

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM ATENÇÃO À SAÚDE

CRISTINA RANUZI

PENSAMENTO SUICIDA, DEPRESSÃO E RELIGIOSIDADE EM UMA POPULAÇÃO
PRIVADA DE LIBERDADE

UBERABA/MG

2018

CRISTINA RANUZI

PENSAMENTO SUICIDA, DEPRESSÃO E RELIGIOSIDADE EM UMA POPULAÇÃO
PRIVADA DE LIBERDADE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro- UFTM, para obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde.

Linha de pesquisa: Atenção à Saúde das Populações.

Eixo temático: Saúde do Adulto e do Idoso.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Leiner Resende Rodrigues.

UBERABA/MG

2018

**Catálogo na fonte: Biblioteca da Universidade Federal do
Triângulo Mineiro**

R161p Ranuzi, Cristina
 Pensamento suicida, depressão e religiosidade em uma população privada
de liberdade / Cristina Ranuzi. -- 2018.
 85 f. : tab.

 Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) -- Universidade Federal do
Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2018
 Orientador: Prof. Dr. Leiner Resende Rodrigues

 1. Ideação suicida. 2. Prisioneiros. 3. Depressão. 4. Religião. I. Rodrigues,
Leiner Resende. II. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. III. Título.

CDU 616.89-008.441.44

CRISTINA RANUZI

**PENSAMENTO SUICIDA, DEPRESSÃO E RELIGIOSIDADE EM UMA
POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde, área de concentração Saúde e Enfermagem, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Linha de pesquisa: Atenção à Saúde das Populações.

Eixo Temático: Saúde do Adulto e do Idoso.

Uberaba, 21 de Dezembro de 2018.

Banca Examinadora:

Prof^a. Dr^a. Leiner Resende Rodrigues – orientadora
Universidade Federal do Triangulo Mineiro

Prof^a. Dr^a. Maria de Fátima Borges
Universidade Federal do Triangulo Mineiro

Prof^a. Dr^a. Marciana Fernandes Moll
Universidade de Uberaba

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais, Marize Alves Ranuzi e Otalino Ranuzi, que sempre me apoiaram, incentivaram e nunca mediram esforços para assegurar que eu concretizasse meus ideais. Amo vocês incondicionalmente.

AGRADECIMENTOS

Inicialmente, agradeço a Deus pela grandiosidade da vida, por sempre me proporcionar oportunidades de crescimento e por me cercar de pessoas que preenchem meu caminho com muita luz, tornando minha trajetória mais prazerosa e menos árdua. Agradeço aos meus pais pelo amor e dedicação infinitos e por serem meu porto seguro nas lutas diárias. Ao meu marido, o Alceu, agradeço pela paciência, companheirismo e por sempre me transmitir calma nos inúmeros momentos de ansiedade. Aos meus irmãos, Liandro, Analy, Luiz e Lucas, agradeço por estarem sempre ao meu lado. Aos familiares agradeço pelo incentivo e por cada palavra de motivação. Em especial agradeço à minha tia Marivalda, que tanto se empenhou para auxiliar na revisão desse trabalho.

Agradeço à CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil) pelo auxílio financeiro e apoio à pesquisa. À minha orientadora, Prof.^a Dra. Leiner Resende Rodrigues, sou grata pelo apoio e confiança em mim depositados. Ao Prof. Dr. Vanderlei José Hass, agradeço pela paciência diante das diversas dúvidas em estatística. Agradeço ao Fábio Renato Barboza, Daniele Cristina Marques Machado e Rafael Ildio Arduini, colaboradores da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, que por vários momentos foram meus facilitadores.

Pela companhia durante esses dois últimos anos, agradeço às minhas queridas amigas, Ana Cláudia e Tamires, que compartilharam comigo, além da amizade, cada dificuldade que surgiu no decorrer desse percurso. Quantas dificuldades até que esse projeto, finalmente, ganhasse vida! Não é mesmo?

Não poderia deixar de agradecer, ainda, à equipe da direção da Penitenciária Professor Aluísio Ignácio de Oliveira, ao Itamar da Silva Rodrigues Junior, Josiley Henrique da Silva e Guilherme Augusto de Araújo, que tanto se empenharam para que a coleta de dados se tornasse possível. Aos agentes penitenciários e às colegas de profissão Estela, Rejane e Cristiane obrigada pela contribuição.

Sou grata a todos que, de alguma forma, perto ou distante, contribuíram com a realização deste trabalho. Obrigada por cada demonstração de apoio, carinho e amizade. Sem vocês certamente não teria valido a pena.

“Ninguém é tão grande que não possa aprender, nem tão pequeno que não possa ensinar.”

Esopo

RANUZI, C. **Pensamento suicida, depressão e religiosidade em uma população privada de liberdade**. 2018. 85 f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde). Uberaba, MG: Universidade Federal do Triângulo Mineiro, 2018.

RESUMO

As pessoas em privação de liberdade representam um grupo de risco para o suicídio, apresentando incidências mais elevadas quando comparado à população em geral. No que diz respeito à prevenção, a ideação suicida é um importante alvo, por se tratar de um estágio inicial que precede a efetivação do suicídio. Entretanto as pesquisas sobre a temática em questão ainda são escassas. Dessa forma a presente pesquisa teve por objetivo principal analisar a influencia das variáveis sociodemográficas, de saúde, contexto prisional, religiosidade e depressão sobre a presença ou não do pensamento suicida. Trata-se de um estudo de caráter transversal, analítico com abordagem quantitativa, sendo a população constituída por 228 pessoas privadas de liberdade, do sexo feminino e masculino de uma Penitenciária localizada no Triângulo Mineiro. A coleta de dados se deu por meio de entrevistas e o instrumento foi composto por um questionário sociodemográfico, de saúde, contexto prisional e presença do pensamento suicida, pela escala Durel, para levantamento dos escores de religiosidade e pela escala DASS 21 para levantamento dos sintomas de depressão. A maioria dos participantes desse estudo apresentou alta religiosidade organizacional (80,7%), não organizacional (95,2%) e intrínseca (82%). Quanto ao resultado da avaliação dos sintomas de depressão constatou-se que a maioria dos participantes foi classificada como dentro da normalidade (61,8%). A presença do pensamento suicida após o encarceramento foi referida por 21,1% dos participantes e quanto a análise das correlações, verificou-se que ser do sexo feminino aumenta em 7,2 vezes as chances de apresentar pensamento suicida ($rcp=7,197$), não possuir companheiro(a) aumenta em 3 vezes ($rcp=3,446$) e para cada ponto a mais no escore total da escala de depressão, aumenta em 21% as chances de apresentar pensamento suicida ($rcp=1,216$). Não foram encontradas correlações estatisticamente significativas com os escores de religiosidade, ainda que tenham sido elevados. Considerando o suicídio uma das principais causas de morte evitável em todo o mundo verifica-se a relevância desse estudo na ampliação do conhecimento acerca de tais fenômenos. Retratar melhor o perfil e a realidade das pessoas privadas de liberdade, compreender a violência da morte em decorrência do suicídio bem como os fatores correlacionados, pode contribuir para a instrumentalização de futuras ações de intervenção e

promoção de barreiras à sua ocorrência. Além disso, o Brasil abriga a terceira maior população prisional do mundo e o adequado processo de ressocialização impacta diretamente na vida de toda coletividade, sendo necessário maior comprometimento para com esses, a fim de proporcionar oportunidades reais para a reconstrução da vida.

Palavras-chave: Ideação Suicida; Prisioneiros; Depressão; Religião

RANUZI, C. **Suicidal thoughts, depression and religiosity in a population deprived of freedom**. 2018. 85 f. Dissertation (Master in Health Care). Uberaba, MG: University Federal do Triângulo Mineiro, 2018.

ABSTRACT

People in deprivation of liberty represent a risk group for suicide, with higher incidence rates when compared to the general population. With regard to prevention, suicidal ideation is an important target because it is an initial stage that precedes the suicide. However, research on the subject is still scarce. Thus, the main objective of this research was to analyze the influence of sociodemographic variables, health, prison context, religiousness and depression on the presence or absence of suicidal thoughts. This is a cross-sectional, analytical study with a quantitative approach. The population consists of 228 persons deprived of their liberty, female and male, of a Penitentiary located in the Triângulo Mineiro. The data were collected through interviews and the instrument was composed of a sociodemographic questionnaire, health, prison context and presence of suicidal thoughts, by the Durel scale, to survey the religiosity scores and by the DASS 21 scale for symptom collection of depression. The majority of participants in this study had high religiosity organizational (80.7%), non-organizational (95.2%) and intrinsic (82%). As to the outcome of the evaluation of the symptoms of depression, the majority of the participants were classified as within normality (61.8%). The presence of suicidal thoughts after incarceration was reported by 21.1% of the participants and, in terms of correlation analysis, it was found that being female was 7.2 times more likely to present suicidal thoughts ($r_{cp} = 7.197$), not having a partner increases by 3 times ($r_{cp} = 3,446$), and for each point in the total depression scale score, the chances of presenting suicidal thoughts increased by 21% ($r_{cp} = 1,216$). No statistically significant correlations were found with the religiosity scores, even though they were elevated. Considering suicide, one of the main causes of preventable death worldwide this study is relevant of the expansion of knowledge about such phenomena. Understanding the violence of death as a result of suicide, as well as correlated factors, can better portray the profile and reality of persons deprived of liberty, may contribute to the instrumentalisation of future intervention actions and the promotion of barriers to their occurrence. In addition, Brazil is home to the third largest prison population in the world and the adequate process of resocialization has a direct impact on the life of every community, and a greater commitment to them is necessary to provide real opportunities for reconstruction of life.

Keywords: Suicidal Ideation; Prisoners; Depression; Religion

RANUZI, C. **Pensamiento suicida, depresión y religiosidad en una población privada de libertad**. 2018. 85 f. Disertación (Maestría en Atención a la Salud). Uberaba, MG: Universidad Federal del Triângulo Mineiro, 2018.

RESUMEN

Las personas en privación de libertad representan un grupo de riesgo para el suicidio, presentando incidencias más elevadas en comparación con la población en general. En lo que se refiere a la prevención, la ideación suicida es un importante objetivo, por tratarse de una etapa inicial que precede a la efectivización del suicidio. Sin embargo, las investigaciones sobre la temática en cuestión todavía son escasas. De esta forma la presente investigación tuvo por objetivo principal analizar la influencia de las variables sociodemográficas, de salud, contexto prisional, religiosidad y depresión sobre la presencia o no del pensamiento suicida. Se trata de un estudio de carácter transversal, analítico con abordaje cuantitativo, siendo la población constituida por 228 personas privadas de libertad, del sexo femenino y masculino de una Penitenciaría ubicada en el Triángulo Mineiro. La recolección de datos se dio por medio de entrevistas y el instrumento fue compuesto por un cuestionario sociodemográfico, de salud, contexto prisional y presencia del pensamiento suicida, por la escala Durel, para levantar los escores de religiosidad y por la escala DASS 21 para levantamiento de los síntomas de depresión. La mayoría de los participantes de este estudio presentó alta religiosidad organizacional (80,7%), no organizacional (95,2%) e intrínseca (82%). En cuanto al resultado de la evaluación de los síntomas de depresión se constató que la mayoría de los participantes fue clasificada como dentro de la normalidad (61,8%). La presencia del pensamiento suicida después del encarcelamiento fue referida por el 21,1% de los participantes y en cuanto al análisis de las correlaciones, se verificó que ser del sexo femenino aumenta en 7,2 veces las posibilidades de presentar pensamiento suicida ($r_{cp} = 7,197$), no poseer compañero (a) aumenta en 3 veces ($r_{cp} = 3,446$) y para cada punto más en la puntuación total de la escala de depresión, aumenta en 21% las posibilidades de presentar pensamiento suicida ($r_{cp} = 1,216$).

Palabras clave: Ideación Suicida; Prisioneros; Depresión; Religión

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Classificação da depressão, ansiedade e estresse conforme grau de severidade.....	35
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição da frequência das variáveis sociodemográficas dos indivíduos privados de liberdade da Penitenciária Professor Aluísio Ignácio de Oliveira, Uberaba, MG. 2018.....	37
Tabela 2: Distribuição da frequência das doenças autorreferidas dos indivíduos privados de liberdade da Penitenciária Professor Aluísio Ignácio de Oliveira, Uberaba, MG. 2018.....	39
Tabela 3: Distribuição da frequência das variáveis de caracterização do contexto prisional dos indivíduos privados de liberdade da Penitenciária Professor Aluísio Ignácio de Oliveira, Uberaba, 2018.....	41
Tabela 4: Distribuição da frequência das respostas da escala de religiosidade aplicada em indivíduos privados de liberdade da Penitenciária Professor Aluísio Ignácio de Oliveira, Uberaba, 2018.....	42
Tabela 5: Medidas de tendência central e de dispersão das dimensões da escala de religiosidade aplicada em indivíduos privados de liberdade da Penitenciária Professor Aluísio Ignácio de Oliveira, Uberaba, 2018.....	43
Tabela 6: Resultado da avaliação da religiosidade em indivíduos privados de liberdade da Penitenciária Professor Aluísio Ignácio de Oliveira, Uberaba, 2018.....	44
Tabela 7: Medidas de tendência central e de dispersão das subescalas de depressão, ansiedade e estresse contempladas pela escala DASS 21 aplicada em indivíduos privados de liberdade da Penitenciária Professor Aluísio Ignácio de Oliveira, Uberaba, 2018.....	44
Tabela 8: Distribuição da frequência das respostas da subescala de sintomas de depressão aplicada em indivíduos privados de liberdade da Penitenciária Professor Aluísio Ignácio de Oliveira, Uberaba, 2018.....	45
Tabela 9: Resultado da avaliação da subescala de sintomas de depressão aplicada em indivíduos privados de liberdade da Penitenciária Professor Aluísio Ignácio de Oliveira, Uberaba, 2018.....	45
Tabela 10: Distribuição da frequência das variáveis referentes ao pensamento suicida nos indivíduos privados de liberdade da Penitenciária Professor Aluísio Ignácio de Oliveira, Uberaba, MG. 2018.....	46

Tabela 11: Associação entre fatores sociodemográficos, contexto prisional e de saúde e a presença ou não de pensamento suicida em indivíduos privados de liberdade da Penitenciária Professor Aluísio Ignácio de Oliveira, Uberaba, MG. 2018.....	47
Tabela 12: Análise de regressão logística múltipla binomial tendo-se como desfecho a presença ou não do pensamento suicida em indivíduos privados de liberdade da Penitenciária Professor Aluísio Ignácio de Oliveira, Uberaba, MG. 2018	49

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
BDI	Escala de Depressão de Beck
BSI	Escala de Ideação Suicida de Beck
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil
CEP-UFTM	Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro
CES-D	Center for Epidemiological Scale Depression
CONEP	Conselho Nacional de Pesquisa
CTC	Comissão Técnica de Classificação
DASS-21	Escala de Estresse, Ansiedade e Depressão
DSTs	Doenças Sexualmente Transmissíveis
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV	Papiloma Vírus Humano
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INFOPEN	Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias
LEP	Lei de Execução Penal
OMS	Organização Mundial de Saúde
PASS	Power Analysis and Sample Size
PNM	Pneumonia
PNSSP	Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário
PPLS	Pessoas Privadas de Liberdade
PSS	Escala de Suicídio Paykel
RI	Religiosidade Intrínseca
RNO	Religiosidade Não Organizacional
RO	Religiosidade Organizacional
SEAP-MG	Secretaria de Administração Prisional do Estado de Minas Gerais
SUS	Sistema Único de Saúde

SPSS	<i>software</i> Statistical Package for the Social Science
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	18
1 INTRODUÇÃO.....	19
1.1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	22
2 JUSTIFICATIVA.....	27
3 OBJETIVOS.....	29
3.1 OBJETIVO GERAL.....	29
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	29
4 MATERIAL E MÉTODOS.....	30
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	30
4.2 LOCAL DO ESTUDO.....	30
4.3 POPULAÇÃO.....	30
4.3.1 Critérios de inclusão.....	31
4.3.2 Critérios de exclusão.....	31
4.4 AMOSTRA.....	31
4.5 COLETA DE DADOS.....	31
4.6 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	32
4.6.1 Características sociodemográficas, de saúde, contexto prisional e presença do pensamento suicida.....	32
4.6.2 Índice de Religiosidade da Universidade de DUKE (Durel).....	33
4.6.3 Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (Depression, Anxiety and Stress Scale 21 – DASS-21).....	34
4.7 ANÁLISE DOS DADOS.....	35
4.8 ASPECTOS ÉTICOS.....	36
5 RESULTADOS.....	37
5.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DE ESTUDO SEGUNDO VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS, DE SAÚDE E CONTEXTO PRISIONAL.....	37
5.1.1 Caracterização da população de estudo segundo variáveis sociodemográficas.....	37
5.1.2 Caracterização da população de estudo segundo variáveis de saúde.....	38
5.1.3 Caracterização da população de estudo segundo às variáveis de	

contexto prisional.....	40
5.2 ANÁLISE DESCRITIVA DO ESCORE DE RELIGIOSIDADE.....	42
5.3 ANÁLISE DESCRITIVA DOS SINTOMAS DE DEPRESSÃO.....	44
5.4 ANÁLISE DESCRITIVA DA PRESENÇA DO PENSAMENTO SUICIDA.....	46
5.5 RELAÇÃO ENTRE OS PREDITORES SOCIODEMOGRÁFICOS, DE SAÚDE, CONTEXTO PRISIONAL, RELIGIOSIDADE E SINTOMAS DE DEPRESSÃO SOBRE A PRESENÇA OU NÃO DO PENSAMENTO SUICIDA.....	46
6 DISCUSSÃO.....	50
6.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, DE SAÚDE E CONTEXTO PRISIONAL.....	50
6.2 ESCORE DE RELIGIOSIDADE.....	55
6.3 ESCORE DOS SINTOMAS DE DEPRESSÃO.....	57
6.4 PENSAMENTO SUICIDA E SUAS CORRELAÇÕES.....	58
7 CONCLUSÃO.....	64
REFERÊNCIAS.....	67
APÊNDICES.....	76
ANEXOS.....	82

APRESENTAÇÃO

Há 12 anos, minha mãe atua como diretora da Escola Estadual Professor Minervino Cesarino, que funciona dentro da Penitenciária Professor Aluísio Ignácio de Oliveira, localizada na cidade Uberaba. Acompanhar sua rotina de trabalho durante todos esses anos e notar o esforço e o amor com os quais se dedicava a cada dia, despertou em mim o interesse pelo estudo visando aos indivíduos em privação de liberdade.

Comecei, então, a refletir sobre a condição de vida dessas pessoas envolvidas no contexto carcerário e a questionar se esses cidadãos possuíam de fato condições adequadas para o cumprimento de suas penas, levando-se em conta as condições precárias e a fragilidade de nossas leis.

Durante minha graduação em Enfermagem, tive a oportunidade de ter o primeiro contato com essa população por meio de projetos de extensão. Ao longo das atividades, pude compreender que, mesmo sabendo que o mundo do crime não é a melhor opção, existe uma dura realidade por trás de cada infração. A falta de oportunidade de estudo e trabalho, a baixa renda, a exclusão e a desigualdade social, o desemprego, a violência, a falta de apoio social, a desestrutura familiar, a corrupção e a falta de investimento público na população brasileira são circunstâncias que, não justificam os delitos, mas coadjuvam sua ocorrência.

Sabe-se que o objetivo do encarceramento é recuperar o indivíduo para que retome o convívio em sociedade e não seja reincidente, mas tal propósito é incompatível considerando o atual modelo de encarceramento, que em muitos lugares, ainda oferece condições que ultrapassam a barreira da precariedade. A garantia da efetividade das ações de execução penal, com foco na ressocialização desses indivíduos, está diretamente associada às condições das prisões, às condições de saúde, especialmente à saúde mental, ao apoio social e familiar, e, principalmente, à quebra dos estereótipos e medos por parte da sociedade.

1 INTRODUÇÃO

Ao longo dos anos, o processo de encarceramento atravessou grandes progressos que culminaram em transformações do modelo de execução penal (ARAUJO, 2016). Nos primórdios, as prisões eram caracterizadas por locais extremamente insalubres que apenas custodiavam os acusados enquanto aguardavam sua condenação, sem qualquer proposta de qualificação do preso (ARAUJO, 2016; MACHADO; SOUZA; SOUZA, 2013; DI SANTIS; ENGBRUCH; D'ELIA, 2012).

As penas aplicadas eram reconhecidas por sua crueldade e não havia garantia quanto ao respeito à integridade física do indivíduo. A depender da infração, as execuções eram efetivadas na forca, na fogueira e em alguns casos aconteciam confisco de bens, multa, humilhação, tortura e mutilações (BATISTELA; AMARAL, 2008).

A Igreja também se utilizou do isolamento social, do abuso de poder e da aplicação de duras penas como ferramenta de correção, reflexão e meio de reconciliação do pecador com Deus. Os tribunais do Santo Ofício eram mais temidos do que quaisquer outros de seu tempo. A justiça oferecia aos réus mínimas chances de defesa visto que o inquisidor detinha enorme poder (LIMA, 1999).

