

DANIELA CANAZARO DE MELLO

QUEM SÃO AS MULHERES ENCARCERADAS?

Prof. Dr. Irani de Lima Argimon

Orientadora

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL

FACULDADE DE PSICOLOGIA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

QUEM SÃO AS MULHERES ENCARCERADAS?

DANIELA CANAZARO DE MELLO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica.

Prof. Dr. Irani de Lima Argimon

Orientadora

Porto Alegre, dezembro de 2008

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

M527q Mello, Daniela Canazaro de
Quem são as mulheres encarceradas? / Daniela
Canazaro de Mello. – Porto Alegre, 2008.
120 f.

Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) –
Faculdade de Psicologia, PUCRS.
Orientação: Profa. Dra. Irani de Lima Argimon.

1. Psicologia. 2. Prisão Feminina. 3. Sintomas
Depressivos. 4. Sintomas de Desesperança.
5. Substâncias Psicoativas. I. Argimon, Irani de Lima.
II. Título.

CDD 155.67

Ficha elaborada pela bibliotecária Cíntia Borges Greff CRB 10/1437

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL

FACULDADE DE PSICOLOGIA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

Daniela Canazaro de Mello

QUEM SÃO AS MULHERES ENCARCERADAS?

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Dr. Irani de Lima Argimon
Presidente
Faculdade de Psicologia- PUCRS

Prof. Dr. Alfredo Cataldo Neto
Faculdade de Medicina- PUCRS

Prof. Dr. Helena Beatriz Kochenborger Scarparo
Faculdade de Psicologia- PUCRS

*“...as exigências recaem principalmente sobre a maioria oprimida e,
dos benefícios, usufruem quase que unicamente os privilegiados.
Vem então a pergunta de Freud: vale a pena aderir a civilização?
E nós nos perguntamos: para quê deveria o preso ressocializar-se?
Na busca de uma resposta para esta questão,
coloca-se a necessidade de se ter uma Criminologia comprometida com
os grandes valores do homem,
com uma visão transcendental da pessoa,
uma visão que supere a compreensão dicotomizada das pessoas,
a qual as separa em boas e más, delinquentes e não delinquentes
pobres e ricas, justas e injustas,
primitivas e ajustadas.
Uma visão transcendental que leve cada indivíduo a reconhecer em si
o que ele critica ou valoriza no outro.
Com isto, as estratégias de ressocialização do apenado
não devem se centrar em sua pessoa, mas na relação entre ele e a sociedade,
buscando-se pois, não propriamente sua ressocialização,
mas sua reintegração social, na qual a sociedade
passa a ser responsável e a ter um papel ativo.”*

(Alvino Augusto de Sá)

AGRADECIMENTOS

A todas as participantes deste estudo, pela receptividade e respeito com a pesquisa, mostrando o desejo de colaborar;

À minha orientadora, Prof. Dr. Irani de Lima Argimon, pela oportunidade de realizar esta pesquisa, pela disponibilidade e pelo apoio;

À professora e coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Maria Lúcia Tiellet Nunes, pela dedicação, seriedade e orientações prestadas;

À estudante de psicologia e bolsista do Grupo de Pesquisa Fabrícia Pereira da Silva, pela motivação, dedicação e competência em ajudar na execução desse estudo, desde na colaboração da coleta de dados à inserção no banco de dados;

Aos dois estudantes de psicologia que foram a campo entrevistar as participantes Luisa Puricelli Pires e Mauro Pretes Brenner pela competência, seriedade e dedicação;

Aos integrantes do Grupo de Pesquisa “Avaliação e Intervenção no Ciclo Vital” da PUCRS, pelo apoio e colaboração;

Ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUCRS, às Secretárias e aos professores, que sempre mostraram-se disponíveis e ajudaram no que foi preciso;

Aos colegas Regina Maria Fernandes Lopes e Luciano Souza, pelos ensinamentos científicos, mostraram-se dispostos para orientar sobre os aspectos metodológicos;

À diretora Silvia Rangel Silva e aos funcionários da Penitenciária Feminina Madre Pelletier, os quais me proporcionaram realizar este trabalho. Sem a sua disponibilidade não seria possível realizar este estudo;

À minha família pelo amor e apoio constante;

Aos Professores da Comissão Examinadora, Dr. Alfredo Cataldo Neto e Dr. Helena Beatriz Kochenborger Scarparo, que gentilmente aceitaram participar e colaborar com este trabalho fazendo parte da Banca.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior- CAPES, por viabilizar financeiramente a realização deste estudo.

MUITO OBRIGADA!

SUMÁRIO

| | |
|--|-----|
| RESUMO | 08 |
| Capítulo I Introdução | 10 |
| Capítulo II Estudo de Revisão: “Prevalência de Depressão e Uso de Substâncias Psicoativas em Mulheres Encarceradas” | 19 |
| Capítulo III Estudo Empírico I: “ Quem são as Mulheres Encarceradas?” | 45 |
| Capítulo IV Estudo Empírico II: “A Criminalidade Feminina e as Substâncias Psicoativas” | 73 |
| Capítulo V Considerações Finais | 97 |
| Apêndices | 101 |
| I Termo de Consentimento Livre e Esclarecido..... | 102 |
| II Ficha de dados Sócio-Demográficos e Clínicos..... | 104 |
| Anexos | 107 |
| A. Entrevista Estruturada para o DSM-IV. | 108 |
| B. Aprovação da Comissão Científica..... | 111 |
| C. Aprovação do Comitê de Ética..... | 113 |
| D. Carta de Autorização da Diretora do Estabelecimento Prisional..... | 115 |
| E. Carta do Diretor do Departamento de Tratamento Penal | 117 |
| F. Carta da Coordenadora da Psicologia do Departamento de Tratamento Penal..... | 119 |

RESUMO

Com o aumento gradativo da violência, a população carcerária vem crescendo ao longo dos últimos anos, e está aumentando a proporção de mulheres em relação aos homens. Diversos estudos apontam prevalência mais elevada de transtornos mentais na população prisional do que na comunidade, o que pode estar associado com a criminalidade. Com o objetivo de conhecer o perfil da mulher encarcerada foi elaborada esta dissertação, que está composta por três estudos, sendo um teórico e dois empíricos. No artigo teórico foi realizada uma revisão sistemática com o objetivo de verificar a prevalência de sintomas depressivos e uso de substâncias psicoativas entre as mulheres encarceradas nas publicações indexadas nos últimos quatro anos, nas bases computadorizadas Medline, PsycINFO, Proquest, LILACS e Scielo. Os estudos selecionados foram revisados e classificados a partir de dimensões de análise: bases de dados, países onde foi realizada a pesquisa, metodologia, cruzamento de variáveis, resultados e conclusões. Embora tenham utilizado diferentes instrumentos e técnicas de amostragem, todos os estudos mencionam uma elevada taxa do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas, bem como presença de sintomas depressivos ou depressão em mulheres encarceradas. O primeiro estudo empírico responde ao projeto de pesquisa que deu origem a esta dissertação, objetivou traçar o perfil, descrever as características sociodemográficas e clínicas da mulher encarcerada, além de verificar a prevalência de sintomas depressivos e de desesperança, uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas e álcool. No segundo estudo empírico foi verificada a relação do uso e da dependência de substâncias psicoativas com outros fatores que podem estar associados com as características do crime. Participaram 287 mulheres encarceradas de uma Penitenciária Feminina, representando 35% da população feminina de prisioneiras do estado do Rio Grande do Sul. O delineamento foi de um estudo quantitativo e transversal. Os instrumentos utilizados foram: ficha de dados sociodemográficos e clínicos, entrevista clínica semi-estruturada para o DSM-IV – versão clínica (SCID-DV), questionário CAGE, Escala de Desesperança Beck (BHS) e Inventário de Depressão Beck (BDI-II). Os achados mostram que o perfil da mulher presa caracteriza-se por ser solteira, jovem, ter no mínimo dois filhos, ter exercido atividades informais e geralmente de baixo status social e/ou econômico, estudou até a quarta série do Ensino Fundamental, teve contato com o ambiente prisional antes do encarceramento através de visitas e já teve algum membro da família preso. Foi encontrada alta prevalência de sintomas depressivos e uso, abuso e dependência de drogas, porém baixa prevalência de sintomas de desesperança. Diversos fatores, principalmente ligados à vida pregressa das participantes, tais como história de violência sexual e não-sexual, ocorrência de fuga de casa e familiares com problemas de uso de substâncias psicoativas e/ou álcool e com problemas psiquiátricos, foram associados significativamente com os sintomas depressivos e problemas relacionados com o uso de substâncias psicoativas.

Palavras-chave: mulher encarcerada; perfil; prevalência; sintomas depressivos; sintomas de desesperança; substâncias psicoativas

Área conforme classificação do CNPq:

Área de conhecimento: Ciências Humanas

7.07.00.00 - 1- Psicologia

Subárea conforme classificação do CNPq:

7.07.07.00 - 6 - Psicologia do Desenvolvimento Humano

7.07.10.00 - 7 - Tratamento e Prevenção Psicológica

ABSTRACT

With the gradative increase of violence, the jail inmates' population has been growing throughout the last years, and the proportion of women, in relation to men, has increased. Several studies point out a higher prevalence of mental derangement in prison population than in the community, which might be associated to criminality. This dissertation was written with the aim of knowing the profile of imprisoned women, and is composed by three studies: one of them theoretical and two empirical. In the theoretical study, a systematic revision was performed, with the aim of verifying the prevalence of psychoactive substances use and depressive symptoms among incarcerated women, in the indexed publications of the last four years, in the computer databases Medline, PsycINFO, Proquest, LILACS and Scielo. The studies selected were revised and classified according to the dimensions of the analysis: databases, countries where the research took place, methodology, variable crossing, results and conclusions. frequencies. In spite of having used different tools and sample techniques, all the studies mention high rates of use, abuse or psychoactive substances dependency as well as the presence of depressive symptoms or depression in incarcerated women. The first empirical study responds to the research project, which originated this dissertation, the objective was to draw the profile, to describe the sociodemographic and clinical characteristics of incarcerated women, besides verifying the prevalence of depressive and hopelessness symptoms, use, abuse or dependency of psychoactive substances or alcohol. In the second empirical study, the relation of use and drug dependence with other factors that might be associated to the characteristics of the crime. Two hundred and eighty seven women incarcerated in a Female Prison participated; representing 35% of the female prison population in the State of Rio Grande do Sul. The design was that of a quantitative and transversal study. The instruments (tools) used were: sociodemographic and clinical index card; semi-structured clinical interview for the DSM-IV – clinical version (SCID-DV); CAGE questionnaire; Beck Hopelessness Scale (BHS); and Beck Depression Inventory (BDI-II). The findings showed that the profile of jailed women is characterized by them being single, young, having at least two children, having worked at informal jobs, generally low status or poorly paid, having studied until the fourth grade of Elementary School, have had some contact with the prison atmosphere, before being interned, through visits and have already had some family member in jail. A high prevalence of depressive symptoms was found and use, abuse and psychoactive substances dependency, however a low prevalence of hopelessness symptoms. Several factors, especially those linked to the lifestyle of the participants, such as a history of sexual and non-sexual violence, running away from home and family members with problems of psychoactive substance use and/or alcohol and with psychiatric problems, were associated significantly to the depressive symptoms and problems related to the use of psychoactive substances.

Key words: incarcerated women; profile; prevalence; depressive symptoms; hopelessness symptoms; psychoactive substances.

CAPÍTULO I
INTRODUÇÃO

Esta dissertação de mestrado está inserida no Grupo de Pesquisa Avaliação e Intervenção no Ciclo Vital, coordenado pela Prof. Dr. Irani de Lima Argimon, integrante do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

O presente estudo está relacionado com mulheres que se encontram no início da vida adulta ou na vida adulta intermediária. Segundo Bee (1997), a primeira fase refere-se dos 20 aos 40 anos de idade, na qual os adultos estão em seu auge físico e cognitivo. Porém é um período de estresse e riscos pessoais bastante elevados, em que se está mais propenso à depressão e a outras formas de problemas emocionais. Esses fatos podem estar relacionados com as mudanças de papel amplamente partilhados na vida adulta, que incluem a aquisição e o aprendizado de três principais papéis: parceiro-cônjuge, paterno/materno e profissional.

Já a fase adulta intermediária caracteriza-se por um período menos estressante, em que há satisfação conjugal e interações familiares significativas. A redução nas exigências do papel pode contribuir para um aumento na satisfação de vida. Em contrapartida, a perda de emprego e o impacto negativo do divórcio aumenta o risco de perturbações emocionais e doenças físicas (Bee, 1997).

Como processo do ciclo vital, a mulher na fase adulta vem despertando interesse no campo de pesquisa pelo aumento da atuação da população feminina no campo profissional e social, onde está conquistando espaços que historicamente eram ocupados exclusivamente por homens. Conseqüentemente, aumenta progressivamente o número de mulheres envolvidas com a criminalidade.

A criminalidade vem crescendo significativamente e está presente em todas as civilizações. O crime geralmente é descrito como um fenômeno complexo, pois há uma diversidade de teorias que explicam as causas, que abrangem fatores biológicos, ambientais,

sociais, econômicos, psicológicos e psiquiátricos, consistindo em um problema de saúde pública mundial. Dessa maneira, torna-se relevante um estudo mais aprofundado para identificar os fatores que estão envolvidos nesta conduta.

Não há, aqui, a pretensão de esgotar esta variedade de abordagens, mas se focará mais precisamente sobre a mulher e os fatores de sua história que possam estar associados à prevalência de problemas emocionais e, conseqüentemente, a uma vulnerabilidade criminal. É através do Direito Penal, constituído por um conjunto de normas e princípios, que regula o que é crime. Dessa forma, ele é descrito como um conjunto de normas jurídicas que têm por objeto a determinação de infrações de natureza penal e suas sanções correspondentes, penas e medidas de segurança (Bitencourt, 1995).

Assim, caso o indivíduo descumpra o ordenamento jurídico, poderá responder pelo ato e receber uma pena. Os tipos de crimes são descritos por artigos e suas respectivas penas no Código Penal (2003). O 1º artigo da Lei de Introdução refere que “considera-se crime a infração penal que a lei comina pena de reclusão ou de detenção, quer isoladamente, quer alternativa ou cumulativamente com a pena de multa (...)”.

Com relação as mulheres que cometem crimes, segundo Frinhani e Souza (2005), no Brasil os dados que tratam a criminalidade feminina são escassos e pouco reveladores da real dimensão deste fenômeno social. Tendo em vista, que segundo os estudiosos, as mulheres são uma parcela muito reduzida do universo de presos, poucos estudos são efetuados no sentido de compreender as motivações e circunstâncias em que ocorreram os crimes praticados por elas. Assim, não existem iniciativas no sentido de prevenir a criminalidade feminina, que vem crescendo gradativamente. Para Perruci (citado em Frinhani & Souza, 2005), os autores não diferem a criminalidade feminina da masculina, talvez pela constatação de que a participação na criminalidade geral é quase insignificante quando comparada à masculina.

Também pode-se pensar que a parcela de mulheres que cometeram crimes ou possuem comportamento violento pode ser bem maior, como analisado por alguns estudiosos, porém não foram documentados ou essas mulheres não foram detidas e nem condenadas. Thompson (1998) comenta sobre a cifra negra, de que no mínimo dois terços da globalidade das condutas delituosas não chegam à ciência da polícia.

Diante destas questões apontadas acima, esta pesquisa focou o estudo de mulheres presas no regime fechado na Penitenciária Feminina Madre Pelletier, única penitenciária exclusiva para mulheres no Rio Grande do Sul. Conta com aproximadamente 400 mulheres, sendo presas provisórias (que aguardam decisão judicial) e já condenadas (que estão cumprindo a pena imposta). O restante da população feminina está distribuído em penitenciárias e delegacias em diversas cidades do estado, ou em regimes mais brandos (há duas penitenciárias de regime semi-aberto e aberto na cidade de Porto Alegre).

É importante frisar que as mulheres condenadas foram consideradas imputáveis, ou seja, elas foram capazes de compreender a ilicitude de sua conduta e de agir de acordo com esse entendimento; assim, são responsáveis pelos seus atos. Algumas delas, quando solicitado judicialmente, realizaram o exame de responsabilidade penal, que consiste em uma avaliação psiquiátrica. Já a inimputabilidade, segundo o Código Penal- Legislação Brasileira (2003), refere-se à incapacidade psíquica de compreender a ilicitude do fato e de agir de acordo com esse entendimento. Assim, a pena é convertida em medida de segurança, e o indivíduo recebe um tratamento em hospital psiquiátrico forense. Entretanto as mulheres provisórias poderão ser submetidas ao exame de responsabilidade penal e, conforme resultados, recebem uma medida de segurança.

Taborda et al. (2004) aponta que é necessária a existência de umnexo causal entre o transtorno mental e o delito cometido, ou seja, que o delito seja a expressão do distúrbio. Assim, a ação/omissão que resultou no crime deve ser um sintoma do transtorno.

As mulheres cumprem pena pelos mais variados crimes: tráfico de drogas, roubo, furto, homicídio, latrocínio, estelionato e outros. As pesquisas apontam diversos fatores que podem estar relacionados à execução de um crime. A maioria das presas traz uma história prévia de maus tratos e/ou abuso de substâncias psicoativas (próprio ou de familiares próximos). Isso não significa que tais experiências possam ser consideradas procedentes da criminalidade ou diretamente responsáveis pela entrada no sistema penal, pois, certamente, a maior parte das vítimas de agressão, assim como das dependentes químicas, não estão presas. O que os dados mostram é que a prisão, tanto pela privação da liberdade como pelos abusos que ocorrem, parece ser apenas mais um elo de uma cadeia de múltiplas violências que formam a trajetória de uma parte da população feminina (Ilgenfritz & Soares, 2002).

Diversos estudos epidemiológicos apresentam diferenças de gênero na incidência, na prevalência e no curso de transtornos mentais. As mulheres apresentam maiores taxas de prevalência de transtornos de ansiedade e do humor, e os homens apresentam maior prevalência de transtornos associados ao uso de substâncias psicoativas, transtorno de personalidade anti-social e esquizotípica, transtornos de controle de impulsividade e de déficit de atenção e hiperatividade. A prevalência de transtornos de humor na mulher pode ser explicada, em parte, pelos esteróides sexuais femininos (principalmente o estrógeno) que agem na modulação do humor (Andrade, Viana & Silveira, 2006).

É importante salientar que há escassos estudos a respeito de prevalência de transtornos mentais na população prisional brasileira, o que evidencia uma carência de informações e a necessidade de estudos nesta área. Essa deficiência dificulta o

desenvolvimento de ações para prevenir e reduzir a violência e a criminalidade, bem como o aprimoramento das práticas profissionais dentro do Sistema Prisional.

Atuando há cinco anos como psicóloga da Penitenciária Feminina Madre Pelletier (o local onde foi feito o presente estudo), observei um aumento significativo e gradual de mulheres encarceradas, o abuso de substâncias psicoativas e a presença de sintomas psiquiátricos passados e atuais. Diante deste quadro evidenciou-se a necessidade de realizar um mapeamento destas mulheres, descrevendo suas características para possíveis intervenções terapêuticas. Esta penitenciária apresenta escassos estudos que caracterizem a população na vertente psicológica correlacionada com dados sociodemográficos, o que dificulta a compreensão sobre a mulher encarcerada e futuras ações de tratamento mental.

Um dos estudos encontrados, com esta mesma população, foi o de Guilhermano (2000). Com uma amostra de 48 detentas, descreveu características biopsicossociais, tais como: mulheres jovens, com nível socioeconômico e educacional baixo, familiares consangüíneos com conduta criminal (60%) e companheiros (24%). A autora menciona que estas mulheres podem ter sofrido influência familiar, pois elas e seus familiares tiveram a maior incidência dos delitos relacionados com o tráfico de drogas. Assim, sugere que o delito pode ser um comportamento aprendido através do ambiente social e faz parte de sua cultura de vida. Também percebeu que aspectos relacionados à história familiar de doença mental podem aumentar a vulnerabilidade para a conduta criminosa feminina. O objetivo da pesquisa de Guilhermano não foi determinar diagnóstico psiquiátrico. Embora tenha feito inferências clínicas de possíveis problemas emocionais, a autora sugere mais pesquisas para obter generalizações e confirmações diagnósticas.

Diante do exposto, percebe-se que os aspectos biopsicossociais podem estar associados à conduta criminosa. A partir da perspectiva multifatorial que explica o

comportamento agressivo, esta pesquisa abordou mais precisamente os aspectos psicológicos, enfatizando as características psicossociais da mulher presa, almejando caracterizar este grupo e sua inserção no ciclo vital. Com os resultados obtidos na futura pesquisa, serão sugeridas ações de prevenção da criminalidade, incluindo uma contribuição para a elaboração de políticas públicas de saúde.

Nessa dissertação constam três estudos sobre a temática, conforme a Resolução nº. 002/2004 de 25/3/2004 do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, sendo um artigo de revisão teórica – *Prevalência de Depressão e Uso de Substâncias Psicoativas em Mulheres Encarceradas* – e dois de natureza empírica – *Quem são as Mulheres Encarceradas?* e *A Criminalidade Feminina e as Substâncias Psicoativas*.

O estudo teórico teve como objetivo verificar as características das publicações indexadas nos últimos quatro anos que abordam a prevalência de sintomas depressivos e o uso de substâncias psicoativas em mulheres encarceradas. Através de uma revisão sistemática, conduziu-se a análise das publicações presentes nas bases de dados dos sistemas Medline, Proquest, PsycINFO, LILACS e Scielo, usando os descritores relacionados à prevalência de sintomas depressivos, uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas em mulheres encarceradas. Foram identificados e analisados 11 artigos em cinco dimensões: base de dados, país onde foi realizada a pesquisa, metodologia, variáveis e resultados e conclusões.

O primeiro estudo empírico responde ao projeto de pesquisa que deu origem a esta dissertação e teve como objetivo descrever as características presentes nas mulheres encarceradas, traçando seu perfil, prevalência de sintomas de depressão e desesperança e uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas, bem como foram investigadas associações com outros fatores relacionados à sua vida pregressa. Já o segundo estudo empírico teve como

objetivo verificar a relação do uso e da dependência de substâncias psicoativas com outras variáveis que podem estar associados com as características do crime praticado pela mulher.

Após a apresentação dos três estudos encontram-se as Considerações Finais. Em seguida, constam em Apêndice, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e a Ficha de Dados Sociodemográficos e Clínicos. Em anexo está incluída a Entrevista Estruturada para o DSM-IV (SCID-CV), a parte utilizada neste estudo. O Inventário de Depressão de Beck (BDI-II) e o Inventário de Desesperança de Beck (BHS) não estão em anexo por serem instrumentos protegidos por direitos autorais. Também está inserido a aprovação da Comissão Científica e do Comitê de Ética, bem como a carta de autorização enviada pela diretora da Casa Prisional, pelo diretor de Departamento de Tratamento Penal e pela coordenadora da Psicologia do Departamento de Tratamento Penal.

REFERÊNCIAS

- Andrade, L.H.S.G., Viana, M.C. & Silveira, A. M. (2006). Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33 (2), 43-54.
- Bee, H. (1997). *O Ciclo Vital*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bitencourt, C. R. (1995). *Lições de Direito Penal*. Porto Alegre: Livraria do Advogado.
- Código Penal - Legislação Brasileira (2003). Organizadores: Antônio Luiz T. P e Márcia C. V. S. São Paulo: Saraiva.
- Frinhani, F. M. D. & Souza, L. (2005). Mulheres encarceradas e espaço prisional: uma análise de rerepresentações sociais. *Psicologia: Teoria e Prática*, 7 (1), 61-79.
- Guilhermano, T. F. (2000). *Fatores associados ao comportamento criminoso em mulheres cumprindo pena em regime fechado*. Dissertação de mestrado, Faculdade de Direito, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Ilgenfritz, I. & Soares, B. M. (2002). *Prisioneiras: Vida e violência atrás das grades*. Rio de Janeiro: Ed. Garamond.
- Taborda, J.G.V; Chalub M.; Abdalla-Filho, E.; & col.(2004) *Psiquiatria Forense*. Artmed: Porto Alegre.
- Thompson (1998). *Quem são os criminosos*. Forense: Rio de Janeiro.

CAPÍTULO II
REVISÃO DE LITERATURA

PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO E USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS
EM MULHERES ENCARCERADAS

INTRODUÇÃO

A criminalidade esteve presente em todas as civilizações, mas neste século vem crescendo significativamente. O crime é um fenômeno complexo que abrange fatores biológicos, ambientais, sociais, econômicos, psicológicos, psiquiátricos e outros. Cerqueira e Lobão (2004) referem que a literatura aponta diversos modelos para descrever as causas da violência e da criminalidade, nos quais cada teoria centra-se em alguns fatores em particular, focando desde as patologias individuais até as sociais. As primeiras individuais atualmente estão sendo relacionadas às características biopsicológicas, juntamente com o histórico de vida pessoal e relações sociais. Dessa forma, as mesmas teorias que enfocam o indivíduo relacionam outros fatores associados.

