



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

FRANCISCO WAGNER PEREIRA MENEZES

TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS E FATORES ASSOCIADOS ENTRE
MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE NO BRASIL

FORTALEZA

2023

FRANCISCO WAGNER PEREIRA MENEZES

TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS E FATORES ASSOCIADOS ENTRE MULHERES
PRIVADAS DE LIBERDADE NO BRASIL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Epidemiologia.

Orientador: Prof. Dr. Bernard Carl Kendall.

FORTALEZA

2023

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Sistema de Bibliotecas

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- M511t Menezes, Francisco Wagner Pereira.
Transtornos Mentais Comuns e fatores associados em Mulheres Privadas de Liberdade no Brasil /
Francisco Wagner Pereira Menezes. – 2023.
82 f.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-
Graduação em Saúde Pública, Fortaleza, 2023.
Orientação: Prof. Dr. Bernard Carl Kendall.
1. Saúde Mental. 2. Transtornos mentais. 3. Mulheres. 4. Prisões. 5. Brasil. I. Título.
- CDD 610
-

FRANCISCO WAGNER PEREIRA MENEZES

TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS E FATORES ASSOCIADOS ENTRE MULHERES
PRIVADAS DE LIBERDADE NO BRASIL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Epidemiologia.

Orientador: Prof. Dr. Bernard Carl Kendall.

Aprovada em: 12/07/2022

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Bernard Carl Kendall (Orientador)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Francisco Marto Leal Pinheiro Junior
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Marcelo José Monteiro Ferreira
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Michel Ângelo Marques Araújo
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^a. Dr^a. Rosa Lívia Freitas de Almeida
Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

“Aos esfarrapados do mundo e aos que neles se descobrem e, assim descobrindo-se, com eles sofrem, mas, sobretudo, com eles lutam.”
(FREIRE, 1970, p. 14).

AGRADECIMENTOS

À Universidade Federal do Ceará, pela oportunidade formativa ofertada e pela defesa da ciência e da vida em seu fazer cotidiano.

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, pelo apontamento de caminhos para a edificação científica e do direito à saúde.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo apoio financeiro com a manutenção da bolsa de auxílio.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e, novamente, à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo financiamento e apoio da pesquisa em questão.

Ao Prof. Dr. Bernard Carl Kendall, pela presença nos momentos de anseio e orientação exemplar.

À Prof^a. Dr^a. Ligia Regina Franco Sansigolo Kerr, pelos ensinamentos e por ser exemplo de compromisso, conhecimento e ética no desenvolvimento da pesquisa científica.

Ao Prof. Dr. Francisco Marto Leal Pinheiro Junior, pela valorosa contribuição durante o desenvolvimento das análises e escrita, sem a qual tais resultados não seriam possíveis.

Aos professores participantes da banca examinadora: Prof. Dr. Marcelo José Monteiro Ferreira, Prof. Dr. Michel Ângelo Marques Araújo e Profa. Dra. Rosa Livia Freitas de Almeida pelo tempo, pela valiosa colaboração e sugestões.

Aos demais mestres, pretéritos e contemporâneos, pela amorosidade do compartilhamento de saberes e ensinamentos.

Aos membros do Grupo Cearense de Pesquisa em Doenças Infecciosas, pela dedicação e afincamento na produção de ciência implicada.

Aos colegas da turma de mestrado, pelas reflexões, críticas e sugestões produzidas em numerosos e ricos momentos de discussão.

Aos inúmeros agentes atuantes no Sistema Prisional Brasileiro que colaboraram para o desenvolvimento da pesquisa.

Às Mulheres Privadas de Liberdade brasileiras, que mesmo em meio às mazelas orquestradas por uma necropolítica de Estado, possibilitaram o desenvolvimento de tal pesquisa.

Por fim, aos meus familiares, em especial à minha mãe, Valneide, e à minha filha Luna, sem vocês tal caminho nem de longe seria possível. Outros virão!

RESUMO

Diversos países consolidaram paulatinamente um estado penal que contribuiu para a escalada do encarceramento. No caso brasileiro, destaca-se o crescimento do número de mulheres privadas de liberdade, com elevação de 442%, entre os anos de 2000 e 2016. Observa-se que a carga de doenças e outros eventos adversos à saúde é maior entre estas em relação aos homens presos e mulheres da população geral. Este estudo objetivou caracterizar a prevalência de Transtornos Mentais Comuns (TMC) entre mulheres brasileiras privadas de liberdade e seus fatores associados. Trata-se de estudo transversal, constituindo-se um recorte da pesquisa “Inquérito Nacional de Saúde na População Penitenciária Feminina e de Servidoras Prisionais”. O processo de amostragem foi realizado em 5 etapas: levantamento de unidades prisionais femininas no Brasil; estratificação dos presídios; escolha aleatória de um presídio em cada estrato; cálculo do tamanho amostral considerando a prevalência de Infecção Sexualmente Transmissível; e seleção aleatória de mulheres em cada penitenciária. A amostra final coletada foi de 1.327 mulheres. Foi considerado caso de TMC a respondente com escore ≥ 7 no *Self Report Questionnaire-20* (SRQ-20). As variáveis independentes compõem 5 categorias: socioeconômicas e demográficas; condições de saúde; uso de álcool e outras drogas; fatores prisionais e violência. A prevalência de TMC foi de 64,3% (IC 95%: 61,5 – 66,9). Os fatores associados com maior prevalência foram: menor escolaridade (ensino fundamental completo/incompleto: OR = 1,78; IC 95%: 1,14 – 2,76), trabalhar antes da prisão (OR = 1,62; IC 95%: 1,07 – 2,44), ter tido gravidez na adolescência (OR = 1,56; IC 95%: 1,09 – 2,22); já ter sido moradora de rua (OR = 1,72; IC 95%: 1,00 – 2,94); ter pressão alta (OR = 1,90; IC 95%: 1,23 – 2,94), ter crise de asma ou bronquite crônica (OR = 1,87; IC 95%: 1,16 – 2,99), ter ou ter tido IST (OR = 1,41; IC 95%: 1,01 – 1,98); ter percepção ruim sobre sua saúde (OR = 3,21; IC 95%: 2,56 – 4,29); ter feito uso de calmante na vida (OR = 1,90; IC 95%: 1,23 – 2,94); realizar atividade física insuficiente na prisão (OR = 2,04; IC 95%: 1,22 – 3,42); ter sido colocada no isolamento (OR = 1,82; IC 95% 1,21 – 2,75). Por fim, enquanto fatores ligados a violência, ter sofrido ou presenciado violência na prisão (OR = 1,87; IC 95% 1,30 – 2,69). Conclui-se a partir dos resultados obtidos que a elevada prevalência de TMC entre mulheres privadas de liberdade no Brasil corrobora a existência de múltiplos fatores de risco sobrepostos, urgindo a consideração dos mesmos na formulação de políticas e estratégias humanizadas de cuidado para esta população marginalizada, mesmo antes da prisão.

Palavras-Chave: Saúde Mental; Transtornos mentais; Mulheres; Prisões; Brasil.

ABSTRACT

Several countries have gradually consolidated a penal state that contributes to the escalation of incarceration. In the Brazilian case, the growth in the number of women deprived of their liberty stands out, with an increase of 442% between the years 2000 and 2016. It is observed that the burden of diseases and other adverse health events is greater among these in compared to male prisoners and female members of the general population. This study aimed to characterize the prevalence of Common Mental Disorders (CMD) among Brazilian women deprived of liberty and its associated factors. This is a cross-sectional study, constituting a part of the research “National Health Survey in the Female Penitentiary Population and Prison Servants”. The sampling process was carried out in 5 stages: survey of female prisons in Brazil; stratification of prisons; random choice of a prison in each stratum; sample size calculation considering the prevalence of Sexually Transmitted Infection; and random selection of women in each penitentiary. The final sample collected was 1.327 women. A respondent with a score ≥ 7 on the Self Report Questionnaire-20 (SRQ-20) was considered a case of CMD. The independent variables comprise 5 categories: socioeconomic and demographic; health conditions; use of alcohol and other drugs; prison factors and violence. The prevalence of CMD was 64.3% (95% CI: 61.5 – 66.9). The factors associated with the highest prevalence were: less education (complete/incomplete elementary school: OR = 1.78; 95% CI: 1.14 – 2.76), working before prison (OR = 1.62; 95% CI: : 1.07 – 2.44), having had a teenage pregnancy (OR = 1.56; 95% CI: 1.09 – 2.22); having been homeless (OR = 1.72; 95% CI: 1.00 – 2.94); having high blood pressure (OR = 1.90; 95% CI: 1.23 – 2.94), having an asthma attack or chronic bronchitis (OR = 1.87; 95% CI: 1.16 – 2.99), having or having had an STI (OR = 1.41; 95% CI: 1.01 – 1.98); having a poor perception of their health (OR = 3.21; 95% CI: 2.56 – 4.29); having used tranquilizers in life (OR = 1.90; 95% CI: 1.23 – 2.94); perform insufficient physical activity in prison (OR = 2.04; 95% CI: 1.22 – 3.42); having been placed in isolation (OR = 1.82; 95% CI 1.21 – 2.75). Finally, as factors linked to violence, having suffered or witnessed violence in prison (OR = 1.87; 95% CI 1.30 – 2.69). It is concluded from the results obtained that the high prevalence of CMD among women deprived of their liberty in Brazil corroborates the existence of multiple overlapping risk factors, urging their consideration in the formulation of policies and humanized care strategies for this marginalized population. even before arrest.

Key words: Mental Health; Mental disorders; Women; Prisons; Brazil.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Taxa de População Privada de Liberdade por continente, 2018.....	21
Gráfico 2 – População Privada de Liberdade Total no Brasil, 2019	22
Gráfico 3 – Taxa de População Privada de Liberdade no Brasil por 100 mil habitantes, 2019.....	22
Gráfico 4 – Taxa de população privada de liberdade por UF, 2018	23
Gráfico 5 – Número de mulheres privadas de liberdade no Brasil entre os anos de 2000 e 2016.....	26

LISTA DE GRÁFICOS

Tabela 1 – População e amostra final das 24 penitenciárias selecionadas.....	38
Tabela 2 – Características socioeconômico e demográficas das Mulheres Privadas de Liberdade no Brasil.....	51
Tabela 3 – Fatores associados ao TMC em Mulheres Privadas de Liberdade no Brasil	53
Tabela 4 – Variáveis associadas ao TMC em modelo de regressão logística multivariada.....	57

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACASI	Audio Computer-Assisted Self-Interviewing
AUDIT	Alcohol Use Disorders Identification Test
BNMP	Banco Nacional de Monitoramento das Prisões
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DAPES	Departamento de Ações Estratégicas Programáticas
DEPEN	Departamento Penitenciário Nacional
DUDH	Declaração Universal dos Direitos Humanos
EUA	Estados Unidos da América
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
LEP	Lei de Execução Penal
MPL	Mulher Privada de Liberdade
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAISP	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional
PNSSP	Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário
PPL	População Privada de Liberdade
RAS	Rede de Atenção à Saúde
ROTAM	Rondas Ostensivas Táticas Metropolitanas
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SRQ-20	Self Report Questionnaire 20
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TMC	Transtorno Mental Comum
UF	Unidade da Federação
UFC	Universidade Federal do Ceará

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
1.1	As instituições prisionais	13
1.1.1	<i>Superação dos suplícios e o nascimento das prisões</i>	13
1.1.2	<i>Privação de liberdade como mecanismo de controle de corpos</i>	16
1.1.3	<i>Direitos humanos universais e instituições prisionais</i>	14
1.2	A população privada de liberdade no Brasil e no mundo	20
1.2.1	<i>Mulheres privadas de liberdade no Brasil e no mundo</i>	24
1.3	Saúde prisional no Brasil e o caso das mulheres	27
1.4	Transtornos mentais comuns	30
1.4.1	<i>Instrumentos de pesquisa em transtornos mentais comuns: o caso do SRQ</i>	32
1.5	Justificativa	33
2	OBJETIVOS	35
2.1	Objetivo geral	35
2.2	Objetivos específicos	35
3	MÉTODOS	36
3.1	Tipo de estudo	36
3.2	População e amostra	36
3.2.1	<i>Processo amostral</i>	36
3.2.2	<i>Critérios de inclusão</i>	38
3.2.3	<i>Critérios de exclusão</i>	39
3.3	Coleta de dados	39
3.3.1	<i>Questionário</i>	39
3.3.2	<i>Exame sorológico</i>	40
3.4	Variáveis	40
3.5	Análise Estatística	42
3.6	Aspectos éticos	42
4	RESULTADOS, DISCUSSÃO E CONCLUSÃO	44
4.1	Artigo: Prevalência de Transtornos Mentais Comuns e Fatores Associados em Mulheres Privadas de Liberdade no Brasil	44
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	68
	REFERÊNCIAS	69
	APÊNDICE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	78
	ANEXO – Self Report Questionnaire 20 (SRQ 20)	81

1 INTRODUÇÃO

Em período recente, durante cerimônia que contou com a presença do governador do estado do Pará, a unidade de elite da Polícia Militar daquela localidade gritou, em coro: “arranca a cabeça e deixa pendurada, é a ROTAM (Rondas Ostensivas Táticas Metropolitanas) patrulhando a noite inteira, pena de morte à moda brasileira”. O fato ocorreu apenas dois dias após o massacre no presídio de Altamira, localizado na região norte do estado, que deixou 58 mortos, dentre estes 16 decapitados (MAISONNNAVE, 2019).

Enquanto evento contemporâneo, o fato revela verdadeiro anacronismo em relação ao sistema penal brasileiro, que não prevê a pena de morte aos seus condenados, ou ainda mais grave, expõe visceralmente a racionalidade necropolítica arraigada em determinadas instituições nacionais, dentre elas o sistema prisional (MBEMBE, 2018).

O conceito de necropolítica discute o quanto o Estado constrói políticas de exclusão baseada na ideia de inimigo social e a partir disso elege grupos considerados úteis ou descartáveis. Dessa forma, é entendida como paradigma da divisão entre segmentos sociais, que regulamenta – e regulariza – o poder de gestão sobre as vidas, ditando quem pode viver e quem deve morrer para garantir o funcionamento da máquina de guerra capitalística (SANTOS, 2020).

Assim, segundo Mbembe (2007):

O poder necropolítico opera por um gênero de reversão entre vida e morte, como se a vida não fosse o médium da morte. Aos seus olhos, o crime é parte fundamental da revelação, e a morte de seus inimigos, em princípio não possui qualquer simbolismo. Este tipo de morte nada tem de trágico e, por isso, o poder necropolítico pode multiplicá-lo infinitamente, quer em pequenas doses (o mundo celular e molecular), quer por surtos espasmódicos – a estratégia dos pequenos massacres do dia-a-dia, segundo uma implacável lógica de separação, de estrangulamento de vivisseção, como se pode ver em todos os teatros contemporâneos do terror e do contraterror.

Desse modo, no contexto brasileiro, o poder necropolítico se faz visível, como dito, no sistema prisional, mas também na população em situação de rua, nos *apartheids* urbanos nas grandes e pequenas cidades brasileiras, no genocídio da população negra, na eclosão dos grupos de justiceiros, nos hospitais psiquiátricos, nas filas das defensorias públicas, nas urgências e emergências hospitalares, dentre tantos outros territórios (LIMA, 2017).

Assim, reconhecer a criminalização da pobreza por meio do cárcere, que alimenta um velado sistema de controle social através deste como instrumento de poder, nos faz refletir sobre os meios de coerção, do medo, do pânico, da reprodução de ideais racistas e de classificação das minorias sociais, reforçando o processo de reprodução das relações capitalistas e de produção e regulação da classe trabalhadora (GUIMARÃES; NUNES, 2018).

Partindo do exposto, urge reflexão acerca da imposição do sistema prisional à realidade de cada vez mais cidadãos brasileiros, com especial ênfase a alguns públicos, como o caso das mulheres, na medida em que o número de Mulheres Privadas de Liberdade (MPL) no Brasil cresceu 442% entre os anos de 2000 e 2016, saltando de 10.112 para 44.700, em sua maioria advindas de contexto de vulnerabilidade social. Tal número encontra-se acima do crescimento percentual igualmente assustador de 320% da população masculina privada de liberdade brasileira, entre os anos de 2000 e 2019 (WALMSLEY, 2017; BRASIL, 2018; WALMSLEY, 2019).

O aumento significativo do número de mulheres que cumprem pena privativa de liberdade sinaliza a crescente presença de mulheres em ações criminosas. Ao mesmo tempo, o olhar sobre a realidade dos cárceres femininos confirma o quanto o sistema penitenciário está despreparado para lidar com as especificidades de gênero. Políticas criminais alheias a questões femininas desembocam em tratamento uniforme para mulheres e homens, o que tende a prejudicar severamente a função reintegradora da pena privativa de liberdade, de modo que a pena passa a ser mero sinônimo de castigo (PIMENTEL, 2013).

Ademais, assinalamos a particularidade do sofrimento das mulheres encarceradas, tomando como parâmetro a perplexidade que seu ato criminoso produz no universo social e familiar em que está inserida. A primeira repercussão produzida pelo ato criminoso é a sua desconfiguração identitária como mulher, fator que produz implicações profundas em sua autoimagem de sujeito feminino, na esteira da expectativa presente no imaginário coletivo sobre as tradicionais atribuições do ser feminino na sociedade ocidental (PIMENTEL, 2013).

Assim, as narrativas das mulheres que cometeram crimes e que vivenciaram a experiência do cárcere demonstram que o sofrimento é um sentimento que passa a acompanhá-las em seu cotidiano, tanto na esfera do cárcere como no momento em que passam a viver o processo de reintegração social no pós-cárcere, produzindo múltiplas reverberações em sua saúde física e mental (PIMENTEL, 2013).

Ainda, a ineficiência do sistema prisional no processo de garantia de direitos se dá associada à reprodução do descaso das políticas sociais na conjuntura do Estado neoliberal, que não prevê os sujeitos privados de liberdade como cidadãos, e não busca alternativas efetivas que incidam diretamente sobre os efeitos da desigualdade social (GUIMARÃES; NUNES, 2018). Ressalta-se que a população carcerária deve ter preservados os seus direitos, na medida em que a pena imposta reside na privação de liberdade, mas não na privação de outros direitos humanos fundamentais, como o caso do direito à saúde (FAVILLI; AMARANTE, 2018).

A partir das questões levantadas, nos debruçaremos sobre a temática da saúde mental

das MPL no sistema prisional brasileiro, mais especificamente quanto a prevalência de Transtornos Mentais Comuns (TMC) e seus fatores associados, consistindo em pesquisa pioneira em âmbito nacional. Ao apresentar imagem-síntese de seu objeto, o estudo deve proporcionar maiores subsídios ao debate acerca do papel desta instituição na caminhada de vida e saúde das mulheres inseridas no contexto do cárcere.

1.1 As instituições prisionais

1.1.1 Superação dos suplícios e o nascimento das prisões

Sobre o surgimento da prisão enquanto instrumento penal, Foucault (1987) afirma:

O surgimento da prisão é menos recente que os estudos datados para seu nascimento e surge como peça essencial no conjunto de punições. A prisão antecede a utilização da sistemática nas leis penais constituídas fora do aparelho judiciário, com a ideia de elaborar por todo um corpo social, processos que repartisse os indivíduos, fixasse e distribuisse espacialmente. (...) O aprisionamento é peça fundamental no conjunto das punições e marca a importância histórica para a justiça penal, garantido o acesso à “humanidade”, no sentido de maior humanização, entendida como liberdade.

Apesar da compreensão de pré-existência da “forma-prisão” à sua datação histórica, faz-se relevante relatar o cenário de superação dos suplícios enquanto mecanismo punitivo, nos moldes das Ordenações Filipinas. Sobre o último, temos que a execução pública do condenado consistia em cerimônia na qual se manifestava o poder soberano do rei. Qualquer expressão de direitos fundamentais inerentes à existência humana era desconsiderada. A crueldade dos castigos físicos, com a execração pública do corpo, era a expressão máxima do poder sobre a população e a maneira encontrada para que o povo se submetesse ao poder instituído sem questionamento (PINO, 2020).

Constata-se tal assertiva claramente na célebre descrição do suplício de Damiens:

[Damiens fora condenado, a 2 de março de 1757] a pedir perdão publicamente diante da poria principal da Igreja de Paris [aonde devia ser] levado e acompanhado numa carroça, nu, de camisola, carregando uma tocha de cera acesa de duas libras; [em seguida], na dita carroça, na praça de Greve, e sobre um patíbulo que aí será erguido, atenazado nos mamilos, braços, coxas e barrigas das pernas, sua mão direita segurando a faca com que cometeu o dito parricídio, queimada com fogo de enxofre, e às partes em que será atenazado se aplicarão chumbo derretido, óleo fervente, piche em fogo, cera e enxofre derretidos conjuntamente, e a seguir seu corpo será puxado e desmembrado por quatro cavalos e seus membros e corpo consumidos ao fogo, reduzidos a cinzas, e suas cinzas lançadas ao vento (FOUCAULT, 1987).

Neste cenário, Rush (1787) aponta, se referindo a superação dos suplícios enquanto mecanismo punitivo:

Só posso esperar que não esteja longe o tempo em que as forças, o pelourinho, o

patíbulo, o chicote, a roda, serão considerados, na história dos suplícios, como as marcas da barbárie dos séculos e dos países e como as provas da fraca influência da razão e da religião sobre o espírito humano (RUSH, 1787).

Assim, em cenário típico do século XVIII e XIX, de modificações dos modos de punição à transgressão de leis e costumes, apresentam-se os suplícios e a utilização do tempo (cárcere) enquanto mecanismos punitivos. Eles definem distintos estilos penais, cada qual predominante em seu período histórico. Salienta-se ainda que menos de um século medeia ambos. É a época em que, segundo Foucault (1987):

Foi redistribuída, na Europa e nos Estados Unidos, toda a economia do castigo. Época de nova teoria da lei e do crime, nova justificação moral ou política do direito de punir; abolição das antigas ordenanças, supressão dos costumes; projeto ou redação de códigos “modernos”: Rússia, 1769; Prússia, 1780; Pensilvânia e Toscana, 1786; Áustria, 1788; França, 1791. Para a justiça penal, uma mudança de era.

Desaparece, destarte, o grande espetáculo da punição física: o corpo supliciado é escamoteado, exclui-se do castigo a encenação da dor. No contexto europeu, podemos considerar o desaparecimento dos suplícios como objetivo mais ou menos alcançado no período compreendido entre 1830 e 1848 (FOUCAULT, 1987).