De acordo com o filósofo francês Michel Foucault, as mudanças nas formas de punir acompanharam as transformações políticas do século XVIII, isto é, a queda do antigo regime em detrimento da ascensão da burguesia, classe que compartilhava dos ideais de liberdade, igualdade e fraternidade defendidos pelo Iluminismo. Houve, então, uma posição de resistência às práticas cruéis de tortura e tirania como espetáculo público e a sociedade europeia começou a buscar formas alternativas em relação ao ato de punir (SILVA, et al., 2017; FIGUEIRÓ, 2016; MACHADO; SLONIAK, 2015; FOUCAULT, 2005).

Os primeiros projetos do que se tornariam as penitenciárias como conhecemos hoje, começaram a surgir no fim do século XVIII. O Inglês John Howard, foi o primeiro a propor mudanças para melhorias das situações dos presos com a criação de estabelecimentos específicos para um novo modelo de encarceramento, onde a restrição da liberdade seria o próprio meio de punição. Outro inglês, Jeremy Bentham, propôs o modelo de estrutura circular, em que um único vigilante observa todos os prisioneiros e a disciplina deveria ter um controle rígido (DI SANTIS; ENGBRUCH, 2016).

Nos Estados Unidos, o sistema Filadélfia surgiu no final do século XVIII e início do século XIX, como o primeiro presídio que seguia o sistema celular. Nesse modelo, os únicos meios de correção do indivíduo eram a leitura da bíblia, a reflexão e o isolamento de todo

contato com outro ser humano. Já o modelo Auburn, surgiu no ano de 1821, na cidade de Nova York, e também possuía o sistema celular, porém o trabalho foi adotado como objetivo regenerador do indivíduo (DI SANTIS; ENGBRUCH, 2016; OLIVEIRA, 2007).

O resultado obtido nas prisões americanas serviu de exemplo para a maioria das prisões europeias, que também adotaram o sistema filadelfiano, porém com alguns aperfeiçoamentos (OLIVEIRA, 2007). Na Irlanda, o preso percorria quatro etapas durante o encarceramento. Na primeira, permaneciam em total isolamento, a fim de refletir sobre seus delitos. Na segunda, era introduzido o trabalho conforme a proposta aurboniana. A terceira etapa consistia na transferência do apenado para uma prisão com sistema de vigilância mais brando. E, por fim, a quarta fase permitia ao detento viver em uma comunidade livre com uma liberdade condicional até o fim do cumprimento de sua pena (DI SANTIS; ENGBRUCH, 2016; MACHADO; SOUZA; SOUZA, 2013; OLIVEIRA, 2007). Em países como a Espanha e Suíça, o preso ainda poderia ser remunerado pelo trabalho a fim de ajudar na recuperação do indivíduo (DI SANTIS; ENGBRUCH, 2016).

No Brasil, enquanto colônia de Portugal, não existia um Código penal próprio, submetendo-se às Ordenações Filipinas, que não se diferenciavam das formas duras de penalidade (OLIVEIRA, 2014). Uma evidência histórica da crueldade das penas aplicadas foi a morte de Tiradentes, enforcado, decapitado e esquartejado em praça pública, acusado de traição contra o Rei (BATISTELA; AMARAL, 2008).

Foi a partir da Constituição Brasileira de 1824 que se deu a primeira reforma do sistema punitivo, uma vez que essa contemplava à criação de uma legislação penal mais humana (AMARAL, 2013; BRASIL, 1824). O encarceramento deixou de ser apenas um meio de custódia e tornou-se meio de penalidade, foram abolidos os açoites, a tortura, as marcas de ferro quente e todas as penas cruéis. Para os estabelecimentos foram determinadas melhorias nas condições de higiene, segurança e segregação dos réus conforme natureza dos seus crimes (BRASIL, 1824). Entretanto, na prática, as condições eram ainda lastimáveis, havia superlotação, insalubridade, assistência médica inadequada, alimentação precária e a convivência entre condenados e pessoas que ainda aguardavam julgamento (DI SANTIS; ENGBRUCH; D'ELIA, 2012).

Ainda no século XIX, o país sofria influências de várias doutrinas norte-americanas e europeias relativas aos modelos do sistema carcerário. Tais influências auxiliaram na consagração do primeiro Código Penal, em 1890, que possibilitou o estabelecimento de novas modalidades de prisão. Extinguiu-se, então, a pena perpétua, e ficaram estabelecidos às penas restritivas de liberdade com penalidade máxima de 30 anos, prisão disciplinar, trabalho

obrigatório e progressão da pena (MACHADO; SOUZA; SOUZA, 2013; DI SANTIS; ENGBRUCH; D'ELIA, 2012).

Apesar dos esforços para instituir melhorias, ainda existe um abismo entre o que é previsto em lei e a realidade carcerária. O Brasil vivencia um preocupante aumento das taxas de encarceramento. De acordo com dados publicados pelo Departamento Penitenciário Nacional, órgão vinculado ao Ministério da Justiça e Segurança Pública, o número de indivíduos presos no sistema penitenciário brasileiro é de 726.712 pessoas, valor que corresponde a um aumento de 707% quando comparado com a mesma população na década de 90. Essa realidade classifica o Brasil como o país com a terceira maior população carcerária do mundo, atrás apenas dos Estados Unidos e da China (BRASIL(a), 2017).

Estudo realizado com administradores do sistema prisional no Brasil sinaliza a partir da óptica dos mesmos, que a constante expansão da criminalidade está associada a fatores sociais, como: exclusão social, discriminação, baixa escolaridade, desqualificação profissional, desemprego, desarranjo familiar, má gestão dos recursos públicos e corrupção política. (DAMAS; OLVEIRA, 2013).

Em relação ao número de vagas existentes, verifica-se um déficit de 358.663 vagas e uma taxa de ocupação de 197,4%. Em todo Brasil, 78% dos estabelecimentos penais estão superlotados e 40% das pessoas presas ainda aguardam julgamento e condenação. Comparando-se os dados de dezembro de 2014 com os de junho de 2016, a taxa de presos por grupo de 100 mil habitantes subiu nesse mesmo período de 306 para 353 indivíduos (BRASIL(a), 2017; BRASIL, 2014).

O sistema prisional brasileiro sempre foi marcado pela precariedade nas instalações, superlotação, déficit na assistência à saúde, social, jurídica, além de violências e arbitrariedades. As propostas dos códigos penais foram colocadas em prática, porém de uma forma ainda muito limitada, contribuindo para o enfraquecimento do discurso ressocializador e de qualquer intenção reabilitadora (FIGUEIRÓ, 2016).

Com relação à assistência à saúde, as Pessoas Privadas de Liberdade (PPLs) possuem seus direitos assegurados desde 1984, por meio da Lei de Execução Penal (LEP) nº 7.210, que reafirma o dever do Estado na assistência material, à saúde, jurídica, educacional, social e religiosa. Em seu artigo terceiro fica estabelecido que ao condenado e ao internado serão assegurados todos os direitos não atingidos pela sentença ou pela lei (BRASIL, 1984).

Outras duas leis fundamentais para a garantia do direito à saúde das PPLs são a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e a Lei 8.080 de 1990, que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) em todo território nacional e consideram a saúde um direito

fundamental do ser humano e dever do Estado, cabendo a esse, assegurar acesso universal, igualitário e desenvolver ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1990; BRASIL, 1988).

A fim de possibilitar o acesso às ações e serviços de saúde e contribuir com a promoção da saúde das PPLs, o Ministério da Justiça em conjunto com o Ministério da Saúde, elaborou por meio da portaria interministerial nº 1.777 de 9 de setembro de 2003, o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP). Pela primeira vez a população confinada nas unidades prisionais é objeto de uma política de saúde específica. Tal plano prevê a inclusão dessa população no SUS, garantindo que o direito à cidadania se efetive, com ações e serviços de saúde consoantes com os seus princípios e diretrizes (BRASIL, 2003).

Ainda que previsto em Lei, a efetivação das ações de atenção à saúde das PPLs, no Brasil, ainda é um grande desafio, especialmente quando levamos em consideração o contexto essencialmente voltado à segurança (MINAYO; GUALHANO, 2016). Além disso, a implantação de um programa de assistência possui difícil abordagem devido à variabilidade de agravos à saúde da população carcerária, carência de profissionais, demanda por atendimento à saúde maior que o previsto e desarranjo na integração com os níveis hierárquicos do SUS. O número incompatível de profissionais também gera atendimentos pontuais, com baixa resolutividade e dessa forma estima-se que grande parte da demanda seja reprimida (FERNANDES, et al., 2014; MARTINS, et al., 2014).

Muitos esforços precisam ainda ser dispendidos a fim de garantir a efetivação do PNSSP em todo território nacional (JUNIOR, et al., 2013; DAMAS; OLIVEIRA, 2013). Os cuidados permanecem voltados, em sua maior parte, ao modelo curativista, sendo ainda necessário o desenvolvimento do cuidado integral com ações de promoção à saúde e prevenção de doenças. Para isso, faz-se necessário, ainda, transpor algumas barreiras como o medo, o desconhecimento e a insegurança, bem como inserir a temática nos currículos dos futuros profissionais de saúde, a fim de oferecer ampla discussão e capacitá-los para atuar nas condições específicas do sistema prisional (BARBOSA, et al., 2014; FERNANDES, et al., 2014; JUNIOR, et al., 2013).

1.1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Estudos apontam que os transtornos psíquicos entre as PPLs são comuns e até mais prevalentes quando comparado à população geral (DAMAS; OLIVEIRA, 2013). A situação de privação de liberdade é uma experiência muito traumática que implica em isolamento,

separação familiar, restrição das atividades corriqueiras, permanência em um ambiente estressante e convivência involuntária com outros indivíduos (NAVARRO, et al., 2013). De acordo com Favril, et al. (2017), a falta de suporte social aumenta em aproximadamente duas vezes a probabilidade de o indivíduo reportar ideação suicida enquanto encarcerado.

Além disso, a infraestrutura precária das unidades, a superlotação, a falta de higiene, a alimentação inadequada, a ociosidade devido à falta de atividades ocupacionais, desportivas, educacionais e de lazer e o frágil apoio da rede de saúde mental também são fatores de risco que contribuem para o aumento de sua ocorrência. No que tange à saúde mental, esses aspectos inerentes ao próprio processo de encarceramento exigem reações psicológicas de ajustamento e oferecem risco ao aparecimento de transtornos mentais (FAVRIL, et al., 2017; CONSTANTINO, 2016; DAMAS; OLIVEIRA, 2013).

Estudos realizados durante as duas últimas décadas mostraram também um aumento da prevalência de transtornos mentais entre as PPLs em comparação com as taxas observadas na população geral. Uma revisão sistemática publicada em 2002 concluiu que, tipicamente, cerca de um em cada sete prisioneiros nos países ocidentais têm doenças psicóticas ou depressão maior (EYTAN, 2011). Em países como a Espanha, a prevalência de transtorno mental entre as PPLs é cinco vezes maior quando comparado com a população em geral. Na Nova Zelândia, dentre os principais transtornos evidenciados entre as PPLs, estão o abuso de drogas, psicoses, transtornos afetivos, transtorno obsessivo-compulsivo e estresse pós-traumático (NAVARRO, et al., 2013; DAMAS; OLIVEIRA, 2013). Nos Estados Unidos, 73% das mulheres e 55% dos homens presos tinham pelo menos um problema de saúde mental (CONSTANTINO, 2016).

Entre a população carcerária, a taxa de suicídio é normalmente maior quando comparada à população em geral. Estudos atribuem tal fato à maior morbidade da população reclusa que está isolada da sociedade, inserida em um meio degradante e com cuidados de saúde precários. Um dos fatores apontados como principal causa para o número crescente de suicídios, no ambiente penitenciário, é o alto índice de doenças mentais verificado nessa população (MOREIRA; GONÇALVES, 2010).

Schaefer, Esposito-smythers, Tangney (2016) afirmam que, nos Estados Unidos, o comportamento suicida é um problema significativo entre as populações encarceradas e a ideação é apontada como principal precursor para esse comportamento. Estudo realizado com 1.537 PPLs constatou que 19% tinham história de tentativa de suicídio e variáveis como traumas na infância, menor resiliência e histórico de automutilação apresentou correlação significativa com a ideação. Escores de raiva, hostilidade e antecedentes criminais de

violência também diferenciaram significativamente os prisioneiros que haviam tentado daqueles que nunca haviam tentado (ROY, et al., 2014).

Na maioria dos países, grande parte dos óbitos por causas externas é decorrente das violências autoprovocadas (suicídio), das violências interpessoais e dos acidentes (BRASIL, 2015). A cada ano, são mais de 800.000 mortes por suicídio em todo mundo, o que representa 49% de todas as mortes por causas externas. Entretanto, as taxas de tentativas de suicídio podem ser de 10 a 40 vezes mais elevadas que as de suicídio e esses números representam uma das maiores preocupações dos dirigentes do setor de saúde (WHO, 2014; BERTOLOTE, 2010).

No Brasil, as causas externas ocupam a terceira posição entre os motivos de morte na população em geral e a primeira entre pessoas de um a 39 anos. Dentro da composição por causas externas, os homicídios ocupam a primeira posição e o suicídio a terceira (BRASIL, 2015; BRASIL (d) 2012). Estima-se que a cada 100 pessoas, 17 pensam em suicídio em algum momento da vida, cinco planejam e três realizam uma tentativa (TEIXEIRA, et al., 2016). Calcula-se, ainda, que a cada 40 segundos uma pessoa comete suicídio no mundo, a cada três segundos alguém atenta contra a própria vida e para cada caso consumado de suicídio ao menos outras seis pessoas são afetadas (OMS, 2000).

A proporção de homens que morrem em decorrência do suicídio é 57% maior que a de mulheres em todo o mundo. No Brasil, os homens morrem de três a quatro vezes mais que as mulheres pela mesma causa, porém, quando se trata do número de tentativas, esses valores são invertidos, isto é, os homens tentam menos suicídio, mas utilizam métodos mais fatais (CALIXTO; ZERBINI, 2016). Ainda que os números sejam alarmantes, deve-se levar em consideração que dada à complexidade do assunto, muitos casos ainda são subnotificados. Dessa forma os valores reais são superiores aos reportados, inclusive no que diz respeito às pessoas em privação de liberdade (ZANLUQUI; SEI, 2017; CALIXTO; ZERBINI, 2016; BRASIL, 2006).

O suicídio é o desfecho de uma má interpretação da complexa interação de fatores psicológicos, biológicos, genéticos, culturais e socioambientais. É um ato consciente e intencional, executado pelo próprio indivíduo, cuja intenção seja a morte. Já o comportamento suicida compreende os pensamentos, os planos e a tentativa de autoextermínio que pode culminar em um ato extremo quando o indivíduo não encontra condições adequadas de enfrentamento (ABP, 2014).

A American Psychiatric Association (2003) define a ideação suicida como a presença de pensamentos em que o indivíduo é o agente de sua própria morte, sendo importante avaliar

a natureza, a frequência, a profundidade, o tempo e persistência da ideação suicida. Complementa-se que quanto maior a magnitude e a persistência dos pensamentos suicidas, maior o risco de um eventual suicídio (PINTO, 2011; BERTOLOTE, 2010). Estima-se que 60% das pessoas que iniciam com a ideação suicida, seguido do plano, realizam a tentativa ainda dentro do primeiro ano desde o início da ideação (NOCK, et al., 2008).

Em diferentes regiões do mundo, as pesquisas têm comprovado que, em quase todos os casos de suicídios, os indivíduos estavam padecendo de algum transtorno mental (BRASIL, 2006). Entre eles, os quadros depressivos merecem destaque, visto que estão presentes em pelo menos 50% dos casos de suicídio, aumentando em 25 vezes a ideação suicida em relação à população de forma geral (VASCONCELOS, 2016; AMERICAN ASSOCIATION OF SUICIDOLOGY, 2014).

A associação do suicídio com a depressão mostra que entre os gravemente deprimidos, 15% cometem suicídio (BRASIL, 2006). A depressão é apontada nos dias de hoje como a quarta doença mais presente no mundo. Acredita-se que de 5 a 10% da população mundial sofrerá ao menos um episódio de depressão ao longo da vida (BARBOSA; MACEDO; SILVEIRA, 2011).

Os transtornos depressivos são caracterizados por tristeza, perda de interesse ou prazer, sensação de cansaço, falta de concentração, sentimentos de culpa, baixa autoestima, perturbação do sono e apetite, entre outros. Pode ser duradoura ou recorrente e prejudica substancialmente o desempenho da pessoa em suas atividades diárias, sendo a principal causa de incapacidade em todo o mundo, gerando perdas anuais de trilhões de dólares. Conforme a gravidade pode ser classificada como leve, moderada ou grave e em sua forma mais avançada, a depressão pode levar ao suicídio (WHO, 2017).

Embora existam tratamentos eficazes para a depressão, menos da metade das pessoas afetadas em todo mundo se beneficia de tais tratamentos. Isso em razão da falta de recurso, da falta de profissionais capacitados para uma avaliação precisa e também pelo estigma social referente aos transtornos mentais (BRASIL, 2017).

As relações entre a saúde e a religiosidade têm sido cada vez mais investigadas, visto que as evidências têm apontado para uma relação habitualmente positiva e de proteção entre indicadores de envolvimento religioso e de saúde mental (ALMEIDA; NETO; KOENING, 2006; PAIVA, 2014; RIBEIRO; MINAYO, 2014). No entanto, entre a população prisional, poucos estudos foram encontrados (MORAES; DALGALARRONDO, 2006).

Religião é definida como uma crença na existência de um poder sobrenatural, criador e controlador do Universo, dando ao homem uma natureza espiritual que continua a existir

depois da morte do corpo. A maioria dos estudos constatou que níveis elevados de envolvimento religioso estão positivamente associados a indicadores de bem-estar psicológico (satisfação de vida, felicidade, afeto positivo e moral superior) e com menos depressão, pensamentos suicidas e uso de drogas e álcool (ALMEIDA; NETO; KOENING, 2006).

No caso das prisões, a religião oferece apoio na vivência de situações adversas, interfere positivamente no ambiente e colabora no ajustamento dos presos (RIBEIRO; MINAYO, 2014). A LEP assegura ao preso assistência religiosa, com liberdade de culto e permite a posse de livros de instrução religiosa (BRASIL, 1984). A existência dos grupos religiosos ameniza o isolamento vivido pela população carcerária, oferece conforto psíquico e espiritual, cria laços e ainda há indícios de que muitos dos que aderem à religião criam, a partir de seus princípios, um modelo de transformação de vida (LIVRAMENTO; ROSA, 2016; RIBEIRO; MINAYO, 2014).

Estudo realizado com presos do Estado do Alabama evidenciou que o maior número de experiências espirituais faz com que o indivíduo não se sinta abandonado por Deus e associa-se a uma melhor saúde mental e a menores sintomas de depressão e desejo de morte (ALLEN, et al., 2008). No Brasil, um estudo realizado com 368 mulheres encarceradas em São Paulo, também associou menor frequência de transtornos mentais a maior religiosidade pessoal (MORAES; DALGALARRONDO, 2006).

A religiosidade parece atuar como fator de integridade emocional tanto para homens quanto para mulheres, subsidiando auxílio no enfrentamento das mazelas características da condição do cárcere (MORAES; DALGALARRONDO, 2006; ALMEIDA; NETO; KOENING, 2006).

2 JUSTIFICATIVA

Ainda que a morte provoque inquietação na maioria das pessoas, outras podem considerá-la como possível alívio de algum tipo de sofrimento. As taxas de suicídio revelam que esse é um sério problema de saúde pública em todo mundo e sua abordagem é complexa, pois deve ser compreendida a partir da interação de fatores sociais, psicológicos, culturais, comportamentais e de saúde, que agem simultaneamente e aumentam a vulnerabilidade da pessoa ao comportamento suicida (MOREIRA; BASTOS, 2015; WHO, 2014).

A ideação suicida surge como uma forma de escape dos problemas considerados irresolúveis e é compreendida como uma condição que precede à tentativa de autoextermínio (SCHAEFER; ESPOSITO-SMYTHERS; TANGNEY, 2016; CHACON; CUEVA, 2014). Sua ocorrência está significativamente relacionada a fatores como depressão, uso de álcool e drogas, violência, problemas de relacionamento interpessoal, tristeza e solidão (MOREIRA; BASTOS, 2015). Entre as PPLs o impacto negativo do próprio contexto prisional, a separação familiar, o isolamento social, o sentimento de humilhação, a discriminação e a falta de acesso adequado aos serviços de saúde, são fatores de risco que caracterizam sua vulnerabilidade em relação aos pensamentos suicidas (CEBALLOS-ESPINOZA, et al., 2016; ANDREOLI, et al., 2014).

Ainda que nem todos os casos de suicídio possam ser prevenidos, muitos podem ser evitados a partir da identificação precoce dos sinais e do manejo adequado, uma vez que a redução da morbidade (ideação suicida e tentativa de suicídio) reflete diretamente na queda da mortalidade (BERTOLODE, et al., 2010). Verifica-se que as pessoas que receberam intervenção psicossocial com entrevista motivacional, atendimentos regulares e o devido encaminhamento para um serviço de saúde, apresentaram até dez vezes menos chances de realizar novas tentativas (CALIXTO; ZERBINI, 2016). Como um estágio inicial do caminho que leva ao suicídio, a ideação representa um alvo importante para a prevenção, mas a pesquisa sobre esse assunto é escassa em populações prisionais (FAVRIL, et al., 2017).

