condições de vida na unidade prisional. A pesquisa será realizada mediante autorização da Secretaria de Administração Prisional de Minas Gerais, em dias e locais previamente acordados com a direção da Unidade."

Objetivo da Pesquisa:

"Objetivo Primário: Avaliar o perfil de saúde e as condições de vida das mulheres acauteladas no Anexo Feminino Eliane Betti em Juiz de Fora – MG."

"Objetivo Secundário: • Caracterizar o perfil sociodemográfico da população de estudo; • Verificar as condições de saúde das mulheres privadas de liberdade; • Verificar a autoavaliação de saúde dessas mulheres; • Caracterizar as condições em que as mulheres vivem na unidade prisional; •

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N

Bairro: SAO PEDRO

CEP: 36.036-900

UF: MG

Município: JUIZ DE FORA

Telefone: (32)2102-3788

E-mail: cep.propp@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 5.215.418

Verificar a relação entre o status social subjetivo e a autoavaliação do estado de saúde;• Descrever os fatores associados à autoavaliação do estado de saúde;".

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

"Os riscos relacionados à participação nessa pesquisa são mínimos, incluem possíveis sentimentos de incômodo, constrangimentos, medo e/ou insegurança e possibilidade de exposição de informações pessoais. Serão oferecidas as garantias de minimização dos riscos através do sigilo de informações, pelo anonimato dos participantes, e havendo qualquer problema ou desconforto, assim que detectado será imediatamente sanado pelos pesquisadores. Os pesquisadores suspenderão o estudo imediatamente ao perceber algum risco ou dano à saúde do indivíduo participante da pesquisa, conseqüente a essa, não previsto no termo de consentimento. Benefícios: A pesquisa beneficiará não somente as mulheres privadas de liberdade do Anexo Feminino Eliane Betti, mas também a população prisional feminina como um todo, uma vez que se espera que os resultados contribuam para direcionar medidas que visem à minimização dos agravos à saúde no ambiente carcerário, objetivando melhores condições de saúde e de vida nas unidades prisionais, especialmente sob a ótica do conceito ampliado de saúde, minimizando assim os impactos causados pelo encarceramento em diversos aspectos, como sociais, econômicos, previdenciários e no sistema de saúde."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo de pesquisa está em configuração adequada, apresenta FOLHA DE ROSTO devidamente preenchida, com o título em português, identifica o patrocinador pela pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra a; e 3.4.1 item 16. Apresenta o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO em linguagem clara para compreensão dos participantes, apresenta justificativa e objetivo, campo para identificação do participante, descreve de forma suficiente os procedimentos, informa que uma das vias do TCLE será entregue aos participantes, assegura a liberdade do participante recusar ou retirar o consentimento sem penalidades, garante sigilo e anonimato, explicita riscos e desconfortos esperados, indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, contato

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **E-mail:** cep.propp@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 5.215.418

do pesquisador e do CEP e informa que os dados da pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador pelo período de cinco anos, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466 de 2012, itens: IV letra b; IV.3 letras a, b, d, e, f, g e h; IV. 5 letra d e XI.2 letra f. Apresenta o INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS de forma pertinente aos objetivos delineados e preserva os participantes da pesquisa. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas no Manual Operacional para CPEs. Apresenta DECLARAÇÃO de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra h.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, a emenda ao projeto está aprovada, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional N° 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: março de 2023.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional N°001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO a emenda ao protocolo de pesquisa proposto, com a seguinte justificativa: " A pesquisa em questão trata-se de um estudo epidemiológico, do tipo censo, que fez o uso de instrumento extenso e multidimensional, cuja coleta de dados foi realizada entre os meses de setembro de 2019 e fevereiro de 2020 e contou com 99 participantes. A prorrogação do prazo de vigência desta pesquisa e a incorporação de novo membro à equipe favorecerão a continuidade das análises e produções científicas que detêm um potencial significativo para geração de subsídios importantes para a elaboração de políticas públicas voltadas para a garantia do direito à saúde e para a reinserção das egressas do sistema prisional. Ressalta-se que este projeto contribui para o rompimento da invisibilidade de uma população vulnerabilizada e silenciada. Trata-se de uma pesquisa que cumpre com o papel social da produção científica no nosso país. Dado o caráter interdisciplinar do referido projeto e a importância da colaboração e troca de saberes entre a equipe, a inclusão de uma nova pesquisadora agregará esforços para a continuidade das análises, interpretações e discussões dos dados, bem como para a divulgação científica. Permitirá também valorizar os investimentos de recursos humanos e financeiros, e toda a infraestrutura e logística