Estudos apontam uma alta prevalência de transtornos mentais e comorbidades em prisioneiros, principalmente com relação ao uso de substâncias psicoativas, sendo a principal desordem de comorbidade nos diagnósticos (Assadi, et al., 2006). A literatura enfatiza uma relação direta entre crimes e substâncias psicoativas. A maioria das pesquisas descreve a associação entre transtornos do uso de substâncias e criminalidade, aumentando a proporção de atos violentos. Porém a variabilidade dos efeitos causados pelas substâncias psicoativas e álcool em diferentes indivíduos sugere a contribuição de fatores orgânicos, socioculturais e de personalidade (Chalub & Telles, 2006). Assim, os altos índices de violência e criminalidade, bem como a prevalência de transtornos mentais da população carcerária podem ser vistos como um problema de saúde pública mundial.

Valença e Moraes (2006) citam um estudo, ocorrido na Inglaterra, que examinou 500 indivíduos condenados por homicídio, que representavam 70% das condenações por homicídios no período estudado. Foi concluído que 6% apresentavam esquizofrenia e 44%

tinham história de qualquer transtorno mental. Um dado importante é que a maior parte desses prisioneiros não tinha história de contato com serviços de saúde mental, sugerindo que este fator tivesse contribuído para a criminalidade.

Múltiplos estudos mostram que, em relação aos homens, as infratoras mulheres são mais propensas a apresentar abuso ou dependência de substâncias psicoativas, depender de variadas substâncias, sofrer comorbidade de patologia psiquiátrica, incluindo ansiedade e depressão, e usar drogas “pesadas”, como cocaína e heroína. Estima-se que um a dois terços das mulheres presas necessitam de tratamento de saúde mental (Lewis, 2006).

Além da história prévia de prevalência de transtornos mentais e uso de substâncias psicoativas, deve-se levar em consideração a própria prisionização, que poderá intensificar os sintomas psiquiátricos. Thompson (1998) descreve as características das penitenciárias, através de um regime totalitário que se diferencia muito da sociedade livre. As pessoas, ao ingressarem no sistema prisional, submetem-se a um processo de assimilação. Donald Clemer usou o termo “prisionização” como a adoção com diferentes graus, do modo de pensar, dos costumes, dos hábitos que regem a cultura geral da penitenciária.

Goffman (1992) descreve a prisão como uma “instituição total”, a qual tem tendência de fechamento, em diferentes graus. Este fechamento significa uma barreira à relação social com o mundo externo e uma proibição à saída. Além disso, estas instituições passam pelo mesmo processo de degradação e despersonalização do indivíduo, através das regras impostas de forma igual para todos. O indivíduo passa por um processo de mutilação do eu, através das mudanças de concepção de si, por rebaixamento, degradações e humilhações sofridas. Isso ocorre em função da morte civil, da participação automática (perturba a seqüência de papéis realizados no mundo externo, acarretando perda de papéis),

substituições padronizadas (ausência de bens) etc. Assim, o indivíduo passa por um processo de aculturação, ou seja, desabilitação e dessocialização, gerando um processo de mortificação e infantilização do eu, gerado pelas características destas instituições. Tais características podem acarretar no desenvolvimento ou na intensificação de sintomas de transtornos de humor, principalmente depressivos, e o uso de substâncias psicoativas (SPA). E, como aponta a literatura, apesar dos poucos estudos referentes à mulher presa, o que mais se evidencia é a prevalência do uso de substância antes do período de prisionização.

Assim, este estudo objetivou revisar a produção científica referente a prevalência de transtornos mentais, relacionando, mais especificamente, ao envolvimento de substâncias psicoativas (uso, abuso e dependência), incluindo álcool e/ou sintomas depressivos da mulher privada de liberdade – de 2005 a 2008. Classificaram-se os achados em diferentes dimensões de análise com o intuito de verificar a relação entre características clínicas e variáveis presentes nos estudos e a criminalidade.

MÉTODO

Procedimento

Em julho de 2008 realizou-se uma revisão sistemática da literatura sobre o tema em estudo (prevalência de transtornos relacionados à substância e/ou a sintomas depressivos em prisioneiros do sexo feminino), através do levantamento do acervo de publicações dos últimos quatro anos (2005 a 2008) nas bases de dados computadorizadas (Medline, PsycINFO, Proquest, Psique, LILACS e Scielo) Nas duas últimas bases citadas, a busca foi feita em português para verificar as publicações ocorridas no Brasil.

As palavras chave utilizadas foram distribuídas na seguinte forma:

- depression; depressive disorder; depressive symptoms; narcotics; substance-related disorders; drug*; alcohol misuse, dependence* or abuse (depressão; transtorno depressivo; sintomas depressivos; entorpecentes; transtornos relacionados a substância; droga e derivados; uso, dependência e derivados ou abuso de álcool);

- and incarcerated*; prison*; inmate (encarcerada e derivados; prisão, prisioneiros e derivados; recluso);

- and woman*; female* (mulher/es; feminino/s);

- and prevalence; cross-sectional; incidence (prevalência; transversal; incidência).

Foram associados os quatro grupos de palavras-chave, em que qualquer uma de cada grupo estivesse necessariamente relacionada com qualquer outra de outro grupo. O objetivo foi abranger o maior número possível de estudos com os quatro conjuntos de palavras-chave com o intuito de descrever o envolvimento com substâncias psicoativas e possíveis sintomas depressivos em mulheres encarceradas.

Nesta primeira busca, de acordo com a data e os descritores mencionados, foram encontrados 466 artigos na base de dados Medline, 62 artigos na base de dados PsycINFO e 32 artigos na base de dados Proquest, totalizando 560 referências. Na segunda etapa, após leitura dos resumos, foram excluídos todos os que relatavam prevalência, associação, comparação a respeito de doenças médicas, tais como tuberculose, hepatite e HIV.

Na terceira etapa, analisaram-se novamente os resumos para refinar a escolha dos estudos e selecionar apenas aqueles que se referissem ao tema proposto. Foram descartados textos referentes somente a prisioneiros homens ou a menores de 18 anos e participantes selecionados para avaliação ou tratamento psicológico ou psiquiátrico. Também foram excluídos estudos que selecionaram a amostra de acordo com o preenchimento de critérios para um determinado diagnóstico específico ou somente um tipo de delito, descartando os

restantes dos presos e crimes, o que descaracteriza estudos de prevalência. Pesquisas com amostras mistas que não fornecessem os resultados da amostra feminina também foram descartadas. Por fim, ignoraram-se os artigos que focavam somente a prevalência de tabagismo, a eficácia de tratamentos ou a situação psicossocial dos egressos, ou seja, dos presos que já estavam em liberdade. Dessa forma, levaram-se em conta somente os que se referissem aos quatro descritores mencionados.

A quarta etapa consistiu na realização de uma análise mais apurada dos resumos selecionados e a leitura de alguns artigos os quais o resumo não esclarecia se estavam incluídos nos critérios de inclusão e exclusão, conforme as descrições acima. A partir desta análise foi realizada mais uma filtragem, restando apenas os que descrevessem algum tipo de prevalência, conforme os descritores mencionados. A análise do material ocorreu a partir das seguintes dimensões: base de dados, país onde foi realizada a pesquisa, metodologia, variáveis, resultados e conclusões. Os dados foram agrupados em categorias.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DAS CATEGORIAS

1. Bases de dados

Conforme descrito no procedimento, após a conclusão da quarta etapa de filtragem dos estudos, restaram 11 artigos, de acordo com a tabela 1. Evidenciou-se que a base de dados Medline foi a com maior número de artigos, com cinco estudos que constam somente nesta base. Embora tenha um número mais reduzido nas primeiras etapas, a base de dados PsycINFO, em termos de adequação das palavras-chave pesquisadas, apresentou um maior número de estudos com relação à proporção dos artigos totais.

Tabela 1: Distribuição dos Artigos Localizados nas Bases de Dados

| <i>Base de dados</i> | <i>1ª Etapa</i> | <i>2ª Etapa</i> | <i>3ª Etapa</i> | <i>4ª Etapa</i> | <i>Final</i> |
|----------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|--------------|
| | <i>Artigos</i> | <i>Artigos</i> | <i>Artigos</i> | <i>Artigos</i> | |
| Medline | 466 | 300 | 33 | 8* | 8 |
| PsycINFO | 62 | 39 | 16 | 7* | 3 |
| Proquest | 32 | 23 | 3 | 2* | 0 |
| LILACS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Scielo | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Total | 560 | 352 | 52 | 18 | 11 |

* Seis artigos foram excluídos por estarem presentes em mais de uma base de dados.

A partir desses resultados, os estudos foram analisados e descritos na tabela 2, em que consta: o objetivo, amostra/método amostral, instrumentos/critérios diagnósticos, resultados e conclusões.

Tabela 2: Resumos dos Estudos Selecionados

| <i>Estudo</i> | <i>Objetivo</i> | <i>Amostra/ Método amostral</i> | <i>Instrumentos/ Critérios de diagnóstico</i> | <i>Resultados</i> | <i>Conclusões</i> |
|------------------------------|---|--|---|---|--|
| Zurhold e Haasen (2005) | Obter informações completas e sistemáticas da prevalência de usuárias de SPA nas prisões europeias. | 27 países e regiões autônomas (não refere o número); Conveniência | Questionário; Não constam critérios. | - Escassa disponibilidade e qualidade de dados; - Afigura-se uma subestimação das usuárias de SPA nas prisões; -- Dos 17 países que forneceram os dados, a metade estimou de 10% a 30% de usuárias e a outra metade de 40% a 60%. | Há um consenso de que o problema da SPA na prisão é o maior desafio que enfrentam os serviços prestados da prisão. Torna-se importante um sistema de classificação padronizada para medir a prevalência e levar em conta as necessidades das usuárias, especialmente seus problemas de saúde mental. |
| Chapman, et al. (2005) | Examinar os fatores associados com tentativa de suicídio passado e avaliação diagnóstica de transtorno de personalidade anti-social e borderline e dependência de substância. | 105 mulheres; Conveniência. | Ficha Demográfica, LPC-2, SCID-II PQ, TAAD, BDI-II, BHS, CTQ, RFL, COPE; DSM-IV. | - Tentativa de suicídio passado (38,1%) foi positivamente associada com transtorno de personalidade, desesperança, depressão, abuso emocionas/físico infantil, história familiar de suicídio e transtorno de humor. | Desesperança, transtorno de personalidade borderline e história familiar de tentativa de suicídio foram somente as variáveis que permaneceram exclusivamente associadas com a tentativa de suicídio. |
| Von Schonfeld, et al. (2006) | Investigar transtornos mentais, estimativas de psicopatologia atual e necessidades de tratamento. | 63 mulheres, 76 homens; Conveniência. | Questionário, documentos prisionais, entrevista clínica estruturada; DSM-IV. | - Transtornos mentais (88,2%); - Na amostra feminina foram mais frequentes os transtornos de uso de substância (opióide), de estresse pós-traumático e afetivo. Na amostra masculina foram altas taxas relacionadas com o álcool. | A proporção dos presos com doença mental é substancialmente mais elevada do que nos hospitais especializados para doentes mentais criminosos. Mais opções de tratamento são necessárias urgentemente. |

| | | | | | |
|-----------------------------|---|---|---|---|---|
| Watzke, et al. (2006) | Elucidar a prevalência de transtornos mentais, incluindo transtorno de personalidade. | 49 mulheres (11,8%); 366 homens; Randomização estratificada. | SOBI-St, SCAN; IPDE; DSM-IV. | - O homem tem maior prevalência de abuso de álcool e transtorno de personalidade anti-social, enquanto a mulher apresenta depressão, transtorno de ansiedade e de personalidade borderline. | Os resultados enfatizam a complexidade das necessidades e condições dos presos e a urgente necessidade de serviços psiquiátricos-psicoterapêuticos. |
| Tye e Mullen (2006) | Investigar as taxas de transtorno mental e comparar com as taxas da comunidade. | 103 mulheres; Conveniência. | SMHWB, PDQ-4+, entrevista demográfica; CID-10; DSM-IV. | - Transtorno mental no ano anterior à prisão (84%); - Transtorno de uso de substância (57%); - Transtorno depressivo (44%); - Transtorno de estresse pós-traumático (36%). | As mulheres encarceradas tiveram taxas significativamente mais elevadas nos transtornos investigados, comparado com as mulheres da comunidade. Enfatiza-se avaliação e recursos de tratamento para conhecer a demanda dessa população. |
| Wright, et al. (2006) | Estimar a prevalência de morbidade psiquiátrica, problemas uso de substância, problemas sociais e de saúde entre as mulheres recém-presas com as já sentenciadas. | 94 mulheres recentemente presas; 92 mulheres sentenciadas ou já presas; Não refere método amostral. | SADS-L, SODQ; DSM-IV. | - Transtorno psicótico-mulheres recém-presas (8,5%); e mulheres já presas (8,5%); - Transtorno depressivo maior (8,5% e 16,3%); - Transtorno de ansiedade (8,6 e 15,2%); - Problema uso de substância nos seis meses anteriores (65,6% e 65,2%). | Há uma alta prevalência de doença mental e problemas do uso de substância entre mulheres recentemente presas e as já recolhidas ou sentenciadas. Evidenciou-se um ciclo de privação e institucionalização. Salienta-se a necessidade da integração dos serviços de psiquiatria forense e da comunidade. |
| Johnson, H. (2006) | Avaliar a prevalência, padrões e preditores de dependência de SPA e álcool e problemas de saúde mental. | 471 mulheres; Randomização estratificada. | Questionário estruturado e entrevista; Não constam critérios. | - Mais da metade da amostra apresenta, concomitantemente, problemas de saúde mental e dependência de substância nos seis meses anteriores a prisão. | Os resultados contribuem para planejamento tratamento para toxicod dependência, que é frequentemente ausente, ineficaz ou não-adaptado às necessidades específicas das mulheres. |
| Blitz, et al. (2006) | Examinar se a mulher com necessidades de saúde comportamental tem maior possibilidade de receber tratamento para estes problemas na prisão ou na comunidade. | 908 mulheres; Conveniência. | Questionário; Não constam critérios. | - Altas taxas de necessidade de tratamento na prisão; - necessitam para problemas de saúde mental (78%) - necessitam para problemas de abuso de substância (57%). - comorbidade (65%) | A prisão parece dispor ao acesso de tratamento de saúde comportamental entre as presas. |
| Narkauskait é, et al.(2007) | Analisar a prevalência do uso de psicotrópicos, tabaco, álcool e entorpecentes e a associação com fatores psicossociais. | 76 mulheres (5,2%); 111 menores; 1122 homens; Não refere método amostral. | Questionário baseado no ESPAD e modificado de acordo com o grupo respondente; Não constam critérios. | - 48,7% usaram SPA pelo menos uma vez na vida - 13,8% usam SPA; - 39,8% usaram pela primeira vez na prisão; - 92,1% beberam álcool ao menos uma vez na vida. | As substâncias psicotrópicas são muitas vezes usadas devido a seu impacto psicológico. Pessoas encarceradas constituem um grupo de alto risco de usuários e distribuidores de SPA. Conseqüentemente, o problema de adição nas instituições penais desperta mais preocupação do que na sociedade em geral. |

| | | | | | |
|--------------------------|---|---|-----------------------------------|--|--|
| Velásquez, et al. (2007) | Verificar a prevalência e determinar como o abuso de álcool e cocaína antes do encarceramento afetou o transtorno psiquiátrico atual. | 469 mulheres detidas por 10 a 14 dias; Randomização estratificada. | BSI Não constam critérios. | - 54,2% uso cocaína nos seis meses antes da prisão; - 52,9% uso cocaína - Transtorno psiquiátrico é maior e similar entre as mulheres do grupo de alto uso de cocaína, independentemente do uso de álcool. | Alta cocaína e álcool ou comorbidade estão relacionados a maiores níveis de transtornos psiquiátricos. As mulheres precisam ser avaliadas no início do encarceramento e receber tratamento do serviço de saúde mental. |
| Gunter, et al. (2008) | Estimar a prevalência de transtornos mental e aditivo. | 320 homens e mulheres recentemente presos não violentos; 56 mulheres (18%); Randomização simples. | MINI-PLUS DSM-IV. | - Mais de 90% dos presos atingem os critérios para um transtorno psiquiátrico atual ou ao logo da vida; - Transtorno de uso de substância (90% - 63,3% homens e 55,4% mulheres) - Transtorno de humor (54%); - Risco de suicídio (30%). | Transtornos mental e aditivo são comuns entre encarcerados, que possuem risco de comportamento suicida. |

Notas= LCD-2:Lifetime Parasuicide Count-2; SCID-II PQ: Personality Questionnaire; TAAD: Triage Assessment for Addictive Disorders; BDI II: Beck Depression Inventory; BHS: Beck Hopelessness Scale; CTQ: Childhood Trauma Questionnaire; RFL: Reasons for Living; COPE: Coping Styles; DSM-IV: Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais; SOBI-St: assessment of sociodemographic data; SCAN: Schedules for Clinical assessment in Neuropsychiatry; IPDE: International Personality Disorders Examination; SMHWB: Survey of Mental Health Study; PDQ-4: Personality Disorder Questionnaire; CID-10: Código Internacional de Doenças; SADS-L: Schedule for Schizophrenia and Affective Disorders, Lifetime version; SODQ: Severity of Dependence Questionnaire; ESPAD: European School Survey Project on Alcohol and Drugs; BSI: Brief Symptom Inventory, MINI-PLUS: Mini-International Neuropsychiatric Interview-Plus.

2. Países pesquisados

Com relação aos países em que foi realizada a pesquisa, os Estados Unidos possuem o maior número de estudos, conforme os artigos publicados no refinamento final.

Tabela 3: Distribuição dos Artigos Localizados nas Bases de Dados por País

| <i>País</i> | <i>Artigos</i> | <i>%</i> |
|--------------------|----------------|----------|
| Estados Unidos | 4 | 36,4 |
| Alemanha | 2 | 18,2 |
| Austrália | 2 | 18,2 |
| Irlanda | 1 | 9,09 |
| Europa (27 países) | 1 | 9,09 |
| Lituânia | 1 | 9,09 |
| Total | 11 | 100 |

3. A metodologia dos estudos

A terceira dimensão de análise engloba a metodologia empregada nos estudos (tabela 2). Observou-se que os estudos apresentam heterogeneidade na metodologia com relação à amostragem, aos instrumentos utilizados e às diversas limitações metodológicas presentes.

A respeito do tipo de amostragem, uma parte dos estudos foi constituída por amostras de ambos os sexos (4); os outros foram constituídos somente por amostra feminina (7). Estas amostras femininas variaram de 49 a 908 participantes, sendo que um dos estudos não mencionou o número total de amostra. Em dois estudos não foi possível identificar a escolha amostral; os outros variaram entre técnica randomizada e por conveniência.

Com relação aos instrumentos utilizados, uma parte dos estudos usou instrumentos de diagnóstico validado, baseados em manual de classificação diagnóstica (6), sendo que em uma das pesquisas consta um dos instrumentos sem validação clínica (substâncias psicoativas). Outros estudos desenvolveram questionários estruturados que não incluem avaliação clínica padronizada e nem permite classificação diagnóstica. Evidenciou-se que há mais estudos com pequenas amostras que possuíam instrumentos clínicos, com um número maior de medidas, abrangendo mais variáveis.

Com relação às limitações dos estudos que podem influenciar os resultados, foram apontados os seguintes problemas:

- Alguns critérios de exclusão: as encarceradas que permanecem em celas isoladas e as que foram internadas em hospitais psiquiátricos poderiam apresentar maiores níveis de distúrbios emocionais, bem como as participantes que não falam fluentemente a língua do país que, devido à sua imigração, poderia estar associado a estressores (Tye e Mullen, 2006);

presos violentos (Gunter, et al., 2008); ou indivíduos internados em hospitais forenses (Watzke, Ullrich & Marneros 2006);

- A instituição penal passou por um estado de desorganização e com mudanças administrativas, o que pode trazer inquietação e influenciar as taxas de transtornos mentais (Tye & Mullen, 2006)

- Problema na condução da pesquisa, devido a experiências negativas das participantes com outras pesquisas, como fazer parte de estudos com outras finalidades e sem relevância para elas (Tye & Mullen, 2006);

- A validade das respostas, através do método auto-relatado, pode minimizar ou maximizar as informações em função das peculiaridades do sistema prisional; é improvável que os dados validados e confiáveis estivessem realisticamente disponíveis em relação ao uso de substâncias psicoativas atual por presos. Eles provavelmente não revelam uso durante intervenções clínicas ou avaliação (Chapman, Arndt & Wenman, 2005; Gunter, et al., 2008);

- Design transversal fica obscuro se os fatos ocorreram concomitantemente com o comportamento suicida associado ou se os participantes relataram comportamento suicida atual ou futuro (Chapman, et al., 2005); também, auto-relatos não foram corroborados com registros clínicos (Blitz, Wolff & Paap, 2006).

- A amostra constituiu-se de presos recém-ingressados (Gunter, et al., 2008);

- A amostra pequena torna a eficácia insuficiente para detectar diferenças significativas entre homem e mulher (Gunter, et al., 2008);

- Participantes que não aceitaram fazer parte do estudo talvez sofressem de perturbações mais severas (Watzke, et al., 2006);

- Escalas não-validadas (Johnson, 2006; Blitz, et al., 2006)

4. Variáveis relacionadas

A respeito dos cruzamentos de variáveis, a maioria dos estudos (10) abordou dados demográficos, tais como idade, estado civil, filhos, nível de escolaridade, ocupação e etnia. Somente uma pesquisa – em que participaram 25 países e regiões autônomas da Europa – foi efetivada a partir de dados disponíveis sobre a prevalência de usuárias de substâncias psicoativas na prisão, sem contato direto com os participantes.

As variáveis mais comuns entre os estudos foram problemas socioeconômicos que englobam condições de vida-moradia e ambiente social (Narkauskaitė, Juozulynas, Mackiewicz, Surkiene, & Prapiestis 2007; Johnson, 2006; Wright, et al., 2006; Von Schonfeld, et al., 2006); problemas de uso de substâncias psicoativas/álcool ou transtornos mentais por membros da família ou amigos (Narkauskaitė, et al., 2007; Johnson, 2006; Gunter, et al., 2008); abuso emocional, físico, sexual ou negligência na infância/vida adulta (Chapman, et al., 2005; Johnson, 2006; Tye & Mullen, 2006; Blitz, et al., 2006); história prisional-criminal (Chapman, et al., 2005; Johnson, 2006; Wright, et al., 2006; Von Schonfeld, et al., 2006; Gunter, et al., 2008); história de tratamento para saúde mental (Tye & Mullen, 2006; Wright, et al., 2006; Blitz, et al., 2006); transtornos de personalidade (Chapman, et al., 2005; Tye & Mullen, 2006; Von Schonfeld, et al., 2006; Watzke, et al., 2006)); tentativa de suicídio passado e atual (Chapman, et al., 2005; Wright, et al., 2006; Gunter, et al., 2008); e problemas de saúde, história médica, comportamento de auto-risco e doenças infecciosas (Wright, et al., 2006; Von Schonfeld, et al., 2006).

5. Resultados e conclusões dos estudos

5.1 A prevalência

Diferenças entre homens e mulheres encarcerados

Os estudos mostram, de forma geral, altas taxas de prevalência de transtornos mentais do eixo I do DSM-IV nos prisioneiros, sendo que os relacionados com substâncias psicoativas são os mais elevados. Embora o objetivo deste estudo não fosse analisar as diferenças de gênero, serão descritas algumas características inseridas em alguns estudos para uma melhor compreensão da criminalidade feminina.

As diferenças centram-se no transtorno relacionado ao uso de álcool que foi maior entre os homens (Von Schonfeld, et al., 2006; Watzke, et al., 2006; Gunter, et al., 2008); a mulher apresenta uma maior prevalência de transtorno de humor e ansiedade (Von Schonfeld, et al., 2006; Watzke, et al., 2006); um desses estudos acrescenta maior prevalência de transtorno de personalidade borderline em mulheres e transtorno de personalidade anti-social em homens; o outro menciona maior prevalência de transtorno de estresse pós-traumático em mulheres. Ainda refere-se que há diferenças substanciais entre infratores violentos e não-violentos, sendo que os violentos apresentam prevalência de transtorno de personalidade anti-social e uso de álcool, o que indica que homens podem cometer mais crimes violentos do que as mulheres.

Wright et al. (2006) aponta que o excesso de doenças mentais na amostra feminina, se comparado com a amostra masculina, é encontrado predominantemente nos transtornos afetivos. Com relação ao uso de substâncias psicótivas, um dos estudos menciona apenas 13% de prevalência do uso de substância por homens dentro da prisão e nenhuma mulher referiu uso, sendo que 35,3% relatam que usaram substâncias psicoativas pela primeira vez na cadeia (Narkauskaité, 2007). Assim, estes dados parecem estar subestimados, comparados com as

taxas de uso de substâncias psicoativas; a mulher pode ter mais dificuldades em relatar dados com mais veracidade.