No tocante a prevenção do suicídio, estudos destacam que o estigma sobre o tema e a falta de conhecimento por parte dos profissionais de saúde configuram importantes barreiras (BRASIL(c) 2017; WHO, 2014; ABP, 2014). A maioria das pessoas com esses pensamentos apresenta dificuldade em pedir ajuda, pois se sentem envergonhadas e com receio de falar abertamente sobre o problema, porém muitas expressam em algum momento, e de alguma forma, o desejo de se matar (BRASIL(c) 2017; ABP, 2014). Estudo realizado no Rio de Janeiro estima que 45% das que cometeram suicídio foram atendidas pelo serviço de atenção

primária de saúde no mês anterior à sua morte. Desses, 19% se consultaram com um profissional de saúde mental. (TEIXEIRA, et al., 2016).

Visto que se trata de mortes potencialmente evitáveis, o foco no reconhecimento dos sinais e na prevenção deve ser fundamental. Para isso, é relevante incentivar novas pesquisas e caracterizar melhor os fatores de risco, bem como os de proteção a fim de instrumentalizar os profissionais para que apoiem a pessoa no processo de enfrentamento (BRASIL (c) 2017; VASCONCELOS, 2016; MOREIRA; BASTOS, 2015; ABP, 2014). Faz-se necessário, ainda, falar abertamente sobre o tema em questão com o propósito de desconstruir o estigma já enraizado em torno do comportamento suicida, sobretudo quando se trata das pessoas em privação de liberdade, que possuem o agravante de um contexto envolto de preconceitos (ZANLUQUI, SEI, 2017; TEIXEIRA, et al., 2016; VASCONCELOS, 2016; BERTOLODE, et al., 2010).

Enfatiza-se, ainda, que para a efetivação de ações de saúde no âmbito da saúde mental das PPLs, faz-se necessário o envolvimento e a abordagem de uma equipe multidisciplinar, visto que são diversos os fatores que contribuem para a presença da ideação suicida (WHO, 2017). Contudo, ressalta-se o profissional de enfermagem detém importante função na detecção dos sinais de risco, visto que é o profissional de saúde que possui maior contato com os pacientes de uma forma geral e em qualquer contexto.

As pesquisas que abordam a saúde das PPLs são relativamente recentes em todo mundo (CONSTANTINO, 2016). Schaefer, Esposito-Smythers, Tangney, (2016) afirmam que nenhum estudo até o momento havia examinado a prevalência da ideação suicida e seus correlatos em uma amostra de cadeia mista. Desse modo, espera-se, também, contribuir com a produção científica acerca do tema, bem como fornecer subsídios para discussões e bases para a proposição de intervenções no cuidado prestado a esses indivíduos.

Outro ponto que merece destaque é a importância da recuperação e reeducação do detento, sobretudo na intenção de prevenir o crime e sua reincidência. Porém existe, ainda, um enorme distanciamento entre o que está previsto nas leis que regem o sistema carcerário e o cenário atual. Diante da falta de engajamento político na efetivação de ações significativas para o retorno das PPLs à sociedade, podemos inferir que as condições de encarceramento são incompatíveis com o processo de ressocialização (DAMAS; OLIVEIRA, 2013). Além disso, barreiras como o medo, o desconhecimento e a insegurança também precisam ser transpostas (JUNIOR, et al., 2013).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a influencia das variáveis sociodemográficas, de saúde, contexto prisional, religiosidade e depressão sobre a presença ou não do pensamento suicida.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Caracterizar a população de estudo segundo variáveis sociodemográficas, de saúde e de contexto prisional;
2. Determinar os escores de religiosidade da população de estudo;
3. Determinar os sintomas de depressão da população de estudo;
4. Determinar a presença ou não do pensamento suicida na população de estudo;
5. Analisar a relação entre preditores sociodemográficos, de saúde, contexto prisional, religiosidade e sintomas de depressão sobre a presença ou não do pensamento suicida.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de caráter transversal, analítico com abordagem quantitativa.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido na Penitenciária Professor Aluísio Ignácio de Oliveira, localizada na cidade de Uberaba, Minas Gerais. A mesma é mantida pelo Estado de Minas Gerais e possui 12 anos de funcionamento. Sua capacidade total é para 698 detentos, porém, no momento da coleta, havia um total de 1493 pessoas privadas de liberdade, sendo 1391 do sexo masculino e 102 do sexo feminino. Cabe destacar que esses números variam diariamente em virtude dos alvarás de soltura e das novas demandas.

Outro dado relevante é que do número total de detentos, apenas 606 (572 homens e 34 mulheres) foram condenados e 887 (819 homens e 68 mulheres) ainda aguardam julgamento. Dentro da unidade existe uma escola que possui 117 alunos matriculados (102 homens e 15 mulheres). São também oferecidas atividades de trabalho que podem ser internas ou externas. No total, 432 presos trabalham (373 homens e 59 mulheres). As atividades internas oferecidas são: artesanato, limpeza, cela livre, refeitório, horta, manutenção, jardinagem, almoxarifado, lavanderia, costura e montagem de peças para a Black & Decker.

Em relação ao número de profissionais de saúde, a unidade prisional dispõe de um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem, dois médicos, um dentista, quatro psicólogos, três assistentes sociais, um auxiliar de dentista e um farmacêutico. Os atendimentos de saúde são realizados dentro da própria unidade prisional, porém, quando necessário, as PPLs são encaminhadas para as Unidades de Pronto Atendimento (UPA).

4.3 POPULAÇÃO

A população do estudo foi constituída por 228 PPLs do sexo feminino e masculino da Penitenciária Professor Aloisio Ignácio de Oliveira.

4.3.1 Critérios de inclusão

Participaram do estudo as PPLs da Penitenciária Professor Aluísio Ignácio de Oliveira, tanto do sexo masculino quanto feminino, condenados e provisórios que assentiram a participação.

4.3.2 Critérios de exclusão

Foram excluídos do estudo os participantes que não conseguiram responder o instrumento em decorrência de fatores físicos, cognitivos ou psíquicos limitantes.

4.4 AMOSTRA

O processo de recrutamento envolveu amostragem não probabilística, por conveniência, da população de estudo. O cálculo do tamanho amostral considerou uma prevalência de ideação suicida de 23,7% durante o encarceramento, uma precisão de 5% e um intervalo de confiança de 95% para uma população finita de 1262 PPLs (FAVRIL, et al., 2017).

Utilizando-se o aplicativo Power Analysis and Sample Size (PASS), versão 13 e introduzindo-se os valores acima descritos, obteve-se um tamanho amostral de 228 indivíduos. Considerando uma perda de amostragem de 20% (recusas em participar), o número máximo de tentativas de entrevistas foi de 285. A variável dependente ou desfecho principal foi à presença ou não do pensamento suicida na população de estudo.

4.5 COLETA DE DADOS

Antes da coleta de dados, a pesquisadora realizou uma reunião com membros da direção da unidade prisional a fim de explicar a importância e os objetivos do estudo, bem como apresentar os procedimentos e instrumentos que foram adotados. Em seguida, procedeu-se o teste piloto, que foi realizado com 10 participantes. A coleta propriamente dita teve duração de aproximadamente dois meses (do dia 22 de maio ao dia 19 de julho do ano de 2018), respeitando o prazo estabelecido pela Secretaria de Administração Prisional do Estado de Minas Gerais (SEAP-MG).

As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora, individualmente, com todas as PPLs que eram movimentadas dentro da unidade prisional, seja para atendimento médico de rotina, para coleta de exames laboratoriais, para atendimento de acolhida, para atendimento pela Comissão Técnica de Classificação (CTC), entre outros. O local destinado à coleta foi uma sala no setor da saúde da penitenciária e a duração de cada entrevista foi de aproximadamente 20 minutos.

Após a leitura criteriosa do Termo de Esclarecimento (APÊNDICE A), foram sanadas as eventuais dúvidas e solicitado assinatura em duas vias no termo de Consentimento Livre, após Esclarecimento (APÊNDICE B), sendo uma do pesquisador e outra do voluntário.

Acrescenta-se ainda que foi previamente acordado com as psicólogas da unidade, que todo voluntário que apresentasse qualquer desconforto emocional, decorrente da aplicação dos instrumentos, seria acolhido pelo entrevistador e encaminhado para atendimento junto às mesmas.

4.6 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS

O questionário de coleta foi composto pelos seguintes instrumentos: questionário sociodemográfico, de saúde, contexto prisional e presença do pensamento suicida (APÊNDICE C), Índice de Religiosidade da Universidade de DUKE (Durel) (ANEXO A) e Escala de Estresse, Ansiedade e Depressão (Depression, Anxiety and Stress Scale 21 – DASS-21) (ANEXO B).

Cabe destacar que todos os instrumentos foram aplicados pela pesquisadora responsável, uma vez que, por questão de segurança, os presos permaneciam algemados durante a entrevista, dificultando assim o autopreenchimento.

4.6.1 Características sociodemográficas, de saúde, contexto prisional e presença do pensamento suicida

Para obtenção dos dados referentes às características sociodemográficas, de saúde, de contexto prisional e presença do pensamento suicida autorreferido, elaborou-se um instrumento, que foi submetido à apreciação e validação por três juízes especialistas.

Para as características sociodemográficas, o instrumento aborda as seguintes variáveis de estudo: data de nascimento, cidade de origem, Estado de origem, sexo, estado conjugal,

número de filhos, cor da pele autorreferida, grau de escolaridade, renda familiar, se possui religião e qual religião.

Quanto às características de saúde, foi incluída uma lista com as seguintes doenças: hipertensão arterial, diabetes, obesidade, hipotireoidismo, hipertireoidismo, colesterol alto, chagas, insuficiência cardíaca, AVC/AVE, insuficiência renal, epilepsia, tumor maligno e benigno, sequela de trauma ou acidente, asma, bronquite, tuberculose, pneumonia, alcoolismo, dependência de drogas ilícitas, tabagismo, cirrose, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), hepatite, herpes, sífilis, Papiloma Vírus Humano (HPV), dermatite, depressão, transtorno bipolar e opção para outros.

Quanto às características de contexto prisional foram abordadas questões referentes às atividades de estudo e de trabalho, tais como: se estuda dentro da unidade prisional e para os que não estudam perguntou-se se gostariam de estudar; se trabalha na unidade e para as respostas negativas perguntou-se se gostariam de trabalhar, enquanto para os que trabalham perguntou-se qual a função desempenham. Também foram elencadas questões referentes à data de ingresso na penitenciária, ao tipo de reclusão, ao tipo de regime, se é réu primário ou reincidente, se recebe visitas, de quem recebe visitas e qual a frequência mensal das visitas.

No tocante à presença do pensamento suicida foram abordadas as seguintes variáveis de estudo: se o participante pensou em suicídio alguma vez desde o encarceramento, qual a frequência desse pensamento, se procurou atendimento psicológico dentro da unidade, se recebeu atendimento psicológico e se faz uso de algum medicamento controlado.

4.6.2 Índice de Religiosidade da Universidade de DUKE (Durel) – versão em português

A escala Durel é um instrumento breve e de fácil abordagem. Foi desenvolvida por Koenig, et al. (1997), traduzida para o português por Moreira-Almeida, et al. (2008) e validada por Lucchetti, et al. (2012). A mesma possui cinco itens que captam três dimensões centrais da religiosidade que se relacionam com desfechos em saúde, sendo elas: Religiosidade Organizacional (RO), Religiosidade Não Organizacional (RNO) e Religiosidade Intrínseca (RI) (LUCCHETTI, et al., 2012; KOENIG, et al., 1997).

A RO compreende os comportamentos religiosos que ocorrem no contexto da instituição religiosa, como a frequência às atividades religiosas formais. Já a RNO abrange os comportamentos religiosos privados, que ocorrem sem locais fixos, podendo se manifestar individualmente ou em pequenos grupos familiares e informais. Por fim, a RI trata-se de uma

dimensão subjetiva, que avalia o quanto a religião pode motivar ou influenciar comportamentos na vida do indivíduo (LUCCHETTI, et al., 2012; KOENING, et al., 1997).

Os primeiros itens da escala avaliam RO e RNO e os três últimos itens avaliam a RI. Na análise dos resultados, as pontuações das três dimensões devem ser analisadas separadamente (MOREIRA-ALMEIDA, et al., 2008). Tanto para a RO quanto para a RNO a pontuação varia de 1 a 6 pontos, enquanto a RI possui uma variação de 3 a 15 pontos. Ressalta-se que quanto maior o escore total maior a religiosidade (LUCCHETTI, et al., 2012).

Para proceder à análise todos os itens das questões devem ser invertidos para posteriormente realizar o somatório. Para RO e RNO a conversão resulta em: 1=6; 2=5; 3=4; 4=3; 3=2; 2=1 e para RI a conversão resulta em: 1=5; 2=4; 3=3; 4=2; 5=1 (LUCCHETTI, et al., 2012; KOENING, et al., 1997).

Quanto à classificação dos escores, considera-se baixa RO escores < 3 e alta RO escores ≥ 4 . Para RNO considera-se < 3 baixa e ≥ 4 alta. Quanto a RI considera-se alta quando os escores ≥ 10 e baixo quando os escores < 9 (ABDELGAWAS, et al., 2017; KOENING, et al., 1997).

4.6.3 Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (Depression, Anxiety and Stress Scale 21 – DASS-21) - versão em português

A DASS-21 foi desenvolvida por Lovibond; Lovibond (1995) e validada e adaptada para o português por Vignola; Tucci (2014). Consiste em um instrumento reduzido, autoaplicável e contém 21 itens que contemplam três subescalas que avaliam os sintomas da depressão, da ansiedade e de estresse. A subescala de sintomas de depressão é composta pelos itens 3, 5, 10, 13, 16, 17 e 21, a subescala de sintomas da ansiedade é composta pelos itens 2, 4, 7, 9, 15, 19 e 20 e a subescala de sintomas de estresse é composta pelos itens 1, 6, 8, 11, 12, 14 e 18. Cada item é pontuado de 0 à 3, com respostas tipo Likert, em que o indivíduo avalia o quanto cada sintoma se aplicou na última semana (VIGNOLA; TUCCI, 2014).

Os quatro pontos da escala são: 0 = não se aplicou de maneira alguma, 1 = aplicou-se em algum grau ou por pouco tempo; 2 = aplicou-se em um grau considerável, ou por boa parte do tempo e 3 = aplicou-se muito ou na maioria do tempo. O resultado final é obtido pela soma dos escores dos itens de cada subescala, que posteriormente devem ser multiplicados por dois. A classificação é feita de acordo com o grau de severidade, conforme quadro 1. (VIGNOLA; TUCCI, 2014).

Quadro 1 – Classificação da depressão, ansiedade e estresse conforme grau de severidade.

Classificação	Depressão	Ansiedade	Estresse
Normal	0-9	0-7	0-14
Leve	10-13	8-9	15-18
Moderado	14-20	10-14	19-25
Severo	21-27	15-19	26-33
Extremamente Severo	28 ou mais	20 ou mais	34 ou mais

Fonte: Vignola; Tucci (2014).

4.7 ANÁLISE DOS DADOS

Inicialmente, os dados foram organizados em planilha no programa Excel®, com dupla digitação e validação. Em seguida, foram importados para o *software* Statistical Package for the Social Science (SPSS), versão 21.0, para realização da análise estatística.

Para atender ao primeiro e ao quarto objetivo, as variáveis categóricas foram apresentadas empregando-se distribuição de frequências absolutas e relativas, ao passo que as variáveis quantitativas foram resumidas empregando-se medidas de tendência central (média e mediana), bem como de dispersão (amplitude e desvio padrão).

Para atender aos objetivos dois e três, os escores das escalas foram resumidos empregando-se medidas de centralidade (média e mediana) e de dispersão (amplitude e desvio padrão). O quinto objetivo incluiu análises bivariadas, tais como o teste t para preditores dicotômicos e correlações de Pearson e Spearman para preditores quantitativos e ordinais, respectivamente.

A contribuição simultânea de preditores sociodemográficos, de saúde, de contexto prisional, religiosidade e depressão sobre a ideação suicida incluiu a análise de regressão logística múltipla. Salienta-se que para a mesma foram utilizados os escores totais das escalas aplicadas, trabalhando com a variável de maneira quantitativa, utilizando os pontos de corte vistos na literatura apenas de forma descritiva. Foram consideradas associações estatisticamente significativas aquelas com o valor de $p \leq 0,05$ e este trabalho considerou um nível de significância de alfa igual a 5%.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi inicialmente submetido à apreciação e aprovação da SEAP-MG e, após o parecer favorável (ANEXO C), o mesmo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (CEP-UFTM), sob número de registro: CAAE 84249518.6.0000.5154, comprovante de envio 016860/2018, e parecer de aprovação número 2.649.472 (ANEXO D).

Registra-se que essa pesquisa respeitou as determinações da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Pesquisa (CONEP), que trata da pesquisa com seres humanos (BRASIL(a), 2012). Após aprovado, iniciou-se a coleta dos dados e todos os voluntários foram esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa, bem como quanto à garantia da confidencialidade das informações obtidas e à liberdade de escolha de participação (APÊNDICE A). Uma vez esclarecido e consentido, foi tomado assinatura do Termo de Consentimento Livre (APÊNDICE B) e entregue uma cópia ao participante.

5 RESULTADOS

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DE ESTUDO SEGUNDO VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS, DE SAÚDE E CONTEXTO PRISIONAL

5.1.1 Caracterização da população de estudo segundo variáveis sociodemográficas

A população de estudo foi composta por 228 indivíduos em privação de liberdade, sendo 189 (82,9%) do sexo masculino e 39 (17,1%) do sexo feminino. A faixa etária variou entre 18 e 74 anos, com média de 33,48 anos, mediana de 32 anos e desvio padrão de 10,2 anos. Quanto a cidade de origem, 112 (49,1%) eram procedentes de Uberaba e 116 (50,9%) de outras cidades. Além disso, a maioria, 182 (79,8%) eram provenientes de cidades do Estado de Minas Gerais, enquanto apenas 46 (20,2%) oriundos de outros Estados.

Com relação à cor da pele, 99 (43,4%) dos entrevistados autodeclararam-se de cor parda. Quanto ao estado conjugal, 106 (46,5%) eram solteiros e 171 (75%) participantes possuem pelo menos um filho. Observou-se que 98 (43%) indivíduos não concluíram o ensino fundamental e a renda familiar mais prevalente foi de um salário mínimo, 65 (28,5%), seguida pelos que referiram renda de um a três salários, 58 (25,4%). A maior proporção, 210 (92,1%) referiu possuir religião, e desses, 104 (49,5%) católicos, 73 (34,8%) evangélicos, 29 (13,8%) espíritas, 2 (1%) testemunha de Jeová e 2 (1%) outros.

A Tabela 1 contempla a distribuição da frequência das variáveis sociodemográficas dos indivíduos privados de liberdade.

Tabela 1 – Distribuição da frequência das variáveis sociodemográficas dos indivíduos privados de liberdade da Penitenciária Professor Aluísio Ignácio de Oliveira, Uberaba, MG. 2018

(continua)			
Variáveis	Categorias	N	%
Sexo	Masculino	189	82,9
	Feminino	39	17,1
Faixa etária em anos	Até 20	9	3,9
	21 – 30	93	40,8
	31 - 40	82	36
	41 – 50	27	11,8
	51 - 60	12	5,3
	61 – 70	4	1,8
	Acima de 71	1	0,4
Cidade de origem Uberaba	Sim	112	49,1
	Não	116	50,9
Estado de origem Minas Gerais	Sim	182	79,8
	Não	46	20,2

Tabela 1 – Distribuição da frequência das variáveis sociodemográficas dos indivíduos privados de liberdade da Penitenciária Professor Aluísio Ignácio de Oliveira, Uberaba, MG. 2018

			(conclusão)
Cor da pele autorreferida	Branca	72	31,6
	Amarela	16	7
	Parda	99	43,4
	Preta	40	17,5
	Ignorado	1	0,4
Estado conjugal	Solteiro(a)	106	46,5
	Casado(a)	53	23,2
	Separado(a), desquitado(a) ou divorciado(a)	14	6,1
	União Estável	55	24,1
Número de filhos	Zero	57	25
	Um	56	24,6
	Dois	54	23,7
	Três	29	12,7
	Quatro ou mais	32	14
Escolaridade autorreferida	Sem escolaridade	4	1,8
	Ensino Fundamental incompleto	98	43
	Ensino Fundamental completo	26	11,4
	Ensino médio incompleto	51	22,4
	Ensino médio completo	35	15,4
	Ensino superior incompleto	7	3,1
	Ensino superior completo	5	2,2
	Pós graduação incompleto	1	0,4
	Ignorado	1	0,4
Renda familiar autorreferida	Sem renda	15	6,6
	Menor que um salário mínimo	3	1,3
	Um salário mínimo	65	28,5
	De um a três salários mínimos	58	25,4
	De três a cinco salários mínimos	25	11
	Maior que cinco salários mínimos	10	4,4
	Ignorado	52	22,8
Possui religião	Sim	210	92,1
	Não	18	7,9
Qual religião	Católica	104	49,5
	Evangélica	73	34,8
	Espírita	29	13,8
	Testemunha de Jeová	2	1,0
	Outros	2	1,0

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

Nota: Salário mínimo de R\$ 954,00 no período.