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **E-mail:** cep.propp@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 5.215.418

que foram necessários para a realização desta pesquisa. Cabe destacar que vivemos hoje um cenário de escassez de recursos financeiros destinados às pesquisas, o que reforça a importância de otimizar o uso de dados já coletados. Reforço que todos os compromissos éticos serão preservados. Aguardando manifestação desse Comitê quanto à apreciação e aprovação. INFORMAÇÕES RETIRADAS DO ARQUIVO""Emenda_jan2022.pdf". Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1877234_E4.pdf	27/01/2022 17:56:54		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_de_pesquisa_plataforma_detalhado.pdf	27/01/2022 17:53:39	LIDIANE CASTRO DUARTE DE AQUINO	Aceito
Outros	Emenda_jan2022.pdf	27/01/2022 17:45:32	LIDIANE CASTRO DUARTE DE AQUINO	Aceito
Outros	Autorizacao_secretaria.pdf	27/03/2019 23:37:45	LIDIANE CASTRO DUARTE DE AQUINO	Aceito
Outros	questionario_mestrado.doc	27/03/2019 23:10:22	LIDIANE CASTRO DUARTE DE AQUINO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo_infraestrutura.pdf	27/03/2019 22:43:14	LIDIANE CASTRO DUARTE DE AQUINO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_consentimento_livre_esclarecido.doc	27/03/2019 22:39:18	LIDIANE CASTRO DUARTE DE AQUINO	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostolidiane.pdf	27/03/2019 22:31:05	LIDIANE CASTRO DUARTE DE AQUINO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **E-mail:** cep.propp@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 5.215.418

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JUIZ DE FORA, 28 de Janeiro de 2022

Assinado por:
Jubel Barreto
(Coordenador(a))

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **E-mail:** cep.propp@ufjf.edu.br

ANEXO D – Instrumento de coleta de dados da pesquisa “Condições de vida e de saúde de mulheres privadas de liberdade”



“CONDIÇÕES DE VIDA E DE SAÚDE DE MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE”

Aplicador: _____ N° quest.: _____ Data: ____/____/____ Cella: _____

ENTREVISTADOR: Fazer a leitura do quadro abaixo

Prezada,

Este questionário se refere a **algumas questões sobre você, questões relacionadas à sua saúde e à rotina na unidade.**

O questionário é **anônimo**. Desta forma, você estará protegida, isto é, ninguém vai saber quem respondeu cada questionário. Os questionários serão utilizados apenas pela equipe de pesquisa.

Não existem respostas certas ou erradas para as questões, por isso a sua sinceridade é muito importante ao respondê-lo.

Você não é obrigada a participar da pesquisa e tem o direito de desistir a qualquer momento. Caso não queira participar, por favor, se manifeste a qualquer momento.

Agradecemos sua colaboração!

BLOCO 1 NÓS VAMOS COMEÇAR COM ALGUMAS INFORMAÇÕES GERAIS SOBRE A SENHORA
--

1. Qual a idade da senhora? _____

2. Como a senhora se vê em relação a cor da sua pele?

- 1. BRANCA
- 2. PRETA
- 3. PARDA
- 4. AMARELA / INDÍGENA

3. Como se identifica em relação ao seu gênero?

- 1. FEMININO (Cisgênero)
- 2. MASCULINO (Transgênero)
- 3. NÃO TOTALMENTE FEMININO E NÃO TOTALMENTE MASCULINO (Não-binário)
- 4. NÃO TENHO UM GÊNERO (Agênero)