Sobre a prisão, ela, segundo Foucault (1987), constituiu-se fora do aparelho judiciário, quando se elaboraram, por todo o corpo social, os processos para repartir os indivíduos, fixá-los e distribuí-los espacialmente, classificá-los, tirar deles o máximo de tempo, e o máximo de forças, treinar seus corpos, codificar seu comportamento contínuo, mantê-los numa visibilidade sem lacuna, formar em torno deles um aparelho completo de observação, registro e notações, constituir sobre eles um saber que se acumula e se centraliza.

Estes processos, segundo o mesmo autor:

Permitem o controle minucioso das operações do corpo, que realizam a sujeição constante de suas forças e lhes impõem uma relação de docilidade-utilidade, são o que podemos chamar de “disciplinas”. Muitos processos disciplinares existiam há muito tempo: nos conventos, nos exércitos, nas oficinas também. Mas as disciplinas se tornaram no decorrer dos séculos XVII e XVIII fórmulas gerais de dominação (FOUCAULT, 1987).

Desta feita, pode-se então falar, em suma, da formação de uma sociedade disciplinar, nesse movimento que vai das disciplinas fechadas até o mecanismo indefinidamente generalizável do “panoptismo”. A modalidade disciplinar se infiltrou no meio das outras, desqualificando-as às vezes, mas servindo-lhes de intermediária, ligando-as entre si, prolongando-as, e principalmente permitindo conduzir os efeitos de poder até os elementos mais tênues e mais longínquos (FOUCAULT, 1987).

Dessa forma, Baltar (1829) aponta, sobre a instituição prisão, que está deve constituir-se em aparelho disciplinar exaustivo, em vários sentidos: deve tomar a seu cargo todos os aspectos do indivíduo, seu treinamento físico, sua aptidão para o trabalho, seu comportamento cotidiano, sua atitude moral, suas disposições; a prisão, muito mais que a escola, a oficina ou o exército, que implicam sempre numa certa especialização, é “indisciplinar”, ou seja, deve constituir-se em instituição completa e austera.

Tal afirmativa pode ser relacionada ao conceito formulado por Goffman (1974), de Instituição Total, caracterizada pelo controle de múltiplas necessidades humanas, pela organização burocrática de grupos completos de pessoas. E ainda, pela divisão básica entre um grande grupo controlado, que podemos denominar enquanto grupo dos internados, e uma pequena equipe de supervisores. Geralmente, os internados vivem na instituição e têm contato restrito com o mundo existente fora de suas paredes (GOFFMAN, 1974).

Portanto, a instituição prisional, enquanto Instituição Total, oferta poder quase absoluto sobre os sujeitos privados de liberdade, contando com seus mecanismos internos de repressão e castigo. Leva à mais forte intensidade todos os processos que encontramos nos outros dispositivos de disciplina. Ela tem que ser a maquinaria mais potente para impor nova forma ao indivíduo pervertido, sendo seu modo de ação a coação de uma educação total (FOUCAULT, 1987).

Nesse contexto, pode-se compreender o caráter de obviedade que a prisão-castigo muito cedo assumiu. Esta surgiu tão ligada, e em profundidade, com o próprio funcionamento da sociedade, que relegou ao esquecimento todas as outras punições que os reformadores do século XVIII haviam imaginado, assemelhando-se a instrumento sem alternativa, levado pelo próprio movimento da história (FOUCAULT, 1987).

Assim, passados alguns séculos, convoca-se à discussão acerca do real papel e objetivo da Instituição Prisional no contexto da sociedade contemporânea, demarcando a impossibilidade de mera aceitação passível de seu estado corrente, na medida em que é relativamente consensual a percepção de que a prisão, em seu modelo atual, ao encarcerar, ao treinar dócil, reproduz, sem indulgências, mecanismos presentes no corpo social, realizando trabalho preciso e permanente de controle social, poderoso instrumento garantidor dos interesses dominantes (PINO, 2020).

1.1.2 Privação de liberdade como mecanismo de controle de corpos

Ao debater a atuação da instituição prisional enquanto componente de aparato ampliado de controle da vida humana, nos remeteremos ao conceito de biopoder formulado por Foucault, sendo este o conjunto dos mecanismos pelos quais aquilo que, na espécie humana, constitui suas características biológicas fundamentais, vai poder entrar numa política, numa estratégia política, numa estratégia geral do poder (FOUCAULT, 2008).

Desse modo, temos que biopoder em sua definição se ramifica em duas dimensões: consiste, por um lado, em uma anátomo-política do corpo e, por outro, em uma biopolítica da população. A anátomo-política refere-se aos dispositivos disciplinares encarregados de extrair do corpo humano sua força produtiva, mediante o controle do tempo e do espaço, no interior de instituições, como a escola, o hospital, a fábrica e a prisão. Por sua vez, a biopolítica da população volta-se à regulação das massas, utilizando-se de saberes e práticas que permitam gerir taxas de natalidade, fluxos de migração, epidemias, aumento da longevidade, dentre outros (FURTADO; CAMILO, 2016).

Este biopoder constituiu elemento indispensável ao desenvolvimento do capitalismo, que só pôde ser garantido à custa da inserção controlada dos corpos no aparelho de produção e por meio de um ajustamento dos fenômenos de população aos processos econômicos (FOUCAULT, 1999).

Temos ainda que, segundo Foucault (1999):

O capitalismo exigiu [ainda] mais do que isso; foi-lhe necessário o crescimento tanto de seu reforço quanto de sua utilizabilidade e sua docilidade; foram-lhe necessários métodos de poder capazes de majorar as forças, as aptidões, a vida em geral, sem por isto torná-las mais difíceis de sujeitar; se o desenvolvimento dos grandes aparelhos de Estado, como instituições de poder, garantiu a manutenção das relações de produção, os rudimentos de anátomo e de biopolítica, inventados no século XVIII como técnicas de poder presentes em todos os níveis do corpo social e utilizadas por instituições bem diversas (a família, o Exército, a escola, a polícia, a medicina individual ou a administração das coletividades), agiram no nível dos processos econômicos, do seu desenrolar, das forças que estão em ação em tais processos e os sustentam; operaram, também, como fatores de segregação e de hierarquização social, garantindo relações de dominação e efeitos de hegemonia.

Outra consequência incrustada na racionalidade do biopoder é a importância crescente assumida pela atuação da norma, às expensas do sistema jurídico da lei. A lei não pode deixar de ser armada e sua arma por excelência é a morte; aos que a transgridem, ela responde, pelo menos como último recurso, com esta ameaça absoluta. A lei sempre se refere ao gládio. Mas um poder que tem a tarefa de se encarregar da vida terá necessidade de mecanismos contínuos, reguladores e corretivos. Já não se trata de pôr a morte em ação no

campo da soberania, mas de distribuir os vivos em um domínio de valor e utilidade (FOUCAULT, 1999).

Nesse sentido, sob a lógica da sociedade capitalista, a classe trabalhadora passa a ser elemento novo a ser controlado, incansavelmente vigiado, constantemente instruído, e permanentemente moralizado. Nesse cenário, o sistema penal é concebido como instrumento de defesa da sociedade burguesa, no qual a disciplina visa moldar os corpos dos indivíduos rumo a um processo de controle e sujeição (PINO, 2020).

O encarceramento se apresenta como última medida de controle, a que se recorre em caso de fracasso de outras instituições disciplinares. Instituições estas plenamente atreladas aos interesses da sociedade burguesa, por colaborarem para a formação de trabalhadores dóceis e subordinados, obedientes e não questionadores (PINO, 2020). Ou seja, a forma geral de uma aparelhagem para tornar os indivíduos dóceis e úteis, através de um trabalho preciso sobre seu corpo, criou a instituição-prisão, antes que a lei a definisse como a pena por excelência. No fim do século XVIII e princípio do século XIX se dá a passagem a uma penalidade de detenção, é verdade; e era coisa nova. Mas era na verdade abertura da penalidade a mecanismos de coerção já elaborados em outros lugares (FOUCAULT, 1987).

Tal discussão nos remete ao duplo objetivo da prisão, segundo Helpes (2013, p.169, apud Foucault, 1987, p. 222), embora institucionalmente tenha como objetivo fundamental garantir uma “recuperação” do criminoso através do isolamento e da disciplina do corpo, seu objetivo real é manter essa massa de excluídos sob constante vigilância, repressão e subalterna ao poder das classes dominantes, a gestão das ilegalidades. Ou seja, os objetivos ideológicos da prisão são uns, porém os objetivos reais são outros: a repressão seletiva da criminalidade e a organização da delinquência, como técnica política de garantir a submissão. Os objetivos ideológicos são fracassados, porém, os objetivos reais são profundamente vitoriosos, pois a lei penal é feita por uma classe e aplicada em outra, e as cadeias refletem o local no qual as classes inferiores são duramente reprimidas e a classe dominante tem sua imunização da criminalidade garantida.

Em suma, de modo ampliado, o biopoder busca criar na vida de uma determinada população corpos economicamente ativos e politicamente dóceis, utilizando uma nova forma de controle, que seduz e conquista o indivíduo por meio de mecanismos discretos que agem diretamente na vida em sociedade e penetram todos os seus momentos, garantindo o bem-estar social, com uma vigilância tecnológica que torna o indivíduo submisso à tecnologia (LIMA, 2020). Para Foucault, o biopoder tem por agente máximo o Estado moderno, cuja bioregulamentação volta-se para o fazer viver, encompridando o ciclo produtivo da vida humana coletiva (FOUCAULT, 2010).

Por fim, os números relativos ao encarceramento populacional se mostram cada vez mais elevados, dilatando-se ainda mais em relação às mulheres, algo agravado na medida em que o modelo de segregação e subjugação desses corpos vem se refletindo na fragilização e extermínio voltado a determinados públicos e classe, algo que se reflete não apenas localmente, mas em suas comunidades e em seu contexto social, uma vez que tais mulheres sempre foram a força motriz do Estado Brasileiro (SANTANA; SILVA, 2020).

1.1.3 Direitos humanos universais e instituições prisionais

O período pós segunda guerra mundial foi marcado pela revelação das atrocidades cometidas durante o conflito, nesse contexto surge a Organização das Nações Unidas (ONU), enquanto congregação de nações reunidas voluntariamente com o propósito basilar de atuar pela paz e desenvolvimento mundial, incluindo o Brasil (ONU, 2014).

Nesse contexto, já em seus primeiros anos, em 1948, a ONU proclama a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), como norma comum a ser alcançada por todos os povos e nações. Tal documento aponta que ninguém será submetido à tortura nem a tratamento ou castigo cruel, desumano ou degradante (Artigo V); que todos são iguais perante a lei e têm direito, sem qualquer distinção, a igual proteção (Artigo VII); que todo ser humano tem direito a receber dos tribunais nacionais competentes remédio efetivo para os atos que violem os direitos fundamentais que lhe sejam reconhecidos pela constituição ou pela lei; ainda, que ninguém será arbitrariamente preso, detido ou exilado (Artigo IX) e todo ser humano tem direito, em plena igualdade, a uma justa e pública audiência por parte de um tribunal independente e imparcial (Artigo X) (ONU, 2014).

Dessa maneira, atesta-se uma série de direitos invioláveis, sendo alguns outros: o direito à vida, à liberdade, à segurança pessoal, direito a uma nacionalidade e à propriedade. De modo complementar, em âmbito nacional, a Constituição Federal, em seu artigo 5º, apresenta uma série de direitos da pessoa humana, o que inclui, evidentemente, os sujeitos em privação de liberdade no sistema prisional. Dentre esses direitos, temos:

III – Ninguém será submetido à tortura nem a tratamento desumano ou degradante; XLIX – É assegurado aos presos o respeito à integridade física e moral; e LXVI – Ninguém será levado à prisão ou nela mantido, quando a lei admitir a liberdade provisória, com ou sem fiança (BRASIL, 2003, p. 32).

Nesse contexto, se faz relevante ressaltar os diversos tratados e convenções internacionais no campo dos direitos humanos dos quais o Brasil é signatário, tais como: a Declaração Universal dos Direitos Humanos, conforme já referido, que aborda direitos como a igualdade, à vida, à liberdade e à segurança; a Convenção contra a Tortura e outros Tratamentos Cruéis, Desumanos ou Degradantes; a Convenção Interamericana para Prevenir e Punir a Tortura; a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará); e a Convenção sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher (BRASIL, 2008).

Sobre a atuação da ONU, durante o primeiro Congresso sobre a Prevenção do Crime e o Tratamento dos Delinquentes, em 1955, foram aprovadas regras mínimas para o tratamento de reclusos. Essas regras asseguraram, dentre outras coisas, a detenção de homens e mulheres em estabelecimentos separados, sendo que, nos estabelecimentos que recebam homens e mulheres, a totalidade dos locais destinados às mulheres deve ser separada (ONU, 1955).

Ainda no tocante ao local destinado à reclusão, a ONU (1955) estabelece que acomodações, em especial os dormitórios, devem satisfazer as exigências de higiene e saúde, considerando as condições climáticas, o espaço mínimo, a iluminação, o aquecimento e a ventilação. Quanto às punições, todas aquelas tidas como cruéis, desumanas ou degradantes devem ser completamente proibidas como sanções disciplinares.

No que se refere a instrumentos legais internacionais direcionados a particularidade da privação de liberdade feminina, destacam-se as regras das Nações Unidas para o tratamento de mulheres presas e as medidas não privativas de liberdade para mulheres infratoras, também chamadas de Regras de Bangkok, criadas pela Assembleia Geral da ONU e aprovadas em 2010, na medida em que, conforme Cerneka (2012), evidenciava-se que a realidade da mulher encarcerada não havia sido considerada de modo integral até aquele momento.

Dessa maneira, as Regras de Bangkok buscam complementar as Regras Mínimas para o Tratamento do Preso e as Regras Mínimas para Elaboração de Medidas Não Privativas de Liberdade (Regras de Tóquio), considerando as especificidades das mulheres e reconhecendo ser necessário tratamento diferenciado a elas. Em âmbito nacional, a Resolução n. 14, de 11 de novembro de 1994, estabelece Regras Mínimas para o Tratamento do Preso no Brasil, com base nas recomendações da ONU supracitadas (CERNEKA, 2012; BRASIL, 1995).

No entanto, ainda que diversos sejam os marcos legais nacionais e internacionais

garantidores dos Direitos Humanos fundamentais aos sujeitos privados de liberdade no sistema prisional, as prisões brasileiras seguem marcadas por um conjunto de carências de natureza estrutural e processual que afetam de forma direta os resultados produzidos em relação à pretendida ressocialização dos reclusos e à sua saúde. Estudos mostram que aspectos como ócio, superlotação, pouca quantidade de profissionais dedicados à saúde, ao serviço social e à educação, além de arquitetura precária e ambiente insalubre, alimentam o estigma e atuam como potencializadores de diferentes iniquidades e enfermidades (COLARES; CHIES, 2010).

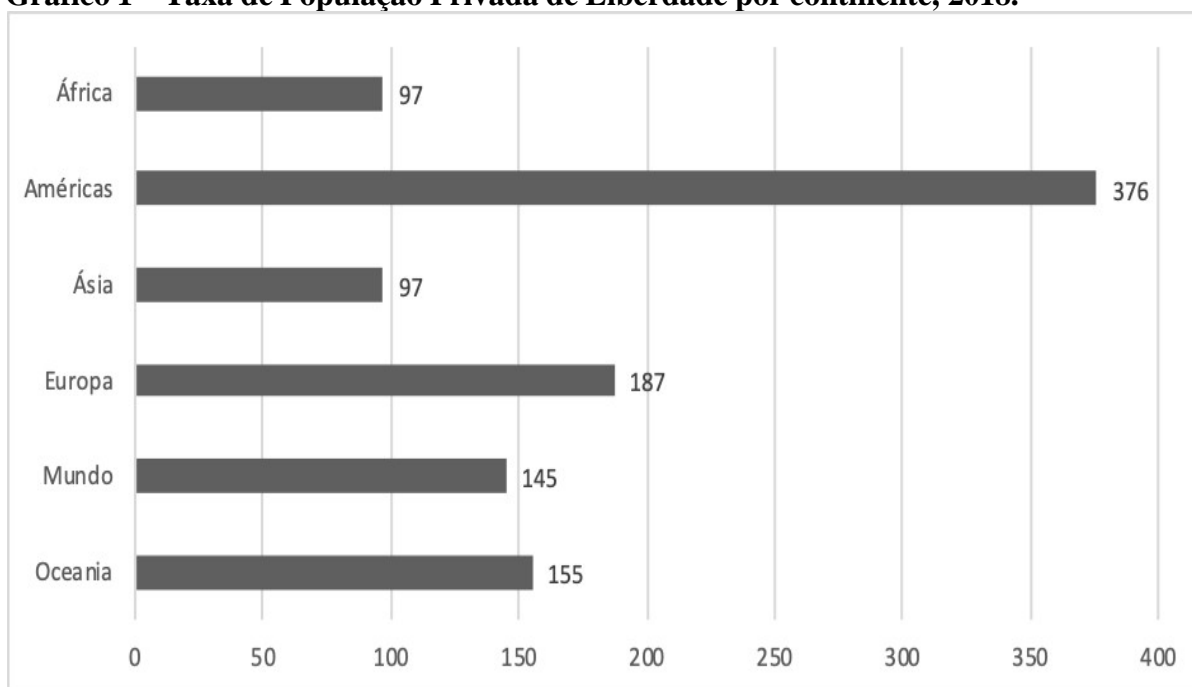
Desse modo, a atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade representa direito a ser garantido. Para isso, o próprio sistema penitenciário precisa ser repensado, pois são muitos os elementos desse universo que se configuram como fatores de risco ao adoecimento. Ou seja, a forma como está constituído o sistema prisional, frequentemente, contribui para o aprofundamento das múltiplas exclusões vivenciadas pelos reclusos antes do encarceramento (COLARES; CHIES, 2010).

Por fim, cabe reafirmar, ainda que represente mera demarcação de obviedade, a População Privada de Liberdade (PPL) como detentora de direitos, sendo sua pena direcionada apenas à privação de liberdade, cabendo ao Estado garantir todos os demais Direitos Humanos fundamentais, com especial ênfase ao direito à saúde.

1.2 A população privada de liberdade no Brasil e no mundo

Sobre as instituições prisionais em cenário recente, cabe salientar o processo de encarceramento em massa produzido em âmbito nacional e internacional, sendo a experiência brasileira destacado exemplar. Estima-se que 10,7 milhões de pessoas se encontram privadas nessas instituições em todo o mundo, sejam como detidos antes do julgamento, presos em prisão preventiva ou condenados sentenciados. Aponta-se ainda que caso somados os sujeitos privados de liberdade mantidos em instalações policiais, geralmente não incluídos nos totais nacionais, o número provavelmente ultrapassaria os 11 milhões (WALMSLEY, 2018).

A taxa mundial de PPL, com base nas estimativas da Organização das Nações Unidas, é de 145 por 100 mil habitantes (WALMSLEY, 2018; ONU, 2016), destacando-se as disparidades entre os diferentes continentes, conforme o gráfico 1.

Gráfico 1 – Taxa de População Privada de Liberdade por continente, 2018.

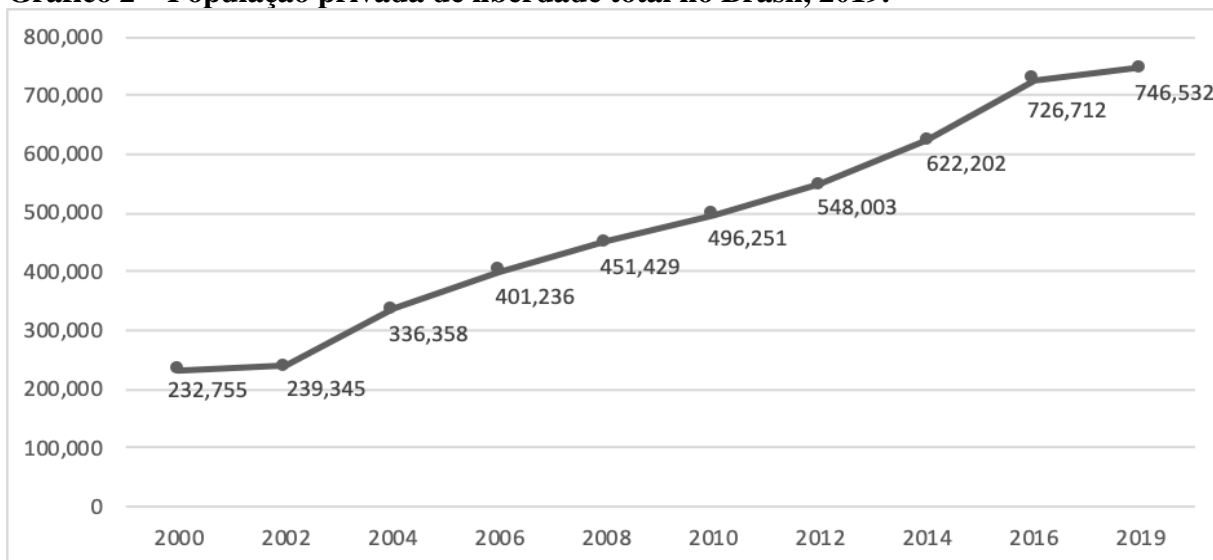
Fonte: Walmsley (2018).

Dentre os países com maior PPL, temos: Estados Unidos da América (2,1 milhões); China (1,6 milhão); Brasil (746 mil); Rússia (583 mil); e Índia (420 mil). Complementarmente, se analisadas as taxas de PPL por 100 mil habitantes, seriam eles: EUA (655); El Salvador (604); Turquemenistão (552); Ilhas Virgens Americanas (542); e Tailândia (526) (WALMSLEY, 2018).

Desde o ano 2000, a PPL cresceu 24% mundialmente, o que é quase o mesmo que o aumento estimado da população geral do mundo nesse período. No entanto, diferenças ocorrem entre regiões. A PPL da Oceania aumentou 86%, a das Américas em 41%, a da Ásia em 38% e a da África em 29%; na Europa, por outro lado, a PPL diminuiu 22%. O número europeu reflete grandes quedas na PPL da Rússia (45%) e países da Europa Central e Oriental. Aumentos particularmente relevantes foram registrados na América do Sul (175%) e no sudeste da Ásia (122%) (WALMSLEY, 2016; WALMSLEY, 2018).