5.1.2 Caracterização da população de estudo segundo variáveis de saúde

Quanto às doenças autorreferidas houve predominância da dependência química em relação ao tabaco (57,9%), às drogas ilícitas (25,9%) e ao álcool (21,5%). Em seguida, a depressão foi a segunda doença mais citada, sendo autorreferida por 36 participantes, valor correspondente a 15,8% da população.

Os agravos respiratórios também estão entre os mais mencionados sendo a bronquite por 27 (11,8%) participantes e asma por 16 (7%). Entre as doenças mais prevalentes citadas,

também constam a hipertensão arterial (9.6%), as dermatites (9,2%) e as sequelas de trauma (7%). Com relação às Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), 7 (3,1%) entrevistados autorreferiram viver com o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), 4 (1,8%) herpes, 3 (1,3%) hepatite e 1 (0,4%) sífilis. As doenças hipotireoidismo, chagas e HPV não foram citadas por nenhum dos entrevistados. A Tabela 2 apresenta a distribuição da frequência das doenças autorreferidas da população de estudo.

Tabela 2 – Distribuição da frequência das doenças autorreferidas dos indivíduos privados de liberdade da Penitenciária Professor Aluísio Ignácio de Oliveira, Uberaba, MG. 2018

(continua)

Variáveis	Categorias	N	%
Hipertensão	Sim	22	9,6
	Não	206	90,4
Diabetes	Sim	6	2,6
	Não	222	97,4
Obesidade	Sim	2	0,9
	Não	226	99,1
Hipotireoidismo	Sim	1	0,4
	Não	227	99,6
Hipercolesterolemia	Sim	5	2,2
	Não	223	97,8
Insuficiência cardíaca	Sim	2	0,9
	Não	226	99,1
AVC/AVE prévio	Sim	1	0,4
	Não	227	99,6
Insuficiência renal	Sim	4	1,8
	Não	224	98,2
Epilepsia	Sim	5	2,2
	Não	223	97,8
Tumor benigno	Sim	1	0,4
	Não	227	99,6
Tumor maligno	Sim	1	0,4
	Não	227	99,6
Sequela algum trauma	Sim	16	7
	Não	212	93
Asma	Sim	16	7
	Não	212	93
Bronquite	Sim	27	11,8
	Não	201	88,2
Tuberculose	Sim	4	1,8
	Não	224	98,2
Presença PNM	Sim	2	0,9
	Não	226	99,1

Tabela 2 – Distribuição da frequência das doenças autorreferidas dos indivíduos privados de liberdade da Penitenciária Professor Aluísio Ignácio de Oliveira, Uberaba, MG. 2018

			(conclusão)
Alcoolismo	Sim	49	21,5
	Não	179	78,5
Dependencia de drogas Ilicitas	Sim	59	25,9
	Não	169	74,1
Tabagismo	Sim	132	57,9
	Não	96	42,1
Cirrose	Sim	2	0,9
	Não	226	99,1
AIDS/ HIV	Sim	7	3,1
	Não	221	96,9
Hepatite	Sim	3	1,3
	Não	225	98,7
Herpes	Sim	4	1,8
	Não	224	98,2
Sífilis	Sim	1	0,4
	Não	227	99,6
Dermatite	Sim	21	9,2
	Não	207	90,8
Depressão	Sim	36	15,8
	Não	192	84,2
Transtorno bipolar	Sim	12	5,3
	Não	216	94,7
Outras doenças	Sim	29	12,7
	Não	199	87,3

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

5.1.3 Caracterização da população de estudo segundo às variáveis de contexto prisional

A Tabela 3 apresenta a distribuição das variáveis de caracterização da população de estudo segundo às variáveis do contexto prisional. Constatou-se que 168 (73,7%) entrevistados eram condenados e 60 (26,3%) ainda aguardavam julgamento. Em relação ao regime, 181 (79,4%) permaneciam em regime fechado e 47 (20,6%) em regime semiaberto. Verificou-se, também, que a maioria dos indivíduos, 141 (61,8%), referem ser reincidentes na prisão. O tempo de reclusão variou entre 0 e 5016 dias (13 anos e 9 meses aproximadamente), com média de 585,11 dias (1 ano e 6 meses aproximadamente), mediana de 329 dias e um desvio padrão de 787,39 dias (2 anos e 1 mês aproximadamente).

Apenas 15 (6,6%) participantes estudam dentro da unidade prisional, e entre os que não estudam, 181 (85%) referem que gostariam de estudar. Quanto à presença de vínculo empregatício, apenas 42 (18,4%) participantes possuíam alguma atividade, contudo entre os participantes que não trabalham, a maioria, 172 (92,5%) demonstraram o desejo de trabalhar.

Entre as atividades oferecidas, o artesanato foi a mais prevalente, 20 (47,6%), seguido de 12 (28,6%) de participantes que trabalhavam na montagem de peças para a Black & Decker.

No tocante às visitas, 109 (47,8%) participantes referiram recebê-las. Verifica-se que os participantes do sexo masculino recebem mais visitas quando comparados com o sexo feminino. Entre os visitantes, observa-se que as mais prevalentes são as mães, 59 (54,1%), e as(os) companheiras(os), 51 (46,8%). Quanto à frequência mensal das visitas, 49 (45%) referiram receber visitas quatro vezes ao mês.

Tabela 3 – Distribuição da frequência das variáveis de caracterização do contexto prisional dos indivíduos privados de liberdade da Penitenciária Professor Aluísio Ignácio de Oliveira, Uberaba, 2018

(continua)			
Variáveis	Categorias	N	%
Tipo de Reclusão	Condenado	168	73,7
	Provisório	60	26,3
Tipo de Regime	Fechado	181*	79,4
	Semiaberto	47	20,6
Tipo de Réu	Primário	87	38,2
	Reincidente	141	61,8
Tempo de Reclusão	Até 7 dias	12	5,3
	1 4 semanas	36	15,8
	1 6 meses	40	17,5
	6 meses 1 ano	38	16,7
	1 5 anos	87	38,2
	5 10 anos	12	5,3
	Acima de 10 anos	3	1,3
Estuda dentro da unidade	Sim	15	6,6
	Não	213	93,4
Se não estuda, gostaria de estudar?	Sim	181	85,0
	Não	30	14,1
	Ignorado	2	0,9
Trabalha dentro da unidade	Sim	42	18,4
	Não	186	81,6
Se não trabalha, gostaria de trabalhar?	Sim	172	92,5
	Não	14	7,5
Função no trabalho	Artesanato	20	47,6
	Limpeza	2	4,8
	Cala livre	5	11,9
	Manutenção	1	2,4
	Jardinagem	1	2,4
	Lavanderia	1	2,4
	Black & Decker	12	28,6
Recebe visitas	Sim	109	47,8
	Não	119	52,2
Sexo masculino	Sim	94	49,7
	Não	95	50,3
Sexo feminino	Sim	15	38,5
	Não	24	61,5

Tabela 3 – Distribuição da frequência das variáveis de caracterização do contexto prisional dos indivíduos privados de liberdade da Penitenciária Professor Aluísio Ignácio de Oliveira, Uberaba, 2018
(conclusão)

Recebe visita do pai	Sim	7	6,4
	Não	102	93,6
Recebe visita do mãe	Sim	59	54,1
	Não	50	45,9
Recebe visita dos irmãos	Sim	30	27,5
	Não	79	72,5
Recebe visita do(a) companheiro(a)	Sim	51	46,8
	Não	58	53,2
Recebe visita dos filhos	Sim	29	26,6
	Não	80	73,4
Recebe visita de outros familiares	Sim	5	4,6
	Não	104	95,4
Recebe visita de amigos	Sim	0	0
	Não	109	100
Frequência mensal das visitas	Uma	25	22,9
	Duas	32	29,4
	Três	3	2,8
	Quatro	49	45

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

Nota: *Todos os participantes com tipo de reclusão provisório foram alocados no tipo de regime fechado, por ser essa a condição em que permanecem enquanto aguardam o julgamento.

5.2 ANÁLISE DESCRITIVA DO ESCORE DE RELIGIOSIDADE

A partir das respostas da escala de religiosidade, verifica-se o predomínio de indivíduos que referem ir à igreja, templo ou encontro religioso mais do que uma vez por semana, 87 (38,2%), e dedicar-se diariamente a alguma prática religiosa individual, 126 (55,3%). Observa-se, também, que a maioria refere ser totalmente verdade sentir a presença de Deus ou do Espírito Santo, 147 (64,5%), que as crenças religiosas estão por trás da maneira de viver, 95 (41,7%), e que se esforçam muito para viver a religião em todos os aspectos da vida, 95 (41,7%). A Tabela 4 apresenta a distribuição da frequência das respostas da escala de religiosidade aplicada na população de estudo.

Tabela 4 - Distribuição da frequência das respostas da escala de religiosidade aplicada em indivíduos privados de liberdade da Penitenciária Professor Aluísio Ignácio de Oliveira, Uberaba, 2018

		(continua)	
Questões da escala de Durel	Opções de Respostas	N	%
Questão 1: Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou encontro religioso?	Mais do que uma vez por semana	87	38,2
	Uma vez por semana	62	27,2
	Duas a três vezes por mês	35	15,4
	Algumas vezes por ano	14	6,1
	Uma vez por ano ou menos	6	2,6
	Nunca	24	10,5

Tabela 4 - Distribuição da frequência das respostas da escala de religiosidade aplicada em indivíduos privados de liberdade da Penitenciária Professor Aluísio Ignácio de Oliveira, Uberaba, 2018

				(conclusão)
Questão 2: Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?	Mais do que uma vez ao dia	68	29,8	
	Diariamente	126	55,3	
	Duas ou mais vezes por semana	23	10,1	
	Uma vez por semana	1	0,4	
	Poucas vezes por mês	5	2,2	
	Raramente ou nunca	5	2,2	
Questão 3: Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo).	Totalmente verdade para mim	147	64,5	
	Em geral é verdade	52	22,8	
	Não estou certo	26	11,4	
	Em geral não é verdade	2	0,9	
	Não é verdade	1	0,4	
Questão 4: As minhas crenças de religiosas estão realmente por trás toda a minha maneira de viver.	Totalmente verdade para mim	95	41,7	
	Em geral é verdade	52	22,8	
	Não estou certo	32	14,0	
	Em geral não é verdade	18	7,9	
	Não é verdade	31	13,6	
Questão 5: Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida.	Totalmente verdade para mim	95	41,7	
	Em geral é verdade	61	26,8	
	Não estou certo	38	16,7	
	Em geral não é verdade	12	5,3	
	Não é verdade	22	9,6	

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

Na Tabela 5, é possível verificar as medidas de tendência central e de dispersão das três dimensões da religiosidade contempladas na escala Durel. Para a religiosidade organizacional, verifica-se que a pontuação variou entre 1 e 6 pontos, com média de 4,61 pontos, mediana de 5 pontos e desvio padrão de 1,599 pontos. Quanto a religiosidade não organizacional, verifica-se que a pontuação também variou entre 1 e 6 pontos, porém a média foi discretamente maior, sendo de 5,04 pontos, mediana de 5 pontos e desvio padrão de 0,984 pontos. A pontuação da religiosidade intrínseca variou de 4 a 15 pontos, a média foi de 12,07 pontos, mediana de 13 pontos e desvio padrão de 2,662 pontos.

Tabela 5 – Medidas de tendência central e de dispersão das dimensões da escala de religiosidade aplicada em indivíduos privados de liberdade da Penitenciária Professor Aluísio Ignácio de Oliveira, Uberaba, 2018

Dimensão	Média	Mediana	Desvio Padrão	Valor Mínimo	Valor Máximo
RO	4,61	5,00	1,599	1	6
RNO	5,04	5,00	0,984	1	6
RI	12,07	13,00	2,662	4	15

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

Nota: RO: Religiosidade Organizacional; RNO: Religiosidade não organizacional; RI: Religiosidade Intrínseca.

A Tabela 6 consiste na apresentação dos resultados da avaliação da religiosidade de acordo com seus escores de classificação. A maioria dos participantes desse estudo apresentou alta religiosidade organizacional, 184 (80,7%), não organizacional, 217 (95,2%) e intrínseca,

187 (82%).

Tabela 6 - Resultado da avaliação da religiosidade em indivíduos privados de liberdade da Penitenciária Professor Aluísio Ignácio de Oliveira, Uberaba, 2018

Dimensão	Categoria	N	%
RO	Baixa RO	44	19,3
	Alta RO	184	80,7
RNO	Baixa RNO	11	4,8
	Alta RNO	217	95,2
RI	Baixa RI	41	18,0
	Alta RI	187	82,0

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

Nota: RO: Religiosidade Organizacional; RNO: Religiosidade não organizacional; RI: Religiosidade Intrínseca.

5.3 ANÁLISE DESCRITIVA DOS SINTOMAS DE DEPRESSÃO

Considerando o escore total da subescala de depressão, foi verificada uma variação de zero a 42 pontos, média de 8,50 pontos, mediana de 6,0 pontos e desvio padrão de 8,93 pontos. Quanto ao escore total da subescala de ansiedade, foi constatada uma variação de zero à 38 pontos, média de 9,18 pontos, mediana de 6 pontos e desvio padrão de 9 pontos. Quanto ao escore total da subescala de estresse, houve uma variação de zero a 42 pontos, com média de 11,63 pontos, mediana de 8 pontos e desvio padrão de 10,35 pontos. A tabela 7 apresenta as medidas de tendência central e de dispersão das subescalas de depressão, ansiedade e estresse contempladas pela escala DASS 21.

Tabela 7 – Medidas de tendência central e de dispersão das subescalas de depressão, ansiedade e estresse contempladas pela escala DASS 21 aplicada em indivíduos privados de liberdade da Penitenciária Professor Aluísio Ignácio de Oliveira, Uberaba, 2018

Dimensão	Média	Mediana	Desvio Padrão	Valor Mínimo	Valor Máximo
Depressão	8,50	6	8,93	0	42
Ansiedade	9,18	6	9	0	38
Estresse	11,63	8	10,35	0	42

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

Na Tabela 8, é possível verificar a distribuição da frequência das respostas da subescala de sintomas de depressão aplicada na população de estudo.

Tabela 8 - Distribuição da frequência das respostas da subescala de sintomas de depressão aplicada em indivíduos privados de liberdade da Penitenciária Professor Aluísio Ignácio de Oliveira, Uberaba, 2018

Questões escala DASS 21	Opções de Respostas	N	%
Questão 3: Não consegui vivenciar nenhum sentimento positivo	Não se aplicou de maneira alguma	176	77,2
	Aplicou-se em algum grau, ou por pouco tempo	20	8,8
	Aplicou-se em um grau considerável, ou por boa parte do tempo	6	2,6
	Aplicou-se muito, ou na maioria do tempo	26	11,4
Questão 5: Achei difícil ter iniciativa para fazer as coisas	Não se aplicou de maneira alguma	157	68,9
	Aplicou-se em algum grau, ou por pouco tempo	40	17,5
	Aplicou-se em um grau considerável, ou por boa parte do tempo	14	6,1
	Aplicou-se muito, ou na maioria do tempo	17	7,5
Questão 10: Senti que não tinha nada a desejar	Não se aplicou de maneira alguma	172	75,4
	Aplicou-se em algum grau, ou por pouco tempo	32	14,0
	Aplicou-se em um grau considerável, ou por boa parte do tempo	14	6,1
	Aplicou-se muito, ou na maioria do tempo	10	4,4
Questão 13: Senti-me depressivo(a) e sem ânimo	Não se aplicou de maneira alguma	117	51,3
	Aplicou-se em algum grau, ou por pouco tempo	55	24,1
	Aplicou-se em um grau considerável, ou por boa parte do tempo	21	9,2
	Aplicou-se muito, ou na maioria do tempo	35	15,4
Questão 16: Não consegui me entusiasmar com nada	Não se aplicou de maneira alguma	142	62,3
	Aplicou-se em algum grau, ou por pouco tempo	41	18,0
	Aplicou-se em um grau considerável, ou por boa parte do tempo	13	5,7
	Aplicou-se muito, ou na maioria do tempo	32	14,0
Questão 17: Senti que não tinha valor como Pessoa	Não se aplicou de maneira alguma	150	65,8
	Aplicou-se em algum grau, ou por pouco tempo	32	14,0
	Aplicou-se em um grau considerável, ou por boa parte do tempo	12	5,3
	Aplicou-se muito, ou na maioria do tempo	34	14,9
Questão 21: Senti que a vida não tinha Sentido	Não se aplicou de maneira alguma	165	72,4
	Aplicou-se em algum grau, ou por pouco tempo	25	11,0
	Aplicou-se em um grau considerável, ou por boa parte do tempo	12	5,3
	Aplicou-se muito, ou na maioria do tempo	26	11,4

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

Nota: A subescala de depressão é composta pelos itens: 3,5,10,13,16,17 e 21 do instrumento.

De acordo com a Tabela 9, em que consta o resultado da avaliação dos sintomas de depressão conforme seu grau de severidade constata-se que a maioria dos participantes foi classificada como dentro da normalidade, 141 (61,8%).

Tabela 9 - Resultado da avaliação da subescala de sintomas de depressão aplicada em indivíduos privados de liberdade da Penitenciária Professor Aluísio Ignácio de Oliveira, Uberaba, 2018

Categoria	N	%
Normal	141	61,8
Leve	28	12,3
Moderado	38	16,7
Severo	10	4,4
Extremamente Severo	11	4,8

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

5.4 ANÁLISE DESCRITIVA DA PRESENÇA DO PENSAMENTO SUICIDA

A presença do pensamento suicida desde o encarceramento foi referida por 48 (21,1%) indivíduos em privação de liberdade que participaram do estudo. Desses, a maioria, 17 (35,4%) referiu ter pensado apenas uma vez, seguidos daqueles que referiram ter pensado cinco ou mais vezes, 15 (31,3%). Metade dos participantes que afirmou ter pensado em suicídio procurou atendimento psicológico na unidade prisional, e desses, 15 (62,5%) receberam atendimento. Em relação ao uso de medicamento controlado, 80 (35,1%) indivíduos referem o uso. A Tabela 10 apresenta a distribuição da frequência das variáveis referentes à caracterização do pensamento suicida nos indivíduos privados de liberdade.

Tabela 10 - Distribuição da frequência das variáveis referentes ao pensamento suicida nos indivíduos privados de liberdade da Penitenciária Professor Aluísio Ignácio de Oliveira, Uberaba, MG. 2018

Variáveis	Categorias	N	%
Presença de pensamento suicida desde o encarceramento	Sim	48	21,1
	Não	180	78,9
Frequência do pensamento suicida desde o encarceramento	Uma	17	35,4
	Duas	8	16,7
	Três	5	10,4
	Quatro	3	6,3
	Cinco ou mais	15	31,3
Na presença do pensamento suicida, procurou atendimento psicológico na unidade	Sim	24	50
	Não	24	50
Se procurou, recebeu atendimento psicológico	Sim	15	62,5
	Não	9	37,5
Refere fazer uso de medicamento controlado	Sim	80	35,1
	Não	148	64,9

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

5.5 RELAÇÃO ENTRE OS PREDITORES SOCIODEMOGRÁFICOS, DE SAÚDE, CONTEXTO PRISIONAL, RELIGIOSIDADE E SINTOMAS DE DEPRESSÃO SOBRE A PRESENÇA OU NÃO DO PENSAMENTO SUICIDA

Na Tabela 11 consta a associação entre os fatores sociodemográficos, contexto prisional e de saúde e a presença ou não do pensamento suicida na população de estudo. Nota-se que as variáveis estatisticamente significativas foram: sexo feminino, não possuir companheiro(a), trabalhar dentro da penitenciária, ser réu primário, depressão autorreferida e fazer uso de medicamento controlado.