4. A senhora se relaciona afetivamente e/ou sexualmente com?

- 1. HOMENS
- 2. MULHERES
- 3. HOMENS E MULHERES
- 4. HOMENS, MAS ATUALMENTE COM MULHERES (outra acautelada)
- 5. OUTRO _____

5. Qual é a sua situação conjugal atual?

- 1. SOLTEIRA
- 2. COMPANHEIRA (O)
- 3. CASADA
- 4. SEPARADA
- 5. VIÚVA
- 6. OUTRO: _____

6. A senhora tem filhos?

- 1. SIM. QUANTOS? |__| |__|
- 2. NÃO

7. Com quem morava antes de ser presa? _____

8. Qual é a sua escolaridade?

1. NÃO SEI LER E ESCREVER (analfabeto)
2. ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO (estudei até a 4ª série)
3. ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO (estudei até a 7ª série)
4. ENSINO FUNDAMENTAL COMPLETO (concluí a 8ª série)
5. ENSINO MÉDIO INCOMPLETO (parei entre o 1º e 3º ano do 2º grau)
6. ENSINO MÉDIO COMPLETO (concluí o 3º ano do 2º grau)
7. SUPERIOR INCOMPLETO (estudei curso de graduação na faculdade, mas não concluí)
8. SUPERIOR COMPLETO (me formei em um curso de graduação)

9. Qual profissão exercia antes da prisão? _____

10. Renda mensal antes da prisão _____

11. Escala de Mac Arthur de Status Social Subjetivo

ENTREVISTADOR: Fazer a leitura do texto e marcar com o "X" o degrau indicado pela participante.

Considere que a escada que estou lhe mostrando representa o lugar que as pessoas ocupam na sociedade. No topo desta escada estão as pessoas que possuem mais dinheiro, maior escolaridade e os melhores empregos. Na parte mais baixa da escada, estão as pessoas que possuem menos dinheiro, menor escolaridade e piores empregos (empregos com menor reconhecimento) ou estão desempregadas. Quanto mais alto a senhora se considerar nesta escada, mais próximo estará das pessoas que estão no topo da escada e quanto mais baixo, mais próximo das pessoas que se encontram na parte mais baixa. Onde a senhora se colocaria nesta escada?. **Indique em qual degrau que a senhora considera estar.**



BLOCO 2
NÓS VAMOS FALAR AGORA DE QUESTÕES RELACIONADAS À SUA SAÚDE DE UMA
FORMA GERAL

12. Em geral, você diria que sua saúde é?

ENTREVISTADOR: *Espera por uma resposta espontânea. Caso a resposta não se encaixa em uma das categorias abaixo, leia as opções de resposta para a participante.*

1. MUITO BOA
2. BOA
3. REGULAR
4. RUIM
5. MUITO RUIM

13. A senhora tem algum problema de saúde?

1. SIM. → QUAIS? _____

2. NÃO.

14. A senhora utiliza diariamente medicamentos para:

	SIM	NÃO
1. PRESSÃO ARTERIAL	1. <input type="checkbox"/> → QUANTIDADE POR DIA _____	2. <input type="checkbox"/>
2. DIABETES	1. <input type="checkbox"/> → QUANTIDADE POR DIA _____	2. <input type="checkbox"/>
3. DEPRESSÃO	1. <input type="checkbox"/> → QUANTIDADE POR DIA _____	2. <input type="checkbox"/>
4. COLESTEROL	1. <input type="checkbox"/> → QUANTIDADE POR DIA _____	2. <input type="checkbox"/>
5. OUTROS (especificar a quantidade): _____		

15. A senhora já fez aborto em algum momento da vida?

1. SIM. QUANTOS? _____
2. NÃO

16. Agora eu vou disponibilizar para a senhora quatro cartões que a senhora utilizará para me responder algumas questões. Para cada pergunta que eu fizer aponte o cartão que representa a sua resposta, sem tirá-los da ordem que eu colocar na mesa.