Mulheres encarceradas

As taxas de transtornos mentais foram significativamente mais elevadas na amostra de presas do que na amostra da população geral (Tye & Mullen, 2006), confirmando diversos estudos que apontam que a maior discrepância entre os dois grupos foi encontrada pelos transtornos de uso de substância e de personalidade borderline. Além disso, as presas pesquisadas representam um grupo desvantajoso com altas taxas de desemprego, baixos níveis educacionais e de maioria indígena. Tais fatos podem explicar em parte as elevadas taxas de transtornos mentais na população carcerária (Tye & Mullen, 2006).

A tabela 4 mostra os dados de prevalência de substâncias psicoativas e depressão. Embora cada estudo aborde diferentes enfoques com relação ao uso ou dependência, a prevalência mostra-se elevada.

Tabela 4: Prevalência de Substâncias Psicoativas e Depressão em Prisioneiros

| <i>Estudo</i> | <i>Substâncias psicoativas (SPA)</i> | <i>Depressão</i> |
|------------------------------|--|--|
| Zurhold & Haasen (2005) | Uso de SPA (10-70%). | Não consta. |
| Chapman, et al. (2005) | Transtorno de dependência de SPA (69,5%). | Depressão clinicamente significativa (BDI) (18%); Disforia (BDI) (68,6%). |
| Von Schonfeld, et al. (2006) | Dependência de SPA – ao longo da vida (69,8%). | Transtorno depressão maior (15,9%); Distímia ao longo da vida (12,7%). |
| Watzke, et al. (2006) | Transtornos comportamentais e mentais devido ao uso de SPA (18,4%). | Transtorno depressivo (12,2%). |
| Tye e Mullen (2006) | Transtorno do uso de SPA (57%). | Transtorno depressão maior (45%). |
| Wright, et al. (2006) | Transtorno de dependência de SPA (48,4%); Mulheres recém-presas- abuso e dependência (65,5%); Dependência de SPA seis meses antes da prisão (já presas) (46%). | Transtorno depressão maior (mulheres recém-presas) (43%); Transtorno depressão maior (já presas) (12%). |

| | | |
|-----------------------------|---|---|
| Johnson H. (2006) | Dependência de SPA seis meses antes da prisão (41%). | Não consta; Problema de saúde mental ou emocional seis meses antes da prisão (73%). |
| Blitz, et al. (2006) | Necessidade de tratamento para abuso de SPA (22%). | Não consta; Necessidades de tratamento para problemas de saúde mental (47%). |
| Narkauskaitė, et al. (2007) | Todas negaram uso atual, sendo que 31% já usaram SPA no passado. | Não consta. |
| Velásquez, et al. (2007) | Uso de cocaína (54,2%); Uso de cocaína três meses antes do encarceramento (52,9%). | Não consta. |
| Gunter, et al. (2008) | Transtorno do uso de SPA ao longo da vida (75%); Transtorno do uso de SPA atual (55,4%). | Transtorno depressão maior ao longo da vida (26,8%); Transtorno depressão maior atual (14,3%). |

Com relação aos transtornos mentais em geral, as maiores prevalências de transtornos nas mulheres presas foram o do uso de substâncias psicoativas, depressão maior, transtorno de personalidade e transtorno de estresse pós-traumático (Tye & Mullen, 2006). Em um estudo que investigou somente transtorno de personalidade borderline e anti-social, dependência de substância psicoativa e álcool, disforia e tentativa de suicídio passado, todos encontraram-se com taxas elevadas (Chapman, et al., 2005).

Evidencia-se uma alta prevalência de comorbidade entre as mulheres encarceradas, variando aproximadamente de 30% a 80%, foi relacionada em dez estudos, e o transtorno do uso de substâncias psicoativas é o que prevalece. Observou-se uma associação significativa entre dependência de substância e problemas de saúde mental: as mulheres com problemas de saúde mental eram mais propensas à dependência de substâncias psicoativas, (Johnson, 2006). Além disso, Velásquez, Sternberg e Mullen (2007) conclui que os transtornos psiquiátricos foram mais elevados em mulheres que usam cocaína com maior frequência, tendo assim, uma associação entre a severidade do uso e problemas de saúde mental.

Os estudos apontam prevalências similares entre transtornos mentais ao longo da vida e atual, o que indica que não foi a prisão que levou as encarceradas a adquirir tais transtornos. Segundo Tye e Mullen (2006), as mulheres chegam à prisão com altos níveis de múltiplos transtornos mentais, comparadas com a comunidade geral. Não parece que sua saúde mental possa ser atribuída exclusivamente ao estresse do aprisionamento, porém é provável que seus transtornos preexistentes sejam exacerbados dentro do ambiente prisional. Este estudo não encontrou diferença significativa nas taxas de transtorno mental entre as mulheres que foram encarceradas pela primeira vez e as que já haviam sido encarceradas, bem como também não houve diferença das presas provisórias das presas condenadas, ou das que permanecem reclusa menos que três meses ou mais. Estes achados são confirmados em outros estudos que mostraram que não houve diferenças entre presas recentemente reclusas, sendo as taxas de transtornos mentais similares às dos encarcerados há mais tempo (Gunter, et al., 2008).

Este dado também é descrito por Blitz et al. (2006): mais da metade da amostra trabalhada menciona necessidade de tratamento anterior ao aprisionamento; destas, praticamente a maioria relatou necessitar de tratamento para abuso de substância ou estar em comorbidade com problemas de saúde mental. Velásquez et al. (2007) também refere que mais da metade da amostra pesquisada usou cocaína e 84,6% usou álcool seis meses antes do encarceramento. Porém o estudo de Wright et al. (2006) enfatiza que transtorno depressivo e ansiedade foram mais comuns na amostra que já estava reclusa do que na amostra recentemente encarcerada.

Destaca-se o estudo de Zurhold e Haasen (2005), no qual foram coletados dados disponíveis em 27 países e estados autônomos da Europa. Os resultados revelam um número significativo de dados incompletos disponíveis nas instituições penais para completar o questionário enviado para cada país. Observa-se que há uma grande variedade do número de

prisioneiras em toda a Europa. Em um número extensivo de nações, o relato é da presença de 200 a 500 prisioneiras, porém há pequenos países com uma média bem mais baixa, com aproximadamente de 20 a 30 presas (Chipre, Luxemburgo e Malta), enquanto grandes países (França, Alemanha, Itália e Polônia) têm um número muito alto de mulheres encarceradas, variando de 1000 a 2500). Outros têm um número desproporcional de prisioneiras (Inglaterra e País de Gales), com aproximadamente 4300 mulheres. Por conseguinte, é provável que nesses locais o aprisionamento de mulheres seja relativamente de grande escala, apresente acompanhamento e seja bem documentado em relação aos problemas de saúde.

Dos 27 países, 17 forneceram dados de prevalência de usuárias de substâncias psicoativas no ano de 2002. Em uma parte a prevalência foi de 10% a 30% (Alemanha, Letônia, Lituânia, Luxemburgo Eslovênia, Malta, Itália, República Checa e Eslováquia), outra metade foi de 40% a 60% (Irlanda, Inglaterra, País de Gales, Grécia, Estônia, Espanha, Dinamarca, Holanda) e com maior prevalência foi de 70% (Finlândia). Os autores do estudo salientam que alguns problemas dificultaram a análise dos dados em função da variação de definição da terminologia “uso de drogas” e dos métodos específicos para identificar usuárias de substâncias psicoativas. Assim os resultados devem ser tratados com cautela.

Os dados mostram também alta prevalência de história de substâncias psicoativas antes do aprisionamento, e não revelam as taxas do uso dentro da prisão, evidenciando-se dados subestimados de prevalência durante o aprisionamento em contraste com outras pesquisas. Ainda nos países com alta incidência de mulheres com história de uso, não há informações disponíveis ou são apresentadas taxas extremamente baixas, contrastado com dados elevados de usuárias.

Observa-se que somente um estudo (Narkauskaitė, et al., 2007) identifica que mais da metade da amostra de prisioneiros tem fácil acesso a substâncias psicotrópicas dentro da

prisão, porém os presos não quiseram revelar o meio de acesso. Assim, as substâncias psicoativas são frequentemente usadas devido ao seu impacto psicológico, tornando a disponibilidade em instituições penais um problema mundial. Este mesmo estudo aponta que o motivo mais importante para usar substâncias é o distanciamento dos problemas, envolvendo o encarceramento, a relação com outros presos e funcionários e com a administração. Em contrapartida, um número bem menor diz usar por diversão. Dessa forma, as substâncias psicoativas são estimuladas no sentido de aliviar as dificuldades relacionadas com o encarceramento e isolamento, o que é confirmado pela literatura, pois esta é uma experiência específica que requer mudanças drásticas na vida, consistindo em uma danificação psicológica. Porém, ao mesmo tempo, os presos mencionam o medo de voltar à vida livre, porque na prisão eles se sentem socialmente seguros.

Nesse sentido, evidencia-se nos estudos uma alta prevalência de história de uso de substâncias psicoativas antes do aprisionamento, contrastada com os dados de prevalência durante o aprisionamento. Assim, alguns estudos não informam dados sobre a prevalência atual do uso (Johnson, 2006), e outros parecem baixos, em relação à prevalência passada.

5.2 Fatores associados

A maioria dos estudos aponta que as mulheres encarceradas na maior parte são solteiras, jovens, têm filhos, nível de escolaridade baixa e estavam desempregadas antes do encarceramento (Tye & Mullen, 2006; Wright, et al., 2006; Gunter, et al., 2008) e também têm história de problemas de moradia (Wright, et al., 2006).

Percebe-se que o curso de transtornos psicológicos e comportamentais é influenciado pelo nível social e econômico do indivíduo. Os resultados deste estudo conferem que quanto mais escolaridade os presos possuem, melhor é o enfrentamento do estresse do

aprisionamento. Na pesquisa de Narkauskaitė et al. (2007), a maioria da amostra tinha um nível educacional mais baixo e não possuía um emprego de horário integral – e, assim, o desemprego levaria ao uso de substâncias psicoativas e álcool.

Dentre os fatores associados com a dependência de substância está o sustento financeiro através do crime ou da prostituição. Tal estilo de vida coloca a mulher em risco significativo de vitimização violenta, exploração e problemas de saúde associados com crime, substâncias psicoativas e prostituição. Para muitas encarceradas (um terço da amostra de 471 mulheres), crime e prostituição são para pagar o seu hábito de usar substâncias psicoativas ou mesmo para seu sustento, já que o próprio fato de consumir substâncias e/ou ter problemas de saúde mental prejudica suas habilidades para manter-se em emprego legalizado (Johnson, 2006). Além disso, observa-se uma alta taxa de mulheres encarceradas com história de abuso (sexual, emocional ou físico) e/ou negligência, tanto na infância como na vida adulta (Chapman, et al., 2005; Johnson, 2006; Tye & Mullen, 2006; Blitz, et al., 2006) bem como tendo exposição à substância psicoativa em idade precoce por membros da família.

Foi encontrada alta prevalência de história familiar com problemas de saúde mental e dependência de substâncias psicoativas (Chapman, et al., 2005). Tais fatores podem contribuir e apresentar uma relação significativa com problemas de dependência de substâncias, de saúde mental e de comorbidades entre essas mulheres, o que foi confirmado pelos estudos em análise. Uma alta taxa de mulheres (73%) relata que teve algum tipo de problema emocional ou mental que significativamente interferiu nas suas vidas seis meses antes da prisão; grande parte delas (62%) usava substâncias psicoativas regularmente na época do crime. Nesse sentido identifica-se uma forte relação da dependência de substâncias psicoativas e problemas de saúde mental. Portanto há a hipótese de que as altas taxas de abuso e negligência podem contribuir para maiores taxas de transtornos mentais (Johnson, 2006; Tye & Mullen, 2006).

Evidencia-se também alta incidência de tentativa de suicídio passado, o que foi positivamente associado com transtorno de personalidade, desesperança, depressão, abuso físico/emocional infantil e história familiar de transtorno de humor e tentativa de suicídio (Chapman, et al., 2005).

A alta prevalência de doenças infecciosas em ambas as amostras de presas – as recentemente ingressas e as presas há mais tempo – mostra que o comportamento de risco já estava presente quando elas estavam na comunidade, e está relacionado com uso de substâncias injetáveis, através de troca de seringas (Wright, et al., 2006). Este dado também é confirmado pelo estudo de Narkauskaitė et al. (2007), o qual menciona que a metade dos usuários de substância tem história de uso injetável, estimulando comportamentos perigosos.

5.3 Tratamento e recuperação dos prisioneiros

Alguns estudos sugerem a necessidade de intervenções precoces para detectar e tratar o abuso de substância na população em geral, tendo em vista reduzir os prejuízos associados à dependência de substâncias psicoativas por outros membros da família do usuário. O risco de dependência química concomitante com problemas de saúde mental é elevado para as mulheres jovens de idade procriativa nesta amostra (como na amostra de todos os estudos apresentados) e o risco de problemas de saúde mental é maior para mulheres com filhos. Assim, intervenções e suporte são justificados para os filhos de mulheres encarceradas, para prevenir a continuação dos efeitos intergeracionais (Johnson, 2006).

Os altos níveis de doença mental podem indicar que esses problemas não se resolvem durante o período de prisionização; ao contrário, poderão aumentar. Os tratamentos são escassos, mais incompletos do que os disponíveis na comunidade. Prisioneiros doentes, profundamente perturbados mentalmente, são frequentemente confinados em celas isoladas; a

eles é fornecido somente contenção e nenhum benefício terapêutico. Uma alternativa, segundo os autores, seria focar na multidisciplinaridade de atenção, bem como a implementação de serviços mais eficientes na comunidade (Johnson, 2006). Este entendimento também é corroborado por Narkauskaitė et al. (2007) o qual refere que a maioria dos presos aditivos de substâncias psicoativas tem desejo de parar com o uso, mas sente falta de um incentivo exterior, através de um suporte da sociedade, de membros da família e de amigos. Os dados levantam preocupações sobre a adequação de programas para transtornos mentais e aditivos nas prisões – é urgente a necessidade de serviços de tratamento (Gunter, et al., 2008).

Devido aos variados problemas relativos à mulher presa, Zurhold e Haasen (2005) apontam que as presas frequentemente não têm somente problemas com dependência de substâncias psicoativas, mas também transtornos psicológicos, precárias condições de saúde e uma falta de suporte, combinados a uma necessidade por psicoeducação e treinamento de habilidades e intervenções sistemáticas para prepará-las para a vida em sociedade.

Gunter et al. (2008) menciona que embora seja necessário conhecer as taxas de prevalência de transtornos mentais ao longo da vida, os dados sobre as desordens atuais são mais importantes em termos de planejamento porque essas são as condições que podem requerer urgente atenção. Também seria importante a implementação de legislação de saúde mental e serviços que facilitariam o afastamento de indivíduos mentalmente perturbados do sistema de justiça criminal, levando-os ao tratamento nos serviços psiquiátricos na comunidade.

DISCUSSÃO

As diferenças metodológicas dos estudos com relação aos problemas envolvendo substâncias psicoativas e outros transtornos mentais, principalmente relacionados com a

depressão, podem interferir na apresentação dos resultados. Assim, os resultados expostos não podem ser entendidos com precisão, mas como estimativa. As diversas limitações decorrentes das peculiaridades do ambiente prisional influenciam diretamente a coleta de informações, incluindo as taxas referentes à prevalência do uso de substâncias psicoativas atuais. Ou seja, as limitações dos estudos resultam em dados que parecem estar sendo subestimadas dentro da prisão, tendo em vista que tanto os prisioneiros quanto os próprios dirigentes responsáveis se mostram receosos em relatar com mais fidedignidade a prevalência. Embora somente um dos estudos tenha mencionado o acesso fácil de substâncias psicoativas e uso durante a prisionização, a literatura aponta uma alta prevalência disto dentro da prisão - os presos que usaram um mês antes do aprisionamento têm mais chance de usar no primeiro mês depois do aprisionamento (Strang, et al., 2006).

Estes dados são confirmados pelo estudo de Rezza et al. (2005), em que mais da metade da amostra de presos recentes mencionou ter usado substâncias psicoativas um mês antes do encarceramento. No entanto este estudo não coletou informações acerca do uso dentro das prisões para evitar problemas médico-legais relacionados com os prisioneiros.

A análise dos estudos mostra que os problemas ligados à saúde mental entre as prisioneiras ocorreram antes do encarceramento. Desse modo, pode-se pensar que não foi o aprisionamento que desencadeou tais problemas, mas a história prévia dessas mulheres pode contribuir para torná-las mais suscetíveis de terem sua saúde mental prejudicada. Isto é confirmado por Rezza et al. (2005), para quem a utilização de heroína injetável em pessoas que entram na prisão explica a alta prevalência de HIV e outras infecções.

As recém-ingressadas, comparadas com as presas há mais tempo, apresentam poucas diferenças significativas, principalmente relacionando taxas de psicose e problemas com uso de substância. Pode-se deduzir que a prevalência de doença mental nessa população pode ser

comparada à da comunidade. Esta constatação pode ser relacionada com o estudo de Belenko e Peught (2005), os quais mencionam que alguns problemas estão relacionados com a severidade do uso de substâncias psicoativas, tais como problemas psicológicos, história de abuso sexual e físico, baixa escolaridade, problemas de desemprego e de moradia.

Os estudos trabalhados apontam uma alta prevalência de história de abuso entre as mulheres encarceradas e associam com problemas de saúde mental. Este dado é confirmado pelo estudo de Messina e Grella (2006) que indica que eventos traumáticos infantis foram significativamente e positivamente associados com problemas de saúde mental. Dessa forma, a presente pesquisa revelou que fatores da vida pregressa das mulheres encarceradas parecem estar associados ao uso de substâncias psicoativas e sintomas depressivos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da heterogeneidade da metodologia dos estudos, torna-se difícil uma comparação entre eles. Um dos vieses para a análise dos artigos descritos é a diversidade da seleção da amostra e instrumentos utilizados, bem como as limitações dos estudos pode subestimar ou superestimar os resultados encontrados. Com relação à comparação entre as amostras feminina e masculina, os dados não apontam muitas diferenças. Isso pode estar relacionado com a amostra reduzida de presos, o que dificulta uma representação mais abrangente e fidedigna dos dados. Os próprios estudos mencionam tal limitação. As próprias diferenças de cada instituição penal, as questões políticas e administrativas no momento da coleta e as políticas públicas de cada estado ou país, que podem influenciar os dados obtidos.

Evidencia-se um reduzido número de estudos que relacionam a prevalência de transtornos com o uso de substâncias; menos ainda a respeito da depressão, com amostras de encarcerados do sexo feminino. Embora as pesquisas indiquem elevadas taxas de uso de

substâncias e de depressão entre as prisioneiras, poucas ocorreram com um número abrangente de mulheres, utilizando instrumentos e a pesquisa sendo realizada dentro das instituições penais.

Além disso, supõe-se que haja escassos estudos a respeito de prevalência de transtornos mentais na população prisional brasileira, tendo em vista que não foi encontrado nenhum estudo de prevalência anexado em bases de dados computadorizadas. A partir disso, evidencia-se uma carência de informações sobre a saúde mental dos prisioneiros, e a necessidade de estudos nesta área. Essa deficiência dificulta o desenvolvimento de ações para reduzir e prevenir a violência. Os estudos apontaram as dificuldades frente ao tratamento de presos, o que pode estar associado ao despreparo profissional de trabalhar com esta população, bem como a falta de investimento dos órgãos repensáveis pela políticas públicas de saúde mental para ampliar e aperfeiçoar o serviço para esta população.

Percebe-se que é alarmante o problema dos prisioneiros com relação às substâncias psicoativas, abrangendo níveis mundiais de prevalência, parecendo ultrapassar os resultados do presente estudo. O uso, o abuso e a dependência de substâncias psicoativas são as principais desordens e comorbidades entre os transtornos. Dessa maneira o foco deveria ser na prevenção primária, secundária e terciária, tanto na comunidade como no sistema prisional, para, assim, reduzir o número de pessoas que apresentam problemas emocionais e que se tornam mais suscetíveis de se envolverem com crimes.

A necessidade de pesquisas no âmbito prisional é primordial para compreender a maneira como cada fator está associado com a criminalidade feminina. Este é um dos passos fundamentais para os profissionais pesquisadores em saúde pública para desenvolver estratégias de tratamento e prevenção.

REFERÊNCIAS

- Assadi, S. M., Noroozian, M., Pakravannejad, M., Yahyazadeh, O., Aghyan, S., Shariat, V. S., Fazel, S. (2006). Psychiatric morbidity among prisoners: prevalence study in Iran. *British Journal of Psychiatry*, 188, 159-164.
- Belenko, S. & Peught, J. (2005). Estimating drug treatment needs among state prison inmates. *Drug and Alcohol Dependence*, 77, 269-281.
- Blitz L. C., Wolff, N. & Paap, K. (2006). Availability of Behavioral health Treatment for Women in prison. *Psychiatric Services*, 57, 356-360.
- Cerqueira, D. & Lobão, W. (2004). Determinantes da Criminalidade: Arcabouços Teóricos e Resultados Empíricos. *Dados-Revista de Ciências Sociais*, 47 (2), 233-269.
- Chalub, M, Telles, L. E. B. (2006). Álcool, drogas e crime. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28, (2), 69-73.
- Chapman, L. A., Specht W. M. & Cellucci T. (2005). Factors Associated with suicide attempts in Female Inmates: the hegemony of hopelessness. *Suicide & Life – Threatening Behavior*, 35, (5), 558-568.
- Goffman, E. (1992). *Manicômios, Prisões e Conventos*. São Paulo: Perspectiva.
- Gunter, D. T., Arndt, S., Wenman, G., Allen, J., Loveless, P., Sieleni, B. & Black, W. D. (2008). Frequency of Mental and Addictive Disorders Among 320 Men and Women Entering the Iowa Prison System: Use of the MINI-Plus. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 36, 27-34.
- Johnson H. (2006). Concurrent drug and alcohol dependency and mental health problems among incarcerated women. *The Australian and New Zealand Journal of Criminology*, 39, (2), 190-217.
- Lewis, C. (2006). Treating incarcerated women: gender matters. *The Psychiatric Clinics of North America*, 29 (3), 773-789.
- Messina, N. & Grella, C. (2006). Childhood Trauma and Women's Health Outcomes in a California Prison Population. *American Journal of Public Health*, 96, 10.
- Narkauskaitė, L., Juozulynas, A., Mackiewicz, Z., Surkiene, G. & Prapiestis, J. (2007). The prevalence of psychotropic substance use and its influencing factors its influencing factors in Lithuanian penitentiaries. *Medical Science Monitor*, 13 (3), 131-135.
- Watzke, S., Ullrich, S. & Marneros, A. (2006). Gender – and violence- related prevalence of mental disorders in prisoners. *European. Archives of Psychiatry and Clinical. Neuroscience*, 256, 414-421.

Wright, B., Duffy, D., Curtin, K., Linehan, S., Monks, S. & Kennedy, G. H. (2006). Psychiatric morbidity among women prisoners newly committed and amongst remanded and sentenced. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 23, (2), 47-53.

Rezza, G., Scalia Tomba, G., Martucci, P., Massella, M., Noto, R., De Risio, A., Brunetti, B., Ardita, S., Starnini, G. (2005). Prevalence of the use of old and new drugs among new entrants in Italian prisons. *Ann Ist Super Sanita* 41(2), 239-45.

Strang, J., Gossop, M. Heuston, J., Green, J., Whiteley, C. & Maden, A. (2006). Persistence of drug use during imprisonment: relationship of drug type, recency of use and severity of dependence to use of heroin, cocaine and amphetamine in prison. *Addiction* 101(8), 1125-32.

Thompson, A. (1998). *A questão Penitenciária*. Forense: Rio de Janeiro.

Tye, S. C. & Mullen, E. P. (2006). Mental Disorders in Female prisoners. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 266-271.

Valença, A. M. & Moraes, T. M. (2006). Relação entre homicídio e transtornos mentais. *Revista de Brasileira de Psiquiatria*, 28 (2), 62-68.

Velásquez, M. M., Sternberg, V. K., Mullen, D. P., Carbonari, P. J. & Kan, Y. L. (2007). Psychiatric distress in incarcerated women with recent cocaine and alcohol abuse. *Women's Health Issues*, 17, 264-272.

Von Schonfeld, C. E., Schneider, F.; Schröder, T., Widmann B., Botthof, U., & Driessen, M. (2006). Prävalenz psychischer Störungen, Psychopathologie und Behandlungsbedarf bei weiblichen und männlichen Gefangenen. *Nervenarzt*, 77, (7), 830-41.

Zurhold, H. & Haasen, C. (2005). Women in prison: Responses of European prison systems to problematic drug users. *International Journal of Prisoners Health*, 1 (2-4), 127-141.

CAPÍTULO III

ESTUDO EMPÍRICO I

QUEM SÃO AS MULHERES ENCARCERADAS?