Tabela 11 – Associação entre fatores sociodemográficos, contexto prisional e de saúde e a presença ou não de pensamento suicida em indivíduos privados de liberdade da Penitenciária Professor Aluísio Ignácio de Oliveira, Uberaba, MG. 2018

(continua)

Variáveis	Presença do pensamento suicida		Razão de Prevalência	Razão de Chance de Prevalência	Valor de P
	Sim	Não	RP	RCP	P
Sexo					
Feminino	20 (51,3%)	19 (48,7%)	3,462 (2,188 - 5,476)	6,053 (2,873 - 12,752)	< 0,001 (A)
Masculino	28 (14,8%)	161 (85,2%)			
Idade					
Idoso	2 (33,3%)	4 (66,7%)	1,609 (0,504 - 5,134)	1,913 (0,340 - 10,771)	0,609 (B)
Adulto	46 (20,7%)	176 (79,3%)			
Presença de companheiro(a)					
Não	34 (28,3%)	86 (71,7%)	2,186 (1,242 - 3,848)	2,654 (1,335 - 5,280)	0,004 (A)
Sim	14 (13%)	94 (87%)			
Cidade de origem em Uberaba					
Não	26 (22,4%)	90 (77,6%)	1,141 (0,689 - 1,891)	1,182 (0,624 - 2,238)	0,608 (A)
Sim	22 (19,6%)	90 (80,4%)			
Estado de origem em Minas Gerais					
Não	10 (21,7%)	36 (78,3%)	1,041 (0,562 - 1,930)	1,053 (0,479 - 2,311)	0,898 (A)
Sim	38 (20,9%)	144 (79,1%)			
Estuda dentro da penitenciária					
Não	45 (21,1%)	168 (78,9%)	1,056 (0,372 - 3,003)	1,071 (0,290 - 3,960)	1,000 (B)
Sim	3 (20%)	12 (80%)			
Trabalha dentro da penitenciária					
Sim	16 (38,1%)	26 (61,9%)	2,214 (1,346 - 3,644)	2,962 (1,427 - 6,145)	0,003 (A)
Não	32 (17,2%)	154 (82,8%)			
Tipo de Reclusão					
Condenado	36 (21,4%)	132 (78,6%)	1,071 (0,598 - 1,919)	1,091 (0,525 - 2,268)	0,816 (A)
Provisório	12 (20%)	48 (80%)			
Tipo de Regime					
Fechado	41 (22,7%)	140 (77,3%)	1,521 (0,730 - 3,170)	1,673 (0,697 - 4,015)	0,245 (A)
Semiaberto	7 (14,9%)	40 (85,1%)			

Tabela 11 – Associação entre fatores sociodemográficos, contexto prisional e de saúde e a presença ou não de pensamento suicida em indivíduos privados de liberdade da Penitenciária Professor Aluísio Ignácio de Oliveira, Uberaba, MG. 2018 (conclusão)

Tipo de Réu					
Primário	26 (29,9%)	61 (70,1%)	1,915 (1,161 – 3,161)	2,306 (1,208 – 4,400)	0,010 (A)
Reincidente	22 (15,6%)	119 (84,4%)			
Recebe visitas					
Sim	24 (22%)	85 (78%)	1,092 (0,660 - 1,805)	1,118 (0,591 - 2,113)	0,732 (A)
Não	24 (20,2%)	95 (79,8%)			
Alcoolismo					
Não	42 (23,5%)	137 (76,5%)	1,916 (0,865 – 4,243)	2,197 (0,874 – 5,521)	0,088 (A)
Sim	6 (12,2%)	43 (87,8%)			
Dependência de drogas ilícitas					
Sim	13 (22%)	46 (78%)	1,064 (0,606 – 1,869)	1,082 (0,527 – 2,221)	0,830 (A)
Não	35 (20,7%)	134 (79,3%)			
Tabagismo					
Sim	30 (22,7%)	102 (77,3%)	1,212 (0,719 – 2,043)	1,275 (0,662 – 2,452)	0,467 (A)
Não	18 (18,8%)	78 (81,2%)			
Depressão autorreferida					
Sim	16 (44,4%)	20 (55,6%)	2,667 (1,645 – 4,323)	4,000 (1,872 – 8,545)	<0,001 (A)
Não	32 (16,7%)	160 (83,3%)			
Transtorno bipolar autorreferido					
Sim	5 (41,7%)	7 (58,3%)	2,093 (1,018 – 4,304)	2,874 (0,870 – 9,496)	0,136 (B)
Não	43 (19,9%)	173 (80,1%)			
Uso de medicamento controlado					
Sim	26 (32,5%)	54 (67,5%)	2,186 (1,328 – 3,599)	2,758 (1,438 – 5,288)	0,002 (A)
Não	22 (14,9%)	126 (85,1%)			

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

Nota: A: utilizado o valor do Qui Quadrado e B: utilizado o valor do Exato de Fisher.

A Tabela 12 apresenta o resultado da análise da regressão logística múltipla binomial, tendo como desfecho a presença ou não do pensamento suicida e como preditores foram utilizadas as variáveis sexo, escore total de depressão, religiosidade intrínseca, estado

conjugal e tipo de regime. De fato verifica-se que as variáveis estatisticamente significativas foram sexo, escore total de depressão e o estado conjugal.

Tabela 12: Análise de regressão logística múltipla binomial tendo-se como desfecho a presença ou não do pensamento suicida em indivíduos privados de liberdade da Penitenciária Professor Aluísio Ignácio de Oliveira, Uberaba, MG. 2018

Variáveis	Valor de P	RCP ajustado	Intervalo de Confiança
Sexo	0,001	7,197	2,358 - 21,968
Depressão (escore total)	<0,001	1,216	1,142 - 1,296
RI	0,477	0,941	0,796- 1,112
Estado Conjugal	0,010	3,446	1,348 - 8,804
Tipo de Regime	0,069	3,296	0,911 - 11,925

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

Observa-se que o sexo feminino possui chances de apresentar pensamento suicida 7,2 vezes maior que o sexo masculino. Quanto ao escore de depressão total, verifica-se que para cada ponto a mais no escore de depressão, aumenta em 21% nas chances de apresentar pensamento suicida. Para a variável estado conjugal, que na regressão logística foi dicotomizada em possuir ou não companheiro(a), constata-se que os indivíduos que não possuem companheiro(a) apresentam três vezes mais chances de pensar em suicídio quando comparados com os que possuem companheiro(a).

6 DISCUSSÃO

6.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, DE SAÚDE E CONTEXTO PRISIONAL

O presente estudo propôs identificar a presença ou não do pensamento suicida em PPLs, bem como analisar sua relação com as variáveis sociodemográficas, de saúde, de contexto prisional, religiosidade e depressão. Para tal, foi realizada uma entrevista com 228 participantes e foram aplicados dois instrumentos validados para a língua portuguesa e um questionário elaborado pela autora, que foi otimizado e validado por três especialistas.

Na população desse estudo, houve predomínio de indivíduos do sexo masculino e jovens, sendo 44,7% com idade até 30 anos e média de 33,48 anos. Tendo em vista que, no Brasil, a população total de PPLs é de 726.712 pessoas, e dessas, apenas 42.335 são do sexo feminino, tal achado já era esperado uma vez que os homens são maioria dentro do sistema penitenciário brasileiro (BRASIL, 2018; BRASIL(a), 2017). Quanto à faixa etária, o dado encontrado corrobora com estudos nacionais e internacionais encontrados na literatura e também vai de encontro das informações disponibilizadas pelo Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (INFOPEN), em que 55% da população prisional brasileira é composta por jovens até 29 anos (AYHAN, et al., 2017; BRASIL(a), 2017; BEBBINGTON, et al., 2017; CONSTANTINO; ASSIS; PINTO, 2016; CLESSIA PINHEIRO, et al., 2015; GUTIÉRREZ, et al., 2015; RUBIO, 2014; MANDHOU, et al., 2013; MOREIRA; GONÇALVES, 2010).

Informações sobre a região de origem das PPLs são escassas na literatura com temática semelhante, porém estudo em uma penitenciária, localizada no Estado do Rio de Janeiro, identificou que 82,6% dos presos eram provenientes de cidades do mesmo Estado (CARVALHO, et al., 2006). Dado similar aos achados dessa pesquisa, uma vez que 79,8% eram provenientes de cidades do Estado de Minas Gérias.

Ao se considerar a cor da pele, 60,9% dos participantes autorreferiram negros (pardos e pretos) e 31,6% brancos. Resultado parecido foi descrito em um estudo que teve por objetivo traçar o perfil dos encarcerados brasileiros, sendo que 60% eram negros e 37% brancos. De acordo com as informações disponíveis no INFOPEN, o Estado de Minas Gérias conta com um total de 28% das PPLs brancas e 71% negras (BRASIL(a), 20017; MONTEIRO; CARDOSO, 2013). Esse dado revela uma desigualdade racial histórica que ainda precisa ser reparada. Tamanha disparidade social também é confirmada por meio do

Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) dos negros, que no Brasil, ainda é consideravelmente menor quando comparado ao da população branca (BRASIL(b), 2017).

Outra característica semelhante aos achados na literatura foi quanto ao estado conjugal, pois aproximadamente metade dos participantes é solteira (46,5%) e com pelo menos um filho (75%) (CONSTANTINO; ASSIS; PINTO, 2016; CLESSIA PINHEIRO, et al., 2015; RUBIO, 2014; MOREIRA; GONÇALVES, 2010; CARVALHO, et al., 2006).

Apesar do baixo grau de escolaridade evidenciado, observou-se uma realidade mais otimista quando comparada a outros estudos que destacaram um valor superior a 70% da população privada de liberdade, que não concluiu o ensino fundamental, enquanto no presente estudo, esse valor corresponde a 43% do total de participantes (SANTOS, et al., 2015; MONTEIRO; CARDOSO, 2013; CARVALHO, et al., 2006). Considerando a relevância da educação, tanto na preparação intelectual e moral do indivíduo quanto no seu papel de inserção social, os dados relativos à baixa escolarização dos presos no Brasil sugerem uma conexão entre a situação de baixa oportunidade e às circunstâncias do crime (SILVA, FERREIRA; 2014; BRASIL(b), 2012).

Quanto à situação de baixa renda familiar observada na presente pesquisa e também citada por outros pesquisadores, conclui-se que grande parte da população carcerária é oriunda das camadas mais pobres da sociedade (SANTOS, et al., 2015; NICOLAU; PINHEIRO, 2012). A desigualdade de renda exerce um efeito significativo sobre a criminalidade, especialmente quando se trata de crimes de natureza econômica, como um meio de obter um padrão de consumo imposto pela sociedade capitalista (RESENDE; ANDRADE, 2011).

Quanto à afiliação religiosa, foi expressivo o número de participantes que se declarou pertencente à alguma religião (92% / n=210), com maior prevalência entre católicos (49,5% / n=104) e evangélicos (34,8% / n=73). De acordo com aos dados disponíveis no censo demográfico de 2010, 92% dos brasileiros declararam alguma afiliação religiosa, com maior prevalência entre católicos (65%), seguido pelos evangélicos (22,4%) (BRASIL, 2013), fato também observado na amostra em estudo.

Entre as principais doenças relatadas, a dependência química em relação ao tabaco (57,9%), às drogas ilícitas (25,9%) e ao álcool (21,5%) foi a mais citada. Estudo semelhante observou prevalências próximas tanto quanto ao consumo de drogas lícitas (58,5%) quanto ilícitas (37,7%) (ALVES, et al., 2017). O uso de substâncias ilícitas possui forte vínculo com a criminalidade, especialmente quando associado a crimes como furto, roubo e tráfico de

drogas, que são cometidos frequentemente com o intuito de prover o consumo pessoal de drogas (BRASIL, 2011).

Embora a dependência química seja compreendida como um estado patológico, ao ampliar sua compreensão, é possível caracterizá-la também como um problema social que está correlacionado a diversas formas de vulnerabilidade, tais como: indivíduos jovens com baixa renda, baixa escolaridade e que se deparam com processos de exclusão social. Tais aspectos se assemelham ao perfil dos participantes desse estudo, destacam sua vulnerabilidade e reforçam os valores evidenciados (LERMEN; DARTORA; CAPRA-RAMOS, 2014).

Entre as demais doenças referidas, pode-se citar a depressão (15,8%), os agravos respiratórios como bronquite (11,8%) e asma (7%), hipertensão arterial (9,6%), dermatites (9,2%) e as sequelas de trauma (7%). Os dados encontrados na literatura apresentam resultados diversificados. Enquanto em um estudo as doenças mais prevalentes foram os problemas osteomusculares (57,3%), os agravos respiratórios (47,7%) e problemas de visão, audição e fala (37,3%), em outro as doenças mais prevalentes foram cefaleia (86,6%), infecções respiratórias (66,6%), diarreia (60,0%), estresse (60,0%) e depressão ou tristeza profunda (56,6%) (MINAYO; RIBEIRO, 2016; CLESSIA PINHEIRO, et al., 2015). Apesar de resultados distintos, verifica-se que nos três estudos os agravos respiratórios estão entre as patologias mais frequentes e sua ocorrência pode ser um indicativo das condições ambientais da instituição, como insalubridade, falta de arejamento e dos contatos intensos decorrentes da superlotação, como um meio favorável para transmissão (GOIS, et al., 2012).

Quanto às DSTs, os indivíduos em privação de liberdade apresentam maior vulnerabilidade devido fatores comportamentais, como uso compartilhado de seringas, promiscuidade e sexo desprotegido (ALBUQUERQUE, et al., 2014; GOIS, et al., 2012). Entre elas, a mais referida nesse estudo foi o HIV, com incidência de 3,1%, valor cinco vezes maior ao da população em geral (0,6%), quando comparado com as informações da Secretaria de Vigilância em Saúde (BRASIL(c), 2012). Acrescenta-se que nas prisões, sua prevalência, sempre foi marcadamente maior quando comparada com a população em geral (COLEHO, et al., 2007).

Entre outros estudos, foi observada grande variação da prevalência do HIV em diferentes unidades prisionais, em Pernambuco, a prevalência foi de 1,19%, em Piauí de 1,0%, em Ribeirão Preto (SP) de 5,7%, no Uruguai de 6,5%, na Espanha de 10,8%, no México de 1,5% e na França de 6% (SOUZA, et al., 2017; ALBUQUERQUE, et al., 2014; MARCO; SAIZ, 2012; MACRI TROYA; BERTHIER, 2010; COLEHO, et al., 2007; ROTILY, et al., 1997; BURGUEÑO; BENENSON, 1991).

Esperava-se maiores incidências quanto às doenças de uma maneira geral, dessa forma, faz-se oportuno complementar que a maioria dos participantes referiu não conhecer a existência de algum agravo à saúde por não ter o hábito de procurar atendimento médico ou até mesmo de realizar exames de rotina. Essa realidade, possivelmente, justifica-se pela maior utilização dos serviços de saúde pelo sexo feminino, além da correlação positiva entre a idade, escolaridade e renda, perfil contrário ao encontrado na população desse estudo (DILÉLIO, et al., 2014; GOIS, et al., 2012).

Quanto às características de contexto prisional, a natureza da prisão foi a primeira variável de estudo. Verificou-se que 73,7% dos participantes eram condenados e 26,3% provisórios. Valores semelhantes foram descritos no INFOPEN, em que se constatou uma média nacional de 40% de PPLs que ainda aguardam julgamento. O Brasil contempla a quarta maior população de presos provisórios do mundo, ficando atrás apenas dos Estados Unidos, da Índia e da China (BRASIL(a), 2017; BRASIL, 2014). Em contrapartida, verifica-se a inversão desses valores, ao comparar a realidade da unidade prisional de estudo com a média nacional, uma vez que 59,4% são provisórios e 40,6% condenados. Levando-se em consideração que as entrevistas foram realizadas com as PPLs que eram movimentados dentro da unidade para algum tipo de atendimento, questiona-se se há alguma diferença na frequência do atendimento entre os condenados e os provisórios.

Em relação ao regime, a maioria (79,4% / n=181) permanecia em regime fechado enquanto 47 (20,6%) em regime semiaberto. Ainda de acordo com dados do INFOPEN, constata-se uma realidade condizente com a média nacional, uma vez que apenas 15% dos indivíduos cumprem suas penas em regime semiaberto no Brasil (BRASIL(a), 2017).

Verificou-se também, que a maioria dos indivíduos 141 (61,8% / n=141), referem reincidência penitenciária, que se aplica aos que retornam ao sistema penitenciário por nova condenação judicial (JULIÃO, 2016). Não foram encontrados dados na literatura para comparação, inclusive autores nacionais e internacionais destacaram a carência de estudos sobre o tema (JULIAO; 2016; FAZEL; WOLF, 2015). Porém, considerando o sistema penitenciário como uma instituição com proposta ressocializadora, altas taxas de reincidência podem indicar a falta de efetividade em suas ações.

Quanto ao tempo de reclusão, mais da metade dos participantes, 55,3% encontravam-se presos por um tempo inferior a um ano e apenas 1,3% há mais de 10 anos. A média de permanência foi de aproximadamente um ano e 6 meses e os achados em outros estudos foram semelhantes. Em Natal (RN), 41,6% dos participantes estavam presos por um tempo inferior a um ano, em Caruaru (PE) 82,2% estavam presos por menos de dois anos, no Rio

Grande do Norte (RN) 50% estavam três anos ou menos na prisão e no Estado do Rio de Janeiro (RJ), 43,9% das PPLs encontrava-se encarceradas há menos de um ano e apenas 3% há mais de 10 anos (MINAYO; RIBEIRO, 2016; SANTOS, et al., 2015; CLESSIA PINHEIRO, et al., 2015; ALBUQUERQUE, et al., 2014).

Estudar durante a permanência na prisão é desfrutado por apenas 6,6% dos participantes, porém 85% referem que gostariam de frequentar a escola. Sabe-se que de acordo com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação nº 9.394 e com a LEP, toda população brasileira, inclusive aquelas em privação de liberdade, tem direito à educação, sendo essa dever do Estado (BRASIL, 1996; BRASIL, 1984). Partindo desse pressuposto e levando em consideração o número de PPLs com acesso à escola, é possível inferir que o direito a educação do preso não está sendo assegurado.

Um estudo realizado por meio da análise das representações de PPLs, identificou que a educação atinge um número reduzido de presos no Brasil, e que além de os mesmos não a reconhecer como um direito, compreendem que o próprio sistema não oferece condições para dar continuidade aos estudos. Revela também que esses sujeitos acreditam na educação como um meio transformador potencial, que contribui para a valorização pessoal e social, ocupa o tempo, possibilita a obtenção de benefícios relativos ao cumprimento da pena e relaciona-se à obtenção de emprego e à diminuição do estigma por ter sido preso (OLIVEIRA, 2013).

Quanto à presença do vínculo empregatício, apenas 18,4% dos participantes exerciam alguma atividade de trabalho, contudo entre aqueles que não trabalhavam, a grande maioria, 92,5% demonstrou interesse. No Rio de Janeiro, a realidade é semelhante, apenas 22,9% dos presos possuem alguma atividade trabalhista (CONSTANTINO, ASSIS; PINTO, 2016). Entretanto, em outro país como Costa Rica, foi evidenciado maior valorização da força de trabalho, com uma realidade diferente, pois 40,7% das PPLs que compuseram o estudo encontravam-se trabalhando (CHACON; CUEVA, 2014).

Infere-se que, assim como o direito à educação, o direito ao trabalho também não está sendo assegurado, pois a LEP elenca o trabalho como um dos direitos garantidos às PPLs e, ainda, atribui ao mesmo uma finalidade educativa e produtiva (BRASIL, 1984). Quanto ao interesse do apenado pela atividade laboral, compreende-se além da intenção na remição da pena, como uma oportunidade de aprendizado, de experiência profissional, de ocupar o tempo ocioso, de proporcionar maior condicionamento psicológico e como meio de dispor de algum dinheiro para auxiliar nas necessidades familiares e até mesmo ressarcir o Estado por suas despesas (CHACON; CUEVA, 2014; BRASIL, 1984).

No tocante às visitas, quase a metade dos participantes (47,8%) referem receber e desses 45% citam uma frequência semanal. Nota-se, ainda, que os participantes do sexo masculino (49,7%) recebem mais visitas quando comparado com o sexo feminino (38,5%). No estudo de Constantino, Assis, Pinto (2016), mais da metade dos participantes recebem visitas, porém a diferença entre os sexos também foi constatada, pois 73,9% dos homens relataram receber visitas, enquanto que entre as mulheres este percentual foi de 58,6%. Além disso, observa-se que as mães (54,1%) e as companheiras (46,8%) são os familiares que vão às visitas com mais frequência, assim como constatado no estudo de Araújo, Nakano, Gouveia (2009).

Minayo, Ribeiro (2016) complementam que a manutenção das relações familiares possui repercussão na saúde dos presos e é notável a distinção de gênero no que se refere ao abandono familiar, especialmente dos companheiros que são os que se afastam com maior facilidade. Entre as justificativas para a ausência dos familiares foram levantados diversos motivos, como o estigma da mulher presa, o fato de que o parceiro pode também estar encarcerado, ou então por não poder mais contar com a ajuda na prática ilícita e a distância entre a prisão e a cidade de seus familiares, pois há poucas prisões femininas no Brasil e são forçadas a cumprirem suas penas distantes de suas casas (MINAYO; RIBEIRO, 2016; SIMÕES, 2014).

A caracterização quanto aos aspectos sociodemográficos e econômicos é um indicador que pode auxiliar no planejamento de políticas públicas com o objetivo de mitigar as discrepâncias sociais visando à redução em parte dos crimes. Em contrapartida, as características de saúde e de contexto prisional das PPLs podem auxiliar na execução de ações mais efetivas no tocante à execução penal.

6.2 ESCORE DE RELIGIOSIDADE

A partir das respostas da escala de Duke, foi possível verificar elevados escores para as três dimensões da religiosidade. A pontuação média para a RO foi de 4,61 pontos ($\pm 1,599$), para a RNO foi de 5,04 pontos ($\pm 0,984$) e para a RI a média foi de 12,07 pontos ($\pm 2,662$). Não foram encontrados, na literatura científica, trabalhos que abordem a religiosidade em PPLs, utilizando a escala de Duke. Dessa forma, não há como comparar os dados obtidos com os de outros autores.