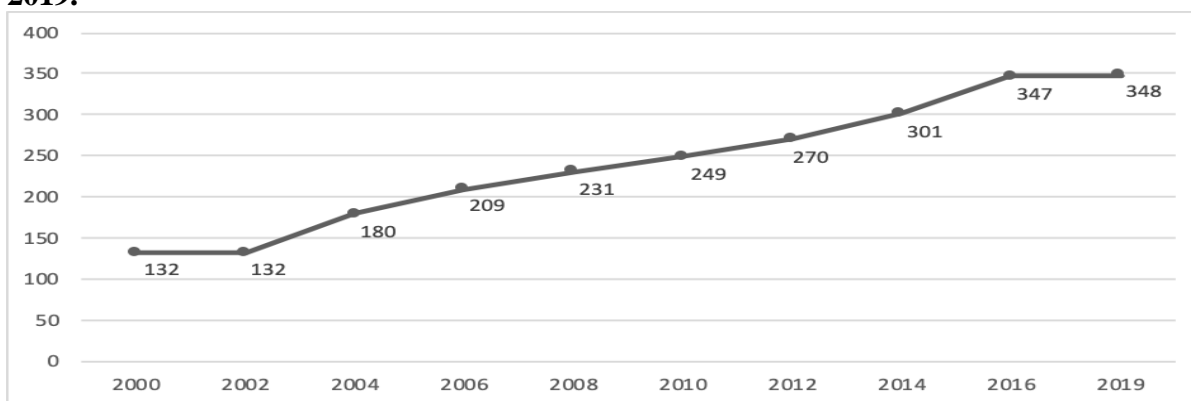
No caso do Brasil, segundo o Conselho Nacional de Justiça, estima-se a PPL em 746.532. No entanto, salienta-se que segundo o *World Prison Brief*, o número divulgado possivelmente omite cidadãos mantidos em instalações policiais, que totalizam 19.735. Portanto, a PPL no Brasil pode superar a marca de 750 mil pessoas (BRASIL, 2019; WALMSLEY, 2019).

Nesse contexto, pode-se apontar o crescimento de 320% da PPL no país entre os anos de 2000 e 2019, conforme o gráfico 2.

Gráfico 2 – População privada de liberdade total no Brasil, 2019.

Fonte: Walmsley (2019).

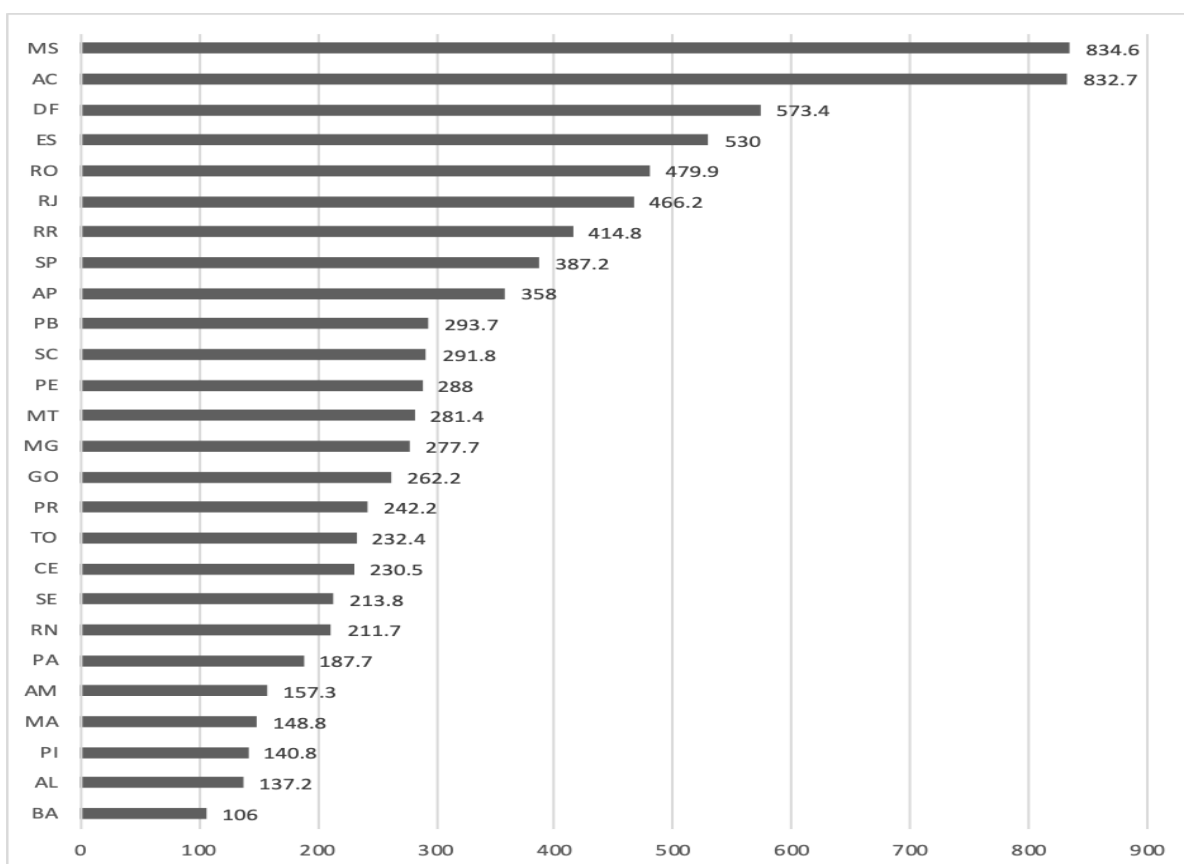
É possível constatar importante superlotação do sistema penitenciário brasileiro, uma vez que o número de vagas oficiais no sistema prisional nacional são 423.456. Dessa forma, a taxa de ocupação encontrada é de 167% (WALMSLEY, 2019). Isso resulta do crescimento acelerado da PPL brasileira nas duas últimas décadas, conforme o gráfico 3.

Gráfico 3 – Taxa de População Privada de Liberdade no Brasil por 100 mil habitantes, 2019.

Fonte: Walmsley (2019).

Paralelamente, nota-se no cenário nacional relevante discrepância na taxa de privados de liberdade de acordo com a Unidade da Federação (UF), variando entre taxas superiores a 800 (Mato Grosso do Sul e Acre) e menores que 150 (Maranhão, Piauí, Alagoas e Bahia), conforme o gráfico 4. Ressalta-se a não inserção dos dados referentes ao Rio Grande do Sul no gráfico 4, por estes não encontrarem-se disponíveis no Banco Nacional de Monitoramento das Prisões (BNMP) (BRASIL, 2018).

Gráfico 4 – Taxa de população privada de liberdade por UF no Brasil, 2018.



Fonte: Brasil (2018).

No que se refere a natureza das prisões, destaca-se a elevada proporção de presos sem julgamento e em prisão preventiva, mediante o número total de detentos, representando 40,03% dos casos. Complementarmente, presos condenados em execução provisória e definitiva, somados, representam 59,70% da totalidade.

No tocante aos tipos de imputação penal, temos enquanto mais recorrentes os casos de roubo (27,5%), tráfico de drogas (24,7%) e homicídios (11,2%), que somados representam 63,4% dentre todos os crimes imputados às pessoas privadas de liberdade.

Nesse contexto, temos que, segundo relatório do BNMP:

No levantamento relativo aos tipos penais imputados aos presos, é necessário esclarecer que apenas uma parcela das pessoas privadas de liberdade responde a processo de conhecimento ou de execução relativo a um único tipo penal, sendo que em diversos casos há múltiplas imputações. Desse modo, a distribuição percentual dos tipos penais se dá entre o conjunto total de imputações que recaem sobre todas as pessoas privadas de liberdade. Assim, não é correto afirmar, com base nestes dados, que 27,5% dos presos brasileiros estão sendo processados ou foram condenados por crime de roubo. Correto é dizer que, dentre todos os crimes imputados às pessoas privadas de liberdade no país 27,5% referem-se ao crime de roubo (BRASIL, 2018, p. 87).

No que se refere ao perfil da PPL brasileira, temos que 53,9% desta encontra-se na

faixa etária entre 18 e 29 anos; 54,9% autodeclararam-se pretos ou pardos e 78% declaram-se enquanto solteiros. Com relação ao grau de escolaridade, temos que 98,65% encontram-se com ensino médio completo enquanto grau de instrução máximo. Quanto a distribuição da população prisional condenada por tempo de pena, constata-se que 53% foi condenada a pena de até oito anos e apenas 1,7% a mais de 50 anos (BRASIL, 2018; BRASIL, 2014).

Dessa forma, a partir do exposto, compreende-se que a prisão sobrevive e se expande gradativamente no mundo contemporâneo, demarcadas as suas dissonâncias entre os diferentes continentes, pois se generaliza o estado penal em sobreposição a um estado de bem-estar social, devido ao funcionamento das grandes redes de estratégias formadas por dispositivos extramuros. A disseminação do medo à criminalidade, a visibilidade que a mídia dá sobre a violência, a indução ao consumo e a busca por segurança, são consideradas fenômenos das novas técnicas de gestão das massas humanas, ou da vida, que se mostra (GUIMARÃES; NUNES, 2018).

Portanto, as contradições do sistema capitalista explicam o processo criminalizador com base na lógica de funcionamento da relação capital-trabalho. A força de trabalho diretamente integrada à produção vive a desigualdade da relação entre o seu esforço e o benefício recebido, entre a energia gasta e a recompensa pela cessão do seu tempo de trabalho ao capital. A força de trabalho excedente, desempregada, se vê obrigada a garantir a sua existência através de artifícios e de estratégias de sobrevivência que vão do biscate ao crime. É a utilização de meios ilegítimos para compensar a falta dos meios legítimos de sobrevivência (DORNELES, 1992).

Por fim, apreende-se que tais dados e sua conseqüente reflexão podem contribuir ao entendimento sistemático sobre o tamanho das populações prisionais mundialmente, entre os países e regiões brasileiras, sobretudo no que se refere a constatação de flutuações em sua magnitude, bem como os impactos de tais condições na edificação da estrutura social de nossa sociedade. Munidos com tais informações, devemos, enquanto corpo social, subsidiar a edificação de políticas públicas que visem garantir os direitos sociais dessas pessoas, preferivelmente por meio de mudanças estruturais que parem, ou ao menos minorem, o ciclo de encarceramento em massa alimentado pela atual lógica de reprodução social.

1.2.1 Mulheres privadas de liberdade no Brasil e no mundo

Contemporaneamente, segundo Walmsley (2017), estima-se em 714 mil o número de MPL em todo o mundo, sejam como detentas antes do julgamento, presas em prisão preventiva ou condenadas e sentenciadas. Nesse contexto, salienta-se que os números para

cinco países (Cuba, Eritreia, Coreia do Norte, Somália e Uzbequistão) não estão disponíveis e os da China estão incompletos. Portanto, o número total é, possivelmente, ainda mais alto.

No que se refere aos países com maior número de MPL, temos: EUA (211.870), China (107.131 – dados incompletos), Federação Russa (48.478), Brasil (44.700) e Tailândia (41.119). Por sua vez, as taxas mais altas de MPL (por 100 mil mulheres) estão nos seguintes países: EUA (65,7), Tailândia (60,7), El Salvador (58,4), Brasil (40,6) e Turquemenistão (38,2) (WALMSLEY, 2017; BRASIL, 2018).

Cabe ressaltar, quando aos dados brasileiros, que:

O cálculo da taxa de aprisionamento apresentado segue o parâmetro adotado internacionalmente, fonte de comparação internacional, que considera o número de pessoas privadas de liberdade para cada grupo de 100 mil mulheres, sem qualquer recorte etário, para fins de equalização internacional. No Brasil, no entanto, de acordo com art. 228 da Constituição Federal, são penalmente inimputáveis os menores de 18 anos. Assim, caso consideremos para o cálculo da taxa de aprisionamento de mulheres no país o recorte da população acima de 18 anos, teríamos uma taxa de 55,4 mulheres presas para cada grupo de 100 mil mulheres com mais de 18 anos (BRASIL, 2018, p. 13).

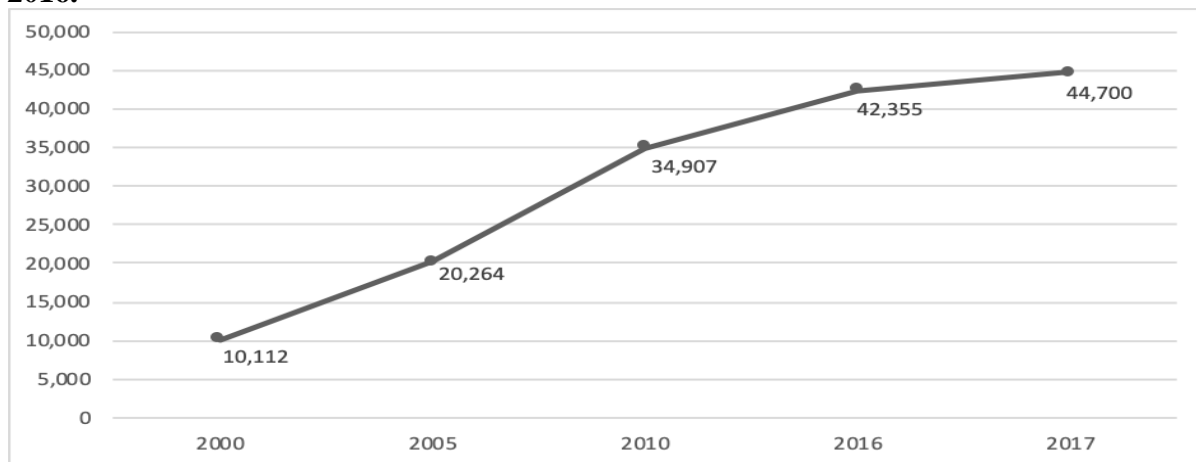
Quanto aos continentes, nas Américas as MPL representam 8,4% da PPL total (6,3%, se os dados dos EUA não forem incluídos), na Ásia 6,7%, na Europa 6,1% (5,1% excluindo a Rússia) e na Oceania 7,4%. Paralelamente, nos países africanos a proporção de MPL na população prisional total é de 3,4%. Ao analisarmos as taxas de MPL, os níveis mais baixos estão na África, onde a taxa geral por 100 mil da população nacional é de 3,2. Na Ásia, a taxa é de 6,2, na Oceania 11,3; na Europa 12,1 (7,7 excluindo a Rússia) e nas Américas 31,4 (14,6 excluindo os EUA) (WALMSLEY, 2017).

Complementarmente, em cerca de 80% dos sistemas prisionais do mundo as MPL constituem entre 2 e 9% da população prisional total. Assim, apenas 19 sistemas têm uma porcentagem maior que essa, sendo os principais: Hong Kong-China (20,8%), Laos (18,3%), Macau-China (15,4%), Catar (14,7%), Kuwait (13,8%), Tailândia (13,3%), Myanmar (12,3%), Emirados Árabes Unidos (11,7%) e Sudão do Sul (10,9%). Ademais, mulheres compõem 6,9% da PPL global (WALMSLEY, 2017).

O número de MPL em todo o mundo cresceu cerca de 53% desde 2000, quando o total foi estimado em aproximadamente 466 mil, algo acima do crescimento da população global, que aumentou 21% entre 2000 e 2016. Assim, o número de MPL elevou-se em todos os continentes, exceto na África, onde o aumento foi pouco menor do que o crescimento da população continental geral; na Europa o aumento de MPL foi semelhante ao aumento da população em geral. Por outro lado, o aumento nas Américas, na Ásia e na Oceania foi, respectivamente, cerca de três, quatro e cinco vezes o aumento da população geral (WALMSLEY, 2017).

No caso brasileiro, em específico, estima-se que o número de MPL cresceu 442% entre os anos de 2000 e 2016, saltando de 10.112 para 44.700, conforme o gráfico 5.

Gráfico 5 – Número de mulheres privadas de liberdade no Brasil entre os anos de 2000 e 2016.



Fonte: Walmsley (2017) e Brasil (2018).

No que se refere a natureza da prisão e tipo de regime, destaca-se a proporção de casos de MPL sem condenação, representando 45,38% dos casos, em detrimento a percentual de 40,03% quando abordado o público masculino privado de liberdade no Brasil (BRASIL, 2018).

Dessa forma, salientam-se ainda as dissonâncias referentes às Unidades da Federação, como exemplo temos que o estado de São Paulo concentra 36% de toda a população prisional feminina do país, com 15.104 Mulheres Privadas de Liberdade, seguido pelos estados de Minas Gerais, Paraná e Rio de Janeiro, que somados representam 20% da população prisional feminina.

Ainda, no que se refere ao perfil das Mulheres Privadas de Liberdade brasileiras, temos que 50% destas encontram-se na faixa etária entre 18 e 29 anos; 62% autodeclararam-se negras e 62% enquanto solteiras. Com relação ao grau de escolaridade, temos que 97% encontram-se com ensino médio completo enquanto grau de instrução máximo. Quanto a distribuição da população prisional condenada por tempo de pena, constata-se que 70% foi condenada a pena de até oito anos e apenas 2% a mais de 30 anos (BRASIL, 2018).

Assim, diante da demonstrada elevação do número de mulheres vivendo sob o cárcere no sistema prisional, salienta-se que a circunstância vivenciada por estas é ainda mais excludente do que a vivenciada pelos homens na mesma situação. Desde o nascimento das prisões no Brasil, as mulheres foram sendo “ajeitadas” conforme as possibilidades, sem que o Estado pensasse, de fato, em políticas efetivas voltadas para a prevenção do crime entre o

sexo feminino, ou investisse em ambientes propícios, que enfatizassem as especificidades das mulheres para o cumprimento de suas penas, ou ainda, políticas direcionadas à ressocialização das reclusas. Ao contrário, o que se percebe é justamente a transferência de responsabilidades para grupos religiosos e Organizações Não Governamentais (ONG) durante determinados períodos da história brasileira (HELPE, 2013).

Por fim, aponta-se a relevância das informações referentes ao público feminino privado de liberdade no Brasil e no mundo, uma vez que tais mulheres enfrentam em seu cotidiano duplo julgamento, por parte do preconceito direcionado aos sujeitos encarcerados, bem como por parte do machismo presente em nossas sociedades, o que pode afetar com maior magnitude seu bem estar, cabendo ao estado brasileiro orquestrar medidas que garantam seus direitos sociais, dentre eles o direito a manutenção de sua dignidade e saúde.

1.3 Saúde prisional no Brasil e o caso das mulheres

Ao privar uma pessoa de sua liberdade, o Estado torna-se responsável por oferecer todos os cuidados de saúde reclamados por este indivíduo, além de condições que promovam o seu bem-estar físico e mental. Nesse sentido, aponta-se a necessidade de resgatar a caminhada percorrida por parte do Estado brasileiro no reconhecimento ao direito à saúde de sua População Privada de Liberdade no sistema prisional (COYLE, 2014).

Dessa forma, temos como marco contemporâneo inicial a Lei de Execução Penal (LEP) brasileira, na medida em que nesta encontra-se previsto o direito ao atendimento em saúde para as pessoas reclusas em unidades prisionais, objetivando prevenir o crime e orientar o retorno por parte deste ao convívio em sociedade. Assim, a assistência à saúde ao indivíduo privado de liberdade contaria com caráter preventivo e curativo, compreendendo atendimento médico, farmacêutico e odontológico (BRASIL, 1984).

Cabe destacar que o Brasil somente reconheceu o direito de todos os seus cidadãos à saúde com a Constituição Federal de 1988, ou seja, juridicamente a saúde das pessoas reclusas em unidades prisionais foi pioneira na perspectiva garantista, especificamente no que diz respeito a abordagem assistencial. Conforme Barsaglini (2016), a saúde no sistema prisional consistia em ações pontuais, contando com certo diferencial a partir da LEP e, em contexto de redemocratização, da Constituição Federal de 1988, que assumiu a saúde como dever do Estado e direito de todo cidadão, incluindo-se aquele em privação de liberdade (BRASIL, 1984; BRASIL, 1988).

Desse modo, a partir da Constituição e das Leis Orgânicas da Saúde (Lei 8080/90 e 8142/90), com as drásticas mudanças ocorridas na perspectiva de saúde do Estado brasileiro, tornou-se necessário reelaborar os mecanismos legais orientadores da oferta de ações e serviços de saúde, com base nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, somente em 2003 avançou-se na perspectiva da saúde prisional, com a formulação do Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário (PNSSP) (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b; BRASIL, 2003).

Portanto, demonstra-se que a proposição do SUS incluía a saúde da população do sistema prisional pelo princípio da universalidade, mas ainda timidamente. Significativo impulso adveio de sua institucionalização, ao ser focalizada pelas publicações das Portarias Interministeriais (Saúde e Justiça) nº 668/2002 (revogada) e nº 1.777/2003, que instituíram o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), vigente de 2003 a 2013 (BARSAGLINI, 2016).

Particularmente relevante é o fato de o PNSSP ter, no ano de 2008, passado por reformulação no sentido de preencher lacunas relacionadas às mulheres. Recomendou-se maior inter-relação dos setores de saúde e justiça, a fim de que o PNSSP avançasse em sua implantação nacional, garantindo a oferta de atenção integral à saúde da Mulher Privada de Liberdade e a provisão de cuidados de saúde condizentes aos aspectos sexuais e reprodutivos (BRASIL, 2010).

Dessa maneira, o PNSSP é considerado marco na atenção em saúde voltada para a População Privada de Liberdade, tendo como objetivo prover atenção integral à saúde da população prisional, contribuir para o controle e/ou redução dos agravos mais frequentes à saúde desta população, a partir de um elenco mínimo de procedimentos no âmbito da promoção da saúde, prevenção de agravos e assistência, bem como aproximar a população prisional ao SUS, buscando garantir que o direito à saúde se efetivasse a partir de uma perspectiva de direitos humanos e cidadania (SILVA, 2015).

No entanto, sabe-se que o planejamento não contemplava a totalidade do itinerário carcerário, ou seja, as penitenciárias federais, as delegacias, as cadeias públicas, os distritos policiais, os presos do regime aberto e os presos provisórios encontravam-se parcialmente descobertos (BRASIL, 2003; BRASIL, 2014). Destarte, ao dar maior ênfase na prevenção e na inclusão da promoção da saúde como prioridade para fazer frente à insalubridade e à superlotação no sistema prisional, o plano significou avanço em vários aspectos (CARVALHO, 2017).

Somado a isso, durante a vigência do PNSSP e por ocasião de seu processo de avaliação, ocorrido em 2011, evidenciou-se relevante crescimento da população prisional, em

especial do encarceramento feminino. Quando o PNSSP foi lançado, estimava-se a população prisional no país em 230 mil, enquanto os novos dados apontavam para um crescimento acelerado, contando naquela altura com o número de quase 500 mil detidos. Assim, a oferta de ações e serviços de saúde tornou-se tarefa mais difícil de ser planejada, bem como sua respectiva previsão de alocação de recursos (WALMSLEY, 2018; SILVA, 2015).

Tal panorama apontou para a necessidade de elaboração de uma política pública de saúde para o sistema prisional, que abarcasse todo o itinerário carcerário e que se conectasse aos serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do SUS. Nesse contexto insurge a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), no ano de 2014, a partir da avaliação de uma década de aplicação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, quando se verificou o esgotamento daquele modelo, em razão de ter se mostrado restritivo, por não contemplar em suas ações, dentre outros aspectos, a totalidade do itinerário carcerário (CARVALHO, 2017).