ENTREVISTADOR: Colocar sobre a mesa os cartões com as respostas referentes a esta escala, de acordo com a ordem estabelecida na própria escala. Leia a pergunta: DURANTE AS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS, COM QUE FREQUÊNCIA A SENHORA FOI INCOMODADA COM OS PROBLEMAS ABAIXO? Posteriormente leia, uma a uma, as questões contidas na primeira coluna do quadro. Para cada item a entrevistada deverá mostrar um cartão com a categoria de resposta, e então você marcará um "X" em cada linha, de acordo com a categoria declarada. Não deixe de repetir que as questões se referem a um período de tempo de 2 semanas passadas. Ao término da questão recolha os cartões.

Durante as ÚLTIMAS 2 SEMANAS, com que frequência a senhora foi incomodada com os problemas abaixo?

Patient Health Questionnaire – 4 (PHQ-4)					
	Nenhuma vez	Vários dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias	ESCORE
Sentir-se nervosa, ansiosa ou muito tensa	0	1	2	3	
Não ser capaz de impedir ou de controlar as preocupações	0	1	2	3	
Pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas	0	1	2	3	
Se sentir "para baixo", deprimida ou sem perspectiva	0	1	2	3	
ESCORE TOTAL					

17. A senhora fuma atualmente?

1. SIM. → Há quanto tempo a senhora fuma? _____ ←

2. NÃO.

→ 18. Já fumou em algum outro momento da vida?

SIM. → Há quanto tempo parou de fumar? _____

NÃO.

19. Quais produtos a senhora fuma atualmente? ←

1. CIGARROS INDUSTRIALIZADOS.

2. FUMO.

3. OUTROS. ESPECIFIQUE: _____

20. Alguém na sua cela fuma?

1. SIM.
2. NÃO
- NESSE CASO, QUAL O TIPO DE CIGARRO?
- CIGARROS INDUSTRIALIZADOS.
- FUMO
- OUTROS. ESPECIFIQUE: _____

21. Quais das condições abaixo a senhora apresentou ou tratou no último 1 ANO?

1. HANSENÍASE.
2. CALAZAR/ LEISHMANIOSE CUTÂNEA.
3. DENGUE
4. TUBERCULOSE
5. SÍFILIS
6. GONORREIA
7. HIV/AIDS
8. OUTRA DOENÇA? QUAL? _____
9. NENHUMA DOENÇA

22. As perguntas abaixo se referem a sua saúde bucal. Todas as questões que farei dizem respeito a problemas com seus dentes, boca ou dentadura nos últimos seis meses. Eu vou disponibilizar para a senhora cinco cartões que a senhora utilizará para me responder essas questões. Para cada pergunta que eu fizer aponte o cartão que representa a sua resposta, sem tirá-los da ordem que eu colocar na mesa.

ENTREVISTADOR: Colocar sobre a mesa os cartões com as respostas referentes a esta escala, de acordo com a ordem estabelecida na própria escala. Comece formulando a frase: **NOS ÚLTIMOS SEIS MESES, POR CAUSA DE PROBLEMAS COM SEUS DENTES, SUA BOCA OU DENTADURA...** e inicie com as questões numeradas de 1 a 14. Para cada uma das 14 questões a entrevistada deverá mostrar um cartão com a categoria de resposta, e então você marcará um "X" em cada linha, de acordo com a categoria declarada. É importante que se repita à frase formulada no início da aplicação deixando claro que todas as perguntas estão relacionadas a esta frase. Ao término da aplicação recolha os cartões.

Oral Health Impact Profile (OHIP-14)					
NOS ÚLTIMOS SEIS MESES, POR CAUSA DE PROBLEMAS COM SEUS DENTES, SUA BOCA OU DENTADURA	Nunca (0)	Raramente (1)	Às vezes (2)	Repetidamente (3)	Sempre (4)
1. Você teve problemas para falar alguma palavra?					
2. Você sentiu que o sabor dos alimentos tem piorado?					
3. Você sentiu dores em sua boca ou nos seus dentes?					
4. Você se sentiu incomodado(a) ao comer algum alimento?					
5. Você ficou preocupado(a)?					
6. Você se sentiu estressado(a)?					
7. Sua alimentação ficou prejudicada?					
8. Você teve que parar suas refeições?					
9. Você encontrou dificuldade para relaxar?					
10. Você se sentiu envergonhado(a)?					
11. Você ficou irritado(a) com outras pessoas?					
12. Você teve dificuldade para realizar suas atividades diárias?					
13. Você sentiu que sua vida, em geral, ficou pior?					
14. Você ficou totalmente incapaz de fazer suas atividades?					