Complementa-se que o estudo mais próximo encontrado, foi uma tese de doutorado, realizada com 199 mulheres encarceradas em João Pessoa (PB), que tinha entre seus

objetivos, analisar a religiosidade e relacionar com a saúde mental. Para tal foi aplicado à escala de Duke, porém a autora não apresentou informações referentes aos escores totais de RO, RNO e RI da escala. Foram apresentadas apenas as frequências relativas e absolutas das respostas de cada questão do instrumento, sendo possível comparar apenas esse dado (SOBREIRA, 2018).

Nesse estudo, houve uma predominância de indivíduos que referem ir à igreja, templo ou encontro religioso mais do que uma vez por semana (38,2% / n=87), e dedicar-se diariamente a alguma prática religiosa individual (55,3% / n=126). No estudo de Sobreira (2018) houve a mesma predominância, porém os valores foram superiores. No tocante a frequência à igreja, templo ou encontro religioso, 61,3% (n=122) referiu ir mais do que uma vez por semana, e quanto à prática religiosa individual, 62,3% (n=124) referiu realizar diariamente (SOBREIRA, 2018).

Quanto às questões acerca da RI, observa-se que nesse estudo a maioria dos participantes refere ser totalmente verdade: sentir a presença de Deus ou do Espírito Santo (64,5% / n=147); que as crenças religiosas estão por trás da maneira de viver (41,7% / n=95); e que se esforçam muito para viver a religião em todos os aspectos da vida (41,7% / n=95). No estudo de Sobreira (2018) os resultados foram distintos, uma vez que para as três questões, a maioria dos participantes refere que em geral é verdade sentir a presença de Deus ou do Espírito Santo (47,3% / n=94); que as crenças religiosas estão por trás da maneira de viver (31,7% / n=63); e que se esforçam muito para viver a religião em todos os aspectos da vida (60,3% / n=120) (SOBREIRA, 2018).

A maioria dos estudos, além de sugerir possíveis relações positivas da religiosidade com a saúde mental, destaca que a religião no contexto prisional pode atuar como um fator de proteção, sendo importante meio de enfrentamento, que pode ajudar a tolerar o encarceramento e os eventos estressantes, a alcançar a paz interior, a contribuir com as expectativas futuras, a amenizar o isolamento e criar laços (CONSTANTINO; ASSIS; PINTO, 2016; RIBEIRO; MINAYO, 2014; MANDHOUI, et al., 2013; KOENIG, 2012; MORAES; DALGALARRONDO, 2006). Em contrapartida, alguns autores destacam a pouca produção acadêmica acerca da religiosidade entre a população prisional e reforçam que as inconsistências, os conflitos entre os achados, as falhas e a diversidade metodológica dificultam o processo de comparação (SOBREIRA, 2018; RIBEIRO; MINAYO, 2014).

6.3 ESCORE DOS SINTOMAS DE DEPRESSÃO

A partir da subescala de depressão, que apresentou uma variação de zero a 42 pontos e média de 8,50 pontos ($\pm 8,93$), foi possível constatar que os participantes desse estudo apresentaram baixo escore para a presença de sintomas depressivos e a maioria foi classificada como dentro da normalidade (61,8% / n=141).

Não foram encontrados, na literatura científica, trabalhos que abordassem a depressão em PPLs, por meio da escala DASS-21. Dessa forma, não há como comparar os dados obtidos com os de outros autores. Entre os estudos encontrados houve uma predominância quanto ao uso da escala de Depressão de Beck (BDI).

Estima-se que, em nível global, mais de 300 milhões de pessoas sofrem de algum grau de depressão, valor equivalente a 4,4% da população mundial. No Brasil, a estimativa é de que 5,8% da população seja atingida por esse transtorno mental (WHO, 2017). Tais valores estão em constante crescimento e o risco de tornar-se deprimido aumenta nos países de baixa renda, entre o sexo feminino, pessoas com alguma doença física, com baixo grau de instrução e entre usuários de álcool e drogas. (WHO, 2017; STOPA, et al., 2015; CANAZARRO; ARGIMON, 2010).

Ainda que, nesse estudo, o escore médio para a presença de sintomas depressivos tenha sido baixo e a maioria das PPLs tenha se classificado como dentro da normalidade, partindo do pressuposto de que, 38,2% dos participantes apresentaram algum grau de depressão, sendo 12,3% leve, 16,7% moderado, 4,4% severo e 4,8% extremamente severo, infere-se uma prevalência 6 vezes maior quando comparada à da população brasileira em geral. Valor aproximado foi encontrado em um estudo realizado no Nepal, que também verificou que a prevalência da depressão entre a população carcerária (35,3%) foi muito maior do que entre a população em geral (4,2%) (SHRESTHA, et al., 2017).

Em conformidade com os dados dessa pesquisa, no Rio de Janeiro, houve destaque para o elevado percentual de detentos com sintomas depressivos moderados, 24,8% entre os homens e 39,6% entre as mulheres (CONSTANTINO; ASSIS; PINTO, 2016). Na Colômbia, entre as PPLs que apresentavam algum indicativo de sintomatologia depressiva, também houve um predomínio entre aqueles com grau mínimo, leve e moderado, sendo 17,5%, 41,2% e 27,8% respectivamente, e apenas 11,3% com depressão grave (MOJICA; SÁENZ; REY-ANACONA, 2009).

Entre 18.185 prisioneiros americanos, a depressão foi à condição de saúde mental mais prevalente entre os relatos dos presos, seguido por mania, ansiedade e transtorno de estresse

pós-traumático (REINGLE GONZALEZ, et al., 2014). Na Guiana Francesa, 14,3% dos participantes de uma população semelhante, sofriam de depressão (AYHAN, et al., 2017). Altas prevalências para os sintomas depressivos também foram encontradas na Etiópia, onde 43,8% das PPLs foram identificadas com depressão e no México, onde 50% dos participantes do estudo apresentaram níveis elevados para sintomatologia depressiva e 10,8% depressão severa (BEYEN, et al., 2017; LANZ, et al., 2012).

Em complemento, outro estudo verificou, ainda, que os indivíduos recém-chegados ao sistema prisional obtiveram uma média mais elevada com relação aos que estavam presos há mais tempo, tal fato sugere que sua ocorrência não parece estar relacionada ao meio, mas sim às percepções do indivíduo (ARAUJO; NAKANO; GOUVEIA, 2009).

Embora a maioria dos estudos tenha constatado altos níveis de depressão entre PPLs, dados divergentes foram encontrados. Alguns autores referem não ter constatado um número significativo de participantes com sintomas depressivos nesse mesmo contexto (VARGAS, et al., 2015; ARAUJO; NAKANO; GOUVEIA, 2009). Canazarro, Argimon (2010) sugerem que os sintomas depressivos não são desencadeados pelo aprisionamento, mas sim durante a vida em liberdade, sendo diversos os fatores que se associam à sua ocorrência, dentre eles, problemas sociodemográficos, baixa renda, problemas clínicos e histórico familiar conturbado.

Essas diferenças podem ser explicadas, em parte, pelo uso de diferentes instrumentos e, em parte, pelas condições metodológicas de cada estudo, carecendo de maior investigação a fim de elucidar tal fenômeno e os aspectos que o influenciam, especialmente no contexto prisional.

6.4 PENSAMENTO SUICIDA E SUAS CORRELAÇÕES

Entre os estudos que tiveram por objetivo a investigação do comportamento suicida, os instrumentos de avaliação mais utilizados foram a Escala de Ideação Suicida de Beck (BSI) e a Center for Epidemiological Scale Depression (CES-D). Enquanto a primeira possui precisão adequada para a análise da ideação suicida, a CES-D tem como propósito principal o rastreamento de sintomatologias depressivas, entretanto também foi bastante utilizada para o mesmo propósito (CARDOSO, et al., 2012).

No presente estudo, a presença da ideação suicida não foi abordada por meio de questionário específico, mas sim por uma pergunta fechada que questionava se o participante pensou ou não em suicídio desde o início do encarceramento. Dessa forma, foi possível

constatar que 21,1% dos participantes referiram ideação suicida após adentrar ao sistema penitenciário.

Pesquisa realizada com 84.850 adultos, em 17 países diferentes, constatou uma prevalência média de ideação suicida ao longo da vida de 9,2% para a população em geral (NOCK, et al., 2008). Em contrapartida, para a população brasileira, os valores encontrados foram mais elevados. De acordo com a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), 17% da população já pensou em tirar a própria vida em algum momento (ABP; 2014). O que vai de encontro com o estudo de Botega, et al. (2009) que identificou, ainda para a população brasileira em geral, uma prevalência de 17,1% de ideação suicida ao longo da vida e de 5,3% nos últimos 12 meses.

Quando se leva em consideração que esse estudo investigou a presença do pensamento suicida a partir do início do encarceramento e que entre os participantes a média de permanência foi de aproximadamente um ano e seis meses, verifica-se que entre as PPLs desse estudo o valor encontrado foi quase quatro vezes maior comparando com a prevalência de 5,3% constatada nos últimos 12 meses, para a população brasileira em geral (BOTEGA, et al., 2009).

No que se refere à abordagem da ideação suicida entre as PPLs, não foi encontrado na literatura científica nenhum estudo com metodologia semelhante a essa, dificultando, dessa forma, a comparação dos dados obtidos com os de outros autores. O estudo com desenho metodológico mais próximo a esse foi realizado em Israel, porém com apenas com 46 mulheres encarceradas, o qual se verificou uma prevalência significativamente mais elevada, visto que mais de 50% das participantes relataram história de ideação suicida e tentativa de autoextermínio (CHEN; GUETA, 2017).

Outros estudos internacionais encontraram valores variados. Na Bélgica, foi evidenciado, por meio da Escala de Suicídio Paykel (PSS), uma prevalência para ideação suicida de 43,1% ao longo da vida e 23,7% durante o atual encarceramento (FAVRIL, et al., 2017). Nos Estados Unidos, por meio da escala de suicídio do Inventário de Personalidade de Morey, verificou-se que 16% dos participantes apresentaram ideação suicida clinicamente significativa no encarceramento, enquanto na Costa Rica foi constatado, por meio da escala BSI, uma prevalência de 10,2%. (SCHAEFER; ESPOSITO-SMYTHERS; TANGNEY, 2016; CHACÓN; CUEVA, 2014).

Na Etiópia quase 17% do total internos relataram ter ideia de cometer suicídio 16,6% já planejaram e 11,9% fizeram ao menos uma tentativa desde que foram presos (BEYEN, et al., 2017). Gutiérrez, et al. (2015) afirma que, na Colômbia, os percentuais de alta ideação

suicida foram muito superiores aos encontrados na população em geral. Entre 154 internos de uma prisão, 14,9% apresentaram alta ideação suicida, 20,1% média e 64,9% baixa. No Brasil, um estudo realizado com 449 mulheres encarceradas verificou, por meio da escala BSI, que apenas 5,5% das participantes apresentaram ideação suicida clinicamente significativa, ainda que 33,7% tenha referido tentativa previa (SOBREIRA, 2018).

A partir dessas informações verifica-se que são escassas as pesquisas acerca dessa temática, sobretudo as que abarcam as PPLs, no Brasil (CEBALLOS-ESPINOZA, et al., 2016). Contudo é possível inferir que há uma tendência de que a prevalência do pensamento suicida entre as PPLs seja mais elevada quando comparado à população em geral (FAVRIL, et al., 2017; GATES, et al., 2017; GUTIÉRREZ, et al., 2015; SANTOS, et al., 2015).

Dessa forma, sugere-se que o processo de encarceramento potencialize a predisposição do indivíduo para a presença da ideação suicida, por meio de características como isolamento, enfraquecimento do sistema de apoio social, superlotação, entre outras, que exigem processos adaptativos pessoais no confronto com a mudança de realidade e favorecem o aparecimento de sintomas como ansiedade, estresse, depressão e pensamentos auto lesivos (BEYEN, et al., 2017; SILVA, 2016; CEBALLOS-ESPINOZA, et al., 2016; BARDALE; DIXIT, 2015; MANDRACCHIA; SMITH, 2015; DE GROOTE, 2014; MOREIRA; GONÇALVES, 2010).

Quanto à frequência do pensamento suicida, 64,6% dos participantes referiram ter pensado mais de uma vez e com relação ao atendimento prestado pela unidade prisional, metade dos participantes que afirmaram ter pensado em suicídio, procuraram atendimento psicológico na unidade, e desses, 62,5% receberam. Para essas informações especificamente, não foram encontrados dados na literatura que possibilitasse discussão. Entretanto há indícios de sejam limitados os serviços de saúde mental nas unidades prisionais (DE GROOTE, 2014). Sobreira (2018) identificou que 17,6% das PPLs recebiam algum atendimento psicológico, sendo que somente 3,5% recebiam atendimento psiquiátrico (SOBREIRA, 2018; DE GROOTE, 2014).

A análise bivariada foi realizada com o intuito de verificar possível relação entre os preditores sociodemográficos, de saúde, contexto prisional, religiosidade e sintomas de depressão sobre a presença ou não do pensamento suicida. Desse modo, verificou-se que ser sexo feminino ($p < 0,001$), não possuir companheiro(a) ($p = 0,004$), trabalhar dentro da penitenciária ($p = 0,003$), ser réu primário ($p = 0,010$), depressão autorreferida ($p < 0,001$) e fazer uso de medicamento controlado ($p = 0,002$), foram as variáveis estatisticamente significativas.

A partir da regressão logística múltipla binomial, foram confirmadas as correlações anteriormente citadas, pois as variáveis estatisticamente significativas foram sexo ($p = 0,001$),

escore total de depressão ($p < 0,001$) e estado conjugal ($p = 0,010$), sendo que ser do sexo feminino aumenta em 7,2 vezes as chances de apresentar pensamento suicida ($r_{cp} = 7,197$), não possuir companheiro(a) aumenta em 3 vezes ($r_{cp} = 3,446$) e para cada ponto a mais no escore total da escala de depressão, aumenta em 21% as chances de apresentar pensamento suicida ($r_{cp} = 1,216$).

Estudos na China e nos Estados Unidos, os dois primeiros países com a maior população carcerária do mundo, indicaram que variáveis sociodemográficas, morbidades psiquiátricas, história de tentativa de suicídio, frágil apoio social e traços de personalidade estão significativamente relacionados à ideação suicida em populações prisionais (SCHAEFER; ESPOSITO-SMYTHERS; TANGNEY, 2016; ZHANG, et al., 2010).

Favril, et al. (2017) identificaram que história de encarceramento anterior ($p = 0,001$), possuir trabalho durante o encarceramento ($p = 0,039$), manter o contato com familiares e amigos ($p = 0,030$) e a segurança percebida ($p = 0,002$) associaram-se significativamente com à diminuição de chances de ideação suicida. Em contrapartida, história de tentativa de suicídio ($p = 0,001$), possuir diagnóstico de algum distúrbio psiquiátrico ao longo da vida ($p = 0,02$) e período de encarceramento menor que um ano ($p = 0,001$) estavam significativamente associados ao aumento da probabilidade de apresentar ideação suicida.

Além disso, a falta de suporte social percebido e estar exposto ao comportamento suicida de companheiros internos aumentaram em duas vezes as chances de experimentar ideação suicida (FAVRIL, et al., 2017). Em complemento, ter menos de 30 anos ($p = 0,04$), história de violência intrafamiliar ($p = 0,03$) e não possuir companheiro ($p = 0,04$) também se correlacionou significativamente com a presença da ideação suicida (GATES, et al., 2017; CEBALLOS-ESPINOZA, et al., 2016; GUTIÉRREZ, et al., 2015; NOCK, et al., 2008).

Esses dados corroboram com os de um estudo realizado no Chile, a partir da investigação de 132 casos consumados de suicídio em prisioneiros, em que 66,7% das pessoas tinham ingressos prévios no sistema prisional, 73,5% eram solteiros, 84,8% não possuíam trabalho e 43,2% estavam enfrentando algum estado depressivo (CEBALLOS-ESPINOZA, et al., 2016).

A descoberta de que as mulheres possuem mais chances de apresentar pensamento suicida em relação aos homens, também foi referida por outros estudos, tanto para as PPLs quanto entre a população em geral (CHEN; GUETA, 2017; BOTEGA, et al., 2009; NOCK, et al., 2008). Os óbitos por suicídio são aproximadamente três vezes maiores entre os homens do que entre mulheres. Inversamente, as tentativas de suicídio que são, em média, três vezes mais frequentes entre as mulheres (ABP, 2014). Explica-se tal fato pela tendência dos homens

estarem associados a comportamentos de risco, maiores níveis de força, maior acesso a meios mais letais e pelo fato de que as mulheres se preocupam mais com a saúde e buscam ajuda com menos resistência (CALIXTO; ZERBINI, 2016; ABP, 2014).

Quanto ao estado conjugal, conforme observado pela ABP, viver sozinho parece aumentar o risco de suicídio, com taxas mais elevadas entre indivíduos divorciados ou que nunca se casaram (ABP, 2014). Tal afirmação pode ser comprovada a partir dos resultados dessa pesquisa, uma vez que foi verificada correlação significativa entre não possuir companheiro (a) e a presença da ideação suicida ($p=0,004$). Gutiérrez, et al. (2015) encontrou a mesma correlação ($p=0,004$) e, assim como outros autores, afirma que possuir companheiro (a) é um fator de proteção. (CUNHA; BAPTISTA; CARVALHO, 2016; CEBALLOS-ESPINOZA, et al., 2016; BOTEAGA, et al., 2009; NOCK, et al., 2008).

Embora a atividade trabalhista durante o encarceramento tenha sido associada por outros autores a uma menor ideação suicida, nesse estudo a correlação foi inversa, pois o trabalho correlacionou-se ao aumento da ideação suicida ($p=0,003$), (FAVRIL, et al., 2017; GUTIÉRREZ, et al., 2015; CEBALLOS-ESPINOZA, et al., 2016; CHACÓN; CUEVA, 2014). Provavelmente essa condição deve ser melhor explorada, a fim de compreender a representação do trabalho para essa população, pois não foi encontrado nenhum artigo com uma explicação pertinente.

Ser réu primário foi outra variável que apresentou correlação com a presença da ideação suicida ($p=0,010$), dado coerente como o fato de que história de encarceramento anterior foi identificada como fator de proteção, ($p=0,001$) (FAVRIL, et al., 2017).

Quanto ao fato de que a depressão aumente consideravelmente as chances das PPLs pensar em suicídio, existe um senso comum, entre grupos especializados em saúde, de que a depressão é a doença mental mais comumente associada ao suicídio e estima-se que ela esteve presente em pelo menos 50% de todos os suicídios consumados (WHO, 2017; AMERICAN ASSOCIATION OF SUICIDOLOGY, 2014; ABP, 2014). Assim como na população em geral, a depressão é um importante fator de risco para a ideação suicida entre as PPLs, apresentando uma correlação positiva (CHEN; GUETA, 2017; AYAN, 2017; BEYEN, et al., 2017; VASCONCELOS, 2016).

Sobre os medicamentos controlados, 35,1% dos participantes referiram o uso, valor duas vezes maior ao encontrado no estudo de Sobreira (2018), em que 15,6% da população declarou utilizar algum fármaco controlado, sendo a maioria ansiolíticos e antidepressivos e aproximadamente cinco vezes maior que a população em geral (6,8%) (PRADO; FRANCISCO; BARROS, 2017). Esses fármacos têm alcançado grande popularidade nas

últimas décadas e o aumento no consumo tem sido associado ao benefício no enfrentamento de situações difíceis e estressantes e a maior ocorrência de diagnósticos de transtornos psiquiátricos (PRADO; FRANCISCO; BARROS, 2017). Quanto a sua correlação com a presença da ideação suicida não foram encontrados estudos que favorecessem comparação.

No que diz respeito à religiosidade, apesar de existir indícios de que ela atue como um fator de proteção para a presença da ideação suicida, nesse estudo não foi possível fazer tal afirmação, visto que não houve correlação estatisticamente significativa ($p=0,477$ / $r_{cp}=0,941$), assim como nos achados de Favril, et al. (2017). Por meio de uma revisão da literatura, Eytan (2011), endossa esse fato afirmando que ainda não há provas de que a religiosidade reduz significativamente o suicídio na prisão, e sugere que talvez isto se dê pela ausência de estudos que abordem especificamente o impacto da religiosidade sobre a saúde mental das PPLs.

Ainda assim, a religiosidade demonstrou auxiliar no enfrentamento às situações adversas, reduzir os sintomas depressivos, ter impacto positivo sobre o comportamento das PPLs, podendo ajudar na transição para a comunidade após o encarceramento (CHACÓN; CUEVA, 2014; MANDHOUI, et al., 2013; EYTAN, 2011; MORAES, P. A. C.; DALGALARRONDO, 2006; ALMEIDA; NETO; KOENING, 2006).

7 CONCLUSÃO

A partir do presente estudo foi possível concluir que a maioria das PPLs era do sexo masculino (82,9%), negros (60,9%), com idade média de 33,48 anos, sendo 79,8% provenientes de cidades do Estado de Minas Gerais. Quanto ao estado conjugal 46,5% eram solteiros e 75% possuíam pelo menos um filho. Observou-se baixo grau de instrução e baixa renda familiar, visto que 43% indivíduos não concluíram o ensino fundamental e a renda mais prevalente foi de até um salário mínimo (36,4%).