INTRODUÇÃO

Os altos índices de violência e criminalidade em nossa sociedade refletem no aumento gradativo de prisioneiros e na prevalência de transtornos mentais da população carcerária, o que pode ser visto como um problema de saúde pública mundial. Segundo os dados do International Center for Prison Studies (2007), o Brasil está em quarto lugar no ranking dos países com maior população carcerária (422.590, sendo 19.034 mulheres). Os primeiros países são: Estados Unidos (2.299.116 presos), China (1.565.771) e Rússia (894.855). Além do número de presos elevado em nosso país, observa-se um crescimento significativo e gradativo da população carcerária, duplicando no período de sete anos, tendo em vista que no ano de 2000 a população total de presos era constituída por 232.755 (sendo 10.112 mulheres) presos condenados e provisórios (Infopen, 2008).

Com relação ao número de mulheres presas, embora seja muito reduzido em comparação ao de homens, somente no estado do Rio Grande do Sul, a população feminina triplicou praticamente nos últimos sete anos, passando de 377 para 1.060 reclusas (Mapa Carcerário, 2007). No Brasil, nos últimos quatro anos, houve um aumento da população carcerária feminina em 37,47%, representando um crescimento anual de 11,99%. Dessa forma o crescimento da população feminina tem sido maior que a população masculina, estimando que no ano de 2012 a população feminina representará 7,65% – atualmente representa 6,12% no país (Infopen, 2008).

Segundo Frinhani e Souza (2005), os dados que tratam a criminalidade feminina brasileira são escassos e pouco reveladores da real dimensão deste fenômeno social. Tendo em vista que as mulheres são uma parcela muito reduzida do universo de presos, poucos estudos são realizados no sentido de compreender as motivações e as circunstâncias em que

ocorreram os crimes praticados por mulheres. Assim, não existem iniciativas no sentido de prevenir a criminalidade feminina, que vem crescendo gradativamente.

Diversos estudos consideram que os prisioneiros possuem taxas mais elevadas de problemas mentais comparados com a comunidade em geral (Butler, Allnutt, Cain, Owens & Muller, 2005; Gunter, et al., 2008). Além disso, as estimativas de transtornos mentais nas mulheres são maiores do que nos homens, com exceção do transtorno de personalidade anti-social (Trestman, Ford, Zhang & Wiesbrock, 2007). Este dado é confirmado por Lewis (2006), que aponta que além do contraste das diferenças nas taxas de dependência de substâncias psicoativas entre prisioneiros em comparação com a população da comunidade, a prevalência nas mulheres encarceradas é ainda maior do que nos homens. As pesquisas descrevem que as presas têm um elevado grau de comorbidade psicopatológica, dependência de substância, transtorno de estresse pós-traumático, transtorno de personalidade anti-social e depressão maior. As encarceradas são também mais propensas a ter experiências traumáticas, incluindo abuso físico e sexual precoce. Diversos estudos apontam uma estimativa de que um a dois terços de todas as mulheres encarceradas necessitam de tratamento de saúde mental; aproximadamente um quinto tem uma história de uso de medicação psicotrópica.

Além de todos os fatores apontados, o estudo *Women in Prison* (2008) aponta que as prisioneiras são diferentes dos homens por diversos motivos, tais como: o padrão dos crimes das mulheres, que impõe um menor nível de risco à comunidade; é provável que as mulheres sejam mais responsáveis pelo cuidado dos filhos e pela manutenção da casa do que os homens. Por causa disso, o impacto da prisão é desproporcionalmente mais grave para as prisioneiras, freqüentemente resultando na perda do lar e em dano grave na vida de seus filhos. Além disso, a mulher sofre uma cadeia mais grave de exclusão social do que o homem, apresentando altos níveis de abuso e violência doméstica e problema de saúde mental – a prisão é conhecida por ter implicações psicológicas graves para mulheres, sendo comuns

comportamentos autodestrutivos em todas as prisões femininas. Outro aspecto, apontado por Covington (2007), é que a mulher tem maior risco de ingressar na prisão com doenças sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS por causa de seu maior envolvimento com a prostituição e história de abuso sexual.

A população carcerária, além de apresentar as características referidas, pode apresentar uma saúde mental mais suscetível ao agravamento e aumento de casos, decorrentes da vulnerabilidade que se encontra diante do ambiente carcerário. Diante do exposto, evidencia-se que os aspectos biopsicossociais podem estar associados à conduta criminosa. Este estudo abordará mais precisamente os aspectos psicológicos, com o objetivo de identificar as características sociodemográficas e clínicas, a prevalência de sintomas depressivos e de desesperança, e o uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas em mulheres encarceradas, relacionando os dados obtidos. A partir dos resultados, busca-se contribuir para o desenvolvimento de ações preventivas da criminalidade e para intervenções no sistema prisional, incluindo uma contribuição para uma reflexão a cerca da elaboração de políticas públicas de saúde.

MÉTODO

Delineamento:

Foi realizada uma pesquisa com delineamento quantitativo, através de um estudo transversal e descritivo.

Amostra:

A amostra foi constituída por 287 mulheres recolhidas na Penitenciária Feminina Madre Pelletier, na cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Esta é a única penitenciária de regime fechado exclusiva para mulheres no estado. No mês de dezembro de 2007, a instituição estava constituída por 368 mulheres, as quais representavam

aproximadamente 35% da população feminina de prisioneiras totais do Rio Grande do Sul. O restante das mulheres encarceradas está distribuído em duas casas prisionais, de regime semi-aberto e aberto. As outras encontram-se distribuídas em celas femininas de prisões masculinas.

Instrumentos:

Ficha de Dados Sociodemográficos e Clínicos:

Foi composta de escolaridade, estado civil, tempo de reclusão, situação jurídica, história tratamento psiquiátrico antes e durante a prisionização, uso de substâncias psicoativas e história penal pessoal e familiar (Apêndice II)

Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV - Versão Clínica (SCID-CV):

A *Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-III-R* foi desenvolvida durante a década de 1980, mostrando-se um instrumento útil para o aprimoramento da confiabilidade do diagnóstico psiquiátrico. Em 1994, foi publicada a quarta edição do DSM, em que surgiram algumas modificações. Assim, a SCID foi adaptada, sem mudar a estrutura básica, denominada *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders - Clinician Version* (Del-Bem, et al., 2001).

Em 2002 foi concluída a tradução e adaptação para a realidade brasileira por Marcelo Tavares. No presente estudo foi administrado somente o módulo de transtorno do uso de substância não-alcoólica (Anexo A)

Inventário de Depressão Beck (BDI-II)

O BDI (Beck Depression Inventory) consiste em uma medida para a intensidade da depressão. Foi inicialmente criado por Beck, Ward, Medelson, Mock e Erbaugh na década de 1960, e revisado por Beck, Rush e Emery entre os anos 70 e 80 (Cunha, 2001).

O BDI não tem o intuito de fornecer uma medida diagnóstica, mas uma medida escalar, com itens descritivos de atitudes e sintomas. Trata-se de uma escala de auto-relato, de 21 itens, cada um com quatro alternativas, subentendendo graus crescentes de gravidade da depressão, com escores de 0 a 3. O escore total é o resultado da soma dos escores individuais dos itens, o que permite a classificação de níveis de intensidade da depressão (Cunha, 2001). Nessa pesquisa será utilizada a versão que está sendo validada e normatizada por Argimon (2008).

Escala de Desesperança Beck (BHS)

A BHS (Beck Hopelessness Scale) foi originalmente desenvolvida por Beck e seus colegas no Center for Cognitive Therapy (CCT) da Universidade de Pennsylvania, nos Estados Unidos. A primeira versão da escala foi testada em uma amostra que incluía pacientes com ou sem depressão, e a versão divulgada ocorreu em 1974. O BHS é uma escala dicotômica que engloba 20 itens, consistindo em afirmações cognitivas sobre desesperança. Ao concordar (certo) ou discordar (errado) com cada uma delas, o sujeito descreve sua atitude, permitindo avaliar a extensão das expectativas negativas a respeito do futuro imediato e remoto (Cunha, 2001). Nesta pesquisa será utilizada a versão brasileira desenvolvida por Cunha (2001).

Questionário CAGE

Foi proposto por Ewing e Rouse em 1970, com tradução validada para o Brasil por Masur e Monteiro, em 1983. É constituído por quatro perguntas, sendo que a sigla CAGE resulta das palavras-chave contidas em cada uma delas: cut-down, annoyed, guilty e eye-opener. É utilizada como um ponto de corte de duas respostas afirmativas, sugerindo dependência de álcool (Luz citado em Ramos & Bertolote e col., 1997). Este questionário foi inserido na Ficha de Dados Sociodemográficos e Clínicos (apêndice II).

Procedimentos da coleta de dados

A coleta dos dados ocorreu nos meses de dezembro de 2007 e janeiro de 2008. A equipe – previamente treinada – constituiu-se por três estudantes de psicologia e duas psicólogas que trabalham na casa prisional, sendo uma delas a responsável pela pesquisa.

Todas as mulheres recolhidas na penitenciária em questão foram chamadas individualmente nas salas de atendimento psicológico, com o intuito de esclarecer o objetivo e a metodologia da pesquisa a cada participante. No início da coleta, a população prisional era constituída por 368 prisioneiras. Durante os dois meses de coleta, 57 encarceradas saíram desta instituição prisional por receberem liberdade provisória, *habeas corpus*, revogação da prisão preventiva, absolução ou transferência para outra instituição de regime fechado ou semi-aberto. Somente 23 mulheres não aceitaram participar da pesquisa – algumas delas nem chegaram a se deslocar para a entrevista, recusando-se sair da cela. Havia, ainda, uma de castigo. Ao final, 287 mulheres aceitaram participar, representando 80% do universo de encarceradas neste presídio. As entrevistas foram individuais e tiveram, em média, uma hora de duração. A equipe observou a necessidade de as participantes relatarem suas histórias pessoais, ansiedades e expectativas.

Evidencia-se um número reduzido de mulheres que não aceitaram participar do estudo comparada ao número total de participantes que aceitaram. Este fato pode ser compreendido como uma necessidade da importância de abrir espaço de escuta, onde as presas mostraram motivação e sentiram-se valorizadas no momento que foram chamadas para serem questionadas. Isto mostra o quanto esta parcela da população é geralmente desprovida de uma atenção mais focada no seu sofrimento.

Aspectos éticos

Esta pesquisa foi autorizada pela direção da penitenciária e pelo órgão ao qual está subordinada, a Superintendência dos Serviços Penitenciários (SUSEPE). Após, o projeto foi aprovado pela Comissão Científica da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica Rio Grande do Sul, onde este estudo foi desenvolvido. Conforme este parecer, o estudo foi autorizado sem a necessidade de passar pelo Comitê de Ética, devido características específicas desta pesquisa. Este estudo está relacionado com um outro projeto de pesquisa maior associado com a validação de um escala (Inventário de Depressão Beck- BDI II), e este projeto já havia sido aprovado pelo Comitê de Ética.

A entrevista constituiu-se em uma sessão com cada participante, na qual, após informar o objetivo do estudo, foi assinado o termo de consentimento livre e esclarecido. Todas as participantes aceitaram voluntariamente participar desta atividade, ficando claro para elas que a sua decisão de não participar não implicaria em nenhum prejuízo, principalmente com relação à sua situação jurídica.

Em seguida à coleta das informações, foi realizada a devolução dos resultados para cada participante. Também foi detectada a presença de problemas clínicos, tais como sintomatologia depressiva grave ou intensos sintomas da abstinência de substâncias

psicoativas. Nestes casos, foram realizados encaminhamentos para o Serviço de Psicologia da Casa Prisional ou para uma avaliação psiquiátrica.

Análise dos dados

A amostra foi descrita estatisticamente em suas características sociodemográfica e clínicas mediante análise das distribuições de frequência das variáveis dependentes e independentes.

Realizou-se uma análise bivariada dos resultados obtidos através dos testes qui-quadrado, *t de student*, ANOVA e correlação de *Pearson*. Foram consideradas significativas as associações com valores de $p < 0,05$. Calcularam-se as estatísticas através do *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 11.0 para Windows.

RESULTADOS

Dados sociodemográficos:

As prisioneiras apresentaram uma média de 33,39 anos (DP=9,84), sendo 18 anos a idade mínima e 61 anos a máxima. Destas, 46,7% são solteiras; somando viúvas, separadas ou divorciadas, totaliza-se 67,6% que não têm relação estável com companheiro. Do total, 86,4% têm filhos, com uma média de 2,75 filhos. Quanto à escolaridade, a maioria tem no máximo o ensino fundamental incompleto.

Tabela 1: Nível de Escolaridade (n=287)

| <i>Nível de escolaridade</i> | <i>N</i> | <i>%</i> |
|-------------------------------|----------|----------|
| Nenhuma | 13 | 4,5 |
| Ensino Fundamental Incompleto | 181 | 63,1 |
| Ensino Fundamental Completo | 32 | 11,1 |
| Ensino Médio Incompleto | 21 | 7,3 |
| Ensino Médio Completo | 29 | 10,1 |
| Ensino Superior Incompleto | 8 | 2,8 |
| Ensino Superior Completo | 3 | 1,0 |

Quanto a atividades laborativas, 75,2% das mulheres estavam trabalhando antes do encarceramento, porém apenas 15,9% tinham um emprego formal. Uma grande parcela tem uma profissão de baixo *status* social e/ou econômico, conforme descrito na tabela 2.

Tabela 2: Atividades Laborativas Anteriores à Prisão (n=287)

| <i>Profissão</i> | <i>N</i> | <i>%</i> |
|----------------------------------|----------|----------|
| Empregada doméstica/faxineira | 80 | 27,9 |
| Promotora vendas/vendedora | 45 | 15,7 |
| Dona de casa | 39 | 13,6 |
| Profissional do sexo | 18 | 6,3 |
| Não tem | 17 | 5,9 |
| Auxiliar administrativo/produção | 16 | 5,6 |
| Comerciante/Empresária | 14 | 4,8 |
| Cozinheira | 11 | 3,8 |
| Costureira | 11 | 3,8 |
| Catadora/recicladora | 8 | 2,8 |
| Manicure | 5 | 1,7 |
| Outros | 23 | 8,0 |

Com relação à região de moradia, a maioria, representando 70% da amostra, estava residindo na região metropolitana (Porto Alegre e municípios próximos), e 15,7% das participantes eram provenientes do interior do estado.

Dados criminais

A amostra é constituída por 51,2% de presas provisórias – as que aguardam decisão da Justiça a respeito do processo criminal pelo qual estão respondendo – e 48,8% de presas condenadas. Um percentual de 34,8% das mulheres já tinha sido presa antes. Mais da metade da amostra (51,6%) está reclusa no máximo até seis meses, o que indica que, provavelmente, muitas devem ser provisórias. Com relação ao delito praticado, a maioria responde por tráfico de drogas (62,4%), seguido de roubo, homicídio e furto.

Dados sobre o aprisionamento

Das mulheres presas, 51,2% estavam trabalhando e 15,3% estudavam no momento da coleta de dados. Grande parte recebe visita de familiares e/ou amigos, representado por 77,4%. Porém apenas uma minoria recebe visita íntima (espaço privado e reservado para relações sexuais), totalizando 8,5% da amostra. Das encarceradas, 51,9% referem que recebem atendimento social e 33,4% ganham atendimento psicológico.

Prevalência de problemas de saúde mental

A tabela 3 mostra fatores de prevalência relacionados aos problemas de saúde mental. A prevalência de uso de substâncias psicoativas (SPA) e álcool ao longo da vida é elevada, representada pela metade da amostra de mulheres encarceradas. Das participantes, 15,7% desenvolveram dependência de álcool e 38,3% dependem de outras substâncias psicoativas. As mais utilizadas são: maconha (47%), cocaína (38,3%) e crack (27,2).

Com relação à sintomatologia depressiva, medida através da Escala de Depressão de Beck (BDI-II), foi considerado o ponto de corte a classificação moderada ou grave. Observa-se uma alta porcentagem de participantes com estas características, representando aproximadamente a metade da amostra. Entretanto, a Escala de Desesperança, em que se mede a extensão das expectativas negativas a respeito do futuro imediato e remoto, mostra-se extremamente baixa, manifestada apenas por 5,9% da amostra.

Tabela 3: Problemas de Saúde Mental (n=287)

| <i>Problemas de saúde mental</i> | <i>N</i> | <i>%</i> |
|---|-----------------|-----------------|
| Uso de SPA (ao longo da vida) | 156 | 54,4 |
| Uso de álcool | 154 | 53,7 |
| Sintomas de depressão | 140 | 48,7 |
| Abuso de SPA | 113 | 39,4 |
| Dependência de SPA | 110 | 38,3 |
| Uso atual de SPA (até um ano) | 78 | 27,2 |
| Uso passado de SPA (mais de um ano) | 52 | 18,1 |
| Dependência de álcool | 45 | 15,7 |
| Sintomas de desesperança | 17 | 5,9 |

A tabela 4 mostra alguns fatores que podem estar associados com sintomas depressivos (como fuga de casa, ocorrência de abuso não sexual ou sexual, familiares com problemas psiquiátricos ou envolvidos com uso de substâncias psicoativas e/ou álcool), que provavelmente foram desencadeados quando as encarceradas se encontravam em liberdade. Evidencia-se uma alta prevalência de mulheres que relatam problemas de saúde física e psicológica, e história de ideação suicida ao longo da vida, bem como relato de tratamento psicológico em liberdade.

Também evidencia-se que esta alta prevalência de mulheres que possuem familiares com história de uso de SPA e/ou álcool e com problemas psiquiátricos, pode estar relacionado história de violência e ocorrência de fuga de casa, o que fez com que estas mulheres precocemente podem ter passado por situações de risco e tiveram contato com substâncias psicoativas dentro do ambiente familiar como em situação de rua.

Tabela 4: Características Clínicas (n=287)

| <i>Características clínicas</i> | <i>n</i> | <i>%</i> |
|--|----------|----------|
| Familiar usa/usou SOA/e ou álcool | 209 | 72,8 |
| Percepção de que tem algum problema de saúde física | 148 | 48,1 |
| Ocorrência ou tentativa de fuga de casa | 118 | 41,1 |
| Ideação suicida (ao longo da vida) | 114 | 39,7 |
| Familiar com problemas psiquiátricos | 93 | 32,4 |
| Ocorrência de violência não-sexual | 90 | 31,4 |
| Uso de medicação psiquiátrica na prisão atual | 87 | 30,3 |
| Percepção de que tem algum problema psicológico | 67 | 23,3 |
| Tratamento psicológico em liberdade | 58 | 20,2 |
| Uso de medicação psiquiátrica na prisão sem prescrição atual | 49 | 17,1 |
| Ocorrência de violência sexual | 49 | 17,1 |

A tabela 5 apresenta a história de internação, tratamento psiquiátrico e tentativa de suicídio, evidenciando que a maior ocorrência foi antes do aprisionamento – do que se pode concluir que os problemas mentais apresentados pelas mulheres presas iniciaram quando elas ainda estavam vivendo na comunidade livre. As estimativas de 31% da amostra ter realizado tratamento psiquiátrico e 20,2% de tratamento psicológico (tabela anterior), quando ainda

estavam em liberdade, são elevadas e pode-se supor que o número de mulheres com necessidades de tratamento seja maior, pois muitas podem não ter tido acesso ao serviço de saúde mental ou não tenham mostrado interesse para obter tal tratamento.

Tabela 5: Internação, Tratamento Psiquiátrico e Tentativa de Suicídio (n=287)

| <i>Características clínicas</i> | <i>N</i> | <i>%</i> |
|---------------------------------|----------|----------|
| Internação psiquiátrica | 32 | 11,1 |
| Quando em liberdade | 27 | 9,4 |
| Na prisão | 3 | 1,0 |
| Ambos | 2 | 0,7 |
| Tratamento psiquiátrico | 89 | 31,0 |
| Quando em liberdade | 49 | 17,1 |
| Na prisão | 26 | 9,1 |
| Ambos | 14 | 4,9 |
| Tentativa de suicídio | 59 | 20,6 |
| Quando em liberdade | 39 | 13,6 |
| Na prisão | 12 | 4,2 |
| Ambos | 8 | 2,8 |

Tempo de reclusão e situação jurídica relacionadas com sintomas depressivos

Foi realizada uma análise de associação entre a presença de sintomas de depressão e o tempo de reclusão. Os resultados mostram, conforme a tabela 6, que não existe uma associação significativa entre o tempo de reclusão e a intensidade dos sintomas depressivos. Ou seja, os sintomas depressivos não aumentaram com o tempo de reclusão; ao contrário, os sintomas apresentam-se com menor frequência após 26 meses de reclusão. Este achado sugere que o tempo em que a mulher permanece presa não interfere na intensidade dos sintomas depressivos.

Tabela 6: Associação entre Sintomas Depressivos e Tempo de Reclusão (n=284)

| <i>Tempo de reclusão</i> | <i>Sem sintomas (n=144)</i> | | <i>Com sintomas (n=140)</i> | | <i>Total</i> | |
|--------------------------|-----------------------------|----------|-----------------------------|----------|--------------|----------|
| | <i>n</i> | <i>%</i> | <i>n</i> | <i>%</i> | <i>n</i> | <i>%</i> |
| Até 6 meses | 76 | 52,1 | 70 | 47,9 | 146 | 100,0 |
| 7 a 12 meses | 33 | 45,2 | 40 | 54,8 | 73 | 100,0 |
| 12 a 14 meses | 21 | 48,8 | 22 | 51,2 | 43 | 100,0 |
| Acima de 26 meses | 14 | 63,6 | 8 | 36,4 | 22 | 100,0 |

$\chi^2 = 2,552; p = 0,471$

Com relação à situação jurídica, a presença dos sintomas depressivos também não se mostrou diferente entre as provisórias e as já condenadas.

Tabela 7: Associação entre Sintomas Depressivos e Situação Jurídica (n=284)

| <i>Situação jurídica</i> | <i>Sem sintomas (n=144)</i> | | <i>Com sintomas (n=140)</i> | | <i>Total</i> | |
|--------------------------|-----------------------------|----------|-----------------------------|----------|--------------|----------|
| | <i>N</i> | <i>%</i> | <i>n</i> | <i>%</i> | <i>n</i> | <i>%</i> |
| Provisória | 75 | 52,4 | 71 | 48,6 | 146 | 100,0 |
| Condenada | 69 | 50,0 | 69 | 50,0 | 138 | 100,0 |

$X^2 = 0,013$; $p = 0,911$

Correlações entre depressão e desesperança

Através da análise de correlação de *Pearson*, evidenciou-se que os sintomas depressivos e os de desesperança tiveram uma correlação direta moderada, ou seja, quanto maior a pontuação do BHS, maior a pontuação do BDI-II; elas, porém, não aumentaram na mesma proporção.

Também se observou que há uma correlação significativa inversa entre idade e sintomas depressivos (BDI II), ou seja, quanto maior a idade, menor a sintomatologia depressiva. No entanto esta correlação é fraca.

Não houve correlação significativa com nível de significância de 5% entre sintomas de depressão e sintomas de desesperança em relação ao tempo de reclusão em meses, isto é, o tempo de reclusão não está associado à sintomatologia depressiva e à sintomatologia de desesperança simultaneamente.

Tabela 8: Correlação de Idade, Sintomas Depressivos e Desesperança

| | <i>Idade</i> | <i>BHS total</i> |
|-----------|--------------|------------------|
| BHS total | -0,038 | — |
| BDI total | -0,128* | 0,588** |

* Correlações são significantes ao nível 0,05 (Bilateral)

** Correlações são significantes ao nível 0,01 (Bilateral)

Associação entre variáveis e sintomas depressivos

A partir de algumas características apresentadas pelas participantes, foi possível realizar algumas associações com a presença de sintomatologia depressiva. A tabela 9 mostra relações entre as variáveis e a média total do BDI II através do *test t*, o qual possibilita realizar associações entre as variáveis e a média dos escores brutos. Não foi possível realizar este procedimento estatístico com a Escala de Desesperança Beck (BHS) em função de que houve uma grande variabilidade em torno da média dos escores brutos.

Observa-se que algumas características não tiveram diferenças significativas nas médias, ou seja, quem foi condenada, ou já visitou alguém na prisão, quem possui familiar com problemas de substâncias psicoativas e álcool não apresentou uma sintomatologia maior. Já as participantes que são mães apresentam uma tendência de ter uma média maior de sintomas depressivos do que as que não têm filhos.

As mulheres com história de ideação e tentativa de suicídio, tratamento e internação psiquiátrica, uso de medicação psiquiátrica sem prescrição durante o aprisionamento, percepção de que têm algum problema psicológico, possuíram familiares com problemas psiquiátricos e sofreram violência apresentam uma média significativamente mais elevada de sintomatologia depressiva comparada com as que não possuem tais características.

Um dado importante é que as participantes que trabalham na prisão tiveram uma média significativamente menor do que as que não trabalham. Das encarceradas que trabalham, 91,9% afirmaram sentirem-se satisfeitas com sua atividade laborativa, parecendo ser um fator de proteção para a minimização de sintomas depressivos durante a execução da pena. Quem estuda na prisão não teve diferença significativa nas médias, bem como quem possui atendimento psicológico e social.