Sobre a PNAISP, seu objetivo principal é garantir o direito à saúde para todas as pessoas privadas de liberdade no sistema prisional, através da potencialização do acesso à Rede de Atenção à Saúde no território, com mais agilidade, equidade e qualidade. Dessa forma, reflete-se que uma vez cumpridos tais dispositivos legais, as unidades prisionais, ao invés de promover disparidades em saúde, iriam mitigá-las (PINHEIRO JUNIOR, 2018).

No entanto, nos dias atuais atesta-se que a privação de liberdade representa importante problema de saúde pública, afetando o indivíduo privado de liberdade, seus familiares e a comunidade em questão, gerando impactos negativos em sua saúde a curto e a longo prazo, uma vez que a experiência de aprisionamento tem forte potencial na promoção de iniquidades, tanto no interior de um país como em comparação a outras nações (WILDEMAN; WANG, 2017).

Nesse contexto, o relatório sobre as condições prisionais no Brasil, elaborado pela *Human Rights Watch*, em 2008, já indicava que a superlotação se apresenta como um dos problemas crônicos mais graves que afligem o sistema penal brasileiro. Esta situação, aliada às precárias condições de higiene, falta de controle de qualidade dos alimentos fornecidos, relações violentas, falta de atividades laborais e físicas, práticas sexuais de risco e uso de drogas revelam-se como fatores de risco à esta população (FONSECA; RAMOS, 2008). Como consequência, a população penitenciária apresenta superior carga de desordens físicas e mentais em relação à população geral (FAZEL; BAILLARGEON, 2011).

Além disso, as disparidades em saúde ocorrem ainda no interior do sistema prisional, como o caso das disparidade geográficas, ou seja, a falta de uniformidade geográfica na atenção à saúde dos presos, na medida em que com a descentralização das ações de saúde

cada unidade prisional define sua forma de trabalho e rotinas próprias, tal fato contribui para a conformação de quadro de disparidades regionais no interior do sistema, bem como para o parcial desconhecimento da real situação das prisões no Brasil (BINSWANGER *et al.*, 2012).

Além das disparidades regionais, temos que mesmo no interior do sistema penitenciário a carga de adoecimentos tende a ser exacerbada em determinados grupos sociais historicamente marginalizados, como pobres e negros (BINSWANGER *et al.*, 2012). De forma semelhante, observa-se que a carga de doenças e outros eventos adversos a saúde é maior entre mulheres apenadas, tanto em relação aos homens presos (CLARKE *et al.*, 2006; GUNTER *et al.*, 2009; BINSWANGER *et al.*, 2010) como em relação às mulheres da população geral (WILPER *et al.*, 2009; ARREDONDO *et al.*, 2015; PINHEIRO JUNIOR, 2018).

Nesse contexto, ainda que diante do número crescente de Mulheres Privadas de Liberdade, o Estado segue não priorizando iniciativas de readequação de seus recursos e investimentos para que as estas cumpram suas penas em condições nas quais possam ser o centro do processo de ressocialização, ao contrário, normalmente, o que vemos é a improvisação de espaços, nos quais elas sequer são o foco, mas o apêndice, um anexo dentro dos presídios masculinos (HELPEPES, 2013).

Dessa forma, não é difícil perceber que a situação da MPL, historicamente precarizada, segue sem perspectiva de alteração, estas além de enfrentarem situações adversas em suas trajetórias pessoais, são também renegadas à ausência de providência, inclusive nos espaços institucionais, como as prisões, ambientes nos quais seu status de “natural inferioridade” é apenas reafirmado (HELPEPES, 2013).

Ainda assim, em meio a tais contradições, poucos estudos têm sido conduzidos junto às Mulheres Privadas de Liberdade acerca de sua saúde, particularmente no que se refere a algumas dimensões específicas, como é o caso de estudos relacionados a sua saúde mental. Nesse sentido, aponta-se para a relevância de investigações que abordem a magnitude e características desta problemática de saúde pública, de modo a subsidiar a formulação de medidas que se comprometam com a promoção de sua saúde mental e bem estar.

1.4 Transtornos mentais comuns

Os transtornos mentais comuns, demarcação formulada por Goldberg e Huxley (1992), constituem categoria nosológica que inclui sintomas depressivos não-psicóticos, ansiedade e queixas somáticas que causam prejuízo nas atividades diárias de seus portadores. Caracterizam-se por sintomas como insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade

de concentração e queixas somáticas. Em geral este quadro clínico não faz com que os pacientes busquem a assistência necessária, e em muitos casos, ao buscarem, estes são subdiagnosticados (ANSELMÍ, 2008).

De modo complementar, Santos (2002) se refere ao TMC como situação de saúde que não preenche os critérios formais para diagnóstico de depressão e/ou ansiedade conforme as classificações internacionais, mas que apresenta sintomas que trazem grau relevante de incapacidade funcional, ou seja, não preenchem critérios para sua caracterização como transtornos mentais específicos, mas provocam sofrimento psíquico de caráter incapacitante (SANTOS, 2002; LIMA, 2019).

Embora inicialmente não necessitem de tratamento psiquiátrico, tais enfermidades causam grande impacto socioeconômico, além de seu peso sobre a qualidade de vida, principalmente pelos dias de trabalho perdidos e devido ao aumento da procura de seus portadores pelos serviços de saúde, algo agravado ainda por não receberem a atenção e o cuidado necessário, vide referida incapacidade dos sistemas de saúde em ofertar atenção qualificada (CARLOTTO; BARCINSKI; FONSECA, 2015; BROADHEAD *et al.*, 1990; GOLDBERG; HUXLEY; 1992; PORTO *et al.*, 2006; SZETO; DOBSON, 2013).

Sobre sua magnitude, temos que em estudos de base populacional realizados em países industrializados, apontam-se prevalências de TMC entre 7% e 30% na população geral (GOLDBERG; HUXLEY, 1992). No caso do Brasil, observada a ausência de pesquisas de âmbito nacional, estudos realizados partindo-se do campo da Atenção Primária à Saúde estimam prevalências de Transtornos Mentais Comuns na ordem de 24,8% a 43,7% na população geral (ANSELMÍ, 2008; MOREIRA, 2011; MORENO, 2012; MARAGNO, 2006).

Cabe salientar, pesquisas demonstram relevantes dissonâncias quanto a prevalência de TMC em públicos específicos, com determinadas características surgindo enquanto fatores associados à prevalência de TMC, como o caso de: indivíduos que vivenciam situação de pobreza, com baixa escolaridade, trabalhadores ligados a ocupações de características estressoras (como o caso de Agentes Comunitários de Saúde e Agentes Penitenciários), idosos e mulheres, especialmente gestantes e aquelas em situação de privação de liberdade no sistema prisional (SILVA, 2018; COUTINHO, 2014; LUCHESE, 2017; SILVA, 2012; SANTOS, 2010; AUDI, 2018; SILVA, 1998).

Complementarmente, segundo Steel (2014), independente da situação econômica do país onde vivem, as mulheres apresentam maior prevalência de Transtornos Mentais Comuns, com ênfase a sintomatologia característica de transtornos de humor e de ansiedade. A partir do exposto, reafirma-se a importância de pesquisas que abordem a temática dos Transtornos Mentais Comuns no público feminino, sobretudo quando a dimensão do gênero se associa a

outros aspectos sabidamente vulnerabilizantes, como é o caso das Mulheres Privadas de Liberdade no Sistema Penitenciário nacional, objeto do estudo em questão.

1.4.1 Instrumentos de pesquisa em transtornos mentais comuns: o caso do SRQ

Ainda na segunda metade do século XX, com o objetivo de avaliar os transtornos mentais em países em desenvolvimento, a Organização Mundial de Saúde (OMS) patrocinou a elaboração do instrumento de pesquisa *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ). A preocupação com os impactos que os problemas de saúde mental poderiam ter em países periféricos e a necessidade de uma adequada avaliação desses transtornos mentais, considerando o contexto cultural desses países, orientaram o processo de construção do SRQ (MARI; WILLIAMS, 1986).

Nesse contexto, segundo Santos *et al.* (2010):

O SRQ derivou de instrumentos de screening para morbidade psíquica utilizados em pesquisa psiquiátrica, sendo eles: Patient Symptom Self-Report (PASSR), um instrumento desenvolvido na Colômbia; Post Graduate Institute Health Questionnaire, desenvolvido na Índia; General Health Questionnaire, na sua versão de 60 itens, usados em países desenvolvidos e em desenvolvimento; e os itens de “sintomas” da versão reduzida do Present State Examination (PSE).

Em sua versão original, o SRQ incluía 24 itens, sendo os primeiros 20 itens para triagem de distúrbios não psicóticos e os quatro últimos para detecção de distúrbios psicóticos. Destina-se à detecção de sintomas, ou seja, sugere nível de suspeição (presença ou ausência) de algum transtorno mental, mas não discrimina um diagnóstico específico; avalia se há algum transtorno, mas não oferece diagnóstico do tipo de transtorno existente. Por este caráter de triagem, é bastante adequado para estudos junto a públicos ampliados, sendo muito útil para uma primeira classificação de possíveis casos e não casos (SANTOS *et al.*, 2010).

O SRQ-20 é a versão de 20 itens para rastreamento de transtornos mentais não-psicóticos. As respostas são do tipo sim/não. Cada resposta afirmativa pontua com o valor 1 para compor o escore final por meio do somatório destes valores. Os escores obtidos estão relacionados com a probabilidade de presença de transtorno não-psicótico, variando de 0 (nenhuma probabilidade) a 20 (extrema probabilidade). Cabe salientar, o SRQ-20, desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde, foi adaptado e validado para a população brasileira por Mari e Williams (1985), com base em estudo realizado com pacientes de clínicas de atenção primária de São Paulo.

Nesse contexto, sabe-se que os conceitos de sensibilidade e especificidade do

instrumento são incluídos quando de sua validação, em que a sensibilidade confere a capacidade que o instrumento tem em identificar os reais fenômenos apresentados por indivíduos que os têm, e a especificidade apresenta a capacidade em discriminar indivíduos que não possuem o fenômeno estudado. Ainda, quando o instrumento avalia o evento de interesse em uma escala contínua, é necessário o estabelecimento de um ponto de corte, abaixo e acima do qual seja possível definir-se ausência ou presença de um dado desfecho, respectivamente.

Nessa perspectiva, notou-se com base na literatura a utilização usual do ponto de corte 6/7, seja em pesquisa com público geral ou mesmo direcionadas ao público feminino, com alguns estudos indicando um valor de corte inferior quando da aplicação do instrumento em estudos voltados a indivíduos do sexo masculino (GONÇALVES; STEIN; KAPCZINSKI, 2008; GUIRADO, 2016; SANTOS *et al.*, 2010). Cabe lembrar, uma vez mais, que o SRQ-20 é um instrumento de triagem e destina-se à detecção de sintomas, sendo útil para a mensuração de nível de suspeição (presença / ausência) de transtorno mental (GUIRADO, 2016; SANTOS *et al.*, 2010).

Por fim, atesta-se constituir instrumento de rápida e fácil aplicação, bem compreendido pelos pacientes (incluindo os de baixo nível de instrução), de baixo custo, que não requer obrigatoriamente a presença de um entrevistador clínico e com alto poder de discriminação de casos, sendo sua escolha enquanto instrumento de pesquisa do estudo em questão baseada em todas as evidências supracitadas.

1.5 Justificativa

Sabe-se, com base na literatura científica, da maior prevalência de Transtornos Mentais Comuns no público feminino, sobretudo quando este situa-se sob situações caracterizadas por estresse intenso e/ou duradouro, como exemplo pode-se citar as más condições de moradia, inserção precária no processo produtivo e rendas mais baixas (LUDERMIR, 2002).

Tem-se ainda que diversas lacunas existem no que se refere ao conhecimento da prevalência de TMC no cotidiano de públicos específicos, como é o caso das Mulheres Privadas de Liberdade no Brasil. Ainda assim, a partir de pesquisas desenvolvidos em cenários locais, apreende-se maior prevalência de TMC no público em questão, constituindo categoria sensível a estudos que se proponham a tal abordagem, uma vez que representa situação de demarcado sofrimento psíquico (RODRIGUES, 2018).

Desse modo, no atual contexto brasileiro, em que a população prisional feminina

crece aceleradamente, a estimativa da prevalência de Transtornos Mentais Comuns e seus fatores associados torna-se relevante para quantificar a carga de doenças e sofrimento psíquico no sistema prisional. Além disso, pode agir de modo a fomentar políticas públicas que antecipem o impacto gerado na comunidade quando estas mulheres forem libertas, constituindo aspecto relevante em seu processo de ressocialização.

Ademais, o desconhecimento da prevalência e fatores associados aos Transtornos Mentais Comuns na população penitenciária feminina do Brasil, pela ausência quase absoluta de dados nacionais oficiais, impede o planejamento e a execução de políticas públicas e ações voltadas para estas populações. Ainda, dificulta a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP).

Com base no exposto, atesta-se a relevância do estudo em questão, na medida em que outras pesquisas se debruçam em geral sobre realidades de unidades prisionais ou estados específicos, situados sobretudo na região sudeste, como é o caso dos dados referentes ao Estado de São Paulo, que indicam prevalência significativa de transtornos mentais na população prisional feminina. Assim, temos que segundo Audi *et al.* (2018), em pesquisa desenvolvida em unidade prisional feminina situada no estado de São Paulo, a prevalência de Transtorno Mental Comum (TMC) afeta mais da metade das mulheres encarceradas investigadas no estudo, totalizando 66,7%.

A partir desse contexto, reafirma-se a necessidade de investigações que abordem em a prevalência de Transtornos Mentais Comuns junto ao público feminino privado de liberdade, sobretudo de abordagem representativa do cenário nacional brasileiro, no sentido de evidenciar o quadro de saúde mental destas mulheres e fornecer linha de base para a formulação de políticas públicas garantidoras de seu direito ao bem estar e saúde.

Salienta-se que é necessário definir ações voltadas para o controle e redução dos agravos mais frequentes à saúde como parte da resposta aos direitos humanos nesta população. Busca-se ainda, contribuir para o incentivo de outros estudos voltados para essa temática, dar subsídios para operacionalizar políticas públicas já existentes e estimular programas assistenciais para as mulheres em situação de privação de liberdade

Por fim, sabe-se que ainda há relevante incompreensão e falta de informação quanto à saúde no sistema penitenciário, indicando que questões relativas a este tema precisam ser revistas e redirecionadas a partir de abordagem que favoreça reflexão aprofundada, crítica e implicada com o direito à saúde. Nesse contexto, objetiva-se neste estudo caracterizar a prevalência de Transtornos Mentais Comuns entre mulheres brasileiras privadas de liberdade e seus fatores associados.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Caracterizar a prevalência de Transtornos Mentais Comuns e seus fatores associados entre mulheres brasileiras privadas de liberdade.

2.2 Objetivos específicos

- a) Descrever o perfil sociodemográfico e prisional das mulheres brasileiras privadas de liberdade;
- b) Estimar a prevalência de transtornos mentais comuns entre mulheres brasileiras privadas de liberdade;
- c) Identificar os fatores associados à ocorrência de transtornos mentais comuns entre mulheres brasileiras privadas de liberdade.

3 MÉTODOS

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de estudo transversal de abrangência nacional, realizado junto às MPL do Brasil. Constitui-se a partir de recorte da pesquisa intitulada “Inquérito Nacional de Saúde na População Penitenciária Feminina e de Servidoras Prisionais”, realizada em 8 estados brasileiros e Distrito Federal, entre os anos de 2014 e 2015, aprovada em edital promovido pelo então Departamento de Ações Estratégicas Programáticas (DAPES), da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), Ministério da Saúde.

Este inquérito, em sua dimensão ampliada, pretendeu investigar aspectos relacionados às infecções sexualmente transmissíveis (IST), doenças crônicas não transmissíveis, violência, saúde bucal e saúde mental entre MPL brasileiras, de modo a apreender e sistematizar a situação de saúde deste público. Esta dissertação abordará a dimensão relacionada a saúde mental, especificamente quanto a prevalência de TMC e seus fatores associados.

3.2 População e amostra

3.2.1 *Processo amostral*

Salienta-se a complexidade do processo de amostragem no ambiente prisional, em muito caracterizado pelas particularidades regionais e entre unidades prisionais de uma mesma região, o que é acrescido pelo desenho de diferentes tipos, locais e disponibilidade de serviços, descaracterizando o desenho de um sistema prisional uniforme. Dessa forma, o processo de amostragem no contexto desta pesquisa foi realizado em 5 etapas:

- **1ª etapa:** levantamento das unidades prisionais que abrigam mulheres no Brasil por região, com base nos dados do Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN). Posteriormente, houve a seleção intencional dos estados baseados em sua relevância e tamanho da PPL, na diversidade das penitenciárias existentes e na representatividade de todas as regiões do país. Diante destes critérios, foram selecionados 2 (dois) estados por região, sendo eles: Pará e Rondônia (Região Norte), Ceará e Pernambuco (Região Nordeste), Mato Grosso e Distrito Federal (Região Centro-Oeste), São Paulo e Espírito Santo (Região Sudeste) e Rio Grande do Sul e Santa Catarina (Região Sul).

No entanto, por dificuldades no que tange a autorizações de entes estaduais e limitações orçamentárias, na região Sudeste o estado do Espírito Santo foi substituído pelo estado de Minas Gerais, na região Sul o estado de Santa Catarina foi substituído pelo estado do Paraná e na região Nordeste o estado de Pernambuco foi excluído sem reposição;

- **2ª etapa:** estratificação dos presídios por estado, localização e número de presas. Dentre os estados selecionados, considerou-se a localização de cada unidade prisional (capital/região metropolitana e interior) e o número de MPL residentes (75 a 150, 151 a 500 e > 500 mulheres). Considerando que os presídios com menos de 75 mulheres possuem a estrutura de delegacias, sem obrigatoriedade de possuir serviço de saúde, definiu-se como população alvo apenas as MPL de unidades com 75 ou mais mulheres. Ao fim desta etapa foram identificados 24 estratos;

- **3ª etapa:** escolha aleatória de um presídio em cada estrato, ou seja, para os estratos que possuíam mais de uma penitenciária, as mesmas foram escolhidas aleatoriamente e a amostra final foi composta por 24 unidades prisionais, conforme apresentado na Tabela 1. No entanto, somente 15 foram efetivamente coletadas em decorrência de limitações orçamentárias e de autorizações de entes estaduais;

- **4ª etapa:** cálculo do tamanho amostral considerando a prevalência de IST estimada em 30%, nível de significância igual a 95% e poder de teste de 80%. A Prevalência de IST foi utilizada no cálculo amostral por se tratar da maior prevalência dentre os despechos estudados, até então. O tamanho mínimo da amostra foi estimado em 2.516 residentes, imputando acréscimo de 10%, a amostra final prevista foi de 2.768 mulheres. A amostra prevista foi dividida proporcionalmente em cada presídio selecionado (Tabela 1). A amostra final coletada foi de 1.327 mulheres. Durante a realização da pesquisa dois fatores limitaram o processo de coleta de dados: corte no valor previamente financiado para realização da pesquisa e resistência por parte de alguns Estados para liberação da entrada da equipe de coleta nas unidades prisionais. Estes estratos foram excluídos da coleta devido aos motivos explanados. Consequentemente, o poder dos testes decresceu para 67%.

Tabela 1 - População e amostra final das 24 penitenciárias selecionadas.

Estado	Município	Estrato	Nº de Reclusas	Amostra Prevista	Amostra Coletada
Pará	Marabá	1	78	21	23
	Ananindeua	2	608	157	157
Rondônia	Porto Velho	3	148	39	40
Ceará	Aquiraz	4	633	164	165
Pernambuco	Recife	5	1.027	266	-
	Buíque	6	376	98	-
Distrito Federal	Brasília	7	555	226	146
Mato Grosso	Cuiabá	8	875	144	41
Minas Gerais	Belo Horizonte	9	105	28	-
	Belo Horizonte	10	325	84	95
	Ribeirão das Neves	11	128	34	42
São Paulo	São Joaquim de Bicas	12	235	61	71
	São Paulo	13	158	41	-
	São Paulo	14	2.463	636	-
	São José dos Campos	15	115	30	-
	Piracicaba	16	222	58	-
	Campinas	17	1.054	273	197
Rio Grande do Sul	Rio Claro	18	108	28	-
	Ribeirão Preto	19	258	67	109
	Montenegro	20	97	26	-
	Porto Alegre	21	492	128	71
Paraná	Caxias do Sul	22	75	20	30
	Curitiba	23	140	37	38
	Piraquara	24	393	102	102
Total	-	-	10.668	2.768	1327

- **5ª etapa:** seleção aleatória de mulheres em cada penitenciária, utilizando-se de lista nominal daqueles presentes na unidade fornecida pela coordenação da instituição. Com base na lista, foi realizada amostragem sistemática levando em consideração o número de mulheres privadas de liberdade, as celas e o tamanho da amostra para cada local específico.

3.2.2 Critérios de inclusão

Compuseram os critérios de inclusão deste estudo: cumprir pena em regime fechado ou semiaberto e cumprir pena em unidade prisional com número de MPL ≥ 75 , devido a obrigatoriedade dessas unidades terem serviço de saúde;

3.2.3 Critérios de exclusão

Compôs critério de exclusão deste estudo: encontrar-se impossibilitada de ser atendida pela equipe de pesquisadores por qualquer motivo (atendimento externo, cumprimento de processo administrativo disciplinar, dentre outros) e não possuir domínio da língua portuguesa.

3.3 Coleta de dados

A equipe de coleta foi formada por um supervisor, um profissional especialista na realização de aconselhamento e testes rápidos, um profissional para realização de exame físico e entrevistadores. Houve deslocamento de membro da equipe central da pesquisa para cada cidade participante durante o período de coleta de dados.

Devido a procedimentos de segurança e operacionais próprios das instituições prisionais, um grupo pequeno de mulheres sorteadas, de número variável de acordo com a unidade, se encaminhava ao local de coleta de dados. Após a apresentação do projeto, aquelas que aceitavam participar do estudo eram incluídas na pesquisa pelo supervisor, assinando neste momento o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A partir de então era realizada a coleta de dados, sendo composta por 2 momentos: (1) aplicação de questionário ampliado elaborado pelos pesquisadores, incluindo o SRQ-20; e (2) realização de exames sorológicos (testes rápidos).

3.3.1 Questionário

O estudo foi planejado visando a utilização de questionário auto aplicado a partir do software *Audio Computer-Assisted Self-Interviewing* (ACASI). A opção pelo ACASI decorreu de sua aplicabilidade em pesquisas nas quais existe a necessidade de se abordar informações sensíveis, de cunho pessoal, ou mesmo relacionadas a comportamentos de risco para a saúde (SIMÕES; BASTOS, 2004). No entanto, devido ao baixo nível de escolaridade de parte das participantes, dificuldades de manuseio e de autorização, por motivo de segurança, do uso de aparelhos eletrônicos online no interior da unidade prisional, houve elevada recusa na realização do estudo com o aparelho por parte das mulheres. Dessa maneira, houve a aplicação do questionário por parte dos entrevistadores, no qual foram abordadas variáveis relacionadas à perfil sociodemográfico, informações prisionais e morbidade.