Quanto às doenças autorreferidas, a dependência química em relação ao tabaco (57,9%), as drogas ilícitas (25,9%) e ao álcool (21,5%) foram as mais prevalentes. A depressão autorreferida foi a segunda doença mais citada (15,8%) seguido por bronquite (11,8%), hipertensão arterial (9,6%), dermatites (9,2%), sequelas de trauma (7%) e asma (7%). Com relação as DSTs, 3,1% dos participantes referiram convivem com HIV, 1,8% herpes, 1,3% hepatite e 0,4% sífilis.

De acordo com as variáveis elencadas para caracterização do contexto prisional, constatou-se a maioria (73,7%) era condenada, permanecia em regime fechado (79,4%), refere reincidência na prisão (61,8%) e apresentaram tempo médio de reclusão 1 ano e 6 meses aproximadamente. A minoria, (6,6%) estuda dentro da unidade prisional, porém 85% referem o desejo de estudar. O vínculo empregatício também é disponibilizado para uma pequena parcela entre os participantes (18,4%), sendo o artesanato (47,6%) e as atividades na montagem de peças para a Black & Decker (28,6%) as ocupações mais prevalentes. Destaca-se, ainda, que a maioria, (92,5%) demonstrou o desejo de trabalhar. No tocante as visitas, verifica-se que os participantes do sexo masculino recebem mais visitas quando comparado com o sexo feminino. No total 47,8% dos participantes recebem visitas sendo as mães, (54,1%), e as(os) companheiras(os), (46,8%) os visitantes mais regulares. Quanto a frequência mensal, 45% referiram receber visitas quatro vezes ao mês.

Quanto a religiosidade, quase todos (92,1%) referiram possuir religião, sendo 49,5% católicos, 34,8% evangélicos, 13,8% espíritas, 1% testemunha de Jeová 1% se enquadrar em outra religião. O escore geral da escala evidenciou que a maioria dos participantes desse estudo apresentou alta RO (80,7%), RNO, (95,2%) e RI, (82%).

Considerando o resultado da avaliação dos sintomas de depressão, a média de pontos no escore geral da subescala foi de 8,50 pontos, classificando a maioria dos participantes, (61,8%) como dentro da normalidade quanto ao grau de severidade.

Quanto à presença do pensamento suicida, 21,1% dos participantes referiram ideação

suicida após adentrar ao sistema penitenciário e as variáveis que apresentaram associações estatisticamente significativas, por meio da análise bivariada, foram: ser sexo feminino ($p < 0,001$), não possuir companheiro(a) ($p = 0,004$), trabalhar dentro da penitenciária ($p = 0,003$), ser réu primário ($p = 0,010$), depressão autorreferida ($p < 0,001$) e fazer uso de medicamento controlado ($p = 0,002$). A partir da regressão logística múltipla binomial, foi possível verificar que ser do sexo feminino aumenta em 7,2 vezes as chances de apresentar pensamento suicida ($rcp = 7,197$), não possuir companheiro(a) aumenta em 3 vezes ($rcp = 3,446$) e para cada ponto a mais no escore total da escala de depressão, aumenta em 21% as chances de apresentar pensamento suicida ($rcp = 1,216$).

Entre as limitações desse estudo, ressalta-se a realização da amostragem por conveniência, pois a unidade prisional não dispunha de agentes penitenciários para retirar, exclusivamente, as PPLs que por ventura fossem sorteadas ao acaso, como na amostragem probabilística. Além disso, os estudos transversais possuem uma mensuração em um único momento, enquanto o acompanhamento dos estudos longitudinais permite maior riqueza de dados. Acrescenta-se, ainda, que o fato das PPLs estarem sempre acompanhadas por ao menos um agente penitenciário, pode ter levado a subnotificação de alguma informação, incorporando possíveis vieses.

Apesar dessas limitações, destaca-se ainda, como ponto forte importante desse estudo, o fato de que talvez seja uma das primeiras pesquisas, realizadas no Brasil, a investigar a ideação suicida, a depressão, a religiosidade bem como as características sociodemográficas, de saúde e contexto prisional entre homens e mulheres encarcerados. Desse modo, destaca-se a importância em dar continuidade em estudos como esse, especialmente por se tratar de uma população estigmatizada e em constante crescimento.

Em suma, o contexto em que as PPLs estão inseridas é complexo e possui peculiaridades que propiciam o acometimento dos agravos a saúde mental. Dessa forma, retratar melhor o perfil e a realidade dessa população, compreender a violência da morte em decorrência do suicídio bem como compreender os fatores correlacionados, pode contribuir para a instrumentalização de futuras ações de intervenção e promoção de barreiras à sua ocorrência.

A partir dos resultados desse estudo, torna-se indispensável a sugestão de estratégias de atuação. Inicialmente sinaliza-se a necessidade de fortalecer a interação multiprofissional, na construção de um projeto assistencial comum, visto que são diversos os fatores que se associam à ocorrência dos transtornos mentais. Faz-se pertinente também, buscar apoio da atenção primária, especialmente na execução de ações de diagnóstico situacional, prevenção

de agravos, promoção e proteção da saúde. E levando-se em consideração a evidência científica de que as mulheres, as pessoas sem companheiras(os) e aquelas com escores mais elevados para os sintomas depressivos, compõem o grupo de risco à presença dos pensamentos suicidas, aconselha-se uma atuação com foco nesses indivíduos com a promoção de momentos de discussão, rodas de conversas e grupos de apoio.

REFERÊNCIAS

- ABDELGAWAD, N. et al. Religiosity in acute psychiatric inpatients: relationship with demographics, clinical features, and length of stay. **The Journal of Nervous and Mental Disease**, v. 205, n. 6, p. 448-452, Jun. 2017.
- ALBUQUERQUE, A. C. C., et al. Soroprevalência e fatores associados ao Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e sífilis em presidiários do Estado de Pernambuco, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.7, p.2125-2132, 2014.
- ALLEN, R. S., et al. Religiousness/spirituality and mental health among older male inmates. **Gerontologist**, v.48, n.5, p.692-697, 2008.
- ALMEIDA, A. M.; NETO, F. L.; KOENING, H. G. Religiousness and mental health: a review. **Rev Bras Psiquiatr**. v.28, n.3, p.242-250, 2006.
- ALVES, JEORGIA, PEREIRA. et al. Perfil epidemiológico de pessoas privadas de liberdade. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v.11, Supl.10, p.4036-4044, 2017.
- AMARAL, C. P. Evolução Histórica e Perspectivas sobre o Encarcerado no Brasil como sujeito de direitos. **Grupo de Estudos Carcerários Aplicados da Universidade de São Paulo**. GECAP-USP, 2013.
- AMERICAN ASSOCIATION OF SUICIDOLOGY. **Depression and Suicide Risk**, 2014. Disponível em: < <https://www.suicidology.org/portals/14/docs/resources/factsheets/2011/depressionsuicide2014.pdf>>. Acessado em: 05 de Outubro de 2018.
- ANDREOLI, S. B. et al. Prevalence of Mental Disorders among Prisoners in the State of São Paulo, Brazil. **Plos one**, v.9, n.2, 2014.
- ARAUJO, F. A. F. M.; NAKANO, T. C.; GOUVEIA, M. L. A. Prevalência de depressão e ansiedade em detentos. **Aval. psicol.**, Porto Alegre, v.8, n.3, p.381-390, 2009.
- ARAUJO, M. P. **Execução penal na justiça militar da união - do conservadorismo à ilegalidade**. 2016. 56f. Monografia (Bacharel em Direito) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA (ABP). **Suicídio: informando para prevenir**. Conselho Federal de Medicina (CFM). Brasília, 2014.
- AYHAN, G. et al, Suicide risk among prisoners in Frech Guiana: prevalence and predictive factors. **BMC Psychiatry**, v.17, n.156, 2017.
- BARBOSA, F. O.; MACEDO, P. C. M.; SILVEIRA, R. M. C. Depressão e o Suicídio. **Rev. SBPH**, v.14, n.1, p.233-243, Rio de Janeiro, 2011.
- BARBOSA, M. L. et al. Atenção básica à saúde de apenados no sistema penitenciário: subsídios para a atuação da enfermagem, **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.18, n. 4, p. 586-592, 2014.

BARDALE, R. V.; DIXIT, P. G. Suicide behind bars: a 10-year retrospective study. **Indian J. Psychiatry**, v.57, n.1, p.81-84, 2015

BATISTELA, J. E.; AMARAL, M. R. A. Breve histórico do sistema prisional, **Encontro de iniciação científica do centro universitário Antônio Eufrásio de Toledo**, Presidente Prudente, ISSN 1809-2551, v.4, n.4, 2008.

BEBBINGTON, P. et al. Assessing needs for psychiatric treatment in prisoners: Prevalence of disorder. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**, n.52, p.221–229, 2017.

BERTOLETE, J. M. et al. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.32, supl.2, 2010.

BEYEN. T. K., et al. More than eight in every nineteen inmates were living with depression at prisons of Northwest Amhara Regional State, Ethiopia, a cross sectional study design. **BMC Psychiatry**. v.17, n.31, 2017.

BOTEGA, N. J., et al. Prevalências de ideação, plano e tentativa de suicídio: um inquérito de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.12, p.2632-2638, 2009.

BRASIL (a). Ministério da Justiça e Segurança Pública. **Departamento Penitenciário Nacional. Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias – INFOPEN**, Brasília, DF, 2017.

BRASIL (a). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Estabelece as Diretrizes normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, n. 112, 13 de junho de 2013. Seção 1, p. 59-62

BRASIL (b). Agência do Brasil. **Levantamento mostra escolaridade dos presidiários no País**. Educação e Ciência, publicado em 24 de Abril de 2012, disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/noticias/educacao-e-ciencia/2012/04/levantamento-mostra-escolaridade-dos-presidiarios-no-pais>>. Acessado em: 05 de Outubro de 2018.

BRASIL (b). **Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD)**. Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada (IPEA). Fundação João Pinheiro (FIP). Desenvolvimento humano para além das médias. ISBN: 978-85-88201-45-3. Brasília, 2017.

BRASIL (c). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico: Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à Saúde**, v.48, n.30, ISSN.2358-9450. 2017.

BRASIL(d). Ministério da Saúde/SVS – **Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM**, 2012. Disponível em: <tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/c04.def>. Acesso em: 24/09/2018.

BRASIL. Constituição (1824). **Constituição Política do Império do Brasil**. Rio de Janeiro, RJ. 22 de Abril de 1824.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 1988.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Atlas do Censo Demográfico 2010. **Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência**, Rio de Janeiro, 2013.

BRASIL. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. nº 9.394** de 20 de Dezembro de 1996. Brasília, DF, 1996.

BRASIL. **Lei de Execução Penal nº 7.210** de 11 de Julho de 1984. Brasília, DF, 1984.

BRASIL. **Lei nº 8.080**, de 19 de Setembro de 1990. Lei Orgânica da saúde. Brasília, DF, 1990.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. **Departamento Penitenciário Nacional. Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias – INFOPEN**, Brasília, DF, 2014.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. **Departamento Penitenciário Nacional. Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias – INFOPEN Mulheres**, ed. 2, Brasília, DF, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. Portaria Interministerial nº 1.777, de 9 de Setembro de 2003. Institui o **Plano Nacional Saúde no Sistema Penitenciário**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2003.

BRASIL Ministério da Saúde. **Prevenção do Suicídio. Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental**. Organização Pan-Americana da Saúde e Universidade Estadual de Campinas, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Viva: instrutivo de notificação de violência interpessoal e autoprovocada**. Brasília, DF, 2015.

BRASIL. Organização Pan Americana de Saúde. Organização Mundial de Saúde. **Depressão é tema de campanhas da OMS para o Dia Mundial da Saúde de 2017**. Brasília, DF, 2017.

BURGUEÑO F. G.; BENENSON A.S.; AMOR, J. S. HIV-1 prevalence in select Tijuana sub-populations. **Am J Public Health** 1991; 81:623-5.

CALIXTO, F. M.; ZERBINI, T. Epidemiologia do suicídio no Brasil entre os anos de 2000 e 2010. **Saúde, Ética & Justiça**, v.21, n.2, p.45-51, 2016.

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

CARDOSO, H. F., et al. Suicídio no Brasil e América Latina: revisão bibliométrica na base de dados Redalycs. **Revista da Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul**, v.12, n.2, p.42-48, 2012.

CARVALHO, M. L., et al. Perfil dos internos no sistema prisional do Rio de Janeiro: especificidades de Gêneros no processo de exclusão social. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.11, n.2, p.461-471, 2006

CEBALLOS-ESPINOZA, et al. Suicídio em las cárceles de Chile durante la década 2006-2015. *Revista Criminalidad*, v.58, n.3, p.101-118, 2016.

CHACON, M. B.; CUEVA, M. M. Ideación suicida em privados de libertad: Uma proposta para su atención, Universidad de Costa Rica, 2014.

CHEN, G.; GUETA, K. Lifetime History of Suicidal Ideation and Attempts Among Incarcerated Women in Israel. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, v.9, n.5, p.596-604, 2017.

CLESSIA PINHEIRO, M. et al . Perfil de adoecimento dos homens privados de liberdade no sistema prisional. **Invest. educ. enferm**, Medellín , v. 33, n. 2, p. 269-279, 2015.

CLESSIA PINHEIRO, M.; ARAÚJO, J. L.; VASCONCELOS, Renata Borges; NASCIMENTO, Ellany Gurgel Cosme. Health profile of freedom-deprived men in the prison system. **Invest Educ Enferm**, v.33, n.2, p. 269-279, 2015.

COELHO, H. C. et al . HIV prevalence and risk factors in a Brazilian penitentiary. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.9, p. 2197-2204, 2007.

CONSTANTINO, P.; ASSIS, S. G.; PINTO, L. W. O impacto da prisão na saúde mental dos presos do estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 7, p. 2089-2099, 2016.

CUNHA, F. A.; BAPTISTA, N. M.; CARVALHO, L.F. Análise documental sobre os suicídios ocorridos na região de Jundiá entre 2004 e 2014. **Salud & sociedade**, v.7, n.2, p.212-222, 2016.

DAMAS, F. B.; OLIVEIRA, W. F. A saúde mental nas prisões de Santa Catarina, Brasil. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v.5, n.12, p.1-24, 2013.

DE GROOTE, I. Weighing the eighth amendment: finding the balance between treating and mistreating suicidal prisoners. **Journal of Constitutional Law**, v.17, p.259-287, 2014.
DILÉLIO, A. S. et al. Padrões de utilização de atendimento médico-ambulatorial no Brasil entre usuários do Sistema Único de Saúde, da saúde suplementar e de serviços privados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, n.12, p. 2594-2606, 2014.

DI SANTIS, B. M.; ENGBRUCH, W.; D'ELIA, F. S. A evolução histórica do sistema prisional e a Penitenciária do Estado de São Paulo, **Revista Liberdades**, n.11, 2012.

DI SANTIS, B. M.; ENGBRUCH, W. A evolução histórica do sistema prisional: Privação de liberdade, antes utilizada como custódia, se torna forma de pena. **Revista Pré Univesp**, n.61, 2016.

EYTAN, A. Religion and aMental Health During Incarceration: A Systematic Literature Review. **Psychiatr Q**, v.82, p. 287-295, 2011.

FAVRIL, L. et al. Suicidal ideation while incarcerated: Prevalence and correlates in a large sample of male prisoners in Flanders, Belgium. **International Journal of Law and Psychiatry**, v.55, p.19–28, 2017.

FAZEL, S.; WOLF, A. “A systematic review of criminal recidivism rates: current difculties and recommendations for best practice”. **Plos One**, n.10 v.6, 2015.

FERNANDES, L. H. et al. Necessidade de aprimoramento do atendimento à saúde no sistema carcerário. **Revista Saúde Pública**, v.48, n.2, p.275-283, 2014.

FIGUEIRÓ, R. A. Castigo, gestão do risco e da miséria: Novos discursos da prisão na contemporaneidade. **Estudos de Psicologia**, ISSN: 1678-4669, n.21, v.2, p.192-203, 2016.

FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir: nascimento da prisão**. 30ª ed., Petrópolis: Editora Vozes, 2005.

GATES, M. L., et al. Associations among Substance Use, Mental Health Disorders, and Self-Harm in a Prison Population: Examining Group Risk for Suicide Attempt. **International Journal of Environmental Research and Public Health**. v.14, n. 317, 2017.

GOIS, S. M. et al. Para além das grades e punições: uma revisão sistemática sobre a saúde penitenciária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.5, p.1235-1246, 2012.

GUTIÉRREZ, M. R.; VALLEJO, C. S.; ARANGO, B. P. R.; MEDINA-PÉREZ, O. A. Ideación suicida y factores asociados en internos de un establecimiento penitenciario de Antioquia (Colombia). **Revista Colombiana de Psiquiatría**, v. 44, n. 2, p. 100-105, 2015.

JULIÃO, E. F. Reincidência criminal e penitenciária: aspectos conceituais, metodológicos, políticos e ideológicos, **Revista Brasileira de Sociologia**, v.4, n.7, 2016.

JUNIOR, J. W. A. H. et al. O cuidado na atenção primária à saúde da população carcerária masculina no município de Caraúbas / RN. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 37, n.2, p. 394 – 406, 2013.

KOENIG, H. G.; PARKERSON J.R, George R.; MEADOR, Keith G. Religion index for psychiatric research. **The American Journal of Psychiatry**, v.154, n. 6, p. 885-886, 1997.
KOENIG, H. G. Religion, Spirituality, and Health: The Research and Clinical Implications. **International Scholarly Research Network Psychiatry**, v.16, p.1-33, 2012.

LANZ, P. M. et al. Factores de riesgo asociados a la delincuencia masculina en México: un estudio a reclusos de un centro de readaptación social varonil. **Rev. crim**, v.54, n.1, p.359-404, 2012.

LERMEN, H. S.; DARTORA, T.; CAPRA-RAMOS, C. Drogadição no cárcere: questões acerca de um projeto de desintoxicação de drogas para pessoas privadas de liberdade. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v.14, n.2, 2014.

LIMA, L. L. G. O tribunal do santo ofício da inquisição: o suspeito é o culpado, **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, n.3, p.17-21, 1999.

LIVRAMENTO, A. M. ROSA, E. M. Homens no cárcere: estratégias de vida na prisão. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v.11, n.2, 2016.

LOVIBOND, P. F.; LOVIBOND, S. H. The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. **Behaviour Research and Therapy**, v. 33, n. 3, p. 335-343, 1995.

LUCCHETTI, G. et al. Validation of the Duke Religion Index: DUREL (Portuguese Version). **Journal of Religion and Health**, v. 51, n. 2, p. 579-586, 2012.

MACHADO, A. E. B.; SOUZA, A. P. R.; SOUZA, M. C. Sistema penitenciário brasileiro – origem, atualidade e exemplos funcionais. **Revista do Curso de Direito da Faculdade de Humanidades e Direito**, v.10, n.10, 2013.

MACHADO, B. A.; SLONIAK, M. A. Disciplina ou ressocialização? Racionalidades punitivas, trabalho prisional e política penitenciária. **Revista Direito GV**, São Paulo, v.11, n.1, p.189-222, 2015.

MACRI TROYA, M.; BERTHIER VILA, R.. Infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana y conductas de riesgo asociadas en un Centro Penitenciario de Montevideo, Uruguay. **Rev. esp. sanid. penit.**, v.12, n.1, p.21-28, 2010.

MANDHOUI, O. et al. Spirituality and Religion Among French Prisoners: An Effective Coping Resource? **International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology**, v.58, n.7, p.821-834, 2013.

MANDRACCHIA, J.; SMITH, P. The Interpersonal Theory of Suicide Applied to Male Prisoners. **Suicide Life Threat Behav**, v.45, n.3, p.293–301, 2015.

MARCO, A.; SAIZ DE LA HOYA, P.; GARCIA-GUERRERO, J.. Estudio multicéntrico de Prevalencia de Infección por el VIH y factores asociados en las prisiones de España. **Rev. esp. sanid. penit.**, v.14, n.1, p.19-27, 2012.

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

MINAYO, M. C. S.; GUALHANO, L. Saúde nas prisões: avaliações, políticas e práticas. **Ciênc. Saúde coletiva**, v.21, n.7, Rio de Janeiro, 2016.

MINAYO, M. C. S.; RIBEIRO, F. M. L. Condições da saúde dos presos do estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.21, n.7, p.2021-2040, 2016.

MOJICA, C. A.; SÁENZ, D. A.; REY-ANACONA, C. A. Riesgo suicida, desesperanza y depresión en internos de un establecimiento carcelario colombiano. **Rev. Colomb. Psiquiat**, v.38, n.4, 2009.

MONTEIRO, F.M.; CARDOSO, G. R. A. seletividade do sistema prisional brasileiro e o perfil da população carcerária: um debate oportuno. **Civitas**, v. 13, n. 1, p.93-117, Porto Alegre, 2013.

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

MOREIRA-ALMEIDA, A. et al. Versão em português da Escala de Religiosidade da Duke – DUREL. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v.35, n.1, p. 31-32, 2008.

MOREIRA, L. C. O.; BASTOS, P. R. H. O. Prevalência e fatores associados à ideação suicida na adolescência: revisão de literatura. **Revista Quadrimestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional**, v.19, n.3, p. 445-453, 2015.