Tabela 9: Associação entre Variáveis e a Média Total dos Sintomas Depressivos

| <i>Ocorrência variável</i> | <i>não</i> | | <i>sim</i> | | <i>P</i> |
|--------------------------------------|--------------|-----------|--------------|-----------|----------|
| | <i>média</i> | <i>dp</i> | <i>média</i> | <i>dp</i> | |
| <i>BDI total</i> | | | | | |
| Ideação suicida | 17,8 | 9,28 | 27,9 | 12,36 | <0,001 |
| Tentativa de suicídio | 19,6 | 10,14 | 30,0 | 13,56 | <0,001 |
| Tratamento psiquiátrico | 19,3 | 10,42 | 27,4 | 12,48 | <0,001 |
| Percepção de problema psicológico | 19,5 | 10,42 | 29,3 | 12,60 | <0,001 |
| Medicação sem prescrição | 20,0 | 10,59 | 30,8 | 13,00 | <0,001 |
| Familiar com problemas psiquiátricos | 20,1 | 11,20 | 25,2 | 12,05 | 0,001 |
| Internação psiquiátrica | 20,7 | 10,87 | 30,1 | 14,44 | 0,001 |
| Violência não-sexual | 20,4 | 11,24 | 24,3 | 11,96 | 0,008 |
| Encarcerada nega delito | 23,9 | 11,33 | 20,4 | 11,77 | 0,012 |
| Está trabalhando | 23,4 | 12,77 | 20,2 | 10,36 | 0,021 |
| Violência sexual | 21,0 | 11,55 | 24,7 | 11,83 | 0,048 |
| Filhos | 18,4 | 11,60 | 22,3 | 11,65 | 0,052 |
| Recebe visita | 24,0 | 12,52 | 21,1 | 11,39 | 0,081 |
| Familiar SPA/álcool | 20,1 | 10,99 | 22,4 | 11,92 | 0,138 |
| Está estudando | 21,4 | 11,64 | 23,9 | 12,33 | 0,191 |
| Já visitou alguém na prisão | 20,9 | 11,52 | 22,4 | 11,84 | 0,287 |
| Situação Jurídica (condenada) | 22,3 | 11,60 | 21,3 | 11,82 | 0,480 |
| Estado civil solteiro | 22,1 | 11,80 | 21,0 | 11,50 | 0,411 |
| Familiar já cumpriu pena | 21,2 | 11,54 | 22,1 | 11,79 | 0,522 |

Com o objetivo de desenvolver uma análise mais apurada dos dados, foi realizada uma regressão logística com relação à sintomatologia depressiva, verificando a influência de variáveis independentes, ou seja, a probabilidade de ocorrência de certos eventos (Tabela 10). No entanto não foi possível realizar uma regressão relacionada com a sintomatologia de desesperança devido ao número inferior de participantes (17) que apresentavam o BHS moderado e grave.

Foi constatado que algumas variáveis independentes podem ser consideradas fatores de risco por aumentarem a chance de desenvolver a sintomatologia depressiva grave. Os fatores que constam na tabela são: ideação suicida, percepção de possuir um problema psicológico, história de tratamento psiquiátrico, tentativa de suicídio, familiares com problemas psiquiátricos e história de violência não-sexual aumentam significativamente a probabilidade da ocorrência de sintomatologia grave. Assim, quem sofreu violência não-sexual tem 0,88 mais chances de apresentar sintomatologia depressiva comparado com quem

não sofreu. As participantes cujos familiares apresentam problemas psiquiátricos têm uma vez mais chances de desenvolver a sintomatologia depressiva do que as que não possuem familiares com tal característica. Quem tem história de ideação e tentativa de suicídio tem, respectivamente, 2,88 e 1,90 mais chances de apresentar a sintomatologia depressiva. As presas que percebem que possuem um problema psicológico têm 2,56 mais chances de ter sintomatologia depressiva. As com história de tratamento psiquiátrico têm 2,11 mais chances de ter sintomatologia depressiva.

Já o contato anterior com o ambiente prisional – através de familiares que cumprem ou cumpriram pena, ou das encarceradas que já visitaram alguém na prisão – não está relacionado ao desencadeamento de tais sintomas, bem como quem possui familiar com história de aprisionamento. As presas que estão trabalhando atualmente na prisão também não têm relação significativa com a sintomatologia depressiva.

Tabela 10: Análise de Regressão Logística Bivariada entre as Variáveis com a Sintomatologia Depressiva - variável resposta (n=284)

| <i>Variáveis independentes</i> | <i>Razão chance</i> | <i>Intervalo de 95% de confiança</i> | <i>P</i> |
|------------------------------------|---------------------|--------------------------------------|----------|
| Ideação suicida | 3,88 | 2,34 - 6,44 | <0,001 |
| Percepção problema psicológico | 3,65 | 1,99 - 6,69 | <0,001 |
| Tratamento psiquiátrico | 3,11 | 1,83 - 5,29 | <0,001 |
| Tentativa de suicídio | 2,90 | 1,57 - 5,35 | 0,001 |
| Familiar com problema psiquiátrico | 2,02 | 1,22 - 3,36 | 0,006 |
| Violência não-sexual | 1,88 | 1,13- 3,13 | 0,020 |
| Violência sexual | 1,73 | 0,93 - 3,30 | 0,080 |
| Está trabalhando | 0,76 | 0,47 - 1,20 | 0,237 |
| Familiar já cumpriu/cumpru pena | 1,28 | 0,78 - 2,10 | 0,331 |
| Já visitou alguém na prisão | 1,20 | 0,74 - 1,93 | 0,464 |

Na análise multivariada (tabela 11) foram incluídas todas as variáveis significativas na análise bivariada com $p < 0,15$, sendo que o modelo final foi relacionado à variável resposta depressão, a ideação suicida, tratamento psiquiátrico e tempo de reclusão. Constatou-se que as detentas que apresentam ideação suicida têm 2,80 mais chances de ter sintomatologia

depressiva grave do que as que não têm ideação suicida. Quem tem história de tratamento psiquiátrico possui aproximadamente uma chance a mais de ter alto nível de sintomas depressivos, em comparação com as mulheres que não fizeram tratamento psiquiátrico. Ainda, quem está encarcerada há mais de 25 meses apresenta 6,88 menos chances de desenvolver a sintomatologia depressiva do que quem está até seis meses presa. O maior tempo de reclusão torna-se um fator de proteção.

Tabela 11: Análise de Regressão Logística Multivariada - Ideação Suicida, Tratamento Psiquiátrico e Tempo de Reclusão

| <i>Variáveis independentes</i> | <i>Razão chance</i> | <i>Intervalo de 95% de Confiança</i> | <i>p</i> |
|--------------------------------|---------------------|--|----------|
| Ideação suicida | 3,80 | 2,13 - 6,76 | <0,001 |
| Tratamento Psiquiátrico | 1,98 | 1,10 - 3,58 | 0,023 |
| Tempo até seis meses | 1,00 | | 0,052 |
| Tempo de sete a 12 meses | 1,52 | 0,89 - 2,80 | 0,182 |
| Tempo de 12 a 24 meses | 1,10 | 0,53 - 2,32 | 0,794 |
| Tempo acima de 25 meses | 0,32 | 0,12 - 0,90 | 0,030 |

DISCUSSÃO

Diante do aumento elevado de mulheres que estão cometendo crimes e conseqüentemente elevando o número da população carcerária feminina, aumentando a proporção de mulheres em relação à população de homens presos, é necessário descrever as características e fatores de sua trajetória de vida para verificar possíveis fatores associados ao seu envolvimento com o crime.

Através de algumas peculiaridades da mulher presa, descritas neste estudo, pode-se supor que ela está em uma posição social e econômica desfavorável. Embora uma grande parte das mulheres estivesse trabalhando antes da detenção, a maioria possui o ensino fundamental incompleto, baixa qualificação profissional, atividade laborativa informal e trabalhos de baixa rentabilidade. Além dessas características, muitas possuem um elevado

número de filhos e são solteiras, desempenhando o papel de provedoras e de cuidadoras da família. Diante desse contexto, as mulheres podem tornar-se mais propensas a cometer delitos em função de dificuldades econômicas e sociais.

A alta prevalência de sintomatologia grave de depressão entre as encarceradas, representada por quase a metade da amostra (48,7%), vai ao encontro de outros estudos, como o de Staton, Leukefeld e Webster (2003), em que 61,7% da amostra de mulheres reclusas apresentaram depressão ao longo da vida. A prevalência é mais elevada entre a população de presas do que em mulheres da população geral (Trestman, Ford, Zhang, & Wiesbrock, 2007).

No entanto o presente estudo mostra que a sintomatologia de desesperança, ou seja, a prevalência da extensão das expectativas negativas a respeito do futuro imediato e remoto, é extremamente menor, representada por uma pequena parcela da amostra (5,9%). Dessa forma, observa-se que, embora apresentem uma intensidade alta de sintomas depressivos no momento atual, as encarceradas demonstram uma percepção positiva frente ao futuro, o que indica menor risco de suicídio, mesmo que a ideação possa estar mais representada pelo grau da gravidade dos sintomas depressivos. Este resultado é confirmado pelo estudo de Daigle e Cote (2006), o qual menciona alta prevalência de comportamento relacionado com o suicídio (40,8%) e tendo uma diferença significativa maior entre as mulheres do que entre os homens reclusos. Porém o ato suicida, caracterizado pela letalidade de comportamento relativo ao suicídio (risco de suicídio), foi significativamente menor para as mulheres do que para os homens.

Os dados mostram que há uma correlação entre sintomas depressivos e de desesperança, porém de forma moderada. Mas com relação à idade tendem a diminuir, o que pode estar relacionado com uma forma mais madura de enfrentar situações adversas, como o aprisionamento. As mães apresentam uma média de sintomas mais elevados do que as presas

que não possuem filhos, mesmo não sendo uma diferença significativa. Como já foi apontado, isso pode estar relacionado ao fato de que geralmente a mulher se torna a única provedora e cuidadora dos filhos, como aponta o estudo *Women in Prison* (2008). Assim, em decorrência de seu encarceramento, os filhos poderão desenvolver problemas emocionais frente a separação do vínculo, e conseqüentemente essas mulheres poderão manifestar uma sintomatologia depressiva mais intensa do que as mulheres que não possuem filhos.

Dessa forma a elevada sintomatologia manifestada pelas mulheres pode estar ligada ao aprisionamento, causado pelo impacto da privação de liberdade e ruptura dos laços afetivos. Entretanto não houve diferença significativa na presença de sintomas se as mulheres encarceradas eram provisórias ou já condenadas. Em relação ao tempo de reclusão, percebeu-se também que não houve diferença na sintomatologia depressiva. A partir dessa informação, pode-se entender que os fatores pessoais contribuem para o desencadeamento de tal sintomatologia. Em contrapartida, a ausência de sintomas de desesperança, através de perspectiva positiva frente ao futuro, pode ser vista como um fator de esperança quanto ao futuro. proteção para permanecer certo tempo reclusa.

A análise multivariada constatou que a presença de ideação suicida e tratamento psiquiátrico e o tempo de aprisionamento aumentaram a probabilidade de desencadear a sintomatologia depressiva, em contraste, as confinadas que estão a mais de vinte e cinco meses apresentam uma menor probabilidade de desenvolver tal sintomatologia, tornando-se então um fator de proteção. Estes dados reforçam que há uma diversidade de fatores que podem estar associado aos sintomas depressivos. Um certo grau de sintomatologia depressiva, pode ser considerado um sinal de reflexão, na qual as prisioneira estão revendo as conseqüências danosas de seus atos, de sua trajetória de vida e das perdas vivenciadas, tais como a perda da convivência com seus filhos e os danos causados na vida deles. Assim, o

impacto da prisão pode fazer com que muitas mulheres procurem evitar novos envolvimento com o crime quando retornarem à vida livre.

Um dado importante é que as mulheres que têm história de tratamento psiquiátrico antes ou durante a prisão, bem como as que tomam medicação psiquiátrica por conta própria na prisão, apresentam uma média bem mais elevada de sintomas depressivos, o que indica que tais intervenções não estão colaborando para a minimização da sintomatologia.

Embora uma minoria receba visita íntima, comparada com o número de mulheres que são casadas ou têm uma relação estável, a maioria recebe visita de familiares e ou amigos. Dessa forma, pode-se supor que o suporte externo representa um fator importante para que os sintomas depressivos não se intensifiquem ao longo do tempo de reclusão. Mesmo não sendo significativo a diferença, as mulheres que recebem visita têm uma média menor da sintomatologia depressiva. Além disso, quem trabalha na prisão apresenta uma média significativamente menor de sintomatologia depressiva do que quem não trabalha. Ao contrário, as mulheres que estudam, além de não apresentarem diferenças significativas, demonstram uma média maior dos sintomas depressivos.

A prevalência de mulheres que tiveram história de tratamento, internação psiquiátrica e tentativa de suicídio foi mais elevada quando estavam em liberdade do que na prisão. Este dado reforça que os problemas emocionais foram desencadeados quando estas mulheres estavam em liberdade. Bem como a alta prevalência do uso de substâncias psicoativas e álcool ao longo da vida está associada a fatores anteriores ao aprisionamento.

Os resultados do presente estudo revelam uma alta prevalência de história de violência e fuga de casa em idade precoce, e ainda membros da família com história de uso de substâncias psicoativas e/ou álcool, com problemas psiquiátricos e envolvimento com a justiça criminal. A violência sofrida pela mulher também é confirmada pelo estudo de Harris

et al. (2003), o qual menciona que 70% da amostra reportaram vitimização direta. Um outro estudo menciona que 62% das mulheres encarceradas sofrem algum tipo de trauma infantil, sendo 48% abuso sexual (Green, Miranda, Daroowalla & Siddique, 2005)

Assim, os problemas de saúde mental manifestados pelas mulheres encarceradas estão relacionados com sua história pregressa. Tais informações vão ao encontro do estudo de Johnson (2006), para o qual fatores sociodemográficos e história pessoal estão associados com uso de substância e problemas de saúde mental. Fatores associados com problemas de saúde mental incluem experiências passada de abuso sexual ou emocional, prescrição de uso de medicação psiquiátrica e dependência de substâncias psicoativas e comorbidade de dependência de substância e álcool.

Os dados obtidos nesta pesquisa apontam que as mulheres encarceradas que sofreram violência sexual e não-sexual apresentam sintomas depressivos maiores do que as mulheres que não sofreram. As vítimas de violência não-sexual, com história de tratamento psiquiátrico e ideação e tentativa de suicídio, bem como quem possui familiares com problemas psiquiátricos, têm significativamente mais chances de desenvolver a sintomatologia depressiva do que as encarceradas que não possuem tais características. Isso se confirma no estudo de Messina e Grella (2006), que indicam um aumento na proporção de mulheres que reportaram uso de psicotrópicos, tratamento de saúde mental, tentativa de suicídio anterior associado com exposição a eventos traumáticos infantis. Sugerir intervenções precoces focalizadas no trauma e abuso poderia ajudar a reduzir a incidência de abuso infantil, bem como o impacto de tal abuso. Outro estudo menciona pesquisas que apontam que vitimização infantil, principalmente abuso sexual, está associada com depressão maior, uso de substâncias, aumento de comportamento de risco, vitimização durante a vida adulta e tentativa de suicídio (Lewis, 2006).

O perfil da mulher encarcerada, revelado neste estudo, é semelhante ao de diversos outros países. Um perfil nacional nos Estados Unidos aponta algumas características parecidas, tais como: a maioria foi presa por tráfico de drogas ou delito relacionado com droga, possui história familiar fragmentada, outros membros da família também estão envolvidos com a justiça criminal, apresentam história de abuso físico e/ou sexual, têm significantes problemas de saúde mental, física e abuso de substância (Bloom, et al. citado em Covington, 2007).

A população carcerária, além apresentar as características relacionadas acima, pode demonstrar uma saúde mental mais suscetível ao agravamento, decorrente da vulnerabilidade que se encontra diante do ambiente carcerário e diante de sua história passada e atual. A maioria das mulheres encarceradas neste estudo provém de um meio social com precárias condições socioeconômicas, como pode ser observado no baixo nível de escolaridade e profissão. Este dado é confirmado por Narkauskaitė, Juozulynas, Mackiewicz, Surkiene e Prapiestis (2007), segundo os quais o curso de transtornos psicológicos e comportamentais é influenciado pelo nível social e econômico do indivíduo. Os resultados desta pesquisa confirmam que quanto mais escolaridade os presos possuírem, melhor poderão enfrentar o estresse do aprisionamento.

Dessa maneira, este estudo apontou uma alta prevalência de mulheres com história de tratamento psiquiátrico e psicológico anterior ao confinamento, podendo supor que a estimativa de encarceradas com necessidades de tratamento de saúde mental poderia ser ainda mais elevada, levando em consideração que algumas teriam mais dificuldades de acesso aos serviços de saúde mental na comunidade ou que não havia interesse em buscar tal ajuda.

As limitações deste trabalho encontram-se principalmente na falta de um instrumento de diagnóstico de transtornos mentais e, principalmente, de transtornos de

personalidade, que poderiam fornecer um perfil mais detalhado e preciso da mulher encarcerada. Além disso, os dados foram baseados unicamente em informações auto-relatadas, o que pode ocasionar apenas uma estimativa e não resultados totalmente fidedignos. Porém os dados coletados nesta pesquisa permitiram descrever possíveis medidas para minimizar as problemáticas relacionadas à criminalidade feminina.

Uma questão importante é o número elevado de presas provisórias, representando um pouco mais que a metade da amostra. Evidenciou-se que a maioria delas tem filhos e são responsáveis pelo cuidado deles (*Women in Prison*, 2008). Estes sofrem um grande impacto nas suas vidas. Assim, parece que seria necessária uma maior atenção do poder judiciário para avaliar as decisões judiciais, implantando medidas alternativas à pena privativa de liberdade, desenvolvendo programas de saúde mental na sociedade livre e, quando for possível, autorizar que a mulher possa responder o processo em liberdade. Dessa forma, talvez se evitasse que tantas crianças e adolescentes vivenciem a ruptura dos laços afetivos com a mãe.

Tendo em vista que o presente estudo apontou que os problemas psicológicos são desencadeados quando as mulheres estão livres, as principais intervenções poderiam estar articuladas com os programas de saúde mental, como atividades físicas e culturais, cursos técnicos profissionalizantes e o incentivo na inserção no mercado de trabalho, oferecido dentro da comunidade, como forma de prevenção ou redução de danos. Essas medidas poderiam ser continuadas dentro do sistema prisional, onde a sociedade, como um todo, articule e seja responsável para que os presos possam retornar à liberdade com menos vulnerabilidade social e criminal.

Desta maneira, o sistema prisional não pode ser considerado uma ferramenta para excluir os indivíduos da sociedade, mas que ela seja uma preparação para reduzir os danos causados quando estas pessoas estavam em liberdade. Somente com a participação da

sociedade, principalmente na inserção de cursos profissionalizantes e trabalhos oferecidos pela iniciativa privada dentro das prisões, os sintomas emocionais serão minimizados e os presos estarão preparados para o mercado de trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos dados descritos neste estudo, nota-se que o envolvimento das mulheres no crime está associado a diversos fatores, principalmente aos aspectos sociais e psicológicos. A estimativa da gravidade dos problemas de saúde mental nas encarceradas, através de uma alta prevalência de sintomas depressivos e envolvimento com substâncias psicoativas e álcool, denota que a história de vida marcada por alguns fatores estressores contribuiu para o desencadeamento de tais sintomatologias.

Um dado importante é que os sintomas depressivos e o envolvimento com substâncias psicoativas não são desencadeados pelo aprisionamento, mas durante a vida em liberdade, o que reflete nas características sociodemográficas e clínicas, a história familiar, o contexto nos quais estas mulheres estão inseridas e também os próprios serviços de saúde mental oferecidos na comunidade. Portanto é possível afirmar que as características descritas neste estudo estão associadas à vulnerabilidade social e criminal dessas mulheres.

Além disso, estes dados podem estar subestimados, e a prevalência ser ainda mais elevada. Muitas participantes podem não ter relatado história de abusos ou ter negado envolvimento com substâncias psicoativas e álcool, com receio de que a pesquisa pudesse lhe causar algum prejuízo em relação à sua situação jurídica – a amostra de prisioneiros apresenta certas peculiaridades que podem interferir em resultados mais fidedignos. Nesse estudo, mais da metade da amostra eram presas provisórias, que estão respondendo o processo criminal e aguardando a investigação final. Já a outra parte, que são as mulheres condenadas, passa por

uma avaliação final, durante a qual muitas vezes é solicitada uma avaliação psicológica judicial para verificar se os apenados já estão preparados para retornar à vida em sociedade. Embora tenham sido esclarecidos os reais objetivos, algumas mulheres podem ter associado que este estudo interferiria neste processo investigativo que permeia desde o ingresso no sistema prisional até o término da pena.

Durante a prisionização os sintomas depressivos tendem a diminuir, o que pode estar ligado à própria capacidade do ser humano de se adaptar a situações adversas – as mulheres que trabalham apresentam uma sintomatologia significativamente mais baixa do que as que não exercem atividade laborativa, sendo o principal fator de minimização de problemas emocionais. Diante da baixa escolaridade e qualificação profissional, bem como a satisfação relatada pelas participantes em trabalhar durante o período de aprisionamento, sugere-se cursos profissionalizantes e atividades laborais como uma das alternativas para a redução de danos no sentido de diminuir o uso de substâncias psicoativas, sintomas emocionais e vulnerabilidade social e criminal, e a continuidade desses programas quando elas estiverem em liberdade.

Dessa forma, percebe-se a urgente necessidade de implementação de programas comunitários de saúde mental, de prevenção para os filhos de presos, usuários de substâncias psicoativas e pessoas com problemas emocionais, para evitar que a criminalidade continue aumentando de forma drástica. Também é importante a introdução de cursos de qualificação profissional e a inserção no mercado de trabalho de mulheres de classes desfavorecidas. Isso poderia minimizar os sintomas apresentados, diminuindo sua vulnerabilidade social e econômica, e, por conseguinte, o número de mulheres envolvidas com o sistema criminal. Ainda torna-se necessário um maior investimento no Sistema Prisional, no sentido de ampliar e qualificar os serviços de saúde mental para que de fato esta parcela da população consiga

receber um tratamento adequado frente a todas as características apresentadas neste estudo, bem como, uma maior valorização e qualificação dos profissionais que trabalham nesta área.

REFERÊNCIAS

Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 461-571.

Butler, T., S., Allnutt, Cain, D., Owens, D. & Muller, C. (2005). “Mental disorder in the New South Wales prisoner population”. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39 (5), 407-13.

Covington, S. S. (2007) Women and the criminal justice system. *Women's health Issues*, editorial, 17, 180-182.

Cunha, J., A. (2001). *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Daigle, M. S. & Cote, G. (2006). Nonfatal Suicide - Related Behavior Among Inmates: Testing for Gender and Type Differences. *Suicide & life - Threatening Behavior*, 36 (6), 670-680.

Del-Bem, C. M., Vilela, J. A. A., Crippa, A. S., Hallak, J. E.C., Labete, C. M. & Zuardi, A. W (2001). Confiabilidade da “Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV – Versão Clínica traduzida para o português”. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23, (3), 156-159.

Frinhani, F. M. D. & Souza, L. (2005). Mulheres encarceradas e espaço prisional: uma análise de representações sociais. *Psicologia: Teoria e Prática*, 7 (1), 61-79.

Green, B. L., Miranda, J., Daroowalla, A. & Siddique, J. (2005). Trauma Exposure, mental Health Functioning, and Program Needs of Women in Jail. *Crime & Delinquency*, 51,(133), 142-151

Gunter, D. T., Arndt, S., Wenman, G., Allen J., Loveless, P., Sieleni, B. & Black, W. D. (2008). Frequency of Mental and Addictive Disorders Among 320 Men and Women Entering the Iowa Prison System: Use of the MINI-Plus. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law* , 36, 27-34

Harris, R. M., Sharps, P. W., Allen, K., Anderson, E. H., Soeken, K. & Rohatas, A. (2003). The interrelations Between Violence, HIV/AIDS, and Drug Use in Incarcerated Women. *Journal of The Association of nurses in AIDS care*, 14, (1), 27-40.

Infopen (2008) - Sistema Nacional de Informações Penitenciárias. Departamento Penitenciário Nacional. Ministério da Justiça. Acesso em 5 de março de 2008, em <http://www.mj.gov.br>

International Center for Prison Studies (2007). King's College London, University of London. Acesso em 20 de setembro de 2008, em <http://www.kcl.ac.uk/schools/law/research/icps>

Johnson H. (2006). Concurrent drug and alcohol dependency and mental health problems among incarcerated women. *The Australian and New Zealand Journal of Criminology*, 39, (2), 190-217.

Lewis, C. (2006). Treating incarcerated women: gender matters. *The Psychiatric Clinics of North America*, 29 (3), 773-789.

Mapa Carcerário (2007). Departamento de Segurança e Execução Penal, Superintendência dos Serviços Penitenciários, Rio Grande do Sul. Acesso em 16 de outubro de 2007, em: <http://www.susepe.rs.gov.br>

Messina, N. & Grella C. (2006). Childhood Trauma and Women's Health Outcomes in a California Prison Population. *American Journal of Public Health*, 96, (10), 1842- 1848.