Nesse contexto, salienta-se que o SRQ-20, enquanto componente do questionário ampliado, é em si mesmo instrumento autoaplicável, contendo escala dicotômica (sim/não) para cada uma das 20 questões, no caso da versão de 20 itens utilizada no estudo (SANTOS *et al.*, 2010; MARI; WILLIAMS, 1986).

3.3.2 Exames sorológicos

Compôs o processo de coleta de dados a realização de exames sorológicos objetivando identificar casos de HIV, sífilis, Hepatite B e hepatite C, por meio da realização de testes rápidos. A realização dos testes seguiu protocolo padronizado pelo Ministério da Saúde, sendo precedido por momento de diálogo junto a profissional capacitado (pré- testagem) e sucedido por esclarecimentos quanto ao significado dos resultados obtidos (pós- testagem) (BRASIL, 2011).

3.4 Variáveis

A variável dependente deste recorte foi a presença de Transtorno Mental Comum, definido através do uso do questionário *Self Report Questionnaire 20* (SRQ-20). O SRQ-20 é a versão de 20 itens do *Self Report Questionnaire* (SRQ) para rastreamento de TMC. As respostas são do tipo sim/não. Cada resposta afirmativa pontua com o valor 1 para compor o escore final por meio do somatório destes valores. Os escores obtidos estão relacionados com a probabilidade da presença de TMC, variando de 0 (nenhuma probabilidade) a 20 (extrema probabilidade).

O SRQ-20, desenvolvido pela OMS, foi adaptado e validado para a população brasileira por Mari e Williams (1985). Cabe lembrar, o SRQ-20 é um instrumento de triagem e destina-se à detecção de sintomas, sendo útil para a mensuração de nível de suspeição (presença / ausência) de transtorno mental, não constituindo instrumento diagnóstico (GUIRADO, 2016; SANTOS *et al.*, 2010). Assim, utilizando-se de valores usualmente adotados em outros estudos, foi considerado caso de TMC a respondente com escore ≥ 7 no SRQ-20 (GONÇALVES; STEIN; KAPCZINSKI, 2008; GUIRADO, 2016; SANTOS *et al.*, 2010).

As variáveis independentes abordadas neste estudo são apresentadas em 5 categorias, sendo elas:

- **(1) Fatores socioeconômicos e demográficos:** 1.1) Faixa Etária (≤ 25 , 26 a 44, 45 a 59, ≥ 60); 1.2) cor/raça (Negra, Parda, Branca e outras); 1.3) escolaridade (Analfabeto a 3º série do ensino fundamentas, 4º a 7º do ensino fundamental, ensino fundamental completo ao 2º do ensino médio e ensino médio completo ao superior/pós-graduação); 1.4) situação conjugal (solteira e sem parceiro (a) fixo (a), com parceiro (a) fixo (a) e casada ou união estável); 1.5) religião (nenhuma, cristã e espírita);); 1.6) trabalhar antes de ser presa; 1.7) ser a principal fonte de renda familiar antes de ser presa; 1.8) ter sido moradora de rua; 1.9) Já ter ficado grávida; 1.10); gravidez na adolescência (considerou-se mulheres que relataram gravidez antes dos 18 anos completos); 1.11) Já ter sofrido abortamento ou aborto (espontâneo ou provocado);
- **(2) Condições de saúde:** 2.1) ter pressão alta (pressão arterial sistólica ≥ 140 mmHg e/ou referir uso de medicação para controle pressórico) (SBC, 2010); 2.2) ter crise de Asma ou Bronquite Asmática (autorrelato); 2.3) ter ou ter tido IST (resultado positivo no teste rápido e relatar fazer uso de terapia antirretroviral, no caso do HIV); 2.4) percepção de saúde pessoal (bom, regular e ruim);
- **(3) Uso de álcool e outras drogas:** 3.1) consumo de risco de álcool (através do *Alcohol Use Disorders Identification Test - AUDIT*, utilizado para a identificação dos diferentes padrões de consumo de álcool. Neste estudo considerou-se o consumo de risco de álcool os escores > 7); 3.2) uso de droga ilícita atualmente; 3.3) uso de medicamento calmante na vida; 3.4) uso de medicamento calmante atualmente;
- **(4) Fatores prisionais:** 4.1) número de vezes que foi presa ($1 \leq 2$); 4.2) tempo na prisão atual (≤ 6 meses e ≥ 7 meses); 4.3) receber visita na prisão; 4.4) prática de atividade física insuficiente na prisão (tempo de atividade física semanal foi < 150 minutos e/ou tempo de assistir televisão foi ≥ 3 horas/dia) (MONTEIRO et al., 2007); 4.5) hábito alimentar não saudável (Quando os hábitos alimentares da entrevistada não incluíam consumo regular de feijão e/ou verdura e/ou frutas) (MONTEIRO et al., 2007); 4.6); trabalhar atualmente na prisão; 4.7) estudar atualmente na prisão e 4.8) número de mulheres na cela (≤ 5 e ≥ 6); 4.9) já ter sido colocada em isolamento;

- **(5) Violência:** 5.1) sofrer violência antes da prisão (moral, psicológica, sexual ou física); 5.2) sofrer ou presenciar violência na prisão; 5.3) problema físico (problemas no corpo) e/ou psicológico em decorrência de violência sofrida.

3.5 Análise Estatística

A análise foi realizada através do módulo de análise complexa do STATA 15.0 a fim de ajustar para a proposta de delineamento da amostragem. Dessa forma, os dados foram ajustados para um peso calculado como o inverso do produto das probabilidades das unidades de amostragem em cada uma das etapas do delineamento da mesma. O banco de dados foi inicialmente elaborado no Excel® e posteriormente importado para o software STATA® 15.0 para realização da análise estatística.

Parte-se da hipótese de que diversos fatores aumentam a probabilidade da MPL sofrer TMC. Através de análise bivariada (qui-quadrado de Pearson e exato de Fisher) foram selecionadas as variáveis independentes que apresentaram associação com a variável dependente (TMC), sendo consideradas para compor a análise multivariada aquelas variáveis com $p < 0,20$. Também foram consideradas as variáveis apontadas como relevantes em estudos prévios. A associação foi estimada através de cálculo de *Odds Ratio* (OR) e respectivo intervalo de confiança. A análise multivariada foi realizada através de regressão logística. Variáveis que resultaram em uma associação com $p \leq 0,05$ permaneceram no modelo final.

3.6 Aspectos Éticos

A pesquisa seguiu as recomendações contidas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e Ministério da Saúde, que trata de pesquisas com seres humanos. A execução do projeto foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (UFC), sob parecer substanciado 188.211/2013. A pesquisa esteve financiada em suas atividades pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), sob a concessão N° 09471512.6.0000.5054; e Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), sob concessão N° 71/2013. Ademais, todos os participantes da pesquisa preencheram e assinaram o respectivo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido após informados sobre os objetivos, métodos e benefícios do estudo.

De maneira complementar, os pesquisadores responsáveis pela condução da pesquisa assinaram Termo de Confidencialidade, bem como os demais sujeitos que estiveram envolvidos na condução do estudo. Por fim, estratégias foram utilizadas para garantir o sigilo na entrega de diagnósticos realizados durante o desenvolvimento da pesquisa, em especial no caso de resultados positivos, garantindo-se o aconselhamento, tratamento e acompanhamento das participantes que viessem a apresentar agravo de saúde.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussão desta dissertação foram expressos no artigo que se segue.

4.1 Artigo: Prevalência de Transtornos Mentais Comuns e fatores associados em Mulheres Privadas de Liberdade no Brasil

PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS E FATORES ASSOCIADOS EM MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE NO BRASIL

Resumo

Diversos países consolidaram paulatinamente um estado penal que contribui para a escalada do encarceramento. No caso brasileiro, destaca-se o crescimento do número de mulheres privadas de liberdade, com elevação de 442%, entre os anos de 2000 e 2016. Observa-se que a carga de doenças e outros eventos adversos à saúde é maior entre estas em relação aos homens presos e mulheres da população geral. Este estudo objetivou caracterizar a prevalência de Transtornos Mentais Comuns (TMC) entre mulheres brasileiras privadas de liberdade e seus fatores associados. Trata-se de estudo transversal, constituindo-se um recorte da pesquisa “Inquérito Nacional de Saúde na População Penitenciária Feminina e de Servidoras Prisionais”. O processo de amostragem foi realizado em 5 etapas: levantamento de unidades prisionais femininas no Brasil; estratificação dos presídios; escolha aleatória de um presídio em cada estrato; cálculo do tamanho amostral considerando a prevalência de Infecção Sexualmente Transmissível; e seleção aleatória de mulheres em cada penitenciária. A amostra final coletada foi de 1.327 mulheres. Foi considerado caso de TMC a respondente com escore ≥ 7 no *Self Report Questionnaire-20* (SRQ-20). As variáveis independentes compõem 5 categorias: socioeconômicas e demográficas; condições de saúde; uso de álcool e outras drogas; fatores prisionais e violência. A prevalência de TMC foi de 64,3% (IC 95%: 61,5 – 66,9). Os fatores associados com maior prevalência foram: menor escolaridade (ensino fundamental completo/incompleto: OR = 1,78; IC 95%: 1,14 – 2,76), trabalhar antes da prisão (OR = 1,62; IC 95%: 1,07 – 2,44), ter tido gravidez na adolescência (OR = 1,56; IC 95%: 1,09 – 2,22); já ter sido moradora de rua (OR = 1,72; IC 95%: 1,00 – 2,94); ter pressão alta (OR = 1,90; IC 95%: 1,23 – 2,94), ter crise de asma ou bronquite crônica (OR = 1,87; IC 95%: 1,16 – 2,99), ter ou ter tido IST (OR = 1,41; IC 95%: 1,01 – 1,98); ter percepção ruim sobre sua saúde (OR = 3,21; IC 95%: 2,56 – 4,29); ter feito uso de calmante na vida (OR = 1,90; IC 95%: 1,23 – 2,94); realizar atividade física insuficiente na prisão (OR = 2,04; IC 95%: 1,22 – 3,42); ter sido colocada no isolamento (OR = 1,82; IC 95% 1,21 – 2,75). Por fim, enquanto fatores ligados a violência, ter sofrido ou presenciado violência na prisão (OR = 1,87; IC 95% 1,30 – 2,69). Conclui-se a partir dos resultados obtidos que a elevada prevalência de TMC entre mulheres privadas de liberdade no Brasil corrobora a existência de múltiplos fatores de risco sobrepostos, urgindo a consideração dos mesmos na formulação de políticas e estratégias humanizadas de cuidado para esta população marginalizada, mesmo antes da prisão.

Palavras-Chave: Saúde Mental; Transtornos mentais comuns; Mulheres; Prisões; Brasil.

Introdução

O sistema penal é concebido como instrumento de disciplina, que visa moldar os corpos dos indivíduos rumo a um processo de controle e sujeição, objetivo para o qual não atua sozinho. Instituições como a família, a escola, os hospitais, apontados pela ótica do iluminismo como instituições de assistência e proteção aos cidadãos, na verdade, atuam enquanto mecanismos de controle e punição^{1,2}.

A partir disso, em contexto contemporâneo, Mbembe³ (2017) insere o conceito de necropolítica, caracterizando-o como o poder de ditar quem pode viver e quem deve morrer, ou seja, utilizando como ponto de partida o biopoder, temos que a morte se torna “aceitável” em determinados contextos, sob a encarnação de determinados indivíduos enquanto inimigos. Desse modo, no contexto brasileiro, o poder necropolítico se faz visível no sistema prisional, na população em situação de rua, nos apartheids urbanos nas grandes e pequenas cidades brasileiras, no genocídio da população negra, na eclosão dos grupos de justiceiros, nos hospitais psiquiátricos, nas filas das defensorias públicas, nas urgências e emergências hospitalares, dentre tantos outros territórios⁴.

Sobre as Instituições Prisionais, cabe salientar o processo de encarceramento em massa produzido, sendo a experiência brasileira destacado exemplar. Partindo do exposto, urge reflexão acerca da imposição do sistema prisional à realidade de cada vez mais cidadãos brasileiros, com especial ênfase para o caso das mulheres, na medida em que o número de Mulheres Privadas de Liberdade (MPL) no Brasil cresceu 442% entre os anos de 2000 e 2016, saltando de 10.112 para 44.700, em sua maioria advindas de contexto de vulnerabilidade social. Tal número encontra-se acima do crescimento percentual de 321% da População masculina Privada de Liberdade brasileira, entre os anos de 2000 e 2019⁵⁻⁷.

O aumento significativo do número de mulheres que cumprem pena privativa de liberdade sinaliza a crescente presença de mulheres em ações criminosas. Ao mesmo tempo, o olhar sobre a realidade dos cárceres femininos confirma o quanto o sistema penitenciário está despreparado para lidar com as especificidades de gênero. Políticas criminais alheias a questões femininas desembocam em tratamento uniforme para mulheres e homens, o que tende a prejudicar severamente a função reintegradora da pena privativa de liberdade, de modo que a pena passa a ser mero sinônimo de castigo⁸.

A partir do contexto em questão, sabe-se que a carga de doenças e outros eventos adversos a saúde é maior entre mulheres apenadas, tanto em relação aos homens presos⁹⁻¹¹ como em relação às mulheres da população geral¹²⁻¹⁴. Ainda assim, poucos estudos têm sido conduzidos junto às Mulheres Privadas de Liberdade acerca de sua saúde, particularmente no

que se refere a algumas dimensões específicas, como é o caso de estudos relacionados a sua saúde mental.

A categoria Transtornos Mentais Comuns (TMC), demarcação formulada por Goldberg e Huxley¹⁵, constitui categoria nosológica que inclui sintomas depressivos não-psicóticos, ansiedade e queixas somáticas que causam prejuízo nas atividades diárias de seus portadores. Quanto à associação desta categoria às MPL, sabe-se da maior prevalência de situações de adoecimento psíquico do público feminino privado de liberdade, possivelmente associado a fatores de sua vida pregressa, somados ao cenário estressor do cárcere e uma dupla penalização, perante a justiça penal e sociedade, esta última reservando a tal mulher o exclusivo espaço social de cuidadora, transposto quando da incursão penal¹⁶.

O estudo em questão parte da hipótese de que fatores caracterizadores de vulnerabilidade agem de modo a aumentar as chances de desenvolvimento de Transtornos Mentais Comuns em Mulheres Privadas de Liberdade. Destarte, sabe-se da ainda relevante incompreensão quanto à saúde no sistema penitenciário, indicando que questões relativas a este tema precisam ser revistas e redirecionadas a partir de abordagem que favoreça reflexão crítica e implicada com o direito à saúde. Estudos como este podem constituir linha de base para a formulação e implantação de políticas públicas voltadas ao público feminino privado de liberdade, bem como para novos estudos sobre a temática. Diante do exposto, objetivou-se caracterizar a prevalência de Transtornos Mentais Comuns entre mulheres brasileiras privadas de liberdade e seus fatores associados.

Método

Tipo de estudo

Trata-se de estudo transversal de abrangência nacional, realizado junto às Mulheres Privadas de Liberdade do Brasil. Constitui-se a partir de recorte da pesquisa intitulada “Inquérito Nacional de Saúde na População Penitenciária Feminina e de Servidoras Prisionais”, realizada em 15 prisões localizadas em 8 estados brasileiros e Distrito Federal, entre os anos de 2014 e 2015, aprovada em edital promovido pelo Departamento de Ações Estratégicas Programáticas (DAPES), da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), Ministério da Saúde.

Processo amostral

Salienta-se a complexidade do processo de amostragem no ambiente prisional brasileiro, em muito caracterizado por particularidades regionais e entre unidades prisionais de uma mesma região, o que é acrescido pelo desenho de diferentes tipos, locais e disponibilidade de serviços, descaracterizando o desenho de um sistema prisional uniforme. Dessa forma, o processo de amostragem no contexto desta pesquisa foi realizado em 5 etapas, a saber:

Etapa 1: levantamento das unidades prisionais femininas por região, com base nos dados do Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN). Posteriormente, houve a seleção intencional dos estados (2 por região) baseados em sua relevância e tamanho da PPL, na diversidade das penitenciárias existentes e na representatividade de todas as regiões do país;

Etapa 2: estratificação dos presídios por estado, localização e número de presas. Dentre os estados selecionados, considerou-se a localização de cada unidade prisional (capital/região metropolitana e interior) e o número de MPL residentes (75 a 150, 151 a 500 e > 500 mulheres). Ao fim desta etapa foram identificados 24 estratos;

Etapa 3: escolha aleatória de um presídio em cada estrato, ou seja, para os estratos que possuíam mais de uma penitenciária, as mesmas foram escolhidas aleatoriamente e a amostra final foi composta por 24 unidades prisionais, com a amostra proporcionalmente dividida em cada presídio selecionado.

Etapa 4: cálculo do tamanho amostral considerando a prevalência de infecção sexualmente transmissível (IST), estimada em 30%, nível de significância igual a 95% e poder de teste de 90%. A Prevalência de IST foi utilizada no cálculo amostral por se tratar da maior prevalência dentre os desfechos estudados até então. O tamanho mínimo da amostra foi estimado em 2.516 residentes, imputando acréscimo de 10%, a amostra final prevista foi de 2.768 mulheres. No entanto, em decorrência de limitações orçamentárias e da falta de cooperação e autorização de alguns estados, somente 15 unidades prisionais foram efetivamente trabalhadas. A amostra final coletada foi de 1.327 mulheres (Tabela 1). Conseqüentemente, o poder dos testes decresceu para 67%.

Tabela 1 - População e amostra final das 24 penitenciárias selecionadas

Estado	Município	Estrato	Nº de Reclusas	Amostra Prevista	Amostra Coletada
Pará	Marabá	1	78	21	23
	Ananindeua	2	608	157	157
Rondônia	Porto Velho	3	148	39	40
Ceará	Aquiraz	4	633	164	165
Pernambuco	Recife	5	1.027	266	-
	Buíque	6 ¹	376	98	-
Distrito Federal	Brasília	7	555	226	146
Mato Grosso	Cuiabá	8	875	144	41
Minas Gerais	Belo Horizonte	9	105	28	-
	Belo Horizonte	10	325	84	95
	Ribeirão das Neves	11	128	34	42
São Paulo	São Joaquim de Bicas	12 ¹	235	61	71
	São Paulo	13 ¹	158	41	-
	São Paulo	14 ¹	2.463	636	-
	São José dos Campos	15 ¹	115	30	-
	Piracicaba	16 ¹	222	58	-
	Campinas	17	1.054	273	197
	Rio Claro	18 ¹	108	28	-
Rio Grande do Sul	Ribeirão Preto	19	258	67	109
	Montenegro	20 ¹	97	26	-
	Porto Alegre	21	492	128	71
Paraná	Caxias do Sul	22	75	20	30
	Curitiba	23	140	37	38
	Piraquara	24	393	102	102
Total	-	-	10.668	2.768	1327

Etapa 5: seleção aleatória de mulheres em cada penitenciária, utilizando-se lista nominal fornecida pela coordenação da instituição.

Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídas no estudo mulheres cumprindo pena em regime fechado ou semiaberto em unidade prisional com serviço de saúde e com número de MPL ≥ 75 . Foram excluídas as mulheres que se encontravam impossibilitadas de serem atendidas pela equipe de pesquisadores por qualquer motivo (atendimento externo, cumprimento de processo administrativo disciplinar, dentre outros) ou não possuíam domínio da língua portuguesa.

Coleta de dados

A equipe de coleta foi formada por um supervisor, um profissional especialista na realização de aconselhamento e testes rápidos, um profissional para realização de exame físico e entrevistadores. Houve deslocamento de membro da equipe central da pesquisa para

cada cidade participante durante o período de coleta de dados.

Devido a procedimentos de segurança e operacionais próprios das instituições prisionais, um grupo pequeno de mulheres sorteadas, de número variável de acordo com a unidade, se encaminhava ao local de coleta de dados. Após a apresentação do projeto, aquelas que aceitavam participar do estudo eram incluídas na pesquisa pelo supervisor, assinando neste momento o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A partir de então era realizada a coleta de dados, sendo composta por 3 momentos: (1) aplicação de questionário ampliado elaborado pelos pesquisadores, incluindo o SRQ-20; (2) exame físico; e (3) realização de exames sorológicos (testes rápidos).

Variáveis

A variável dependente deste estudo foi a presença de Transtorno Mental Comum, definido através do uso do questionário *Self Report Questionnaire 20* (SRQ-20). O SRQ-20 é a versão de 20 itens do *Self Report Questionnaire* (SRQ) para rastreamento de TMC, sendo validado no Brasil em meados da década de 80^{17,18}. As respostas são do tipo sim/não. Cada resposta afirmativa pontua com o valor 1 para compor o escore final por meio do somatório destes valores. Os escores obtidos estão relacionados com a probabilidade da presença de TMC, variando de 0 (nenhuma probabilidade) a 20 (extrema probabilidade). Assim, utilizando-se de valores usualmente adotados em outros estudos e orientações estabelecidas por parte da OMS para uso junto ao público feminino, foi considerado caso de TMC a respondente com escore ≥ 7 no SRQ-20¹⁹⁻²². As variáveis independentes abordadas foram caracterizadas em 5 categorias, sendo elas: (1) fatores socioeconômicos e demográficos; (2) condições de saúde; (3) uso de álcool e outras drogas; (4) fatores prisionais; e (5) violência.

Análise estatística

A análise foi realizada através do módulo de análise complexa do STATA 15.0. Dessa forma, os dados foram ajustados para um peso calculado como o inverso do produto das probabilidades das unidades de amostragem em cada uma das etapas do delineamento da amostra. Partiu-se da hipótese de que fatores caracterizadores de vulnerabilidade aumentam a probabilidade da Mulher Privada de Liberdade no sistema prisional sofrer Transtornos Mentais Comuns.

Através de análise bivariada (qui-quadrado de Pearson e exato de Fisher) foram selecionadas as variáveis independentes que apresentaram associação com a variável

dependente Transtorno Mental Comum, aquelas que resultaram em uma associação com $p \leq 0,20$ foram incluídas em modelo de regressão logística para o cálculo de sua associação em contexto multidimensional, sendo consideradas estatisticamente significantes aquelas variáveis com $p < 0,05$. A associação foi estimada através de cálculo de *Odds Ratio* (OR) e respectivo intervalo de confiança.