23. Agora vou fazer perguntas sobre o uso de algumas substâncias.

ENTREVISTADOR: *Leia a frase na coluna A “Já usou alguma vez na vida”, e em seguida cada uma das substâncias elencadas na primeira coluna, assinalando em “sim” ou “não”, de acordo com a resposta da participante. Posteriormente verifique as substâncias respondidas na coluna A na categoria “SIM” e formule a questão contida na coluna B apenas para essas substâncias. Ao finalizar a coluna B faça o mesmo com a coluna C.*

SUBSTÂNCIA	A	B	C
	Já usou alguma vez na vida...	Agora imagine a senhora no último mês antes de ser presa. Com qual frequência utilizava no mês...	E depois de ser presa, com qual frequência utilizou no último mês?
23.1. Álcool?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	___ (dias/mês)	___ (dias/mês)
23.2. Tabaco (cigarro)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	___ (dias/mês)	___ (dias/mês)
23.3. Maconha?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	___ (dias/mês)	___ (dias/mês)
23.4. Cocaína?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	___ (dias/mês)	___ (dias/mês)
23.5. Mesclado, merla, bazuca ou pasta de coca?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	___ (dias/mês)	___ (dias/mês)
23.6. Crack?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	___ (dias/mês)	___ (dias/mês)
23.7. Oxi?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	___ (dias/mês)	___ (dias/mês)
23.8. Produtos para sentir barato, como: lança-perfume, loló, cola, gasolina, benzina, acetona, removedor de tinta, aguarrás, éter, esmalte, tinta?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	___ (dias/mês)	___ (dias/mês)
23.9. LSD (ácido), chá de cogumelo, mescalina, êxtase, Ketamina?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	___ (dias/mês)	___ (dias/mês)
23. 10. Heroína, morfina ou ópio para sentir algum “barato”?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	___ (dias/mês)	___ (dias/mês)
23.11. Remédio para emagrecer ou ficar acordado (ligado) sem receita médica? Exemplos: Hipofagin, Moderex, Glucoenergan, Inibex, Desobesi, Reactivan, Pervitin, Dasten, Isomeride, Moderate, Dualid, Preludin. (NÃO VALE ADOÇANTE NEM CHÁ)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	___ (dias/mês)	___ (dias/mês)
23.12 Tranquilizante, ansiolítico, calmante ou antídromoico sem receita médica? (Exemplos: Diazepam, Dienpax, Lorium, Valium, Librium, Lorax, Rohypnol, Psicosedin, Somalium, Lexotan, Rivotril)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	___ (dias/mês)	___ (dias/mês)
23.13. Alguma dessas drogas você já usou de forma injetável? Qual? _____	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	___ (dias/mês)	___ (dias/mês)

BLOCO 3
 ESTE ÚLTIMO BLOCO DE PERGUNTAS É SOBRE QUESTÕES RELACIONADAS À
 SENHORA E A ROTINA NA UNIDADE PRISIONAL

24. Por que a senhora foi presa? _____

25. Há quanto tempo está presa? _____

26. Veio transferida de outra unidade prisional?

1. SIM. QUAL? _____

2. NÃO

27. Em qual cidade estão as pessoas que a senhora mais gosta? _____

ENTREVISTADOR: *Na pergunta 27, no caso da participante citar mais de uma cidade, perguntar: "Das cidades que a senhora mencionou, escolha uma onde esteja a referência mais importante" e circule a cidade indicada.*