Narkauskaitė, L., Juozulynas A., Mackiewicz Z., Surkiene G. & Prapiestis J. (2007) The prevalence of psychotropic substance use and its influencing factors its influencing factors in Lithuanian penitentiaries. *Medical Science Monitor*, 13 (3), 131-135.

Ramos, S. P. & Bertolote, J. M. (1997). *Alcoolismo hoje*. Artes Médicas: Porto Alegre.

Staton, M., Leukefeld, C. & Webster, J. W. (2003). Substance Use, Health: Problems and Service Utilization Among Incarcerated Women. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 47, (2), 224-239.

Trestman, R. L., Ford, J., Zhang, W. & Wiesbrock, V. (2007). "Current and lifetime psychiatric illness among inmates not identified as acutely mentally ill at intake in Connecticut's jails." *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 35(4): 490-500.

Women in Prison (2008). Acesso em 10 de setembro de 2008, em <http://www.womeninprison.org.uk>

CAPÍTULO IV

ESTUDO EMPÍRICO II

A CRIMINALIDADE FEMININA E AS SUBTÂNCIAS PSICOATIVAS

INTRODUÇÃO

A criminalidade vem crescendo de forma constante no mundo inteiro, e as mulheres são cada vez mais protagonistas de episódios de delitos. No Brasil, nos últimos quatro anos, houve um aumento da população carcerária feminina de 37,47%, representando, assim, um crescimento anual de 11,99%. O crescimento da população feminina tem sido maior que o da masculina. Estima-se que no ano de 2012 a população feminina no país representará 7,65%; atualmente, representa 6,12% (Infopen, 2008). No estado do Rio Grande do Sul, a população carcerária feminina praticamente triplicou nos últimos sete anos, passando de 377 para 1.060 reclusas em 2007 (Mapa Carcerário, 2007).

Os estudiosos apontam diversas e diferentes causas da criminalidade, descrevendo-a como um fenômeno complexo que abrange fatores biológicos, genéticos, psicológicos, psiquiátricos, econômicos, sociais etc. Chalub e Telles (2006) descrevem uma associação entre transtornos do uso de substâncias e criminalidade, aumentando a proporção de atos violentos. A variabilidade dos efeitos das drogas em diferentes indivíduos sugere a contribuição de fatores orgânicos, socioculturais e de personalidade.

Diversos estudos apontam uma alta prevalência de dependência de substância entre os prisioneiros, sendo apontado por 72% de presos no trabalho de Bryant-Rounds e Baker Jr. (2007) e de 32% a 64% no de Sacks e Pearson (2003). Além disso, Harris et al. (2003) referem que 98% das mulheres encarceradas reportaram ter usado drogas ao longo de suas vidas, bem como foi revelada uma relação significativa entre uso de substâncias psicoativas e comportamento de auto-risco HIV-AIDS. Já o estudo de Staton, Leukefeld e Webster (2003) revela que 85% das mulheres presas faziam o uso de substâncias múltiplas um mês antes do encarceramento.

Segundo Jackson (2007), as presas são cinco vezes mais propensas a ter um problema de saúde mental do que mulheres da população em geral; é elevado o número de reclusas que já tiveram algum problema psicológico antes da detenção. Confirmando estes dados em uma pesquisa, Assadi et al. (2006) mostrou que 88% apresentam algum transtorno mental e que o uso de substâncias psicoativas foi a principal desordem de comorbidade nos diagnósticos. Além disso, 50% dos condenados cometeram crimes relacionados com a substância psicoativa. Essa elevada proporção reflete nas taxas crescentes do uso de substâncias psicoativas na população livre que está propensa a cometer um crime. Lewis (2006) aponta o contraste das diferenças nas taxas de dependência de substâncias psicoativas entre prisioneiros em comparação à população da comunidade. Curiosamente, é mais elevada essa prevalência nas encarceradas do que nos homens presos. As pesquisas descrevem, ainda, que tais mulheres têm um elevado grau de comorbidade psicopatológica, dependência de substância, transtorno de estresse pós-traumático, transtorno de personalidade anti-social e depressão maior.

Diante das variadas circunstâncias que podem levar um indivíduo a cometer um delito, esse estudo tem como objetivo descrever algumas características das mulheres detentas, a prevalência de uso, abuso de dependência de substâncias ilícitas, álcool e os detalhes do delito, para verificar a extensão das associações entre substância psicoativa e características do crime e outros fatores ligados à sua história atual e pregressa.

MÉTODO

Delineamento:

Foi realizada uma pesquisa com delineamento quantitativo, através de um estudo transversal e descritivo.

Amostra:

A amostra foi constituída por 287 mulheres recolhidas na Penitenciária Feminina Madre Pelletier, na cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Esta é a única penitenciária de regime fechado exclusiva para mulheres no estado. No mês de dezembro de 2007, a instituição estava constituída por 368 mulheres, as quais representavam aproximadamente 35% da população feminina de prisioneiras totais do Rio Grande do Sul. O restante das mulheres encarceradas está distribuído em duas casas prisionais, de regime semi-aberto e aberto. As outras encontram-se distribuídas em celas femininas de prisões masculinas.

Instrumentos:*Ficha de Dados Sociodemográficos e Clínicos:*

Foi composta de escolaridade, estado civil, tempo de reclusão, situação jurídica, história tratamento psiquiátrico antes e durante a prisionização, uso de substâncias psicoativas e história penal pessoal e familiar (apêndice II).

Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV - Versão Clínica (SCID-CV):

A *Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-III-R* foi desenvolvida durante a década de 1980, mostrando-se um instrumento útil para o aprimoramento da confiabilidade do diagnóstico psiquiátrico. Em 1994, foi publicada a quarta edição do DSM, em que surgiram algumas modificações. Assim, a SCID foi adaptada, sem mudar a estrutura básica, denominada *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders - Clinician Version* (Del-Bem, et al., 2001).

Em 2002 foi concluída a tradução e adaptação para a realidade brasileira por Marcelo Tavares. No presente estudo foi administrado somente o módulo de transtorno do uso de substância não-alcoólica (anexo A).

Questionário CAGE

Foi proposto por Ewing e Rouse em 1970, com tradução validada para o Brasil por Masur e Monteiro, em 1983. É constituído por quatro perguntas, sendo que a sigla CAGE resulta das palavras-chave contidas em cada uma delas: cut-down, annoyed, guilty e eye-opener. É utilizada como um ponto de corte de duas respostas afirmativas, sugerindo dependência de álcool (Luz citado em Ramos & Bertolote e col., 1997). Este questionário foi inserido na Ficha de Dados Sociodemográficos e Clínicos (apêndice II).

Procedimentos da coleta de dados

A coleta dos dados ocorreu nos meses de dezembro de 2007 e janeiro de 2008. A equipe – previamente treinada – constituiu-se por três estudantes de psicologia e duas psicólogas que trabalham na casa prisional, sendo uma delas a responsável pela pesquisa.

Todas as mulheres recolhidas na penitenciária em questão foram chamadas individualmente nas salas de atendimento psicológico, com o intuito de esclarecer o objetivo e a metodologia da pesquisa a cada participante. No início da coleta, a população prisional era constituída por 368 prisioneiras. Durante os dois meses de coleta, 57 encarceradas saíram desta instituição prisional por receberem liberdade provisória, *habeas corpus*, revogação da prisão preventiva, absolução ou transferência para outra instituição de regime fechado ou semi-aberto. Somente 23 mulheres não aceitaram participar da pesquisa – algumas delas nem chegaram a se deslocar para a entrevista, recusando-se sair da cela. Havia, ainda, uma de

castigo. Ao final, 287 mulheres aceitaram participar, representando 80% do universo de encarceradas neste presídio. As entrevistas tiveram, em média, uma hora de duração. A equipe observou a necessidade das participantes relatarem suas histórias pessoais, ansiedades e expectativas.

Aspectos éticos

Esta pesquisa foi autorizada pela direção da penitenciária e pelo órgão ao qual está subordinada, a Superintendência dos Serviços Penitenciários (SUSEPE). Após, o projeto foi aprovado pela Comissão Científica da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica Rio Grande do Sul, onde este estudo foi desenvolvido. Conforme este parecer, o estudo foi autorizado sem a necessidade de passar pelo Comitê de Ética, devido características específicas desta pesquisa.

A entrevista constituiu-se em uma sessão com cada participante, na qual, após informar o objetivo do estudo, foi assinado o termo de consentimento livre e esclarecido. Todas as participantes aceitaram voluntariamente participar desta atividade, ficando claro para elas que a sua decisão de não participar não implicaria em nenhum prejuízo, principalmente com relação à sua situação jurídica.

Em seguida à coleta das informações, foi realizada a devolução dos resultados para cada participante. Também foi detectada a presença de problemas clínicos, tais como sintomatologia depressiva grave ou intensos sintomas da abstinência de drogas. Nestes casos, foram realizados encaminhamentos para o Serviço de Psicologia da Casa ou para uma avaliação psiquiátrica.

Análise dos dados

A amostra foi descrita estatisticamente em suas características sociodemográficas e clínicas mediante análise das distribuições de frequência das variáveis dependentes e independentes.

Foi realizada uma análise bivariada dos resultados obtidos através dos testes qui-quadrado, *t de student*, ANOVA. Foram consideradas significativas as associações com valores de $p < 0,05$. Calcularam-se as estatísticas através do *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 11.0 para Windows.

RESULTADOS

Características sociodemográficas

As prisioneiras apresentaram uma média de 33,39 anos (DP=9,84), sendo 18 anos a idade mínima e 61 a máxima. Destas, 46,7% são solteiras; somando viúvas, separadas ou divorciadas, totaliza-se 67,6% que não têm relação estável com companheiro. Do total, 86,4% têm filhos, com uma média de 2,75 filhos. Quanto à escolaridade, a maioria tem no máximo o ensino fundamental incompleto.

Quanto a atividades laborativas, 75,2% das mulheres estavam trabalhando antes do encarceramento, porém apenas 15,9% tinham um trabalho formal. Uma grande parcela tem uma profissão de baixo *status* social e econômico: domésticas, costureiras, cozinheiras, manicure e até profissionais do sexo.

Com relação à região de moradia, a maioria, representando 70% da amostra, estava residindo na região metropolitana (Porto Alegre e municípios próximos), e 15,7% das participantes eram provenientes do interior do estado.

Características jurídicas

A amostra é constituída por 51,2% de presas provisórias e 48,8% de já condenadas. Mais da metade da amostra (51,6%) está reclusa há, no máximo, seis meses, o que indica que, provavelmente, muitas devem ser provisórias.

Tabela 1: Tempo de Reclusão

| | <i>n</i> | % |
|-------------------|----------|------|
| Até seis meses | 148 | 51,6 |
| Sete a 12 meses | 73 | 25,4 |
| 12 a 24 meses | 44 | 15,3 |
| Acima de 25 meses | 22 | 7,7 |
| Total | 287 | 100 |

Características do crime e contato com o sistema prisional

Com relação ao delito, 41,1% das detentas assumem que cometeram o crime pelo qual estão aprisionadas, 17,4% estavam sob o efeito de droga e 10,2% sob efeito de álcool. Da amostra total, 34,8% já haviam sido presas anteriormente, sendo que 15% já tiveram passagem por detenção juvenil.

A respeito do delito praticado, 62,4% das detentas estavam envolvidas com o tráfico de drogas. Segundo os relatos, houve diferentes tipos de participações, desde o envolvimento direto com a venda de entorpecentes e carregamento de substâncias psicoativas no sistema prisional para ajudar seu companheiro ou familiar que se encontravam presos, até participações indiretas, como o conhecimento e convivência de familiares que fazem, de sua residência, local para guardar ou vender substâncias psicoativas. Dessa forma, quando a participante nega o delito, menciona geralmente autoria aos filhos ou companheiros; quando assumem a participação no delito, associam-no ao sustento econômico ou como mantenedor do uso de substâncias psicoativas.

A tabela 2 mostra a freqüência dos delitos pelos quais as participantes estão respondendo, sendo que mais da metade da amostra responde por tráfico de drogas, seguido de roubo, homicídio e furto.

Tabela 2 – Delitos Cometidos pelas Presas

| <i>Delito</i> | <i>n</i> | <i>%</i> |
|-------------------|----------|----------|
| Tráfico de drogas | 179 | 62,4 |
| Roubo | 36 | 12,5 |
| Homicídio | 32 | 11,1 |
| Furto | 25 | 8,7 |
| Latrocínio | 4 | 1,4 |
| Estelionato | 3 | 1,0 |
| Outros | 8* | 2,8 |
| Total | 287 | 100 |

* estupro (2), formação de quadrilha (2), receptação (1), corrupção de menores (1), falsificação (1)

Com relação ao contato das participantes com o ambiente prisional, os resultados mostram que 66,9% das reclusas têm ou já tiveram um ou mais familiares presos, incluindo o companheiro. Além disso, 61,6% das presas já visitaram alguém na prisão, ou seja, a maioria das mulheres já tinha contato com este ambiente antes do aprisionamento: a maioria (66,3%) visitou o companheiro, 25% das mulheres visitaram irmãos e 9,9% visitaram os filhos.

Características sobre o aprisionamento

Das mulheres presas, 51,2% estavam trabalhando e 15,3% estavam estudando. Grande parte (77,4%) recebe visita de familiares e/ou amigos, porém apenas uma minoria recebe a visita íntima (8,5%). Das encarceradas, 51,9% referem que recebem atendimento social e 33,4% recebem atendimento psicológico.

Prevalência de Substâncias Psicoativas (SPA)

Quanto às substâncias psicoativas, 54,4% das presas admitiram usar ou já usaram. Com relação aos motivos que fizeram as presas iniciar o uso, 24,7% mencionam que foi por curiosidade, 12,9% por pressão ou influências de outras pessoas e 6,3% alegam que foi por

problemas pessoais. As que mais causaram problemas foram o crack (22%), a cocaína (12,2%) e a maconha (11,5%). Das presas, 38,3% fecharam os critérios diagnósticos para dependência de substância. Com relação às substâncias lícitas, mais da metade da amostra usa álcool (53,7%). Os resultados apontam, ainda, no momento da pesquisa, uma alta prevalência de abstinência, representada por 44,9% da amostra total. Ou seja, 94,9% das mulheres que fazem uso de substâncias psicoativas estão em abstinência.

Tabela 3: Características de Prevalência de SPA (n=287)

| <i>Prevalência</i> | <i>n</i> | <i>%</i> |
|-------------------------------|----------|----------|
| Uso de SPA (ao longo da vida) | 156 | 54,4 |
| Abuso de SPA | 113 | 39,4 |
| Dependência de SPA | 110 | 38,3 |
| SPA mais usadas | | |
| Maconha | 135 | 47,0 |
| Cocaína | 110 | 38,3 |
| Crack | 78 | 27,2 |
| Loló | 41 | 14,3 |
| SPA que causou mais problemas | | |
| Crack | 63 | 22,0 |
| Cocaína | 35 | 12,2 |
| Maconha | 33 | 11,5 |
| Outras* | 4 | 1,3 |
| Uso de álcool | 154 | 53,7 |
| Dependência de álcool | 45 | 15,7 |
| Abstinência | 129 | 44,9 |

* Loló (2), ecstasy (1) e heroína (1)

A idade de início do uso de SPA consta na tabela 4, em que foram descritas as substâncias mais freqüentes já utilizadas pelas participantes: loló, maconha, cocaína e crack. Evidencia-se o início precoce, primeiramente pelo loló, seguido da maconha. A partir disso, deduz-se que a maioria iniciou o uso antes do período do aprisionamento.

Tabela 4: Análise Descritiva do Tipo de SPA e Idade de Início

| <i>Idade de início do uso de SPA</i> | | | | | |
|--------------------------------------|----------|---------------|---------------|--------------|-----------|
| <i>Tipo de SPA</i> | <i>n</i> | <i>Mínimo</i> | <i>Máximo</i> | <i>Média</i> | <i>Dp</i> |
| Loló | 40 | 8 | 37 | 15,5 | 5,09 |
| Maconha | 130 | 9 | 39 | 16,7 | 5,18 |
| Cocaína | 106 | 11 | 40 | 19,0 | 6,15 |
| Crack | 75 | 11 | 46 | 23,7 | 7,87 |

Variáveis relacionadas com o crime

Foi realizada uma análise de associação entre o crime e o local em que as participantes estavam quando cometeram o delito ou quando foram presas. Em virtude da baixa prevalência dos delitos de latrocínio, estelionato e outros crimes, foram analisados os quatro mais frequentes, sendo que roubo e furto foram aglomerados pela semelhança para efetuar os cálculos estatísticos.

A tabela 5 mostra que houve uma diferença significativa entre os grupos. As participantes que estão respondendo por tráfico foram presas ou cometeram o delito em casa, na casa de terceiros ou no sistema prisional (levando droga para alguém que se encontrava preso). Este dado revela que o local de maior frequência foi nas suas próprias casas, o que pode sugerir a participação ou autoria de outros membros da família, como as participantes apontam. Quem responde por homicídio, o local principal foi na própria casa. Neste sentido evidencia-se que o crime de mulheres que respondem por homicídio também está relacionado a familiares próximos. Já o roubo/furto foi realizado na rua.

Tabela 5: Associação entre o delito e o local do delito/onde foi presa (n=269)

| <i>Delito</i> | | <i>Casa</i> | <i>Casa de terceiros sis. Prisional</i> | <i>Rua</i> | <i>Loja/bar/ Outros</i> | <i>Total</i> |
|---------------|----------|-------------|---|------------|-----------------------------|--------------|
| Tráfico | n | 90 | 36 | 50 | 3 | 179 |
| | % artigo | 50,3* | 20,1* | 27,9 | 1,7 | 100,0 |
| | % total | 33,5 | 13,4 | 18,6 | 13,6 | 66,54 |
| Homicídio | n | 17 | 02 | 10 | 0 | 29 |
| | % artigo | 58,6* | 6,9 | 34,5 | 0,0 | 100,0 |
| | % total | 6,3 | 0,7 | 3,7 | 0,0 | 10,78 |
| Furto/Roubo | n | 01 | 03 | 38* | 19 | 61 |
| | % artigo | 1,6 | 4,9 | 62,3 | 31,1 | 100,0 |
| | % total | 0,37 | 0,37 | 2,97 | 5,58 | 22,7 |

* análise de resíduos ajustados: $p < 0,05$. $X^2 = \text{valor } p = < 0,001$

Através da análise de associação entre o tipo de delito e as variáveis descritas abaixo (tabela 6), constatou-se que houve diferenças estatística significativas entre algumas

características. Com relação ao uso de substâncias psicoativas, houve diferença significativa entre os tipos de delitos. Observou-se que há uma prevalência maior do uso entre as mulheres que cometeram o delito de furto/roubo (77%), comparado com as que cometeram tráfico de drogas (51,4%) e homicídio (40,6%). Já com relação ao uso de álcool, não houve diferença significativa, bem como se as presas estavam sob o efeito de álcool ou substâncias psicoativas durante a execução do delito.

Alguns fatores relacionados a história clínica apresentaram uma diferença significativa entre os tipos de delitos. Evidencia-se que as reclusas que respondem por homicídio constata-se a presença de história de tratamento psiquiátrico, ideação suicida, tentativa de suicídio ao longo da vida/atual e ocorrência de violência sexual, sendo estes fatores ausentes nas reclusas que respondem por tráfico de drogas.

Com relação a familiares das presas que já cumpriram pena, houve diferença significativa entre os tipos de delitos, observando que as mulheres que respondem por tráfico de drogas apresentam uma maior prevalência de familiares que estão ou já foram presos (70,9%) e as mulheres que respondem por homicídio corresponde a 50%. Também houve diferença significativa a respeito das presas que já visitaram alguém na prisão e o tipo de delito, sendo que as mulheres que respondem por homicídio tiveram uma prevalência maior de nunca terem visitado alguém, sendo que 31,3% já visitaram alguém. Já quem responde por tráfico de drogas, 64% das mulheres já visitaram alguém na prisão.

Quanto a história de aprisionamento anterior houve diferença significativa entre os tipos de delitos, das mulheres que respondem por furto/roubo, 70,5% da amostra já foram presa antes, em contraste com 25,7% das mulheres que estão respondendo por tráfico de drogas e 21,9% por homicídio. Não houve diferença significativa entre o tipo de delito e

ocorrência de fuga de casa e violência não-sexual, bem como familiar com história de uso de SPA/álcool ou com problemas psiquiátricos.

Tabela 6: Distribuição de Frequência das Variáveis Segmentadas pelo Tipo de Delito (n=272)

| <i>Delito</i> | | <i>Tráfico drogas (n=179)</i> | | <i>Homicídio (n=32)</i> | | <i>Furto/Roubo (n=61)</i> | | <i>p</i> |
|----------------------------------|---|-----------------------------------|------------|-----------------------------|------------|-------------------------------|------------|----------|
| <i>Variáveis</i> | | <i>Não</i> | <i>Sim</i> | <i>Não</i> | <i>Sim</i> | <i>Não</i> | <i>Sim</i> | |
| Uso de SPA | n | 87 | 92 | 19 | 13 | 14 | 47 | <0,001 |
| | % | 48,6* | 51,4 | 59,4 | 40,6 | 23,0 | 77,0* | |
| Uso de álcool | n | 88 | 91 | 16 | 16 | 22 | 39 | 0,189 |
| | % | 49,2 | 50,8 | 50,0 | 50,0 | 36,1 | 63,9 | |
| Estava sob efeito de álcool | n | 161 | 18 | 27 | 3 | 54 | 7 | 0,786 |
| | % | 89,9 | 10,1 | 90,0 | 10,0 | 88,5 | 11,5 | |
| Estava sob efeito de SPA | n | 144 | 35 | 27 | 3 | 49 | 12 | 0,444 |
| | % | 80,4 | 19,6 | 90,0 | 10,0 | 80,3 | 19,7 | |
| Ideação suicida | n | 123 | 55 | 12 | 20 | 30 | 31 | <0,001 |
| | % | 69,1* | 30,9 | 37,5 | 62,5* | 49,2 | 50,8* | |
| Tentativa de suicídio | n | 150 | 29 | 21 | 11 | 45 | 16 | 0,030 |
| | % | 83,8* | 16,2 | 65,6 | 34,4* | 73,8 | 26,2 | |
| Tratamento psiquiátrico | n | 135 | 44 | 15 | 17 | 41 | 20 | 0,004 |
| | % | 75,4* | 24,6 | 46,9 | 53,1* | 67,2 | 32,8 | |
| Fuga de casa | n | 110 | 68 | 17 | 15 | 29 | 31 | 0,161 |
| | % | 61,8 | 38,2 | 53,1 | 46,9 | 48,3 | 51,7 | |
| Violência não-sexual | n | 123 | 54 | 19 | 13 | 40 | 19 | 0,529 |
| | % | 69,5 | 30,5 | 59,4 | 40,6 | 67,8 | 32,2 | |
| Violência sexual | n | 156 | 21 | 19 | 13 | 48 | 11 | <0,001 |
| | % | 88,1* | 11,9 | 59,4 | 40,6* | 81,4 | 18,6 | |
| Familiar cumpriu pena | n | 52 | 127 | 16 | 16 | 22 | 39 | 0,058 |
| | % | 29,0 | 70,9* | 50,0 | 50,0* | 36,1 | 63,9 | |
| Familiar usa SPA/álcool | n | 51 | 128 | 8 | 24 | 15 | 46 | 0,803 |
| | % | 28,5 | 71,5 | 25,0 | 75,0 | 24,6 | 75,4 | |
| Familiar com prob. psiquiátricos | n | 121 | 57 | 20 | 12 | 46 | 15 | 0,389 |
| | % | 68,0 | 32,0 | 62,5 | 37,5 | 75,4 | 24,6 | |
| Visitou prisão | n | 64 | 114 | 22 | 10 | 18 | 43 | 0,001 |
| | % | 36,0 | 64,0 | 68,8* | 31,3 | 29,5 | 70,5 | |
| Já foi presa antes | n | 133 | 46 | 25 | 7 | 18 | 43 | <0,001 |
| | % | 74,3* | 25,7 | 78,1 | 21,9 | 29,5 | 70,5* | |

Análise de resíduos ajustados= p<,005

* Nível de significância do teste qui-quadrado

Variáveis associadas com o uso e dependência de SPA

Foi realizada uma análise de medidas de associação entre o uso de substâncias psicoativas e as variáveis descritas na tabela 7, por meio do teste qui-quadrado 2x2 (X^2) para descobrir se existe uma relação significativa entre o uso de substâncias psicoativas e as variáveis descritas. Os resultados mostram que existe uma associação significativa entre o uso de substâncias e ocorrência de violência sexual, ideação suicida, percepção que tem um problema psicológico, se já tinha sido presa antes, bem como se já visitou alguém na prisão.

Já as presas que não fazem uso de substâncias psicoativas mostra uma relação significativa de que não tiveram história de ocorrência de violência sexual, não possuem história de ideação suicida, não possuem problemas psicológicos, não tinham sido presas antes, nunca visitaram alguém na prisão e são casadas. Com relação a familiares que cumprem ou já cumpriram pena, não está associado com o uso de substância.