Aspectos éticos

A pesquisa seguiu as recomendações contidas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e Ministério da Saúde, que trata de pesquisas com seres humanos. A execução do projeto foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Ceará (UFC), sob parecer consubstanciado 188.211/2013. A pesquisa esteve financiada em suas atividades pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), sob a concessão N° 09471512.6.0000.5054; e Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), sob concessão N° 71/2013.

Todos os participantes da pesquisa preencheram e assinaram o respectivo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido após informados sobre os objetivos, métodos e benefícios do estudo. De maneira complementar, os pesquisadores responsáveis pela condução da pesquisa assinaram Termo de Confidencialidade.

Resultados

A maioria das 1327 Mulheres Privadas de Liberdade participantes do estudo (80,2%) apresentavam até 44 anos, 67% autodeclaravam-se negras ou pardas, 67,3% apresentavam o Ensino Médio incompleto como grau máximo de instrução, 54% declaravam-se enquanto solteira e sem parceiro(a) fixo e 91,5% indicavam não possuir plano de saúde (Tabela 2).

Tabela 2 – Características socioeconômico e demográficas das Mulheres Privadas de Liberdade no Brasil.

VARIÁVEIS	n	%
Faixa etária (n = 1410)		
Até 25	327	23,1
26 -- 44	806	57,1
45 -- 59	175	12,4
60 ou mais	102	7,2
Cor/raça (n = 1318)		
Negra	199	15,1
Parda	685	51,9
Branca	383	29
Outras	51	3,8
Escolaridade (n = 1324)		
Analfabeto a 3ª série do E. F.	234	17,6
4ª a 7ª série do ensino fundamental	189	14,2
E.F. completo a 2º ano do E.M.	471	35,5
E.M. completo/Superior	430	32,4
Situação conjugal (n = 1325)		
Solteira e sem parceiro (a) fixo	724	54,6
Possui parceiro (a) fixo (a)	304	22,9
Casada ou união estável	297	22,4
Possui plano de saúde (N = 1319)		
Não	1.207	91,5
Sim	112	8,5

A prevalência de TMC estimada entre as MPL participantes foi de 64,3% (IC 95%: 61,5 – 66,9). Houve associação estatisticamente significativa para as variáveis: escolaridade, em especial para o público com grau de instrução formal analfabeto até a 3ª série do ensino fundamental (OR = 1,71; IC 95%: 1,10 – 2,66), já ter tido alguma gravidez (OR = 1,40; IC 95%: 1,00 – 1,98); e gravidez na adolescência (OR = 1,29; IC 95%: 1,01 – 1,66) (tabela 3).

Para as condições de saúde, houve associação significativa para as variáveis: Ter pressão alta (OR = 1,77; IC 95%: 1,24 – 2,54); ter crise de asma ou bronquite asmática (OR = 2,40; IC 95%: 1,68 – 3,41); ter ou ter tido IST (OR = 2,05; IC 95%: 1,60 – 2,64) e Percepção de saúde, com associação para a percepção “Ruim” (OR = 4,98; IC 95%: 2,81 – 8,82). Para as variáveis relacionadas ao uso de álcool e outras drogas, houve associação estatística para: Consumo de risco de Álcool (dependência) (OR = 1,42; IC 95%: 1,09 – 1,85); Uso de droga ilícita atualmente (OR = 1,62; IC 95%: 1,14 – 2,30); Uso de medicamento calmante na vida

(OR = 2,50; IC 95%: 1,92 – 3,27) e Uso de medicamento calmante atualmente (OR = 2,21; IC 95%: 1,65 – 2,96) (tabela 3).

Quanto aos fatores prisionais, houve associação estatisticamente significativa para as variáveis: tempo na prisão atual, com associação para aqueles com ≤ 6 meses (OR = 1,71; IC 95%: 1,55 – 1,92); Prática de atividade física insuficiente na prisão, com associação para aqueles com pouca atividade (OR = 1,60; IC 95%: 1,16 – 2,22); Trabalhar atualmente na prisão (OR = 1,52; IC 95%: 1,18 – 1,94) e Estudar atualmente na prisão (OR = 1,60; IC 95%: 1,22 – 2,10), ambos com associação para aqueles com resposta positiva (tabela 3).

Para as variáveis relacionadas à violência, todas apresentaram associação estatística para os casos com resposta positiva: Sofreu violência antes da prisão (OR = 2,44; IC 95%: 1,79 – 3,33); sofreu ou presenciou violência na prisão (OR = 2,26; IC 95%: 1,74 – 2,92); ter sido colocada no isolamento na prisão (OR = 1,79; IC 95%: 1,35 – 2,38) e Problema físico e/ou psicológico em decorrência de violência sofrida (OR = 2,36; IC 95%: 1,76 – 3,17) (tabela 3).

Tabela 3 – Fatores associados ao TMC em Mulheres Privadas de Liberdade no Brasil.

VARIÁVEIS	TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS		P	OR	95% IC
	SIM (95% IC)	NÃO (95% IC)			
FATORES SÓCIODEMOGRÁFICOS					
Faixa etária (n = 1327)					
Até 25	67,3 (61,7 – 72,4)	32,7 (27,6 – 38,3)	0,904	1	–
26 -- 44	63,9 (60,3 – 67,4)	36,1 (32,6 – 39,7)		0,861	0,642 – 1,153
45 -- 59	59,0 (50,9 – 66,7)	41,0 (33,3 – 49,1)		0,699	0,463 – 1,057
60 ou mais	76,2 (48,7 – 91,5)	23,8 (8,5 – 51,3)		1,554	0,449 – 5,374
Cor/raça (n = 1318)					
Negra	62,9 (55,4 – 69,9)	37,1 (30,1 – 44,6)	0,533	1	–
Parda	65,1 (61,2 – 68,8)	34,9 (31,2 – 38,8)		1,101	0,769 – 1,574
Branca	62,4 (57,0 – 67,4)	37,6 (32,6 – 43,0)		0,976	0,663 – 1,437
Outras	76,6 (62,7 – 86,4)	23,4 (13,6 – 37,3)		1,928	0,925 – 4,019
Escolaridade (n = 1324)					
Analfabeto a 3ª série do E. F.	69,7 (62,1 – 76,4)	30,3 (23,6 – 37,9)	0,017	1,713	1,102 – 2,665
4ª a 7ª série do ensino fundamental	64,3 (59,5 – 68,9)	35,7 (31,1 – 40,5)		1,341	0,948 – 1,896
E.F. completo a 2º ano do E.M.	66,0 (61,0 – 70,6)	34,0 (29,4 – 39,0)		1,444	1,014 – 2,054
E.M. completo/Superior	57,3 (50,5 – 63,9)	42,7 (36,1 – 49,5)		1	–
Qual a sua situação conjugal? (n = 1325)					
Solteira e sem parceiro (a) fixo	65,1 (61,3 – 68,8)	34,9 (31,2 – 38,7)	0,893	1	–
Possui parceiro (a) fixo (a)	63,5 (57,4 – 69,2)	36,5 (30,8 – 42,6)		0,931	0,686 – 1,262
Casada ou união estável	62,9 (56,8 – 68,6)	37,1 (31,4 – 43,2)		0,906	0,668 – 1,228
Qual a sua Religião? (n = 1307)					
Nenhuma	64,4 (57,0 – 71,1)	35,6 (28,9 – 43,0)	0,737	1	–
Cristã	63,8 (60,7 – 66,9)	36,2 (33,1 – 39,3)		0,977	0,697 – 1,370
Espírita	73,3 (60,9 – 83,3)	26,7 (16,7 – 39,8)		1,523	0,777 – 2,984
Trabalhava antes de ser presa? (n = 1311)					
Não	59,9 (54,1 – 65,5)	40,1 (34,5 – 45,9)	0,061	1	–
Sim	65,4 (62,2 – 68,5)	34,6 (31,5 – 37,8)		1,265	0,956 – 1,675
Era a principal fonte de renda familiar antes de ser presa? (n = 1317)					
Não	62,7 (59,2 – 62,1)	37,3 (33,9 – 40,8)	0,144	1	–
Sim	67,0 (62,3 – 71,4)	33,0 (28,6 – 37,7)		1,210	0,936 – 1,564
Você já foi moradora de rua? (n=1318)					
Não	63,4 (60,3 – 66,3)	36,6 (33,7 – 39,7)	0,166	1	–
Sim	69,5 (61,9 – 76,1)	30,5 (23,9 – 38,1)		1,314	0,915 – 1,887
Você já teve alguma gravidez? (n = 1325)					
Não	57,3 (49,6 – 64,8)	42,7 (35,2 – 50,4)	0,039	1	–
Sim	65,4 (62,4 – 68,3)	34,6 (31,7 – 37,6)		1,409	1,000 – 1,984

Tabela 3 – Fatores associados ao TMC em Mulheres Privadas de Liberdade no Brasil.

VARIÁVEIS	TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS		P	OR	
Gravidez na adolescência (n = 1327)					
Não	61,3 (57,2 – 65,3)	38,7 (34,7 – 42,8)	0,021	1	–
Sim	67,3 (63,4 – 71,0)	32,7 (29,0 – 36,6)		1,299	1,017 – 1,660
Você já teve algum abortamento ou aborto? (n = 1327)					
Não	62,5 (59,0 – 65,9)	37,5 (34,1 – 41,0)	0,055	1	–
Sim	67,7 (62,8 – 72,1)	32,3 (27,9 – 37,2)		1,253	0,965 – 1,628
CONDIÇÕES DE SAÚDE					
Você tem pressão alta? (n = 1251)					
Não	61,1 (57,9 – 64,2)	38,9 (35,8 – 42,1)	<	1	–
Sim	73,6 (66,7 – 79,6)	26,4 (20,4 – 33,3)	0,001	1,778	1,240 – 2,548
Você tem crise de asma ou bronquite asmática? (n = 1310)					
Não	60,3 (57,1 – 63,4)	39,7 (36,6 – 42,9)	<	1	–
Sim	78,5 (72,5 – 83,5)	21,5 (16,5 – 27,5)	0,001	2,401	1,688 – 3,414
Você tem ou teve IST? (n = 1305)					
Não	55,7 (51,5 – 59,7)	44,3 (40,3 – 48,5)	<0,001	1	–
Sim	72,1 (62,8 – 75,6)	27,9 (24,3 – 31,8)		2,058	1,600 – 2,647
Qual a percepção de sua saúde? (n = 1322)					
Bom	54,4 (50,6 – 58,1)	45,6 (41,9 – 49,4)		1	–
Regular	77,2 (72,7 – 81,2)	22,8 (18,8 – 27,3)	<0,001	2,842	2,131 – 3,791
Ruim	85,6 (77,4 – 91,1)	14,4 (8,9 – 22,6)		4,981	2,812 – 8,823
USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS					
Consumo de risco de álcool (dependência)? (n = 1262)					
Não	61,0 (57,4 – 64,5)	39,0 (35,5 – 42,6)	0,032	1	–
Sim	69,1 (64,3 – 73,4)	30,9 (26,6 – 35,7)		1,425	1,094 – 1,855
Atualmente faz uso de droga ilícita? (n = 1322)					
Não	62,4 (59,4 – 65,4)	37,6 (34,6 – 40,6)	0,020	1	–
Sim	73,0 (66,1 – 78,9)	27,0 (21,1 – 33,9)		1,623	1,143 – 2,304
Fez uso de medicamento calmante na vida? (n = 1319)					
Não	55,1 (51,5 – 58,8)	44,9 (41,2 – 48,5)	0,011	1	–
Sim	75,5 (71,3 – 79,3)	24,5 (20,7 – 28,7)		2,508	1,922 – 3,272
Faz uso de medicamento calmante atualmente? (n = 1324)					
Não	58,5 (55,1 – 61,8)	41,5 (38,2 – 44,9)	0,011	1	–

Tabela 3 – Fatores associados ao TMC em Mulheres Privadas de Liberdade no Brasil.

VARIÁVEIS	TRANSTORNOS MENTAIS		P	OR	
	COMUNS				
Sim	75,8 (70,8 – 80,1)	24,2 (19,9 – 29,2)		2,218	1,657 – 2,968
FATORES PRISIONAIS					
Quantas vezes foi presa? (n = 1325)					
1	63,1 (59,3 – 66,7)	36,9 (33,3 – 40,7)	0,215	1	–
≥ 2	65,7 (61,4 – 69,8)	34,3 (30,2 – 38,6)		1,122	0,876 – 1,436
Tempo na prisão atual (n = 1327)					
≤ 6 meses	69,2 (64,5 – 73,5)	30,8 (26,5 – 35,5)	0,036	1,717	1,554 – 1,929
≥ 7 meses	61,7 (58,2 – 65,1)	38,3 (34,9 – 41,8)		1	–
Recebe visita na prisão? (n = 1326)					
Não	66,5 (61,5 – 71,1)	33,5 (28,9 – 38,5)	0,277	1,157	0,888 – 1,507
Sim	63,2 (59,7 – 66,5)	36,8 (33,5 – 40,3)		1	–
Prática de atividade física na prisão? (n = 1312)					
Pouca atividade	66,3 (63,3 – 69,2)	33,7 (30,8 – 36,7)	0,003	1,607	1,161 – 2,222
Muita atividade	55,0 (47,7 – 62,2)	45,0 (37,8 – 52,3)		1	–
Hábito alimentar não saudável (n = 1318)					
Não	64,7 (61,8 – 67,5)	35,3 (32,5 – 38,2)	0,469	1,188	0,743 – 1,899
Sim	60,7 (49,6 – 70,8)	39,3 (29,2 – 50,4)		1	–
Trabalha atualmente na prisão? (n = 1326)					
Não	58,6 (53,9 – 63,1)	41,4 (36,9 – 46,1)	0,004	1	–
Sim	68,2 (64,8 – 71,5)	31,8 (28,5 – 35,2)		1,521	1,186 – 1,949
Estuda atualmente na prisão? (n = 1327)					
Não	61,3 (57,9 – 64,6)	38,7 (35,4 – 42,1)	0,001	1	–
Sim	71,7 (66,8 – 76,2)	28,3 (23,8 – 33,2)		1,602	1,220 – 2,106
Número de mulheres na cela (n = 1324)					
≤ 5	67,9 (62,7 – 72,7)	32,1 (27,3 – 37,3)	0,063	1,260	0,963 – 1,649
≥ 6	62,7 (59,3 – 65,9)	37,3 (34,1 – 40,7)		1	–
Já foi colocada em isolamento na prisão? (n = 1313)					
Não	60,6 (57,1 – 63,9)	39,4 (36,1 – 42,9)	0,001	1	–
Sim	73,4 (68,4 – 77,9)	26,6 (22,1 – 31,6)		1,796	1,353 – 2,386
VIOLÊNCIA					
Sofreu violência antes da prisão? (n = 1318)					

Não	46,5 (39,8 – 53,4)	53,5 (46,6 – 60,2)	<	1	–
Sim	68,0 (65,0 – 70,9)	32,0 (29,1 – 35,0)	0,001	2,448	1,796 – 3,337

Sofreu ou presenciou violência na prisão?
(n = 1325)

Tabela 3 – Fatores associados ao TMC em Mulheres Privadas de Liberdade no Brasil.

VARIÁVEIS	TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS		P	OR	
Não	50,4 (45,3 – 55,6)	49,6 (44,4 – 54,7)	<	1	–
Sim	69,7 (66,4 – 72,8)	30,3 (27,2 – 33,6)	0,001	2,260	1.745 – 2,925
Ficou com algum problema físico (problemas no corpo) e/ou psicológico em decorrência de violência sofrida na prisão? (n = 1308)					
Não	58,3 (54,9 – 61,7)	41,7 (38,3 – 45,1)	<	1	–
Sim	76,8 (72,0 – 81,0)	23,2 (19,0 – 28,0)	0,001	2,369	1,768 – 3,174

A Tabela 4 apresenta as variáveis estatisticamente significantes a partir de análise em modelo de regressão logística multivariada. Nesse contexto, temos enquanto fatores socioeconômico e demográficos caracterizadores de maiores chances de ocorrência de TMC: escolaridade, com ênfase para as categorias Ensino Fundamental completo e Médio incompleto (OR = 1,78; IC 95%: 1,14 – 2,76) e Analfabeto até a 3ª série do Ensino Fundamental (OR = 1,78; IC 95%: 1,01 – 3,12); trabalhar antes de ser presa (OR = 1,62; IC 95%: 1,07 – 2,44); já ter sido moradora de rua (OR = 1,72; IC 95%: 1,00 – 2,94) e gravidez na adolescência (OR = 1,56; IC 95%: 1,09 – 2,22).

Ainda, temos enquanto condições de saúde associadas estatisticamente: Ter pressão alta (OR = 1,90; IC 95%: 1,23 – 2,94); ter crise de asma ou bronquite crônica (OR = 1,87; IC 95%: 1,16 – 2,99); ter ou ter tido IST (OR = 1,41; IC 95%: 1,01 – 1,98) e auto percepção de saúde (OR = 3,21; IC 95%: 2,56 – 4,29), com maior chance para aqueles com percepção “ruim”. Sobre as variáveis relacionadas ao Uso de Álcool e Outras Drogas, temos: Uso de medicamento calmante na vida (OR = 1,94; IC 95%: 1,34 – 2,80).

Para as variáveis relacionadas aos fatores prisionais, temos: Prática de atividade física insuficiente na prisão (OR=2,04; IC 95%: 1,22 – 3,42) e Isolamento na prisão (OR = 1,82; IC 95%: 1,21 – 2,75). Por fim, para fatores relacionados a violência: sofreu ou presenciou violência na prisão (OR = 1,87; IC 95%: 1,30 – 2,69).

Tabela 4 – Variáveis associadas ao TMC em modelo de regressão logística multivariada.

	OR ajustado	IC	p
Fatores Socioeconômico e demográficos			
Escolaridade			
EM completo/ES	1	-	-
Analfabeto/3ª série EF	1.780	1.013 - 3.129	0.045
4ª a 7ª série EF	1.008	0.617 - 1.647	0.972
EF completo/EM incompleto	1.781	1.148 - 2.765	0.010
Trabalhava antes de ser presa	1.620	1.072 - 2.447	0.022
Já foi moradora de rua	1.723	1.008 - 2.945	0.046
Gravidez na adolescência	1.562	1.099 - 2.220	0.013
Condições de saúde			
Ter pressão alta	1.906	1.233 - 2.947	0.004
Ter crise de asma ou bronquite crônica	1.870	1.168 - 2.994	0.009
Ter ou ter tido IST	1.415	1.010 - 1.983	0.043
Autopercepção de sua saúde			
Bom	1	-	-
Regular	2.579	1.883 - 3.532	<0.001
Ruim	3.214	2.564 - 4.298	<0.001
Uso de álcool e outras drogas			
Fez uso de medicamento calmante na vida	1.942	1.344 - 2.806	<0.001
Fatores prisionais			
Atividade física insuficiente na prisão	2.043	1.220 - 3.422	0.007
Já foi colocada no isolamento na prisão	1.827	1.212 - 2.754	0.004
Violência			
Sofreu ou presenciou violência na prisão	1.871	1.301 - 2.691	0.001

Discussão

A prevalência de TMC entre as MPL foi estimada em 64,3% (IC 95%: 61,5 – 66,9), significativamente superior àquela encontrada em pesquisas voltadas à população geral no Brasil, situada na ordem de 24,8% a 43,7%²³⁻²⁶. No entanto, apresentou resultado semelhante ao de outros estudos voltados ao público feminino privado de liberdade, como o caso da prevalência encontrada por Audi et al.²⁷ e Ali et al.²⁸ em instituições prisionais situadas em Campinas (66,7%) e Etiópia (67,6%), respectivamente. Tais achados podem refletir condições de vida pregressa de tais mulheres, a obscura experiência do cárcere vivenciada, mas também fatores impostos com base em delimitações sociais de gênero, como o caso da imposição a

estas de espaço socio-afetivo de cuidadora, deformado quando da incursão penal.

Dessa forma, a associação encontrada entre ocorrência de TMC em MPL e variáveis de demarcada vulnerabilidade neste estudo oferta base para reflexões acerca da forma-prisão em sua conformação histórica e contemporânea voltada ao público feminino. Assim, Espinoza²⁹ afirma, em cenário histórico: “nos homens os valores a serem despertados com a pena era de legalidade e necessidade do trabalho, já as mulheres desviadas precisavam recuperar o seu pudor com a pena imputada”. Tal apontamento indica como o direito penal criminalizava a conduta das mulheres para aquelas que não exerciam o papel definido socialmente, como por exemplo, o adultério, prostituição, e assim, a punição servia como forma de normalização dos corpos femininos para que se enquadrasse novamente nos ditames da ordem patriarcal de gênero³⁰.

Dessa forma, salienta-se que, ainda no contexto contemporâneo, a mulher presa sofre dupla penalização, além do cumprimento da pena cabível, sofre a punição moral por ter violado seu papel social¹⁶. Ademais, o cárcere pode ser encarado enquanto causa relacionada ao agravamento do sofrimento psíquico, mas ainda enquanto resultado de processo de exclusão na caminhada de vida de boa parte das mulheres apenadas, igualmente prejudicial a sua saúde mental.

Ainda, Segundo Cury e Menegaz³⁰, os dados reforçam a certeza de que a mulher reclusa integra as estatísticas da marginalidade e exclusão: a maioria é não branca, tem filhos, apresenta escolaridade incipiente e conduta delitiva, que se caracteriza pela menor gravidade, vinculação com o patrimônio e reduzida participação na distribuição de poder, salvo exceções. Esse quadro sustenta a associação da prisão à desigualdade social, à discriminação e à seletividade do sistema de justiça penal, que acaba punindo os mais vulneráveis, sob categorias de raça, renda e gênero.

Ou seja, ressalta-se que boa parte das mulheres em situação de privação de liberdade não contavam com acesso a condições de vida dignas antes de serem privadas de liberdade, o que torna imprescindível a associação entre o debate acerca das condições concretas vivenciadas pelas mulheres no contexto do cárcere e o enfrentamento do estado penal constituído sob moldes necropolíticos, de modo a frear o processo de encarceramento em massa produzido e suas consequências sobre a saúde destas.

Nesse sentido, apresentam-se os achados do estudo em questão enquanto resultado do entrelaçamento de múltiplos fatores ligados ao andar a vida de tais mulheres.

Fatores socioeconômicos e demográficos

Enquanto características socioeconômicos e demográficos, esteve associada a maior chance de TMC em Mulheres Privadas de Liberdade a variável Escolaridade, com relação estatisticamente significativa para as MPL com grau de ensino Analfabetas até a 3º série do ensino fundamental (OR = 1,78; IC 95%: 1,01 – 3,12) e com ensino fundamental completo e médio incompleto (OR = 1,78; IC 95%: 1,14 – 2,76). Sabe-se, com relação ao grau de escolaridade, que 97% das MPL no Brasil encontram-se com o ensino médio completo enquanto grau de instrução máximo, o que demonstra uma vez mais a caminhada pregressa em muito caracterizada por vulnerabilidades sociais e ausência de acesso a direitos básicos, como o caso da educação⁶.