28. Como está o seu contato com sua família hoje?

1. MANTÉM VÍNCULO COM A FAMÍLIA, COM BOM RELACIONAMENTO

2. MANTÉM VÍNCULO COM A FAMÍLIA, COM RELACIONAMENTO REGULAR OU RUIM

3. NÃO MANTÉM VÍNCULO

4. NÃO TEM FAMÍLIA

29. A senhora já foi julgada?

1. SIM. Qual foi a sentença? _____ anos _____ meses

2. NÃO

30. Em qual regime de prisão a senhora está atualmente?

1. PROVISÓRIO

1. FECHADO

1. SEMIABERTO

31. Em qual cela se encontra atualmente? _____

32. Quantas pessoas dividem a cela com a senhora? _____

33. A senhora recebe visita social no presídio?

1. SIM → COM QUAL FREQUENCIA? _____
 2. NÃO

34. A senhora recebe visita agendada no presídio?

1. SIM → COM QUAL FREQUENCIA? _____
 2. NÃO

35. A senhora recebe visita íntima no presídio?

1. SIM → COM QUAL FREQUENCIA? _____
 2. NÃO

36. A senhora estuda no presídio?

1. SIM.
 2. NÃO

37. A senhora trabalha no presídio?

1. SIM. → O TRABALHO É: REMUNERADO NÃO REMUNERADO
 2. NÃO.

38. A senhora participa de celebrações religiosas?

1. SIM.
 2. NÃO.

39. A senhora recebe assistência jurídica?

1. SIM → DE QUAL TIPO: ADVOGADO PARTICULAR DEFENSORIA PÚBLICA
 2. NÃO

40. A senhora recebe assistência de saúde?

1. SIM.
 2. NÃO.

41. No último 1 ANO a senhora teve consultas no presídio:

- | | | | | |
|--------------------------|------------------------------|-------------|-------|--------------------------------------|
| 1. COM MÉDICO | <input type="checkbox"/> SIM | QUANTAS _ _ | VEZES | <input type="checkbox"/> NENHUMA VEZ |
| 2. COM PSICÓLOGO | <input type="checkbox"/> SIM | QUANTAS _ _ | VEZES | <input type="checkbox"/> NENHUMA VEZ |
| 3. COM ASSISTENTE SOCIAL | <input type="checkbox"/> SIM | QUANTAS _ _ | VEZES | <input type="checkbox"/> NENHUMA VEZ |
| 4. COM DENTISTA | <input type="checkbox"/> SIM | QUANTAS _ _ | VEZES | <input type="checkbox"/> NENHUMA VEZ |

42. A senhora perdeu dentes depois que foi presa?

1. SIM → QUANTOS? _____
2. NÃO

43. A senhora foi internada em hospital por mais de 24 horas durante o tempo que está presa?

1. SIM → QUANTAS VEZES? _____
2. NÃO

44. A senhora fez cirurgias depois que foi presa?

1. SIM
2. NÃO
- QUAIS CIRURGIAS A SENHORA FEZ? _____
- _____
- _____

45. Eu gostaria que a senhora classificasse os itens que eu vou ler de acordo com seu nível de satisfação:

ENTREVISTADOR: Fazer a leitura das categorias de resposta e posteriormente ler cada item e marcar um "X" na categoria respondida.

	RUIM	REGULAR	BOM	NÃO SE APLICA
1. O TAMANHO E AS CONDIÇÕES DA CELA				
2. AS ATIVIDADES QUE DESENVOLVE NO PRESÍDIO				
3. ALIMENTAÇÃO OFERECIDA PELA UNIDADE				
4. ATENDIMENTO DA PSICOLOGIA				
5. ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL				
6. ATENDIMENTO MÉDICO				
7. ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO				
8. ATENDIMENTO JURÍDICO				
9. RELACIONAMENTO COM OUTROS PRESOS				
10. RELACIONAMENTO COM OS AGENTES				
11. RELACIONAMENTO COM A DIREÇÃO				
12. TRANSPORTE (ESCOLTA)				

46. A senhora pratica, com regularidade, atividades físicas específicas para melhorar sua saúde?

Atenção! Considere atividade física regular aquela praticada pelo menos durante vinte (20) minutos.