Tabela 7: Uso de substâncias psicoativas e variáveis relacionadas

| <i>Variável</i> | <i>Uso de SPA</i> | | | | <i>p</i> |
|------------------------|---------------------------|-----------------|---------------------------|-----------------|-----------------|
| | <i>Não (n=130)</i> | | <i>Sim (n=153)</i> | | |
| | <i>n</i> | <i>%</i> | <i>n</i> | <i>%</i> | |
| Violência sexual | 10 | 7,7 | 39 | 25,5 | <0,001 |
| Ideação suicida | 36 | 27,7 | 78 | 50,0 | <0,001 |
| Já foi presa antes | 30 | 22,9 | 70 | 44,9 | <0,001 |
| Solteira | 74 | 56,4 | 120 | 76,9 | <0,001 |
| Visita na prisão | 64 | 49,2 | 108 | 69,2 | 0,001 |
| Problema psicológicos | 19 | 14,5 | 48 | 30,8 | 0,002 |
| Familiar cumpriu pena | 86 | 65,6 | 107 | 68,6 | 0,687 |

A tabela 8 mostra alguns fatores de risco que aumentam a probabilidade de ocorrer a dependência de substâncias psicoativas. As mulheres encarceradas com história de ocorrência de violência não-sexual têm 1,53 mais chances de desenvolver uma dependência de drogas do que as que não sofreram violência; quem teve história de violência sexual possui 1,56 mais chances de ter dependência substâncias psicoativas do que as participantes que não foram

abusadas; as solteiras têm 0,7 mais chances, se comparadas com as casadas; quem já foi presa antes tem 1,57 chance comparada com as que nunca haviam sido detidas; quem tem familiares com história de drogas/álcool tem 0,85 mais chances de desenvolver dependência de substâncias psicoativas, comparando com as que não possuem familiares com esta problemática.

Tabela 8: Regressão Logística de algumas variáveis correlacionadas com a dependência de SPA (variável resposta)

| <i>Variáveis independentes</i> | <i>Razão chance Exp B</i> | <i>Intervalo de Confiança de 95%</i> | <i>p</i> |
|--------------------------------|-------------------------------|--|----------|
| Violência não-sexual | 2,53 | 1,51 – 4,29 | <0,001 |
| Já foi presa antes | 2,57 | 1,56 – 4,24 | <0,000 |
| Violência sexual | 2,57 | 1,37 – 4,80 | 0,003 |
| Familiar usa SPA/álcool | 1,85 | 1,05 – 3,25 | 0,032 |
| Estado civil – solteira | 1,70 | 1,00 – 2,88 | 0,048 |

DISCUSSÃO

O aumento elevado de usuários e dependentes de substâncias psicoativas está associado com a perpetuação da violência e da criminalidade, tornando-se um dos maiores problemas de saúde pública mundial. O presente estudo mostra uma elevada prevalência nas taxas de uso, abuso e dependência de substâncias entre as mulheres encarceradas, corroborado por diversas pesquisas, como aponta Barlett (2007), Green, Miranda, Daroowalla e Siddique, 2005.

As características da trajetória criminal das presidiárias estão associadas a fatores sociais, psicológicos, econômicos e familiares. Evidencia-se um número de mulheres que já haviam sido presas antes (praticamente 35% da amostra), e 15% tiveram detenção juvenil antes dos 18 anos de idade. Os dados mostraram uma associação entre uso de substâncias psicoativas e o envolvimento de crimes. Percebeu-se, uma associação entre usuárias de

substâncias psicoativas e o contato prévio com o ambiente prisional através de visitas de familiares ou amigos, quando as participantes estavam em liberdade. Em contra partida, não foi associado o uso de substâncias psicoativas com familiares que cumprem ou já cumpriram pena.

O presente estudo apresentou uma associação significativa entre uso de substâncias psicoativas e percepção que tem algum problemas psicológicos, ideação suicida e ocorrência de violência sexual. Isso é confirmado no estudo Johnson (2006) que constatou uma associação significativa entre dependência de substância e problemas de saúde mental (as mulheres com problemas de saúde mental são mais propensas à dependência; mulheres dependentes têm maior probabilidade de possuir problemas de saúde mental). Assim, há uma alta prevalência de mulheres presas com algum transtorno mental e também de uso de substâncias (Abram, Teplin & MacClelland, 2003).

O estudo atual mostrou que as substâncias psicoativas mais freqüentes são maconha, cocaína e crack, sem história de uso injetável, diferentemente de resultados de outros continentes, em que a prevalência maior se concentra em substâncias injetáveis entre prisioneiros, sendo a heroína a substância mais usada, seguida de crack e cocaína. Porém esta última classe vem aumentando substancialmente na última década (Payne-James, Wall & Bailey, 2005).

Alguns fatores de risco aumentaram a probabilidade de as mulheres encarceradas desenvolverem a dependência de substâncias psicoativas, como é a história de violência sexual e não-sexual, aumentando significativamente a probabilidade de uma mulher desenvolver dependência química. Diversos estudos apontam uma alta prevalência de história de abuso (sexual, físico e emocional) entre as mulheres encarceradas, tanto na infância como na vida adulta, e tais fatores contribuem e apresentam uma relação significativa com

problemas de dependência química e de saúde mental (Chapman, Specht & Cellucci, 2005; Blitz, Wolff & Paap, 2006; Tye & Mullen, 2006; Johnson, 2006).

Um fator importante que foi associado significativamente com o uso de substâncias psicoativas, e que aumentaram a probabilidade de desenvolver a dependência química é o estado civil, sendo que as mulheres solteiras tiveram mais chances de apresentar uma dependência do que as casadas. Bem como, as encarceradas que possuíam familiares que tinham história de uso de substância psicoativas/álcool também apresentam uma maior probabilidade de desenvolver a dependência por substância psicoativa. Este dado mostra o quanto a família possui um papel fundamental no desenvolvimento psíquico dessas mulheres. A maioria dos estudos aponta que as mulheres encarceradas na maior parte são solteiras, jovens, têm filhos, nível de escolaridade baixa e estavam desempregadas antes do encarceramento (Tye & Mullen, 2006; Wright, et al., 2006; Gunter, et al., 2008). Estes dados são semelhantes aos resultados da presente pesquisa, o que mostra-se que estas mulheres apresentam certas características que as tornam mais vulneráveis para usarem substâncias psicoativas e cometerem delitos.

A alta prevalência de mulheres envolvidas de forma direta ou indireta com as substâncias psicoativas vai ao encontro com um estudo realizado nos Estados Unidos por Belenko e Peught (2005), o qual menciona que quase 70% das presas fazem uso regular de droga ilícita, 80% das encarceradas estão envolvidos com substâncias psicoativas e álcool, e a metade da amostra estava sob influência de substâncias psicoativas ou álcool no momento do crime – sendo que uma parte cometeu delito para comprar substâncias psicoativas.

Este fato é confirmado pelo estudo de Johnson (2006) que associa a dependência de substância a : envolvimento em crimes ou prostituição para o sustento, exposição precoce de

problemas com substâncias psicoativas pela família de origem, história de prisionização anterior, prescrição de psicotrópicos e problemas de saúde mental.

Um dado importante que os resultados do presente estudo apontam é uma alta prevalência do uso de substâncias psicoativas ao longo da vida, o que indica que a prática já havia sido feita antes do aprisionamento. Os dados apontam que as mulheres encarceradas iniciaram o uso de entorpecentes em idade precoce, sendo a rua o local mais freqüente. Este fato pode estar relacionado com a história de violência sofrida, ocorrência de fuga de casa, bem como de familiares com problemas psiquiátricos ou com envolvimento com substâncias psicoativas e /ou álcool. Isso significa que geralmente muitas destas mulheres já tinham problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas quando ingressaram na prisão. Green, et al. 2005, aponta que 72% da amostra tiveram problemas de abuso de substâncias, sendo a maior prevalência, apontado por 60% relacionado com cocaína, crack e heroína.

O estudo de Harris et al. (2003) corrobora com esta afirmação, indicando que 95% das mulheres reportaram uso de substância antes do encarceramento, bem como mães mencionaram ter usado a substância psicoativa durante a gravidez (70%). Embora presente pesquisa não investigasse o uso de drogas durante o período gestacional, é provável que isso tenha ocorrido. Seriam necessários mais estudos neste sentido para verificar a possível extensão e gravidade do uso de substâncias por estas mulheres e os prejuízos causados na vida desses filhos.

Com relação ao tipo de delito, quem responde por tráfico de drogas cometeu seu delito ou foi presa na sua própria casa, na de terceiros, de traficantes ou no sistema prisional (levando droga para algum conhecido em visitas). Estas possuem familiar que cumpre/cumpru pena e não estão associadas com violência sexual, ideação suicida, tratamento psiquiátrico ou prisão anterior. Já as mulheres que respondem por homicídio estão

associadas com história de tratamento psiquiátrico, violência sexual, história de ideação suicida e tentativa de suicídio, mas não estão relacionadas com visitas na prisão.

Furto e roubo estão associados com uso de substâncias psicoativas e prisionização anterior, sendo a rua o local mais freqüente da ocorrência dos delitos. Assim, pode-se deduzir que o uso de substâncias está associado com a violência urbana e a reincidência criminal. A execução do delito pode estar relacionada à prática do crime como uma forma de sustentar o consumo de substâncias psicoativas, tendo em vista que as mulheres que o fazem encontram mais dificuldades de conseguir ou manter um trabalho.

Evidencia-se que a mulheres encarceradas que respondem por homicídio apresentam mais fatores emocionais relacionados à história clínica, diferentemente das mulheres que respondem por tráfico de drogas, mais associado a fatores sociais e familiares. Observou-se que o local mais freqüente onde elas foram presas ou ocorrência do crime foi em suas próprias casas, do que se pode concluir a execução do delito foi cometida com pessoas de sua convivência.

Diante das características descritas, observa-se que a extensão do envolvimento dessas mulheres com a substância psicoativa parece forte e prevalente, e relaciona-se com os três delitos (tráfico de drogas, roubo e furto – ou seja, 83,6% da amostra) de forma direta, através do uso próprio e de familiares, ou a execução do tráfico de drogas envolvendo membros da família.

Um dado interessante é que a maioria das mulheres com história de uso de substâncias psicoativas menciona estar em abstinência durante o período de aprisionamento, sendo que algumas relatam fazer uso somente no início do ingresso na prisão. Este dado pode estar sub-relatado, pois muitas poderiam ter negado pelo receio de conseqüências negativas que poderiam surgir. Porém, provavelmente, muitas dessas presas podem de fato, ter

interrompido ou diminuído o consumo de substâncias psicoativas em virtude das peculiaridades dentro do ambiente prisional, como a falta de recursos financeiros para comprar a substância psicoativa.

O estudo de Narkauskaitė, Juozulynas, Mackiewicz, Surkiene, e Prapiestis (2007) identificou que mais da metade da amostra de prisioneiros refere que há um fácil acesso a substâncias psicotrópicas dentro da prisão, porém não quiseram revelar qual era esse meio. Assim, as substâncias psicoativas são frequentemente usadas devido ao impacto psicológico, tornando a disponibilidade de substâncias em instituições penais um problema mundial. Este mesmo trabalho aponta que o motivo mais importante para usar substâncias psicoativas é o distanciamento dos problemas, envolvendo o encarceramento, a relação com outros presos, funcionários e com a administração. Dessa forma, as substâncias são estimuladas no sentido de aliviar as dificuldades relacionadas com o encarceramento e o isolamento. Porém, neste estudo, nenhuma mulher referiu o uso atual.

Diante dos apontamentos obtidos, observa-se que diferentes tipos de intervenções serão necessários para diminuir os índices de mulheres envolvidas com crimes. É importante inserir as mulheres em diferentes tipos de programas dentro do ambiente prisional, de acordo com as peculiaridades das características relacionadas com o tipo de delito. Programas de prevenção e de tratamento para dependentes químicos na comunidade poderiam minimizar a violência e a criminalidade que se intensificam em função do uso de substâncias psicoativas. Além, disso, é importante um programa preventivo focado na saúde da família, tendo em vista que este estudo mostrou uma associação significativa entre fatores familiares com o uso e dependência química e envolvimento com delitos.

As limitações desse estudo estão relacionadas à metodologia, principalmente porque a coleta dos dados ocorreu unicamente através de auto-relatos, não sendo pesquisadas outras

fontes, como entrevista familiar e registros de prontuários clínicos e médicos. Dessa forma os achados desta pesquisa podem estar subestimados ou superestimados. Assim, devem ser compreendidos como uma estimativa, e não como dados precisos.

Ainda, a amostra foi constituída além das presas condenadas, por presas provisórias, as quais poderão ser absolvidas após a decisão judicial. Dessa forma, podem fazer parte desse estudo mulheres que não cometeram o delito pelo qual estão respondendo o processo criminal, e a sua prisão pode estar mais relacionada com uma vulnerabilidade social. Em função do delineamento transversal deste estudo torna-se impreciso obter tais informações.

O número reduzido de participantes também interfere em inferências mais generalizadas, não podendo concluir que as características descritas aqui são semelhantes às de mulheres presas em outros estados do país. Isso sugere a necessidade de mais pesquisas e um número maior de presos, envolvendo uma amostragem randomizada estratificada, para englobar o país inteiro. Dessa forma, dados mais representativos e padronizados serão fornecidos para colaborar na construção de políticas de saúde pública e futuros programas de prevenção e tratamento para os usuários de drogas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A descrição de algumas características sociodemográficas permitiu identificar que as participantes estão inseridas em um contexto sociofamiliar cujo envolvimento com a substância psicoativa e contato com o sistema prisional podem ser vistos como fatores de vulnerabilidade social e criminal. Estima-se que a maioria das mulheres presas apresente uma relação direta com as substâncias psicoativas, seja no uso, seja na venda. Associado com baixa escolaridade e qualificação profissional de menor *status* socioeconômico, pode contribuir para um possível aumento dos delitos praticados.

A história pregressa dessas mulheres também parece estar associada ao uso, ao abuso e à dependência de substâncias ilícitas, como pode ter sido observado que as encarceradas com ocorrência de abuso físico ou sexual tiveram mais chances de desenvolver dependência por substâncias psicoativas do que as que não foram abusadas. Neste sentido parece que, para diminuir os índices de criminalidade e mulheres envolvidas com o sistema prisional, será preciso que os serviços de saúde mental estejam mais atuantes nas camadas mais populares, com um trabalho preventivo que envolva todo o núcleo familiar. Uma atuação junto aos filhos de mulheres encarceradas pode minimizar os efeitos da ruptura do vínculo mãe-filho, bem como o modelo da figura materna associada ao crime e o envolvimento com substâncias psicoativas. Como foi apontado nas características sociodemográficas, a maioria das mulheres é solteira e possui mais de dois filhos, os quais, geralmente, não vivem com a figura paterna.

Constata-se a necessidade de um investimento na prevenção e no tratamento para a dependência química na população em geral para evitar que a criminalidade continue se elevando drasticamente. Também se tornam necessários novos estudos com o objetivo de ampliar os resultados obtidos e, assim, contribuir para futuras intervenções no sistema prisional.

REFERÊNCIAS

Abram, K. M., Teplin, L. A. & MacClelland, G. M. (2003). Comorbidade of severe Psychiatric Disorders and Substance Use Disorders Among Women in Jail. *American Journal of Psychiatry* 160, 1007-1010.

Assadi, S. M., Noroozian, M., Pakravannejad, M., Yahyazadeh O., Aghayan S., Shariat V. S. & Fazel Seena (2006). Psychiatric morbidity among prisoners: prevalence study in Iran. *British Journal of Psychiatry*, 188, 159-164.

Bartlet, A. (2007). Women in prison: concepts, clinical issues and care delivery. *Psychiatry*, 6, (11), 444-448.

- Belenko, S. & Peught, J. (2005). Estimating drug treatment needs among state prison inmates. *Drug and Alcohol Dependence*, 77, 269-281.
- Blitz L. C., Wolff, N. & Paap K. (2006). Availability of Behavioral health Treatment for Women in prison. *Psychiatric Services*, 57, (3), 356-360.
- Bryant-Rounds, L. J. & Backer Jr., L. (2007). Substance Dependence and Level of Treatment Need Among Recently-Incarcerated Prisoners. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 33, 557-561.
- Chalub, M., Telles, L. E. B. (2006). Álcool, drogas e crime. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28, (2), 69-73.
- Chapman, L. A., Specht, W. M. & Cellucci, T. (2005). Factors Associated with suicide attempts in Female Inmates: the hegemony of hopelessness. *Suicide & Life – Threatening Behavior*, 35, (5), 558-568.
- Del-Bem, C. M., Vilela, J. A. A., Crippa, A. S., Hallak, J. E.C., Labete, C. M. & Zuardi, A. W (2001). Confiabilidade da “Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV – Versão Clínica traduzida para o português”. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23, (3), 156-159.
- Green, B. L., Miranda, J., Daroowalla, A. & Siddique, J. (2005). Trauma Exposure, mental Health Functioning, and Program Needs of Women in Jail. *Crime & Delinquency*, 51,(133), 142-151.
- Gunter, D. T., Arndt, S., Wenman, G., Allen, J., Loveless, P., Sieleni, B. & Black, W. D. (2008). Frequency of Mental and Addictive Disorders Among 320 Men and Women Entering the Iowa Prison System: Use of the MINI-Plus. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 36, (1), 27-34.
- Harris, R. M., Sharps, P. W., Allen, K., Anderson, E. H., Soeken, K. & Rohatas, A. (2003). The interrelations Between Violence, HIV/AIDS, and Drug Use in Incarcerated Women. *Journal of The Association of nurses in AIDS care*, 14, (1), 27-40.
- Infopen (2008). Sistema Nacional de Informações Penitenciárias. Departamento Penitenciário Nacional. Ministério da Justiça. Acesso em 15 de março de 2008, em <http://www.mj.gov.br>
- Jackson, C. (2007). Life Sentenced. *Mental Health*. (1), 8-10.
- Johnson, H. (2006). Concurrent drug and alcohol dependency and mental health problems among incarcerated women. *The Australian and New Zealand Journal of Criminology*, 39, (2), 190-217.
- Lewis, C. (2006). Treating incarcerated women: gender matters. *The Psychiatric Clinics of North America*, 29 (3), 773-789.

Mapa Carcerário (2007). Departamento de Segurança e Execução Penal, Superintendência dos Serviços Penitenciários, Rio Grande do Sul. Acesso em 16 de outubro de 2007, em <http://www.susepe.rs.gov.br>

Narkauskaitė, L., Juozulynas A., Mackiewicz Z., Surkiene, G. & Prapiestis, J. (2007) The prevalence of psychotropic substance use and its influencing factors in Lithuanian penitentiaries. *Medical Science Monitor*, 13 (3), 131-135.

Payne-James, J.J. Wall, I. J. & Bailey, C. (2005). Patterns of illicit use prisoners in police custody in London, UK. *Journal of Clinical Forensic Medicine*, 12, 196-198.

Ramos, S. P & Bertolote, J. M. (1997). Alcoolismo Hoje. Artes Médicas: Porto Alegre.

Sacks, S. & Pearson, S. F. (2003). Co-Occurring Substance Use and mental Disorders in Offenders: Approaches, Findings and Recommendations. *Federal Probation*, 67, (2), 32-39.

Staton, M., Leukefeld, C. & Webster, J. W. (2003). Substance Use, Health: Problems and Service Utilization Among Incarcerated Women. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 47, (2), 224-239.

Tye, S. C. & Mullen, E. P. (2006). Mental Disorders in Female prisoners. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 266-271.

Wright, B., Duffy, D., Curtin K., Linehan, S., Monks, S. & Kennedy, G. H. (2006). Psychiatric morbidity among women prisoners newly committed and amongst remanded and sentenced. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 23, (2), 47-53.

CAPÍTULO V
CONSIDERAÇÕES FINAIS

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo revelou que os problemas de saúde mental relacionados com a mulher encarcerada ocorrem no mundo inteiro, em culturas diversas. A prevalência do uso e dependência de substâncias psicoativas é alta e alarmante, sendo seguidamente associada aos altos índices de crimes.

É importante salientar que as características da mulher presa estão ligadas a diversos fatores relacionados com sua vida em liberdade. Dessa forma, as soluções para diminuir a criminalidade devem centrar-se principalmente dentro da comunidade, através de programas de prevenção, focalizando tanto programas de saúde mental como programas sociais para diminuir a vulnerabilidade presente em mulheres com níveis sociais e/ou econômicos mais limitados.

Estas mulheres apresentaram alguns fatores relacionados a sua história pregressa, tais como ocorrência de violência sexual e não-sexual, e fuga de casa, bem como problemas relacionados com uso de substâncias psicoativas e/ou álcool e problemas psiquiátricos por membros da família- estes foram associados aos sintomas depressivos e seu envolvimento com o uso de substâncias psicoativas , o que pode sugerir que estas características estão relacionadas com o seu envolvimento ao crime. Além disso, a prisão pode trazer severos impactos na vida dos filhos, o que desencadeará seqüelas emocionais. Um trabalho articulado com toda a sociedade e, principalmente, com os órgãos do Judiciário é importante para implementar medidas alternativas à pena de privação de liberdade ou programas de apoio para essas crianças e adolescentes. E dessa forma, evitaria que muitas mulheres que são privadas de liberdade não rompesse os vínculos com seus filhos e pudesse se beneficiar de uma forma mais adequada com outros programas de saúde mental articulados dentro das políticas de saúde pública, vinculada com a sua família.

Pesquisas similares, envolvendo maior número de mulheres, bem como a participação de homens presos, podem contribuir para uma melhor compreensão dos fatores relacionados com o crime. Ainda seriam necessárias pesquisas que verificassem diversos transtornos mentais para a implantação de programas específicos dentro do sistema prisional, e também na comunidade, a fim de minimizar os índices crescentes de usuários de substâncias psicoativas, da criminalidade e da população carcerária.

O presente estudo evidenciou que a maioria das mulheres presas aceitaram participar desta pesquisa, mostrando-se motivadas e receptivas, o que sugere a importância de se abrir espaço de escuta para esta parcela da população o qual geralmente não são estudadas pelo meio acadêmico. Isto foi evidenciado pela escassez de estudos na temática pesquisada, o que reforça a tese da invisibilidade do sofrimento psíquico de pessoas encarceradas, o que interfere no planejamento, na gestão e avaliação das práticas relativas a esse campo de intervenção e pesquisa, e conseqüentemente, por não haver produção de conhecimento nesta área, faz com que há um despreparo dos profissionais de realizar intervenções seja no sistema prisional, seja na comunidade.

Atendendo aos objetivos estabelecidos para este estudo, pode-se dizer que:

- ✓ De acordo com a revisão teórica, é alta a prevalência de mulheres encarceradas tanto com problemas relacionados a sintomas depressivos/depressão quanto com substâncias psicoativas e comorbidades comuns em diversos países.
- ✓ O perfil da mulher presa caracteriza-se por ser solteira, jovem, ter no mínimo dois filhos, ter exercido atividades informais e geralmente de baixo status social e/ou econômico, estudou até a quarta série do ensino fundamental, teve contato anterior

com o ambiente prisional antes do encarceramento através de visitas em prisões – principalmente para o companheiro – e já teve algum membro da família preso.

- ✓ As mulheres encarceradas apresentam alta prevalência de sintomas depressivos e uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas, contrastando com a baixa prevalência de desesperança.
- ✓ Os problemas emocionais não foram desencadeados durante o aprisionamento, mas quando as participantes estavam em liberdade. A maior prevalência de tratamento psiquiátrico e tentativa de suicídio ocorreu neste período.
- ✓ Alguns fatores da história de vida pregressa estão associados significativamente com a gravidade da sintomatologia depressiva e com problemas relativos às substâncias psicoativas.

APÊNDICES

APÊNDICE I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezada participante:

A presente pesquisa tem como objetivo estudar sobre as mulheres que estão presas. Este estudo está relacionado a uma dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica desenvolvida no programa de Pós Graduação em Psicologia da PUCRS. Tal estudo prevê a participação de mulheres que estão recolhidas na Penitenciária Feminina Madre Pelletier. Para tanto é necessário que você permita que os resultados de instrumentos de avaliações sobre a sua pessoa seja utilizado em pesquisas. Os dados de identificação das participantes serão mantidos em sigilo e colocados anonimamente à disposição do pesquisador responsável pelo estudo e os resultados da pesquisa serão publicados em forma de artigo, livro, e/ou em eventos científicos mantendo o anonimato das participantes. Sinta-se a vontade para fazer qualquer pergunta que julgue necessária, a qualquer momento. É seu direito retirar-se da pesquisa quando quiser, sem que isto implique qualquer prejuízo a sua pessoa.

Eu, _____(nome da participante) fui informada dos objetivos específicos acima, de forma clara e detalhada. Recebi informações específicas sobre o procedimento no qual estarei envolvida. Todas as minhas dúvidas foram respondidas com clareza e sei que poderei solicitar novos esclarecimentos a qualquer momento através do telefone da Professora Irani de Lima Argimon (51)33203633 sub-ramal 221. Sei que novas informações obtidas durante o estudo me serão fornecidas e que terei liberdade de retirar meu consentimento de participação na pesquisa em face dessas informações. Fui certificado de que as informações por mim fornecidas terão caráter confidencial.