Dessa forma, quando observado o perfil das mulheres privadas de liberdade, a infância deste grupo é marcada por algum tipo de negação de direitos, muitas crescem sem perspectiva de mudança da realidade vivida, por falta de incentivos e oportunidades, não progredindo em relação à formação educacional³¹. Tal fator materializa-se nos achados de Ormeno e Stelko-Pereira³², quando afirmam que o nível de escolarização das mulheres encarceradas abordadas em seu estudo é bastante inferior ao grau de escolarização dos brasileiros em geral. Enquanto 56.2% dos brasileiros com mais de 25 anos estudaram no máximo até oito anos, 75% das participantes do estudo citado não tinham estudado por oito anos.

Complementarmente, obtiveram maiores chances de desenvolverem TMC aquelas MPL que responderam positivamente a variável já ter sido moradora de rua e gravidez na adolescência, variáveis tipicamente demarcadoras de vulnerabilidade social, o que impõe possível reflexão acerca da ausência de acesso aos direitos relacionados a moradia, educação sexual e planejamento familiar.

Ainda, tem-se que aquelas mulheres que trabalhavam antes do cárcere apresentam maior chance de desenvolvimento de TMC (OR = 1,62; IC 95% 1,07 – 2,44). Sobre tal achado, segundo estudo desenvolvido por parte da Pastoral Carcerária³³, as mulheres levam consigo ao interior do sistema prisional, em muitos casos, a preocupação voltada a situação social e econômica de seus familiares, na medida em que, para os homens encarcerados, 88,6% dos filhos passa a estar com a mãe, a mulher presa não apenas fica longe dos filhos, mas, também, preocupa-se com sua situação econômica. Somente 16,3% dos filhos ficam com o pai. A mulher presa apresenta grande preocupação em relação aos parentes, vizinhas ou instituições que estão criando seus filhos³³.

Tais resultados, corroboram Cury e Menegaz³⁰, sustentam e reafirmam a associação

da prisão à desigualdade social, à discriminação e à seletividade do sistema de justiça penal, que acaba punindo os mais vulneráveis, sob categorias de raça, renda e gênero.

Condições de saúde

Enquanto variáveis relacionadas a condições de saúde associadas a maiores chances de TMC, tivemos: ter pressão alta (OR = 1,90; IC 95%: 1,23 – 2,94), ter crise de asma ou bronquite crônica (OR = 1,87; IC 95%: 1,16 – 2,99) e ter ou ter tido IST (OR = 1,41; IC 95%: 1,01 – 1,98). Tal achado possivelmente encontra relação com o obtido por Senicato, Azevedo e Barros³⁴, na medida em que relacionam piores condições de saúde e a ocorrência de TMC na população geral, bem como ao obtido por Audi et al.²⁷, relacionando hipertensão e TMC em MPL.

De modo complementar, obteve-se que aquelas MPL com autopercepção de saúde Regular (OR = 2,57; IC 95%: 1,88 – 3,53) e Ruim (OR = 3,21; IC 95%: 2,56 – 4,29) apresentaram maiores chances de TMC, o que reafirma sua relação com piores condições de saúde e, ainda, no caso deste estudo, impõe questionamento acerca de sua origem enquanto fator contribuinte ao desenvolvimento de TMC ou mesmo consequência instalada de sua ocorrência, na medida em que cursa com ansiedade e queixas somáticas que causam prejuízo nas atividades diárias de seus portadores¹⁵.

Não houve associação estatística para a variável situação conjugal, possivelmente pela ocorrência do fenômeno de homogeneização ocasionada pelo abandono, ou seja, pelo estabelecimento de relações homoafetivas, experimentado com maior intensidade pelo público feminino privado de liberdade em decorrência do abandono vivenciado por parte de seus parceiros³⁵. Ainda, aponta-se que as relações amorosas surgem como maneira não só de suprir as necessidades sexuais e emocionais, mas também como forma de enfrentamento ao cárcere. Na ausência de contatos externos e na possibilidade de expressar livremente sua sexualidade, sem julgamentos, a maioria das mulheres se envolve em relações amorosas com colegas de cela³⁶.

Uso de álcool e outras drogas

Enquanto variável relacionada ao uso de álcool e outras drogas, obteve-se relação de maior chance de desenvolvimento de TMC com o uso de calmante na vida (OR = 1,90; IC 95%: 1,23 – 2,94), o que reafirma os achados de estudos que relacionam o uso de calmantes e o TMC, seja na população geral, mulheres ou MPL^{27,37-39}. No que se refere a prevalência

deste uso no ambiente do sistema prisional, segundo estudo de Figueiró et al.⁴⁰, 18,4% das presas faziam uso de medicação psicotrópica e 58,8% destas passaram a fazer uso após a entrada na prisão.

No entanto, por tratar-se de estudo transversal, não se faz possível avaliar se o uso de calmante nas mulheres deste estudo ocorre enquanto fator causador da maior chance de desenvolvimento do TMC ou mesmo como uma de suas consequências, ainda que se saiba da maior prevalência do uso de tais medicamentos na população privada de liberdade⁴¹.

Fatores prisionais

Enquanto fatores prisionais relacionados a maiores chances de ocorrência de TMC, temos as MPL que relatavam realizar atividade física insuficiente na prisão (OR = 2,04; IC 95%: 1,22 – 3,42) e aquelas que indicaram ter sido colocadas no isolamento (OR = 1,82; IC 95%: 1,21 – 2,75). Tal achado reafirma a relação entre inatividade física e ocorrência de TMC visualizada em outros estudos, seja direcionado ao público de MPL ou população geral^{27,42-44}.

Sobre o isolamento na prisão, cabe salientar que em muitos casos este é utilizado como modo de violência institucional, sendo direcionado àquelas mulheres com comportamento desviante do preconizado por parte de agentes do ambiente prisional. Conforme Kruger, Arruda e Mariani⁴⁵, mulheres que cometem algum tipo de infração são levadas para um local específico da penitenciária. Nesse local, além de ficarem sob intenso monitoramento, têm seu direito ao banho de sol e atividade física limitados. Não é incomum serem fisicamente agredidas.

Dessa maneira, além do histórico de exclusões e a difícil realidade vivenciada no cárcere, tais mulheres encontram-se ainda sujeitas ao destempero de agentes reprodutores de violência em seu cotidiano.

Violência

No que tange aos fatores relacionados a violência, temos que aquelas MPL que relataram ter sofrido ou presenciado violência na prisão apresentavam maiores chances de ocorrência de TMC (OR = 1,87; IC 95%: 1,30 – 2,69). Sabe-se da relação positiva entre violência e TMC em diversos públicos e da necessidade de novos estudos sobre tal variável no contexto do ambiente prisional, em decorrência da relevância de sua vivência para aqueles que a sofreram e a lacuna de estudos, sobretudo voltados às MPL^{46,47}.

Ainda no que tange a violência sofrida ou presenciada na prisão, segundo Soares

(2002), esta parece ser apenas mais um elo de uma cadeia de múltiplas violências que conformam a trajetória de parte da população feminina. Dessa forma, a trajetória das presas praticamente se confunde com histórias de violência. São poucas as mulheres que não foram, em algum momento anterior à prisão vitimadas pela violência (física, psicológica ou sexual) dos responsáveis, dos parceiros ou de agentes da lei⁴⁸.

Ainda, apenas 4,7% chegam a prisão sem trazer na bagagem uma experiência prévia de vitimização. O ciclo da violência, que se inicia na família e nas instituições para crianças e adolescentes, perpetua-se no casamento, desdobra-se na ação tradicional das polícias e se completa nas penitenciárias, para recomeçar, provavelmente, na vida das futuras egressas. Na melhor das hipóteses, a prisão não ajuda a alterar o repertório de violência, no qual a maior parte das presas viveu boa parte de suas vidas⁴⁸.

Como visto, aponta-se em muitos momentos para a experiência do encarceramento enquanto ponto de partida para o desenvolvimento de fatores de demarcada vulnerabilidade, no entanto, aprofundadas as discussões reflete-se acerca deste, em muitos casos, como desdobramento comum em cenário de múltiplas lacunas no que se refere a direitos básicos e acesso a políticas públicas, fomentando ciclo necropolítico de aprisionamento e controle de corpos.

Assim, por meio dos resultados obtidos, aponta-se para a relação direta entre fatores caracterizadores de vulnerabilidade social em cenário prévio ao encarceramento, a experiência abstrusa do cárcere feminino no Brasil e o desenvolvimento de Transtornos Mentais Comuns no íterim dos sistema prisional feminino, algo que atrelado a ausência de políticas públicas efetivas visando formatar o ambiente prisional enquanto ferramenta de ressocialização de tais mulheres no pós-cárcere, age de modo a fomentar lógica de reafirmação das múltiplas exclusões, validando a conjugação entre vulnerabilidade, cárcere e, em última instância, morte.

Limitações do estudo

Durante a realização da pesquisa dois fatores limitaram o processo de coleta de dados: o corte no valor previamente financiado para realização da pesquisa, e a falta de cooperação e autorização de alguns estados. A partir disso, houve na região Sudeste a substituição do estado do Espírito Santo pelo estado de Minas Gerais, na região Sul do estado de Santa Catarina pelo estado do Paraná e na região Nordeste, o estado de Pernambuco foi excluído sem reposição. Além disso, houve relevante corte da amostra no estado de São Paulo, detentor da maior população carcerária do país. Consequentemente, houve decréscimo

do poder dos testes para 67%.

Conclusão

Notou-se durante o desenvolvimento do estudo a relação sinérgica entre o perfil de vulnerabilidade social atuante na vida pregressa da maior parte das participantes e a experiência abstrusa de encarceramento característico do público feminino privado de liberdade no Brasil, linhas que ao cruzarem-se agem de modo a potencializar a ocorrência de Transtornos Mentais Comuns.

Nesse contexto, no que se refere a interrupção do ciclo de exclusões vivenciado por tais mulheres desde o início de suas vidas, seja por meio de más condições socioeconômicas, piores condições de saúde, dificuldades no acesso às políticas públicas e constante presença de violências em suas vidas, urge o enfrentamento do estado penal constituído sob moldes necropolíticos, no sentido de propiciar condições de vida que atuem na prevenção do encarceramento feminino, dadas suas reverberações no íterim de numerosas famílias e comunidades.

Ainda, reafirma-se a necessidade de reformulações no âmbito do Sistema Prisional Brasileiro, no sentido de humanizá-lo, tornar palpável o desenho de ambiente voltado à ressocialização daquelas aí inseridas por meio do investimento em ambientes propícios, que enfatizem as especificidades das mulheres para o cumprimento de suas penas e ainda, políticas direcionadas à ressocialização das reclusas.

Por fim, conclui-se a partir dos resultados obtidos que a elevada prevalência de TMC entre mulheres privadas de liberdade no Brasil corrobora a existência de múltiplos fatores de risco sobrepostos, urgindo a consideração dos mesmos na formulação de políticas e estratégias humanizadas de cuidado para esta população marginalizada, mesmo antes da prisão.

Referências

1. Pino JR. Editorial: vigiar e punir – Nascimento da prisão. *Revista Lusófona de Educação*; 46(47): 165-169. 2020.
2. Foucault M. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. 27 ed. Petropolis: Vozes; 1987.
3. Mbembe A. *Necropolítica*. São Paulo: Edições; 2018.
4. Lima F. *Bio-necropolítica: diálogos entre Michel Foucault e Achille Mbembe*. Arquivos

Brasileiros de Psicologia; 70(spe): 20-33. 2017.

5. Walmsley R. World Female Imprisonment List. 4 ed. Londres: ICPR; 2017.

6. Brasil. Conselho Nacional de Justiça. Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias: INFOPEN. Brasília, 2014. Disponível em: <http://depen.gov.br/DEPEN/depen/sisdepen/infopen /infopen03-07-14.pdf>. Acesso em: 8 fev. 2018.

7. Walmsley R. World Prison Population List. 12 ed. Londres: ICPR; 2019.

8. Pimentel E. O lado oculto das prisões femininas: representações dos sentimentos em torno do crime e da pena. *Latitude*; 7(2): 51-68. 2013.

9. Clarke JG; Hebert MR, Rosengard C, Rose JS, Dasilva KM, Stein MD. Reproductive health care and family planning needs among incarcerated women. *American Journal of Public Health*; 96(5): 834-839. 2006.

10. Gunter TD, Philibert R, Hollenbeck N. Medical and psychiatric problems among men and women in a community corrections residential setting. *Behavioral Sciences & the Law*; 27(5): 695-711. 2009.

11. Binswanger IA, Merril JO, Krueger PM, White MC, Booth RE, Elmore JG. Gender differences in chronic medical, psychiatric, and substance-dependence disorders among jail inmates. *American Journal of Public Health*; 100(3): 476-482. 2010.

12. Wilper AP, Woolhandler S, Boyd JW, Lasser KE, McCormick D, Bor DH, Himmelstein DU. The health and health care of US prisoners: results of a nationwide survey. *American Journal of Public Health*; 99(4): 666-672. 2009.

13. Arredondo SB. A cross-sectional study of prisoners in Mexico City comparing prevalence of transmissible infections and chronic diseases with that in the general population. *PloS one*; 10(7): 13-18. 2015.

14. Pinheiro Junior FML. Disparidades em saúde entre mulheres privadas de liberdade e da população geral no Brasil. 2018. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza; 2018.

15. Goldberg D, Huxley P. Common mental disorders: a bio-social model. London: Tavistock; 1992.

16. Machado JR. O “ser mulher” no sistema prisional. 2017. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Direito) – Departamento de Direito, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis; 2017.

17. Organização Mundial da Saúde. Expert Committee on Mental Health: User’s Guide to Self Reporting Questionnaire (SRQ). Geneva; 1994.

18. Mari JJ, Williams P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *Br J Psychiatry*; 148(1):23-6. 1986.

19. Organização Mundial da Saúde. Relatório mundial da saúde-Saúde mental: nova

concepção, nova esperança. Lisboa: Ministério da Saúde; 2002.

20. Gonçalves DM, Stein AT, Kapczinski F. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. *Cad Saude Publica*; 24(2): 380-90. 2008.

21. Guirado GMP, Pereira MN. P. Uso do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) para determinação dos sintomas físicos e psicoemocionais em funcionários de uma indústria metalúrgica do Vale do Paraíba/SP. *Cad. Saúde Colet.*; 24(1): 92-8. 2016.

22. Santos KOB, Araujo TM, Pinho PS, Silva ACC. Avaliação de um instrumento de mensuração de morbidade psíquica: estudo de validação do self-reporting questionnaire (srq-20). *Revista Baiana de Saúde Pública*; 34(3): 544-560. 2010.

23. Anselmi L. Prevalência e determinantes precoces dos transtornos mentais comuns na coorte de nascimentos de 1982, Pelotas, RS. *Rev Saude Publica*; 42(26): 26-33. 2008.

24. Moreira JKP, Bandeira M, Cardoso CS, Scalon JD. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em uma população assistida por equipes do Programa Saúde da Família. *J Bras Psiquiatr*; 60(3): 221-6. 2011.

25. Moreno EAC. Fatores associados ao risco de transtorno mental comum. Recife, 2012. 100p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco; 2012.

26. Maragno L, Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes HMD, César CLG. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*; 22(8): 1639-48. 2006.

27. Audi CAF, Santiago SM, Andrade MGG, Francisco PMSB. Common mental disorder among incarcerated women: a study on prevalence and associated factors. *Ciênc. saúde coletiva*; 23(2): 3587-3596. 2018.

28. Ali S, Stone MA, Peters JL, Davies MJ, & Khunti K. The prevalence of co-morbid depression in adults with Type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Diabetic Medicine*; 23(11), 1165-73. 2006.

29. Espinoza O. A mulher encarcerada em face do poder punitivo. São Paulo: IBCCRIM, 2004.

30. Cury JS, Menegaz ML. Mulher e o cárcere: uma história de violência, invisibilidade, e desigualdade social. *Revista Dimensão Acadêmica*; 5(1): 6-25. 2017.

31. Cardoso FS, Bonfim A. O acesso à educação por mulheres presas: a educação nas prisões em perspectivas de gênero. *Revista Educar Mais*; 6(1): 164-82. 2022.

32. Ormeno GR, Stelko-Pereira AC. Mulheres encarceradas: nível de escolaridade e motivos para terem evadido da escola. *Revista Faz Ciência*; 15(6): 52-63. 2013.

33. Centro pela Justiça e pelo Direito Internacional (CEJIL). Relatório sobre mulheres encarceradas no Brasil. Pastoral Carcerária. Fev. 2007. Disponível em: <https://carceraria.org.br/wp-content/uploads/2013/02/Relato%CC%81rio-para-OEA-sobre->

Mulheres-Encarceradas-no-Brasil-2007.pdf . Acesso em: 1 mai. 2022.

34. Senicato C, Azevedo RCS, Barros MBA. Transtorno mental comum em mulheres adultas: identificando os segmentos mais vulneráveis. *Ciência & Saúde Coletiva*; 23(8): 2543-54. 2018.
35. Silva BG, Mendes DRG. Realidade sexual de mulheres presidiárias. *Rev. Cient. Sena Aires*; 5(2): 178-85. 2016.
36. Leal T, Langaro F. Os impactos da privação de liberdade nas relações amorosas de mulheres apenadas. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Psicologia) – Departamento de Psicologia, Universidade do Sul de Santa Catarina, Tubarão; 2019.
37. Moreira RMM, Oliveira EN, Lopes RE, Lopes MVO, Almeida PC, Aragão HL. Transtorno mental comum em usuários de substâncias psicoativas. *Enfermagem em Foco*; 11(1): 99-105. 2020.
38. Vidal CEL, Yañez BFP, Chaves CVS, Yañez CFP, Michalaros IA, Almeida LAS. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos em mulheres. *Cad. Saúde Colet.*; 21 (4): 457-64. 2013.
39. Lima MCP, Menezes PR, Carandina L, Cesar CLG, Barros MBA, Goldbaum M. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos: impacto das condições socioeconômicas. *Rev. Saúde Pública*; 42(4): 717-23. 2008.
40. Figueiró RA, Dimenstein M, Alves D, Medeiros G. Consumo de Medicação Psicotrópica em uma Prisão Feminina. *Rev. psicol. polít.*; 15(34): 531-46. 2015.
41. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Legislação em saúde no sistema penitenciário*. 1 ed. Brasília, 2012. 172 p.
42. Silva M. *Saúde penitenciária no Brasil: plano e política*. Brasília: Verbena; 2014.
43. Ferreira VR, Jardim TV, Póvoa TIR, Viana RB, Sousa ALL, Jardim PCV. Inatividade física no lazer e na escola está associada à presença de transtornos mentais comuns na adolescência. *Rev. Saúde Pública*; 54(128): 1-10. 2020.
44. Meng X, D'arcy C. The projected effect of increasing physical activity on reducing the prevalence of common mental disorders among Canadian men and women: a national population-based community study. *Preventive medicine*; 56(1): 59-63. 2013.
45. Krüger C, Arruda DO, Mariani MAP. Por dentro do cárcere: Evidências de violência institucional em um presídio feminino na fronteira entre Brasil e Bolívia. *Revista de Estudos de Conflito e Controle Social*; 11(3): 435-52. 2018.
46. Mendonça MFS, Ludermir AB. Violência por parceiro íntimo e incidência de transtorno mental comum. *Revista de Saúde Pública*; 51(10): 1-8. 2017.
47. Moraes PAC, Dalgalarondo P. Mulheres encarceradas em São Paulo: saúde mental e religiosidade. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*; J Bras Psiquiatr; 55(1): 50-56. 2006.
48. Soares BM, Ilgenfritz I. *Prisioneiras: vida e violência atrás das grades*. Rio de Janeiro:

Garamond; 2002.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante o desenvolvimento do estudo, notou-se relação de sinergismo entre fatores de vulnerabilidade vivenciados na caminhada pregressa à prisão por parte das MPL, a experiência marcadamente vulnerabilizante do cárcere no Brasil e o desenvolvimento de Transtornos Mentais Comuns, pontos que ao tocarem-se agem de modo a potencializar o cenário de abandono do público em questão, ao mesmo tempo em que fomenta desfecho de vida orquestrado na caminhada de tais mulheres desde muito cedo.

Nesse contexto, aponta-se aos fatores analisados que apresentaram associação com o desenvolvimento de TMC, estando tão ligados a experiência vivenciada na prisão quanto na vida pregressa de tais mulheres, seja pelas más condições socioeconômicas, piores condições de saúde, dificuldades no acesso às políticas públicas e constante presença de violências em suas vidas, cenário que impõe emergencial enfrentamento do estado penal constituído, no sentido de propiciar condições de vida que atuem na prevenção do encarceramento feminino, dadas suas reverberações no ínterim de numerosas famílias e sociedade.

Ainda, uma vez mais reafirma-se a necessidade de reformulações no âmbito do Sistema Prisional Brasileiro, no sentido de humanizá-lo, tornar palpável o desenho de ambiente voltado à ressocialização daquelas aí inseridas por meio do investimento em ambientes propícios, que enfatizem as especificidades das mulheres para o cumprimento de suas penas e ainda, políticas direcionadas à ressocialização das reclusas.

Por fim, conclui-se a partir dos resultados obtidos que a elevada prevalência de TMC entre mulheres privadas de liberdade no Brasil corrobora a existência de múltiplos fatores de risco sobrepostos, urgindo a consideração dos mesmos na formulação de políticas e estratégias humanizadas de cuidado para esta população marginalizada, mesmo antes da prisão.