1. 4 OU MAIS VEZES POR SEMANA
2. DE 2 A 3 VEZES POR SEMANA
3. UMA VEZ POR SEMANA
4. DE 2 A 3 VEZES POR MÊS
5. POUCAS VEZES POR ANO
6. NÃO PRÁTICO

47. A senhora já foi tratada de forma preconceituosa pelos funcionários desta unidade por causa de seu(sua):

- | | | | |
|---------------------------|--|--|-----------------------------------|
| 1. CONDIÇÃO DE DETENTA | 1. <input type="checkbox"/> MUITAS VEZES | 2. <input type="checkbox"/> POUCAS VEZES | 3. <input type="checkbox"/> NUNCA |
| 2. COR DA PELE | 1. <input type="checkbox"/> MUITAS VEZES | 2. <input type="checkbox"/> POUCAS VEZES | 3. <input type="checkbox"/> NUNCA |
| 3. CONDIÇÃO SOCIAL | 1. <input type="checkbox"/> MUITAS VEZES | 2. <input type="checkbox"/> POUCAS VEZES | 3. <input type="checkbox"/> NUNCA |
| 4. ORIENTAÇÃO SEXUAL | 1. <input type="checkbox"/> MUITAS VEZES | 2. <input type="checkbox"/> POUCAS VEZES | 3. <input type="checkbox"/> NUNCA |
| 5. TIPO DE CRIME COMETIDO | 1. <input type="checkbox"/> MUITAS VEZES | 2. <input type="checkbox"/> POUCAS VEZES | 3. <input type="checkbox"/> NUNCA |
| 6. APARÊNCIA FÍSICA | 1. <input type="checkbox"/> MUITAS VEZES | 2. <input type="checkbox"/> POUCAS VEZES | 3. <input type="checkbox"/> NUNCA |

48. A senhora já foi tratada de forma inferior pelas outras detentas desta unidade por causa da sua/seu:

- | | | | |
|---------------------------|--|--|-----------------------------------|
| 1. CONDIÇÃO DE DETENTA | 1. <input type="checkbox"/> MUITAS VEZES | 2. <input type="checkbox"/> POUCAS VEZES | 3. <input type="checkbox"/> NUNCA |
| 2. COR DA PELE | 1. <input type="checkbox"/> MUITAS VEZES | 2. <input type="checkbox"/> POUCAS VEZES | 3. <input type="checkbox"/> NUNCA |
| 3. CONDIÇÃO SOCIAL | 1. <input type="checkbox"/> MUITAS VEZES | 2. <input type="checkbox"/> POUCAS VEZES | 3. <input type="checkbox"/> NUNCA |
| 4. ORIENTAÇÃO SEXUAL | 1. <input type="checkbox"/> MUITAS VEZES | 2. <input type="checkbox"/> POUCAS VEZES | 3. <input type="checkbox"/> NUNCA |
| 5. TIPO DE CRIME COMETIDO | 1. <input type="checkbox"/> MUITAS VEZES | 2. <input type="checkbox"/> POUCAS VEZES | 3. <input type="checkbox"/> NUNCA |
| 6. APARÊNCIA FÍSICA | 1. <input type="checkbox"/> MUITAS VEZES | 2. <input type="checkbox"/> POUCAS VEZES | 3. <input type="checkbox"/> NUNCA |

49. O que a senhora costuma fazer aqui? Responda sim ou não.

	SIM	NÃO
1. LER		
2. VER TV		
3. PRATICAR ESPORTES		
4. CONVERSAR		
5. FICAR SOZINHO		
6. DORMIR		
7. ESCREVER		
8. COSTUMA FAZER OUTRA ATIVIDADE? ESCREVA:		

50. Quais os riscos a senhora acha que corre no interior do presídio? Responda sim ou não.

	SIM	NÃO
1. SOFRER AGRESSÃO FÍSICA		
2. SOFRER VIOLÊNCIA SEXUAL (ASSÉDIO, ESTUPRO)		
3. SOFRER VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA (AMEAÇAS, HUMILHAÇÕES)		
4. SER FERIDA POR ARMA BRANCA		
5. SER FERIDA POR ARMA DE FOGO		
6. QUEIMADURA POR FOGO OU AÇÃO QUÍMICA		
7. EXPLOSÃO (BOMBA, GRANADA, OUTROS EXPLOSIVOS)		
8. OUTRO? ESCREVA:		