Consinto em participar desta pesquisa e declaro ter recebido uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido.

Assinatura da Participante

Local de data

Mestranda Daniela Canazaro
Matrícula: 07190722

Prof Orientadora Irani L ARgimon
Matrícula: 030554

APÊNDICE II

FICHA DE DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS

FICHA DE DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS

| Entrevistador: | Data da aplicação: | No |
|---|--|--|
| Nome | Data Nascimento: | Idade: |
| Local de nascimento: | Local de moradia: | |
| Data de ingresso: | Tempo de reclusão: | |
| Profissão: | | |
| <p>A. Estado Civil</p> <p>1 () Casada</p> <p>2 () União estável</p> <p>3 () Solteira</p> <p>4 () Viúva</p> <p>5 () Separada</p> <p>6 () Divorciada</p> <p>7 () Outro: _____</p> <p>B. Escolaridade:</p> <p>1 () Nenhuma</p> <p>2 () Ensino Fundamental incompleto _____</p> <p>3 () Ensino Fundamental Completo</p> <p>4 () Ensino Médio Incompleto _____</p> <p>5 () Ensino Médio Completo</p> <p>6 () Ensino Superior Incompleto _____</p> <p>7 () Ensino Superior Compl: _____</p> <p>C. Situação Jurídica:</p> <p>1 () Provisória</p> <p>2 () Condenada</p> <p>Artigo: _____</p> <p>Pena: _____</p> <p>D. Percepção do Delito:</p> <p>Local: _____</p> <p>Como foi: _____</p> <p>Motivo: _____</p> <p>Estava usando droga</p> <p>0 () Não 1 () Sim</p> <p>Qual: _____</p> <p>Estava usando álcool</p> <p>0 () Não 1 () Sim</p> <p>Nega o delito</p> <p>0 () Não 1 () Sim</p> <p>E. Já foi presa antes:</p> <p>0 () Não () Sim</p> <p>1 () Sim Artigo: _____</p> <p>Quantas vezes _____</p> <p>Situação: _____</p> <p>F. Religião:</p> <p>0 () Não () Sim</p> <p>Qual: _____</p> <p>No último mês que frequência você rezou</p> <p>0 () Nunca</p> <p>1 () 1 vez</p> <p>2 () 2 vezes</p> <p>3 () 3 a 6 vezes</p> <p>4 () 7 a 10 vezes</p> <p>5 () 11 a 20 vezes</p> <p>6 () Mais de 21 vezes</p> <p>G. Problema de saúde:</p> | <p>Hospitalização:</p> <p>0 () Não 1 () Sim</p> <p>Internação Psiquiátrica</p> <p>0 () Não 1 () Sim</p> <p>Quantas vezes: _____</p> <p>1 () em liberdade 2 () na prisão</p> <p>Diagnóstico _____</p> <p>Diagnóstico _____</p> <p>Tratamento Psiquiátrico:</p> <p>0 () Não 1 () Sim</p> <p>Onde: _____</p> <p>1 () em liberdade 2 () na prisão</p> <p>Diagnóstico _____</p> <p>Diagnóstico _____</p> <p>Tratamento Psicológico em liberdade:</p> <p>0 () Não 1 () Sim</p> <p>Onde: _____</p> <p>Diagnóstico _____</p> <p>Diagnóstico _____</p> <p>Ideação Suicida:</p> <p>0 () Não 1 () Sim</p> <p>Motivo _____</p> <p>1 () em liberdade 2 () na prisão</p> <p>Tentativa de Suicídio:</p> <p>0 () Não 1 () Sim</p> <p>Motivo _____</p> <p>Quantas vezes _____</p> <p>1 () em liberdade 2 () na prisão</p> <p>Atualmente utiliza alguma medicação:</p> <p>0 () Não 1 () Sim</p> <p>Nome: _____ dose _____</p> <p>Nome: _____ dose _____</p> <p>Nome: _____ dose _____</p> <p>Nome: _____ dose _____</p> <p>Usa medicação sem prescrição</p> <p>0 () Não 1 () Sim</p> <p>Motivo: _____</p> <p>Frequência: _____</p> <p>Qual _____</p> <p>Você acha que tem algum problema psicológico?</p> <p>0 () Não 1 () Sim</p> <p>Qual: _____</p> <p>Motivo: _____</p> | <p>H Nicotina:</p> <p>0 () Não 1 () Sim</p> <p>-Quanto tempo após acordar você fuma o seu primeiro cigarro?</p> <p>0 () Após 60 minutos</p> <p>1 () 31-60 minutos</p> <p>2 () 6-30 minutos</p> <p>3 () Dentro de 5 minutos</p> <p>-Você acha difícil não fumar em lugares proibidos, como igreja, ônibus?</p> <p>0 () Não 1 () Sim</p> <p>-Que cigarro do dia lhe traz mais satisfação?</p> <p>1 () O primeiro da manhã</p> <p>0 () Outros</p> <p>-Quantos cigarros você fuma por dia?</p> <p>0 () Menos de 10</p> <p>1 () de 11 a 20</p> <p>2 () de 21 a 30</p> <p>3 () Mais de 30</p> <p>-Você fuma mais frequentemente pela manhã?</p> <p>0 () Não 1 () Sim</p> <p>-Você fuma mesmo doente, quando precisa ficar de cama a maior parte de tempo?</p> <p>0 () Não 1 () Sim Grau _____</p> <p>I Bebida alcoólica:</p> <p>0 () Não 1 () Sim</p> <p>Qual bebida _____</p> <p>Frequência _____</p> <p>Alguma vez sentiu que deveria diminuir a quantidade ou parar de beber?</p> <p>0 () Não 1 () Sim</p> <p>As pessoas a aborrecem porque criticam o seu modo de beber?</p> <p>0 () Não 1 () Sim</p> <p>Você se sente chateada pela maneira como você costuma beber?</p> <p>0 () Não 1 () Sim</p> <p>Costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca?</p> <p>0 () Não 1 () Sim</p> <p>J. Substâncias Psicoativas</p> <p>0 () Não 1 () Sim</p> <p>Idade início-término:</p> <p>1 () Loló: _____</p> <p>2 () Maconha: _____</p> <p>3 () Estimulante: _____</p> <p>4 () Cocaína: _____</p> <p>5 () Crack: _____</p> <p>6 () Medicação: _____</p> <p>7 () Outra: _____</p> |

| | | |
|--|--|---|
| 0 () Não 1 () Sim Qual: _____ Qual: _____ Qual: _____ | Como você percebe a sua saúde? 0 () Péssima 1 () Ruim 2 () Regular 3 () Boa 4 () Ótima | Com quem iniciou _____ Onde: _____ Motivo: _____ _____ |
|--|--|---|

| <p>Em liberdade, onde usava:</p> <p>1 () Festas-bares 2 () Casa 3 () Rua 4 () Trabalho 5 () Escola 7 () Outro _____</p> <p>Com quem usava:</p> <p>1 () Sozinho 2 () Amigos 3 () Desconhecidos 4 () Marido-companheiro 5 () Outro _____</p> <p>Frequência: _____</p> <p>Abstinência</p> <p>_____ tempo _____ tempo _____ tempo</p> <p>K. História Familiar</p> <p>Familiar que usa-usou drogas/ álcool</p> <p>0 () Não 1 () Sim</p> <p>Quem _____ Qual _____ Quem _____ Qual _____ Quem _____ Qual _____</p> <p>Familiar com Problema Psiquiátrico</p> <p>0 () Não 1 () Sim</p> <p>Quem _____ Qual _____ Quem _____ Qual _____ Quem _____ Qual _____</p> <p>Familiar com História de suicídio</p> <p>0 () Não 1 () Sim</p> <p>Quem _____</p> <p>Há quanto tempo? _____</p> <p>Tem filhos:</p> <p>0 () Não 1 () Sim</p> <p>2.1 Quantos: _____</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Idade</th> <th>série</th> <th>situação</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> <p>L. História progressa: Quem desempenhou a função parental?</p> | Idade | série | situação | | | | | | | | | | | | | | | | | | | <p>M. História Penal:</p> <p>Já teve passagem pela FASE:</p> <p>0 () Não 1 () Sim</p> <p>Quantas: _____ Idade: _____ Motivo: _____</p> <p>Familiar cumpri (u) pena:</p> <p>0 () Não 1 () Sim</p> <p>Quem _____ delito _____ Quem _____ delito _____ Quem _____ delito _____</p> <p>Já visitou alguém na prisão:</p> <p>0 () Não 1 () Sim</p> <p>Quem _____ tempo _____ Quem _____ tempo _____ Quem _____ tempo _____</p> <p>Está trabalhando:</p> <p>0 () Não 1 () Sim</p> <p>Onde _____ Tempo _____</p> <p>Está satisfeita</p> <p>0 () Não 1 () Sim</p> <p>Motivo: _____</p> <p>Já trabalhou antes:</p> <p>0 () Não 1 () Sim</p> <p>Onde: _____</p> <p>Está estudando:</p> <p>0 () Não 1 () Sim</p> <p>Quanto tempo: _____</p> <p>Já estudou antes:</p> <p>0 () Não 1 () Sim</p> <p>Quanto tempo: _____ Porque parou: _____</p> <p>Recebe visita:</p> <p>0 () Não 1 () Sim</p> <p>Motivo: _____</p> <p>_____</p> <p>1 () Sim</p> <p>Quem _____</p> <p>_____</p> <p>Frequência: _____</p> <p>_____</p> <p>Recebe Visita íntima:</p> <p>0 () Não 1 () Sim</p> <p>Recebe Atendimento Psicológico</p> <p>0 () Não 1 () Sim</p> <p>Frequência: _____ Motivo: _____</p> <p>Recebe Atendimento Social</p> <p>0 () Não 1 () Sim</p> <p>Frequência: _____ Motivo: _____</p> <p>Já foi Internada no IPF</p> <p>0 () Não 1 () Sim</p> <p>Motivo: _____</p> <p>_____</p> | <p>N. Situação Econômica:</p> <p>Em liberdade morava com quem:</p> <p>_____ Total _____</p> <p>Sua residência é:</p> <p>() Própria () Alugada () Familiar () Terceiros</p> <p>Renda familiar:</p> <p>() Pensão () Salário () Ajuda terceiros () Aposentadoria () Outro: _____</p> <p>Valor: _____</p> <p>Antes de vir presa, estava trabalhando</p> <p>0 () Não 1 () Sim</p> <p>Com carteira assinada:</p> <p>0 () Não 1 () Sim</p> <p>Tipo de atividade: _____</p> <p>Valor: _____</p> <p>ESCALA BHS</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>1 ERRADO</th> <th>2 CERTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>6</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>7</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>8</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>9</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>10</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>11</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>12</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>13</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>14</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>15</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>16</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>17</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>18</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>19</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>20</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> <p>Pontuação: _____</p> | | 1 ERRADO | 2 CERTO | 1 | | | 2 | | | 3 | | | 4 | | | 5 | | | 6 | | | 7 | | | 8 | | | 9 | | | 10 | | | 11 | | | 12 | | | 13 | | | 14 | | | 15 | | | 16 | | | 17 | | | 18 | | | 19 | | | 20 | | |
|---|----------|----------|----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|----------|---------|---|--|--|---|--|--|---|--|--|---|--|--|---|--|--|---|--|--|---|--|--|---|--|--|---|--|--|----|--|--|----|--|--|----|--|--|----|--|--|----|--|--|----|--|--|----|--|--|----|--|--|----|--|--|----|--|--|----|--|--|
| Idade | série | situação | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 ERRADO | 2 CERTO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | |
|---|---|---|
| <p>_____</p> <p>Ocorrência ou tentativa de fuga de casa 0 () não 1 () Sim</p> <p>Ocorrência de violência não sexual 0 () Não 1 () Sim _____</p> <p>Ocorrência de violência sexual 0 () Não 1 () Sim _____</p> | <p>Cite três aspectos negativos de estar presa: _____ _____ _____</p> <p>Cite três aspectos positivos de estar presa: _____ _____ _____</p> | <p>Classificação: _____</p> <p>Pontuação do BDI II: _____</p> <p>Classificação: _____</p> <p>SCID 0 () Ausente 1 () Presente () Passado () Atual</p> <p>Substância: _____</p> |
|---|---|---|

ANEXOS

ANEXO A
ENTREVISTA ESTRUTURADA PARA O DSM-IV- VERSÃO CLÍNICA
(SCID-CV)

SCID-CV E- TRANSTORNO DO USO DE SUBSTÂNCIA NÃO-ÁLCOOL

Agora eu vou ler uma lista de drogas e medicamentos e você vai me dizer se já tomou alguma dessas substâncias para “dar barato”, dormir melhor, perder peso, ou mudar seu humor.

LISTA DE DROGAS

Sedativos-Hipnóticos-Ansiolíticos (“depressores”): Valium, Diazepam, Frontal, Lorax, Dalmadorn, Dorminid, Lexotan, Olcadin, Sonebom, Librium, Psicosedin, Rohypnol, gardenal, Hidantal.

Cannabis: maconha (baseado), marijuana, erva, haxixe, THC

Estimulantes: anfetaminas, pílulas de emagrecimento, bolinha

Opióides: heroína, morfina, ópio, metadona, codeína (xarope para tosse), Demerol, Dolantina

Cocaína: inalante (pó), EV (na veia), base livre, crack

Alucinógenos (“psicodélicos”): LSD (“ácido”), mescalina, chá de cogumelo, ecstasy

PCP (fenciclidina)

Outras: esteróides, cola, tinta, inalantes/solventes (benzina, gasolina, éter, lança-perfume), óxido nitroso, solventes

E17 Qual dessas lhe causou maiores problemas?

SE NEGAR PROBLEMAS: Qual delas você mais usou?

ABUSO DE SUBSTÂNCIA NÃO-ÁLCOOL

Agora eu gostaria de perguntar-lhe mais algumas questões sobre seu hábito de usar (DROGA MAIS USADA OU QUE CAUSOU MAIORES PROBLEMAS)

E18 Você já faltou ao trabalho ou à escola por que estava intoxicado (sob o efeito da droga) ou de “ressaca”? E quando fazer mal-feito seu trabalho ou ir mal na escola, por que estava usando (DROGA).

SE NÃO: E quanto a não manter sua casa limpa ou não tomar conta direito de seus filhos por que estava usando (DROGA)? Com que frequência?

E19 Você já usou (DROGA) numa situação na qual isso poderia ser perigoso? (Você já dirigiu enquanto estava alterado pela droga para fazê-lo?)

SE SIM: Quantas vezes? (Quando?)

E20 O uso de (DROGA) trouxe-lhe problemas com a justiça? (fale-me sobre isso)

SE SIM: Quantas vezes? (Quando?)

E21 SE AINDA NÃO SOUBER: O uso de (DROGA) lhe causou problemas com outras pessoas, como parentes, amigos ou pessoas no trabalho? (Você já brigou fisicamente após ter usado (DROGA)? E quanto a ter discussões por causa do uso de (DROGA)?

SE SIM: Mesmo assim, você continuou usando (DROGA)?

E22 PELO MENOS UM ITEM DE ABUSO É CODIFICADO COMO + (afirmativo) (segue adiante)

DEPENDÊNCIA A SUBSTÂNCIA NÃO-ÁLCOOL

Agora eu gostaria de perguntar-lhe mais algumas questões sobre seu hábito de usar (DROGA).

E23 Frequentemente você notava que quando começava a usar (DROGA), acabava usando muito mais do que deveria?

SE NÃO: E quanto a usá-la por um período muito maior do que você havia planejado?

E24 você já tentou diminuir ou parar de usar (DROGA)?

SE SIM: Você já realmente parou completamente de usar (DROGA)?

SE NÃO: Você queria parar ou diminuir? (Você ficava preocupado com isso?)

E25 Você gastava muito tempo usando (DROGA) ou fazendo qualquer coisa para consegui-la? Levava muito tempo para você voltar ao normal?

E26 Houve épocas em que você usava (DROGA) com tanta frequência que passou a usar (DROGA) ao invés de trabalhar, de ficar com sua família, ou de ocupar-se com outras atividades de lazer?

E27 SE AINDA NÃO SOUBER: O uso de (DROGA) já lhe causou problemas psicológicos, como ficar deprimido ou ansioso, dificultar seu sono ou causar “brancos”?

SE AINDA NÃO SOUBER: O uso de (DROGA) já lhe causou problemas físicos significativos, ou piorou um problema físico já existente?

SE SIM PARA QUALQUER UMA DAS QUESTÕES ACIMA: Mesmo assim você continuou a usar?

E28 Você notou que precisava usar muito mais (DROGA) para conseguir a sensação desejada, do que quando começou a usá-la?

SE SIM: Quanto mais?

SE NÃO: E quanto a perceber que quando você usava a mesma quantidade, ela fazia menos efeito do que antes?

E29 OS ITENS SEGUINTE PODEM NÃO SE APLICAR PARA CANNABIS, ALUCINÓGENOS E FENCICLIDINA.

Você já teve sintomas de abstinência (lista de sintomas de acordo com os critérios do DSM-IV), ou seja, sentiu-se mal quando diminuiu ou parou de usar (DROGAS)?

SE SIM: Que sintomas teve?

SE TEVE SINTOMAS DE ABSTINÊNCIA: Depois de algumas horas ou mais sem usar (DROGA), frequentemente você usava a droga para evitar se sentir mal com (SINTOMAS DE ABSTINÊNCIA)?

E quanto a usar (DROGA DO MESMO GRUPO) quando você se sentia mal, para tentar melhorar?

E30 SE NÃO SOUBER: Quando os (SINTOMAS CODIFICADOS COMO + (positivo) ACIMA) ocorreram? (Eles todos ocorreram mais ou menos ao mesmo tempo?)

PELO MENOS TRÊS ITENS DE DEPENDÊNCIA (E23-E29) SÃO CODIFICADOS COMO + (positivo) E OCORRERAM DENTRO DO MESMO PERÍODO DE 12 MESES- DIAGNÓSTICO DE DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIA NÃO-ÁLCOOL

ANEXO B
APROVAÇÃO DA COMISSÃO CIENTÍFICA



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
 Faculdade de Psicologia
 Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Ofício 062-2007 – CIHJ

Porto Alegre, 22 de Novembro de 2007

Senhor(a) Pesquisador(a)

A Comissão Científica da Faculdade de Psicologia da PUCRS
 apreciou e aprovou seu protocolo intitulado **“Quem são as mulheres encarceradas”**.

Sua investigação está autorizada a partir da presente data, sem a
 necessidade de passar pelo Comitê de Ética, devido características específicas da pesquisa.

Atenciosamente

Profa. Dra. Adriana Wagner
 Coordenadora da Comissão Científica da FAPSI

Ilmo(a) Sr(a)

Profa. Dra. **Irani Argimon** e Mestranda **Daniela Canazaro de Mello**

Faculdade de Psicologia

Nesta Universidade

PUCRS

Campus Central

Av. Ipiranga, 6681 – P. 11- 9º andar – CEP 90619-900
 Porto Alegre – RS - Brasil
 Fone: (51) 3320-3500 – Fax (51) 3320 – 3633
 E-mail: psicologia-pg@pucrs.br
www.pucrs.br/psipos

ANEXO C
APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Ofício 1128/07-CEP

Porto Alegre, 26 de setembro de 2007.

Senhor(a) Pesquisador(a):

O Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS
apreciou e aprovou seu protocolo de pesquisa registro CEP 07/03817, intitulado:
**"Adaptação do inventário de depressão de Beck-II (BDI-II) para a população
brasileira"**.

Sua investigação está autorizada a partir da
presente data.

Relatórios parciais e final da pesquisa devem ser
entregues a este CEP.

Atenciosamente,

Prof Dr José Roberto Goldim
COORDENADOR DO CEP-PUCRS

Ilmo(a) Sr(a)
Profa Irani de Lima Argimon
N/Universidade

ANEXO D
CARTA DE AUTORIZAÇÃO DA DIRETORA
DO ESTABELECIMENTO PRISIONAL

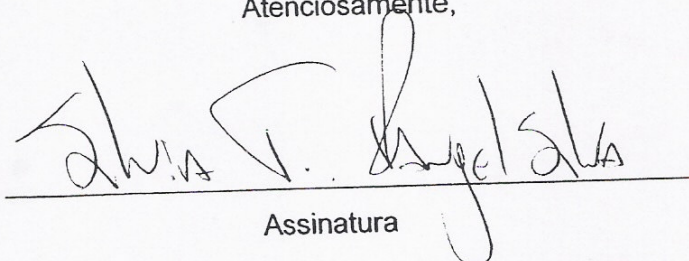
CARTA DE AUTORIZAÇÃO

Porto Alegre, 08 de outubro de 2007

Prezados Senhores

Eu, Silvia T. Rangel Silva, diretora da Penitenciária Feminina Madre Pelletier (Instituição Penal que pertence a SUSEPE- Superintendência dos Serviços Penitenciários – Secretária da Segurança Pública do Estado do Rio Grande do Sul), conheço o Projeto de Pesquisa “ Quem são as mulheres encarceradas” da pesquisadora Daniela Canazaro de Mello, e autorizo a coleta de dados nessa Instituição, após aprovação do referido projeto pelo(s) órgão(s) competentes (Comitê de Ética em Pesquisa, Comissões Científicas).

Atenciosamente,



Assinatura

Matrícula: 13109588

ANEXO E
CARTA DO DIRETOR DO DEPARTAMENTO DE TRATAMENTO PENAL



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
SUPERINTENDÊNCIA DOS SERVIÇOS PENITENCIÁRIOS
DEPARTAMENTO DE TRATAMENTO PENAL
EDUCAÇÃO

Folha de Informação : Ref. Solicitação S/Nº Projeto (área Psicologia) curso de Mestrado PUC

Porto Alegre, 17 de outubro de 2007.

Senhor Diretor:

Sugerimos retornar à interessada, a servidora **Daniela Canazaro Mello**, bem como para a Direção da PFMP – onde se realizará a pesquisa - para conhecimento, segue anexo o parecer da Coordenadora da Psicologia deste Departamento, tendo em vista tratar-se de um projeto de pesquisa desta área.

Solicitamos que, à época, seja encaminhada cópia da pesquisa Educação/DTP para consultas posteriores, visando a futuros trabalhos científicos da área afim.

Atenciosamente,

Dione Maria Vieira Mello,
Chefe de Divisão - Educação/ DTP

Encaminhe-se.

Em 17/10/07,

Luiz Galbani da Silva,

.....
Diretor do DTP.

ANEXO F
CARTA DA COORDENADORA DA PSICOLOGIA
DO DEPARTAMENTO DE TRATAMENTO PENAL



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
SUPERINTENDÊNCIA DOS SERVIÇOS PENITENCIÁRIOS
DEPARTAMENTO DE TRATAMENTO PENAL
SETOR DE PSICOLOGIA

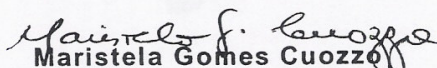
Folha de Informação 021/07, referente ao Projeto de Pesquisa de Daniela Canazaro de Mello

À Senhora Chefe de Divisão – Educação
Departamento de Tratamento Penal

Esta Coordenação nada tem a opor quanto à realização da pesquisa **Quem são as Mulheres Encarceradas**, por parte da MP – psicóloga Daniela Canazaro de Mello, a qual está devidamente vinculada ao curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUC/RS e conta com autorização da Direção da Casa Prisional, cumprindo, assim, as formalidades previstas para este tipo de intervenção. Considerando-se que a pesquisa será realizada no mesmo local onde a servidora está lotada - Penitenciária Feminina Madre Pelletier -, esta não implicará em prejuízos ao cumprimento da carga horária e o cumprimento de suas atribuições.

Seu pleito está em conformidade com uma das diretrizes deste DTP no que tange às ações da Psicologia e do Serviço Social, qual seja, “estímulo à produção, à divulgação e ao intercâmbio de conhecimento científico na área de atuação”. Este documento também estabelece que, “visando a apoiar os servidores que buscam ampliar sua qualificação profissional, dar visibilidade a sua produção científica, favorecer o intercâmbio dentro da instituição e enriquecer as práticas coletivas, estes serão convidados a contribuir para a criação de acervo com suas produções (projetos, monografias, teses etc) e outras obras que julgarem pertinentes”. Com este intuito, orientamos que o servidor encaminhe ao DTP uma cópia de sua monografia.

Reitero, ainda, que esta Coordenação encontra-se à disposição para contribuir, no que lhe for possível, para o bom êxito da louvável iniciativa de Daniela Canazaro de Mello no sentido de buscar alcançar o grau de Mestre em Psicologia o que, certamente, implicará em maior cientificidade nas ações da Psicologia junto ao Sistema Penitenciário do Estado do Rio Grande do Sul.


Maristela Gomes Cuozzo
Coordenadora da Psicologia
Departamento Tratamento de Penal

Em 16 de outubro de 2007