REFERENCIAS

- ANDREOLI, S. B. **Estudo da prevalência de transtornos mentais na população prisional do estado de São Paulo**. Brasília: CNPq, 2008.
- ANDREOLI, S. B. Transtorno Mental e Prisão. In: Taborda JGV. **Psiquiatria Forense**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 67-82.
- ALI, S.; STONE, M. A.; PETERS, J. L.; DAVIES, M. J.; KHUNTI, K. The prevalence of comorbid depression in adults with Type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. **Diabetic Medicine**, v. 23, n. 11, p. 1165-73. 2006.
- ANSEMI, L. Prevalência e determinantes precoces dos transtornos mentais comuns na coorte de nascimentos de 1982, Pelotas, RS. **Rev Saude Publica**, São Paulo, v. 42, n. 26, p. 26-33, jan/mar. 2008.
- ARREDONDO, S. B. A cross-sectional study of prisoners in Mexico City comparing prevalence of transmissible infections and chronic diseases with that in the general population. **PloS one**, San Francisco, v. 10, n.7, p. 13-18, out. 2015.
- AUDI, C. A. F.; SANTIAGO, S. M.; ANDRADE, M. G. G.; FRANCISCO, P. M. S. B. Common mental disorder among incarcerated women: a study on prevalence and associated factors. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. p. 3587-3596, ago/set. 2018.
- BALTARD, L. **Architectonographie des prisons**. Paris: Gallica, 1829.
- BARSAGLINI, R. Do Plano à Política de saúde no sistema prisional: diferenciais, avanços, limites e desafios. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 1429-39, jan/mar. 2016.
- BINSWANGER, I. A.; MERRILL, J. O.; KRUEGER, P. M.; WHITE, M. C.; BOOTH, R. E.; ELMORE, J. G. Gender differences in chronic medical, psychiatric, and substance-dependence disorders among jail inmates. **American Journal of Public Health**, Washington, v. 100, n. 3, p. 476-482, out. 2010.
- BINSWANGER, I. A.; REDMOND, N.; STEINER, J. F.; HICKS, L. S. Health disparities and the criminal justice system: an agenda for further research and action. **Journal of Urban Health**, New York, v. 89, n. 1, p. 98-107, jan/mar. 2012.
- BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Banco Nacional de Monitoramento das Prisões**. Brasília, 2019. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2018/01/57412abdb54eba909b3e1819fc4c3ef4.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2020.
- BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias: INFOPEN**. Brasília, 2014. Disponível em: <http://depen.gov.br/DEPEN/depen/sisdepen/infopen /infopen03-07-14.pdf>. Acesso em: 8 fev. 2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias: INFOPEN Mulheres**. 2 ed. Brasília, 2018. Disponível em: http://depen.gov.br/DEPEN/depen/sisdepen/infopenmulheres/infopenmulheres_arte_07-03-18.pdf. Acesso em: 11 fev. 2020.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988, atualizada até a Emenda Constitucional nº 39, de 19 de dezembro de 2002. 31. ed. São Paulo: Saraiva, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. **Portaria Interministerial nº 1 de 2 de janeiro de 2014**. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP). Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil. (03 jan 2014); Seção 1, 18-21.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. **Portaria Interministerial nº 1777 de 9 de setembro de 2003**. Aprova o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil. (11 ago 2003); Seção 1, 39-43.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Legislação em saúde no sistema penitenciário**. 1 ed. Brasília, 2010. 172 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Legislação em saúde no sistema penitenciário**. 2 ed. Brasília, 2012. 168 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. **Guia prático sobre a hanseníase**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 21 mar. 2017. Seção 1, p. 1.

BRASIL. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 12 out. 2011. Seção 6, p. 2.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 7.210, de 11 de Junho de 1984**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 12 fev. 1984. Seção 1, p. 3.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 set. 1990a. Seção 1, p. 16.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 dez. 1990b. Seção 1, p. 8.

BRASIL. **Reorganização e reformulação do sistema prisional feminino**: relatório final. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Diário Oficial [da] República Federativa do

Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 mar. 2008. Seção 3, p. 8.

BRASIL. **Resolução CNPCP nº 01, de 20 de março de 1995**. Regras Mínimas para o Tratamento do Preso no Brasil. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP), Brasília, 2 dez. 1995. Disponível em:

<http://www.crpsp.org.br/interjustica/pdfs/regras-minimas-para-tratamento-dos-presos-no-brasil.pdf> . Acesso em: 4 mar. 2020.

CARDOSO, F. S.; BONFIM, A. O acesso à educação por mulheres presas: a educação nas prisões em perspectivas de gênero. **Revista Educar Mais**, v. 6, n. 1, p. 164-82. 2022.

CARVALHO, N. G. O. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional: Uma análise sobre a evolução normativa. **Cadernos Ibero-americanos de Direito Sanitário**, Brasília, v. 6, n. 4, p. 112-29, out/dez. 2017.

CENTRO PELA JUSTIÇA E PELO DIREITO INTERNACIONAL (CEJIL). **Relatório sobre mulheres encarceradas no Brasil**. Pastoral Carcerária. Fev. 2007. Disponível em: <https://carceraria.org.br/wp-content/uploads/2013/02/Relato%CC%81rio-para-OEA-sobre-Mulheres-Encarceradas-no-Brasil-2007.pdf> . Acesso em: 1 mai. 2022.

CERNEKA, H. A. **Regras de Bangkok: Está na hora de fazê-las valer**. IBCCRIM: São Paulo, 2015.

CLARKE, J. G.; HEBERT, M. R.; ROSENGARD, C.; ROSE, J. S.; DASILVA, K. M.; STEIN, M. D. Reproductive health care and family planning needs among incarcerated women. **American Journal of Public Health**, Washington, v. 96, n. 5, p. 834-839, out. 2006.

COLARES, L. B. C.; CHIES, L. A. B. Mulheres nas so(m)bras: invisibilidade, reciclagem e dominação viril em presídios masculinamente mistos. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 352-64, mai/ago. 2010.

COYLE, A. Standards in prison health: the prisoner as a patient. In: ENGGIST, S.; MOLLER, L. **Prisons and Health**. Genebra: World Health Organization, 2014. p. 112-127.

CURY, J. S.; MENEGAZ, M. L. Mulher e o cárcere: uma história de violência, invisibilidade, e desigualdade social. **Revista Dimensão Acadêmica**, v. 5, n. 1, p. 6-25. 2017.

ESPINOZA, O. **A mulher encarcerada em face do poder punitivo**. São Paulo: IBCCRIM, 2004.

FAVILLI, F.; AMARANTE, P. Direitos humanos e saúde mental nas instituições totais punitivas: um estado da arte itália-brasil sobre a determinação de mecanismos alternativos à prisão decorrentes às situações de doença mental ou enfermidade. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v.10, n.25, p.151-193. 2018.

FAZEL, S.; BAILLARGEON, J. The health of prisoners. **The Lancet**, Londres, v. 377, n. 9769, p. 956-965, mar. 2011.

FERREIRA, V. R.; JARDIM, T. V.; PÓVOA, T. I. R.; VIANA, R. B.; SOUSA, A. L. L.; JARDIM, P. C. V. Inatividade física no lazer e na escola está associada à presença de transtornos mentais comuns na adolescência. **Rev. Saúde Pública**, v. 54, n. 128, p. 1-10. 2020.

FIGUEIRÓ, R. A.; DIMENSTEIN, M.; ALVES, D.; MEDEIROS, G. Consumo de Medicação Psicotrópica em uma Prisão Feminina. **Rev. psicol. polít.**, v. 15, n. 34, p. 531-46. 2015.

FONSECA, L. G. D. D.; RAMOS, L. D. S. **Incarcerated female: the women's prison system of Brazil**. HRB: Brasília, 2008.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. 27 ed. Petropolis: Vozes, 1987.
FURTADO, R. N.; CAMILO, J. A. O. O conceito de biopoder no pensamento de michel foucault. **Revista Subjetividades**, Fortaleza, v. 16, n. 3, p. 34-44, dezembro. 2016.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1974.

GOLDBERG, D.; HUXLEY, P. **Common mental disorders: a bio-social model**. London: Tavistock, 1992.

GONÇALVES, D. M.; STEIN, A. T.; KAPCZINSKI, F. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. **Cad Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 380-90, fev. 2008.

GUIRADO, G. M. P.; PEREIRA, M. N. P. Uso do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) para determinação dos sintomas físicos e psicoemocionais em funcionários de uma indústria metalúrgica do Vale do Paraíba/SP. **Cad. Saúde Colet.**, v. 24, n. 1, p. 92-8, Jan. 2016.

GUNTER, T. D.; PHILIBERT, R.; HOLLENBECK, N. Medical and psychiatric problems among men and women in a community corrections residential setting. **Behavioral Sciences & the Law**, v. 27, n. 5, p. 695-711, jan/mar. 2009.

GUIMARÃES, A. P.; NUNES, N. R. A. Criminalização da pobreza, encarceramento e direitos humanos: uma história (re)velada. **Semioses: Inovação, Desenvolvimento e Sustentabilidade**, Rio de Janeiro, v.12., n. 3, jul./set. 2018.

HELPEES, S. S. Mulheres na prisão: Uma reflexão sobre a relação do Estado brasileiro com a criminalidade feminina. **Revista Cadernos de Estudos Sociais e Políticos**, v.2, n.3, p. 160-85, jan/jul. 2013.

KRÜGER, C.; ARRUDA, D. O.; MARIANI, M. A. P. Por dentro do cárcere: Evidências de violência institucional em um presídio feminino na fronteira entre Brasil e Bolívia. **Revista de Estudos de Conflito e Controle Social**, v. 11, n. 3, p. 435-52. 2018.

LEAL, T.; LANGARO, F. Os impactos da privação de liberdade nas relações amorosas de mulheres apenadas. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Psicologia) – Departamento de Psicologia, Universidade do Sul de Santa Catarina, Tubarão; 2019.

LIMA, F. Bio-necropolítica: diálogos entre Michel Foucault e Achille Mbembe. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 70, n. spe, p. 20-33. 2017.

LIMA, M. C. P.; MENEZES, P. R.; CARANDINA, L.; CESAR, C. L. G.; BARROS, M. B. A.; GOLDBAUM, M. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos: impacto das condições socioeconômicas. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, n. 4, p. 717-23. 2008.

LUDERMIR, A. B. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. **Rev Saude Publica**, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 213-21, abr/jun. 2002.

MACHADO, J. R. O “ser mulher” no sistema prisional. 2017. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Direito) – Departamento de Direito, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis; 2017.

MAISONNAVE, F. Arranca a cabeça e deixa pendurada, gritam PMs diante de Governador do PA. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 2 de ago. de 2019. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2019/08/arranca-a-cabeca-e-deixa-pendurada-gritam-pms-diante-de-governador-do-pa.shtml>. Acesso em: 2 de fev. de 2020.

MARAGNO, L.; GOLDBAUM, M.; GIANINI, R. J.; NOVAES, H. M. D.; CÉSAR, C. L. G. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 22, n. 8, p. 1639-48. 2006.

MARI, J. J.; WILLIAMS, P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. **The British Journal of Psychiatry**, v. 148, n. 1, p. 23-6, Jan. 1986.

MBEMBE, A. **Necropolítica**. São Paulo: Edições, 2018.

MENDONÇA, M. F. S.; LUDERMIR, A. B. Violência por parceiro íntimo e incidência de transtorno mental comum. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. 10, p. 1-8. 2017.

MENG, X.; D’ARCY, C. The projected effect of increasing physical activity on reducing the prevalence of common mental disorders among Canadian men and women: a national population-based community study. **Preventive medicine**, v. 56, n. 1, p. 59-63. 2013.

MORAES, P. A. C.; DALGALARRONDO, P. Mulheres encarceradas em São Paulo: saúde mental e religiosidade. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 55, n. 1, p. 50-56. 2006.

MOREIRA, J. K. P.; BANDEIRA, M.; CARDOSO, C. S.; SCALON, J. D. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em uma população assistida por equipes do Programa Saúde da Família. **J Bras Psiquiatr**, v. 60, n. 3, p. 221-6. 2011.

MOREIRA, R. M. M.; OLIVEIRA, E. N.; LOPES, R. E.; LOPES, M. V. O.; ALMEIDA, P. C.; ARAGÃO, H. L. Transtorno mental comum em usuários de substâncias psicoativas. **Enfermagem em Foco**, v. 11, n. 1, p. 99-105. 2020.

MORENO, E. A. C. Fatores associados ao risco de transtorno mental comum. Recife, 2012. 100p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco; 2012.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Paris. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <<http://www.dudh.org.br/wp-content/uploads/2014/12/dudh.pdf>>. Acesso em: 11 fev. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Expert Committee on Mental Health: User's Guide to Self Reporting Questionnaire (SRQ)**. Geneva: OMS, 1994.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Perspectivas da População Mundial: Revisão de 2017**. Nova Iorque: ONU, 2017.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **United Nations standard minimum rules for the treatment of prisoners**. Disponível em: https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/GARESOLUTION/E_ebook.pdf. Acesso em 01 ago. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório mundial da saúde-Saúde mental: nova concepção, nova esperança. **Lisboa: Ministério da Saúde**, 2002.

ORMENO, G.R.; STELKO-PEREIRA, A. C. Mulheres encarceradas: nível de escolaridade e motivos para terem evadido da escola. **Revista Faz Ciência**, v. 15, n. 6, p. 52-63. 2013.

PIMENTEL, E. O lado oculto das prisões femininas: representações dos sentimentos em torno do crime e da pena. **Latitude**, v. 7, n. 2, p. 51-68. 2013.

PINHEIRO JÚNIOR, F. M. L. **Disparidades em saúde entre mulheres privadas de liberdade e da população geral no Brasil**. 2018. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2018.

PINO, J. R. Editorial: vigiar e punir – Nascimento da prisão. **Revista Lusófona de Educação**, v. 46, n. 47, p.165-169. 2020.

RODRIGUES K. R. A. L.; MAYANDRA A. Prisão preventiva, presunção de inocência e antecipação de pena. 2018. **Plataforma Justiça**. São Paulo, 18 de out. de 2019. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/67629/prisao-preventiva-presuncao-de-inocencia-e-antecipacao-de-pena>>. Acesso em: 11 fev. 2020.

RUSH, B. **An enquiry into the effects of public punishments upon criminals and upon society**. Philadelphia: NLM EUA, 1787.

SANTANA, J. S.; SILVA, L. R. B. **O cárcere como instrumento necropolítico do estado brasileiro: o genocídio da população negra através do encarceramento dos corpos negros femininos**. 2020. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Direito) – Universidade Católica do Salvador, 2020.

SANTOS, K. O. B.; ARAUJO, T. M.; PINHO, P. S.; SILVA, A. C. C. Avaliação de um

instrumento de mensuração de morbidade psíquica: estudo de validação do self-reporting questionnaire (srq-20). **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 34, n. 3, p. 544-560, jul./set, 2010.

SANTOS, M. E. S. B. **Transtornos mentais comuns em pacientes com AIDS que fazem uso de anti-retrovirais no Estado de São Paulo, Brasil**. 2002. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

SENICATO, C.; AZEVEDO, R. C. S.; BARROS, M. B. A. Transtorno mental comum em mulheres adultas: identificando os segmentos mais vulneráveis. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 8, p. 2543-54. 2018.

SILVA, B. G.; MENDES, D. R. G. Realidade sexual de mulheres presidiárias. **Rev. Cient. Sena Aires**, v. 5, n. 2, p. 178-85. 2006.

SILVA, M. **Saúde penitenciária no Brasil: plano e política**. Brasília: Verbena, 2014.

SIMÕES, A. M. A.; BASTOS, F. I. Audio Computer-Assisted Interview: uma nova tecnologia em avaliação de comportamento de risco em doenças sexualmente transmissíveis, HIV e uso de drogas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1169-81, mai. 2004.

SOARES, B. M.; ILGENFRITZ, I. **Prisioneiras: vida e violência atrás das grades**. Rio de Janeiro: Garamond, 2002.

STEEL, Z. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980-2013. **International Journal of Epidemiology**, Oxford, v. 43, n. 2, p. 476-93, jan/fev. 2014.

SILVA, M. **Saúde penitenciária no Brasil: plano e política**. Brasília: Verbena, 2015.

VIDAL, C. E. L.; YAÑEZ, B. F. P.; CHAVES, C. V. S.; YAÑEZ, C. F. P.; MICHALAROS, I. A.; ALMEIDA, L. A. S. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos em mulheres. **Cad. Saúde Colet.**, v. 21, n. 4, p. 457-64. 2013.

WALMSLEY, R. World Prison Brief data - Brazil. **WPB**, Londres, 17 de jun. de 2019. Disponível em: <http://www.prisonstudies.org/country/brazil>. Acesso em: 6 de fev. de 2020.

WALMSLEY, R. **World Prison Population List**. 12 ed. Londres: ICPR, 2018.

WALMSLEY, R. **World Prison Population List**. 11 ed. Londres: ICPR, 2016.

WALMSLEY, R. **World Female Imprisonment List**. 4 ed. Londres: ICPR, 2017.

WILDEMAN, C.; WANG, E. A. Mass incarceration, public health, and widening inequality in the USA. **The Lancet**, Londres, v. 389, n. 10077, p. 1464-1474, abr. 2017.

WILPER, A. P.; WOOLHANDLER, S.; BOYD, J. W.; LASSER, K. E.; MCCORMICK, D.; BOR, D. H.; HIMMELSTEIN, D. U. The health and health care of US prisoners: results of a

nationwide survey. **American Journal of Public Health**, Washington, v. 99, n. 4, p. 666-672, out. 2009.

APENDICE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisa: **“Inquérito nacional de saúde na população penitenciária e de servidores prisionais do Brasil”**. Pesquisador responsável: Prof. Dr. Roberto da Justa Pires Neto.

Os Ministérios da Saúde e da Justiça, através da Universidade Federal do Ceará, visando estimar a ocorrência de hipertensão arterial (pressão alta), diabetes, alterações de colesterol e triglicérides (gordura no sangue), obesidade, desnutrição, anemia, asma, sífilis, infecção por HIV, hepatite B, hepatite C, tuberculose e hanseníase, na população penitenciária no Brasil, está executando uma pesquisa. Os resultados desta pesquisa poderão contribuir para a elaboração de ações que visem à melhoria no seu atendimento e de outras pessoas no que diz respeito à sua saúde. Para a realização desta pesquisa é necessária a retirada de pequena quantidade de seu sangue. Uma ou mais coletas posteriores podem ser solicitadas a você, mas a autorização para uma única coleta agora não o obriga a aceitar coletas posteriores. Caso as informações obtidas por esta pesquisa possam beneficiá-la, elas serão prontamente repassadas à unidade onde você está sendo acompanhada e estará a sua disposição e de sua equipe de saúde. Você não tem obrigação alguma de contribuir para este ou outro estudo e, se decidir não participar, seus direitos à assistência médica e tratamento não serão afetados. Se você concordar em participar desta pesquisa, acontecerá o seguinte:

Um pesquisador fará uma rápida entrevista e preencherá um Formulário no qual deverá constar seu nome, dados de identificação, entre outras informações. Todas essas informações serão anotadas de forma confidencial. Mesmo participando do estudo você poderá se recusar a fornecer qualquer informação solicitada. O resultado desta pesquisa, se divulgado, irá garantir o total anonimato das participantes e o caráter confidencial das informações. Você terá que responder um questionário com questões sobre sua saúde e sobre doenças que você tem ou já teve, além de hábitos de vida. Será retirado cerca de 50 ml de sangue de seu braço. Como em qualquer coleta de sangue, costuma haver desconforto local (picada da agulha) e risco de formação de hematoma leve. Todas as medidas serão tomadas para que isso não ocorra. Você passará por um exame físico com um médico e uma avaliação com um enfermeiro. O enfermeiro irá tirar algumas medidas, como seu peso e altura.

Eu _____, tendo sido devidamente esclarecida sobre as condições que constam do documento “ESCLARECIMENTOS AO SUJEITO DA PESQUISA”, de que trata o Projeto de Pesquisa intitulado **“Inquérito nacional de saúde na população penitenciária e de servidores prisionais – componente doenças transmissíveis e não transmissíveis”**, que tem como pesquisador responsável o Dr. Roberto da Justa Pires Neto, especialmente no que diz respeito ao objetivo da pesquisa, aos procedimentos a que serei submetida, aos riscos e aos benefícios, declaro que tenho pleno conhecimento dos direitos e das condições que me foram assegurados, a seguir relacionados:

A garantia de receber a resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento de qualquer dúvida a respeito dos procedimentos, riscos, benefícios e de outras situações relacionadas com a pesquisa. A liberdade de retirar o meu

consentimento e deixar de participar do estudo, a qualquer momento, sem que isso traga prejuízo à continuidade do meu tratamento. A segurança de que não serei identificada e que será mantido o caráter confidencial da informação relacionada à minha privacidade.

O compromisso de que me será prestada informação atualizada durante o estudo, ainda que esta possa afetar a minha vontade de continuar dele participando. O compromisso de que serei devidamente acompanhada e assistida durante todo o período de minha participação no projeto, bem como de que será garantida a continuidade do meu tratamento, após a conclusão dos trabalhos da pesquisa.

Declaro, ainda, que concordo inteiramente com as condições que me foram apresentadas e que, livremente, manifesto minha vontade de participar do referido projeto.

Nome:

Assinatura:

Cidade:

Data: _

Concordo em responder os questionários

Concordo em realizar o teste rápido para Sífilis

Concordo em realizar os exames clínicos

Concordo em realizar o teste rápido para hepatite B

Concordo em realizar o teste rápido para HIV

Concordo em realizar o teste rápido para hepatite C

Eu, Roberto da Justa Pires Neto, coordenador da pesquisa, responsabilizo-me pelo cumprimento das condições aqui expostas.

Assinatura: _____

Data: _____

ANEXO

SELF REPORT QUESTIONNAIRE (SRQ 20)

APLICAR O TESTE SRQ 20 EM TODOS

Teste: **SRQ 20 – Self Report Questionnaire.**

Teste que avalia o sofrimento mental. Por favor, leia as instruções antes de preencher as questões abaixo. É muito importante que todos que estão preenchendo o questionário sigam as mesmas instruções.

Instruções

Estas questões são relacionadas a certas dores e problemas que podem ter lhe incomodado nos últimos 30 dias. Se você acha que a questão se aplica a você e você teve o problema descrito nos últimos 30 dias responda SIM. Por outro lado, se a questão não se aplica a você e você não teve o problema nos últimos 30 dias, responda NÃO.

OBS: Lembre-se que o diagnóstico definitivo só pode ser fornecido por um profissional.

PERGUNTAS	RESPOSTAS	
9.1- Você tem dores de cabeça freqüente?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
9.2- Tem falta de apetite?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
9.3- Dorme mal?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
9.4 Assusta-se com facilidade?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
9.5- Tem tremores nas mãos?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
9.6- Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
9.7- Tem má digestão?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
9.8- Tem dificuldades de pensar com clareza?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
9.9- Tem se sentido triste ultimamente?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
9.10- Chora mais do que de costume?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
9.11- Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
9.12- Tem dificuldades para tomar decisões?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
9.13- Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, causa-lhe sofrimento?)	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
9.14- É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
9.15- Tem perdido o interesse pelas coisas?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
9.16- Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
9.17- Tem tido idéia de acabar com a vida?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
9.18- Sente-se cansado(a) o tempo todo?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
9.19- Você se cansa com facilidade?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
9.20- Tem sensações desagradáveis no estômago?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
9.21-Total de respostas SIM		
9.22. Este sujeito, de acordo com a pontuação acima, tem sofrimento mental leve: 1[] Sim 2[] Não		

RESULTADO: Se o resultado for ≥ 7 (maior ou igual a sete respostas SIM) está comprovado sofrimento mental.

Use o espaço abaixo para qualquer observação pertinente a esta coleta de dados