51. No último 1 ANO, quais das situações abaixo a senhora sofreu dentro da unidade prisional? Responda sim ou não.

	SIM	NÃO
1. AGRESSÃO FÍSICA		
2. AGRESSÃO VERBAL		
3. ASSÉDIO OU AGRESSÃO SEXUAL		
4. PERFURAÇÃO POR ARMA DE FOGO		
5. PERFURAÇÃO POR ARMA BRANCA		
6. QUEDA		
7. TENTATIVA DE SUICÍDIO		
8. TENTATIVA DE HOMICÍDIO		

52. Quando sair do presídio como acha que será?

ENTREVISTADOR: Fazer a leitura das categorias de resposta e posteriormente ler cada item e marcar um "X" na categoria respondida.

	BOA	REGULAR	RUIM
1. SUA VIDA PESSOAL			
2. SUA VIDA FAMILIAR			
3. SUA VIDA PROFISSIONAL			
4. SEU PADRÃO DE VIDA			
5. SUA CONDIÇÃO DE TRABALHO			
5. SUA CONDIÇÃO DE SAÚDE			

ANEXO E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidar você para participar como voluntária da pesquisa "Condições de vida e de saúde de mulheres privadas de liberdade em Juiz de Fora - MG". Nesta pesquisa pretendemos verificar o perfil de saúde e as condições de vida em geral. O motivo que nos leva a realizar esta pesquisa é a importância da identificação dos principais agravos à saúde relacionados ao encarceramento e contribuir para a criação de políticas públicas destinadas a essa população, considerando que a taxa de encarceramento feminino tem crescido significativamente nos últimos anos.

Caso concorde em participar, você responderá um questionário com perguntas gerais sobre você, sobre suas condições de saúde e sobre as condições em que vive na unidade prisional. Os riscos envolvidos na pesquisa são mínimos e incluem possíveis sentimentos de incômodo, constrangimento, medo e/ou insegurança em relação às respostas na entrevista. Para diminuir a chance desses riscos acontecerem, é importante deixar claro que em momento nenhum da pesquisa haverá identificação do seu questionário e que você não precisa comentar sobre sua participação com nenhuma outra pessoa, sobretudo em relação às respostas dadas. Apesar disso, se você tiver algum dano por causa das atividades que fizermos com você nesta pesquisa, você tem direito a indenização. A pesquisa pode auxiliar no direcionamento de medidas que visem à minimização dos agravos à saúde aos quais estão expostas no ambiente carcerário, contribuindo para o fortalecimento e direcionamento das políticas públicas voltadas para a população prisional, favorecendo o cumprimento da pena em harmonia com condições que permitam a recuperação e a reinserção efetiva à sociedade.

Para participar deste estudo você não vai ter nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você terá todas as informações que quiser sobre esta pesquisa e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Mesmo que você queira participar agora, você pode voltar atrás ou parar de participar a qualquer momento. A sua participação é voluntária e o fato de não querer participar não irá trazer qualquer penalidade ou mudança na forma em que você é atendida na unidade prisional. O pesquisador não divulgará seu nome e você não será identificada em qualquer publicação que possa resultar desse trabalho. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida a você. Os dados coletados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos. Decorrido este tempo, o pesquisador avaliará os documentos para a sua

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - UFJF

Campus Universitário da UFJF

Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa

CEP: 36036-900

Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br



destinação final, de acordo com a legislação vigente. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Declaro que concordo em participar da pesquisa e que me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Participante

Assinatura da Orientadora

Orientadora Prof.ª Dr.ª Danielle Teles da Cruz
Programa de pós-graduação em Saúde Coletiva/UFJF
Prédio Nates – Núcleo de Assessoria, Treinamento e Estudos em Saúde
Rua José Lourenço Kelmer, s/n, São Pedro
CEP: 36036-900 – Juiz de Fora – MG
Telefone: (32) 2102 3830
E-mail: nates@ufjf.edu.br

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - UFJF
Campus Universitário da UFJF

Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa
CEP: 36036-900

Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br