MOREIRA, N. A. C.; GONCALVES, R. A. Perturbação mental e ideação suicida entre reclusos preventivos. **Aná. Psicológica**, Lisboa, v. 28, n. 1, p. 133-148, 2010.

NAVARRO, B. et al. Diseño participativo de una Guía para la Promoción de la Salud Mental en el medio penitenciário. **Rev Esp Sanid Penit**, v.15, p.44-53, 2013.

NICOLAU, A. I. O.; PINHEIRO, A. K. B. Condicionantes sociodemográficos e sexuais do conhecimento, atitude e prática de presidiárias quanto ao uso de preservativos. **Texto contexto - enferm.**, v. 21, n. 3, p. 581-590, 2012.

NOCK, M. K. et al. Cross-National Prevalence and Risk Factors for Suicidal Ideation, Plans, and Attempts. **Br J Psychiatry**, v.192, p. 98-105, 2008.

OLIVEIRA, C. B. F. A educação escolar nas prisões: uma análise a partir das representações dos presos da penitenciária de Uberlândia (MG). **Educ. Pesqui.**, São Paulo, v.39, n.4, p. 955-967, 2013.

OLIVEIRA, F. A. **Os modelos penitenciários no século XIX**. 2007. 14f. Monografia (Bacharel em História) – Universidade Federal de Juiz de Fora, 2007.

OLIVEIRA, H. R. F. A história do direito penal brasileiro. **Periódico Científico Projeção, Direito e Sociedade**, v.5, n.2, p.30-38, 2014.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Prevenção do Suicídio**: um manual para Profissionais da saúde em atenção primária. Genebra: 2000.

PAIVA, M. C. A. O papel da religiosidade e do suporte social na depressão: resultados do Estudo Epidemiológico São Paulo Megacity Mental Health Survey. **Dissertação**. Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 216f. 2014.

PINTO, R. D. P. M. **Ideação Suicida e Sintomatologia Psicopatológica em Indivíduos Toxicodependentes**. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, Universidade portugalense Infante D. Henrique, 2011.

PRADO, M. A. M. B.; FRANCISCO, P. M. S. B.; BARROS, M. B. A. Use of psychotropic medications in adults and elderly living in Campinas, São Paulo, Brazil: cross-sectional population-based study. **Epidemiol. Serv. Saude**, v.26, n.4, p.747-758, 2017.

REINGLE GONZALEZ, J. M. Mental Health of Prisoners: Identifying Barriers to Mental Health Treatment and Medication Continuity. **American Journal of Public Health**, v.104, n.12, 2014.

RESENDE, J. P.; ANDRADE, M. V. Crime social, castigo social: desigualdade de renda e taxas de criminalidade nos grandes municípios brasileiros. **Estud. Econ.**, São Paulo, v.41, n.1, p.173-195, 2011.

RIBEIRO, F. M. L.; MINAYO, M. C. S. O papel da religião na promoção da saúde, na prevenção da violência e na reabilitação de pessoas envolvidas com a criminalidade: revisão de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.6, p.1773-1789, 2014.

ROTILY, M. et al. HBV and HIV screening and hepatitis B immunization programme in the prison of Marseille, France. *Int J STD AIDS* 1997; 8:753-9.

ROY, A. et al. Comparisons of prisoners who make or do not make suicide attempts and further who make one or multiple attempts. *Archives of suicide research*, v. 18, n. 1, p. 28-38, 2014.

RUBIO, L. A. et al. Riesgo suicida em población carcelaria del Tolima, Colombia. **Revista de la Facultad de Medicina**, v. 62, n.1, p.33-39, 2014.

SANTOS, B. F. et al. Depressão por detrás das grades: um possível sintoma em apenados. *Psicólogo informação*, v.19, n.19, 2015

SCHAEFER, K. E.; ESPOSITO-SMYTHERS, C.; TANGNEY, J. P. Suicidal ideation in a United States jail: Demographic and psychiatric correlates. *J Forens Psychiatry Psychol.* n.27, v.5, p.698-704. 2016.

SHRESTHA, G., et al. Depression among inmates in a regional prison of eastern Nepal: a cross-sectional study. **BMC Psychiatry**, v.17, n.348, 2017.

SILVA, F. L. et al. Educação prisional: contribuições para a reinserção do reeducando na sociedade. *Revista Científica da FAC unicamps*, v.7 ed.1, 2017.

SILVA, J. B. Mulheres invisíveis, mentes esquecidas: A saúde mental de mulheres sob privação de liberdade. Dissertação (Mestrado). João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2016.

SILVA, L. G. M.; FERREIRA, T. J. O papel da escola e suas demandas sociais. **Periódico Científico Projeção e Docência**, v.5, n.2, p.6-23, 2014.

SIMÕES, K. G. Etnografia na Ala Feminina da Cadeia Pública de Cascavel- PR. **Ponto Urbe: Revista do núcleo de antropologia urbana da USP**, v.14, 2014.

SOBREIRA, M. V. S. **Religiosidade, depressão, ansiedade e ideação suicida entre mulheres privadas de liberdade.** Tese de Doutorado. Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo - Curso de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, São Paulo, 2018.

SOUZA, K. A. A., et al. Factors associated with HIV prevalence in a prison population. **Rev Esc Enferm USP**, v.51, 2017.

STOPA, S. R., et al. Prevalência do autorrelato de depressão no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, **Rev Bras Epidemiol**, v.18, Suppl.2, p.170-180, 2015.

TEIXEIRA, D. S. et al. Coleção Guia de Referência Rápida: Avaliação do Risco de Suicídio e sua Prevenção. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, ed.1, 2016.

VARGAS, F. et al. Depressão, ansiedade e psicopatia: um estudo correlacional com indivíduos privados de liberdade. **J Bras Psiquiatr**. v.64, n.4, p.266-271, 2015.

VASCONCELOS, E. F. Avaliação psicológica e os fatores de risco do suicídio. **Revista Especialize**, v.01 ed.12, 2016.

VIGNOLA, R. C. B.; TUCCI, A. M. Adaptation and validation of the Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS) to Brazilian Portuguese. **Journal of Affective Disorders**, v. 155, p. 104-109, 2014.

WHO. Constitution of the World Health Organization. Geneva, 1946. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/hist/official_records/constitution.pdf>. Acesso em: 24/09/2018.

WHO. Constitution of the World Health Organization. Geneva. **Preventing Suicide: A global imperative.** 2014. Disponível em: < https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/exe_summary_english.pdf>. Acesso em: 28/10/2018.

WHO. **Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates.** Geneva: World Health Organization; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

ZANLUQUI, L. V.; SEI, M. B. **Suicídio: já parou para pensar?** Livro eletrônico. ed. 2. Disponível em: <<http://www.uel.br/clinicapsicologica/pages/publicacoes.php>>. Acessado em: 31 de Outubro de 2018. Ed. Universidade Estadual de Londrina, 2017.

ZHANG, J. et al. Suicidal ideation and its correlates in prisoners: a comparative study in China. **Crisis**, v.31, n.6, p.335–342, 2010.

APENDICE A – TERMO DE ESCLARECIMENTO

TERMO DE ESCLARECIMENTO

TÍTULO DO PROJETO: PENSAMENTO SUICIDA, DEPRESSÃO E RELIGIOSIDADE EM UMA POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE.

Você está sendo convidado a participar da pesquisa **“Pensamento suicida, depressão e religiosidade em uma população privada de liberdade”** sob responsabilidade de Leiner Resende Rodrigues. O objetivo desse estudo é analisar diferentes condições de sua vida, (religião, estado emocional e características gerais – idade, sexo etc). Acredita-se que estudos como este colaboram para se entender melhor a vida das populações privadas de liberdade, e assim favorecer ações de melhorias na atenção e no cuidado prestado a esses indivíduos.

Caso você aceite participar da pesquisa será necessário autorizar-nos a realizar uma entrevista para responder as perguntas de três instrumentos, que foram escolhidos para o estudo: um sobre religiosidade, um sobre estado emocional e outro sobre suas condições sociais, econômicas e de vida na penitenciária. O tempo estimado necessário para responder todos os itens é de 20 minutos. Esses questionários possuem perguntas sobre: idade, escolaridade, religião, e como você se sente emocionalmente. A entrevista será realizada pela pesquisadora Cristina Ranuzi, na sala de aula ou na sala de atendimento jurídico, aquela que estiver disponível no momento da realização, ambos preservando sua privacidade.

Acredita-se que o estudo possua dois riscos previsíveis envolvidos em seu desenvolvimento: risco de desconforto emocional e o risco de perda de confidencialidade. O risco de desconforto emocional se dá pela abordagem de questões sobre sua condição de vida na situação de privação de liberdade, o que pode lhe gerar alguma tristeza, mas caso você se sinta desconfortável interromperemos a entrevista e você poderá optar por ser encaminhado ao atendimento psicológico oferecido na unidade. O outro risco do estudo é o risco de perda de confidencialidade, que acontece, nas situações em que os dados coletados são ligados à identidade daquele que forneceu os dados, entretanto, esse risco será minimizado, pois utilizaremos códigos ao nos referirmos aos participantes do estudo, sendo assim, em momento algum seu nome ou imagem será utilizado na pesquisa.

Não haverá benefícios diretos para você, acredita-se apenas que com os resultados da pesquisa, poderemos entender melhor as condições de vida na penitenciária auxiliando com futuras melhorias.

Você poderá obter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem qualquer prejuízo. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para realização deste estudo não serão de sua responsabilidade. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo pois você será identificado com um código. Declaramos que se for verificado, por meio dos testes, no momento da entrevista, a condição de elevada depressão, a equipe de saúde da penitenciária será informada, assim como o participante.

Contato dos pesquisadores:

Pesquisador(es):

Nome: Prof. Dra. Leiner Resende Rodrigues

E-mail: leiner.r.rodrigues@gmail.com – (34)3700-5461

Nome: Cristina Ranuzi

E-mail: cristinaranuzi@gmail.com – (34) 3700-6607

Endereço: Av Getúlio Guaritá, nº107 – Bairro Abadia – Uberaba/MG

Em caso de dúvida em relação a esse documento, favor entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisada Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pelo telefone (34) 3700-6776, ou no endereço Rua Madre Maria José, 122, Bairro Nossa Senhora da Abadia – Uberaba – MG – de segunda a sexta-feira, das 08:00 às 11:30 e das 13:00 às 17:30. Os Comitês de Ética em Pesquisa são colegiados criados para defender os interesses dos participantes de pesquisas, quanto a sua integridade e dignidade, e contribuir no desenvolvimento das pesquisas dentro dos padrões éticos.

APENDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

TÍTULO DO PROJETO: **“Pensamento suicida, depressão e religiosidade em uma população privada de liberdade”**

Eu, _____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e a quais procedimentos serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará o tratamento/serviço que estou recebendo. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro para participar do estudo. Concordo em participar do estudo, **“Pensamento suicida, depressão e religiosidade em uma população privada de liberdade”**, e receberei uma via assinada deste documento.

Uberaba,//

Assinatura do voluntário



Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do pesquisador assistente

Telefone de contato dos pesquisadores:

Nome: Prof. Dra. Leiner Resende Rodrigues

E-mail: leiner.r.rodrigues@gmail.com – (34)3700-5461

Nome: Cristina Ranuzi

E-mail: cristinaranuzi@gmail.com – (34) 3700-6607

Endereço: Av Getúlio Guaritá, nº107 - Bairro Abadia - Uberaba/MG

Nome: Cristiane Paulin Simon – (34)99143-4865

E-mail: crispaulin@yahoo.com

Nome: Vitória Ruvieri Pacheco – (34) 99232-6346

E-mail: vitoriaruvieri@hotmail.com

APENDICE C - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO, DE SAÚDE, CONTEXTO PRISIONAL E PRESENÇA DO PENSAMENTO SUICIDA

APENDICE A - QUESTIONÁRIO SOCIOECONOMICO, DE SAÚDE E CONTEXTO PRISIONAL

ID: _____

Data da Coleta: ____/____/____

Data de nascimento: ____/____/____

Cidade de Origem: _____

Estado: _____

Qual o Sexo:

- 1- Masculino
- 2- Feminino
- 99- Ignorado

Qual o seu estado conjugal?

- 1- Solteiro
- 2- Casado
- 3- Viúvo
- 4- Separado(a), desquitado(a) ou divorciado(a)
- 5- União Estável
- 99- Ignorado

Qual o Número de Filhos:

- 1- Zero
- 2- Um
- 3- Dois
- 4- Três
- 5- Quatro ou mais
- 99 - Ignorado

Qual a cor da pele autopercebida?

- 1- Branca
- 2- Amarela
- 3- Parda
- 4- Preta
- 5- Indígena
- 99- Ignorado

Qual sua Escolaridade?

- 1- Sem escolaridade
- 2- Ensino Fundamental Incompleto
- 3- Ensino Fundamental Completo
- 4- Médio Incompleto
- 5- Médio completo
- 6- Superior Incompleto
- 7- Superior Completo
- 8- Pós Graduação Incompleto
- 9- Pós Graduação Completo
- 99 – Ignorado

Qual a renda familiar?

- 1- Não tem renda
- 2- Menor que 1 salário mínimo
- 3- 1 salário mínimo
- 4- De 1 | 3 salários mínimo
- 5- De 3 | 5 salários mínimo
- 6- maior que 5 salários mínimo
- 99 - Ignorado

CONTEXTO PRISIONAL

Estuda?

- 1- Sim
- 2- Não
- 99- Ignorado

Se Não, gostaria de estudar?

- 1- Sim
- 2- Não
- 3- Não se aplica
- 99- Ignorado

Trabalha?

- 1- Sim
- 2- Não
- 99- Ignorado

Se Não, gostaria de trabalhar?

- 1- Sim
- 2- Não
- 3- Não se aplica
- 99- Ignorado

Se trabalha, Qual função desempenha:

- 0- Artesanato
- 1- Limpeza
- 2- Cela Livre
- 3- Refeitório
- 4- Horta
- 5- Manutenção
- 6- Jardinagem
- 7- Almoxarifado
- 8- Lavanderia
- 9- Costura
- 10- Black e Decker
- 11- Trabalho Externo
- 12- Não se aplica.
- 99- Ignorado

Data de Ingresso na Penitenciária:

____/____/____

***marcar a lápis para confirmar**

Qual o Tipo de Reclusão:

- 1- Condenado
- 2- Provisório
- 99- Ignorado

Qual o Tipo de Regime:

- 1- Fechado
- 2- Semi-aberto
- 3- Aberto
- 4- Não se aplica
- 99- Ignorado

Você é Réu Primário ou Reincidente?

- 1- Réu Primário
- 2- Reincidente
- 99- Ignorado

Você recebe visita?

- 1- Sim
- 2- Não
- 99- Ignorado

De quem você recebe visita?

- 1- Pai
- 2- Mãe
- 3- Irmãos
- 4- Companheira (o)
- 5- Filhos
- 6- Outros familiares
- 7- Amigos
- 8- Não se aplica
- 99- Ignorado

Qual a Frequência das visitas no mês:

- 1- Uma
- 2- Duas
- 3- Três
- 4- Quatro
- 5- Não se aplica
- 99- Ignorado

Possui religião?

- 1- Sim
- 2- Não
- 99 – Ignorado

Qual religião?

- 1- Católica
- 2- Evangélica
- 3- Espírita
- 4- Testemunha de Jeová
- 5- Budismo
- 6- Judaísmo
- 7- Outros
- 8- Não se aplica
- 99 – Ignorado

**ANEXO A – ÍNDICE DE RELIGIOSIDADE DA UNIVERSIDADE DE DUKE
(DUREL) – VERSÃO EM PORTUGUÊS**

(1) Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?

1. Mais do que uma vez por semana
2. Uma vez por semana
3. Duas a três vezes por mês
4. Algumas vezes por ano
5. Uma vez por ano ou menos
6. Nunca

(2) Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?

1. Mais do que uma vez ao dia
2. Diariamente
3. Duas ou mais vezes por semana
4. Uma vez por semana
5. Poucas vezes por mês
6. Raramente ou nunca

A seção seguinte contém 3 frases a respeito de crenças ou experiências religiosas. Por favor, anote o quanto cada frase se aplica a você.

(3) Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo).

1. Totalmente verdade para mim
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

(4) As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver.

1. Totalmente verdade para mim
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

(5) Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida.

1. Totalmente verdade para mim
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

**ANEXO B - ESCALA DE ESTRESSE, ANSIEDADE E DEPRESSÃO (DEPRESSION,
ANXIETY AND STRESS SCALE 21 – DASS-21) - VERSÃO EM PORTUGUÊS**

DASS- 21 VERSÃO TRADUZIDA E VALIDADA PARA O PORTUGUÊS DO BRASIL

AUTORES: VIGNOLA, R.C.B. & TUCCI, A.M.

Instruções

Por favor, leia cuidadosamente cada uma das afirmativas abaixo e circule o número apropriado 0,1,2 ou 3 que indique o quanto ela se aplicou a você durante a última semana, conforme a indicação a seguir.

0 Não se aplicou de maneira alguma

1 Aplicou-se em algum grau, ou por pouco tempo

2 Aplicou-se em um grau considerável, ou por uma boa parte do tempo

3 Aplicou-se muito, ou na maioria do tempo

1	Achei difícil me acalmar.	0 1 2 3
2	Senti minha boca seca.	0 1 2 3
3	Não consegui vivenciar nenhum sentimento positivo.	0 1 2 3
4	Tive dificuldade em respirar em alguns momentos (ex. respiração ofegante, falta de ar, sem ter feito nenhum esforço físico).	0 1 2 3
5	Achei difícil ter iniciativa para fazer as coisas.	0 1 2 3
6	Tive a tendência de reagir de forma exagerada às situações.	0 1 2 3
7	Senti tremores (ex. nas mãos).	0 1 2 3
8	Senti que estava sempre nervoso.	0 1 2 3
9	Preocupei-me com situações em que eu pudesse entrar em pânico e parecesse ridículo (a).	0 1 2 3
10	Senti que não tinha nada a desejar.	0 1 2 3
11	Senti-me agitado.	0 1 2 3
12	Achei difícil relaxar.	0 1 2 3
13	Senti-me depressivo (a) e sem ânimo.	0 1 2 3
14	Fui intolerante com as coisas que me impediam de continuar o que eu estava fazendo.	0 1 2 3
15	Senti que ia entrar em pânico.	0 1 2 3
16	Não consegui me entusiasmar com nada.	0 1 2 3
17	Senti que não tinha valor como pessoa.	0 1 2 3
18	Senti que estava um pouco emotivo/ sensível demais.	0 1 2 3
19	Sabia que meu coração estava alterado mesmo não tendo feito nenhum esforço físico (ex. aumento da frequência cardíaca, disritmia cardíaca)	0 1 2 3
20	Senti medo sem motivo.	0 1 2 3
21	Senti que a vida não tinha sentido.	0 1 2 3

ANEXO C: CARTA DE ANUÊNCIA



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE ADMINISTRAÇÃO PRISIONAL
ASSESSORIA DE PLANEJAMENTO

CARTA DE ANUÊNCIA

Belo Horizonte, 26 de fevereiro de 2018.

Após o recebimento do Projeto de Pesquisa intitulado "Ideação suicida, depressão e religiosidade em uma população privada de liberdade", tendo como pesquisadora a Senhora Cristina Ranuzi, identidade nº MG-15.765.142, afirmo que houve autorização da Subsecretaria de Humanização do Atendimento e da Subsecretaria de Segurança Prisional para a realização da etapa de Entrevistas, a realizar-se até a data de 19 de julho de 2018. As entrevistas ocorrerão individualmente com presas indivíduos privados de liberdade do sexo feminino e masculino, que serão sorteados aleatoriamente até um número total de 285 entrevistas, na Penitenciária Professor Aloísio Inácio de Oliveira, realizadas pela pesquisadora acima citada.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos propostas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Haverá a utilização de gravador, vídeo e fotografias para posterior transcrição das entrevistas.

O descumprimento desses condicionamentos assegura o direito de retirada da anuência a qualquer momento da pesquisa.

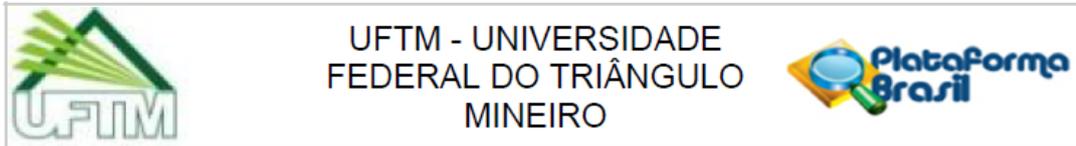
Na oportunidade agradecemos e nos colocamos à disposição.

Atenciosamente,

Luiza Hermeto Coutinho Campos
Assessora Chefe da Assessoria de Planejamento

Luiza Hermeto Coutinho Campos
Mesp: 1285229-9
Especialista em Políticas Públicas
e Gestão Governamental

PFA

ANEXO D: PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Ideação Suicida, Depressão e Religiosidade em uma População Privada de Liberdade.

Pesquisador: Leiner Resende Rodrigues

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 84249518.6.0000.5154

Instituição Proponente: Universidade Federal do Triangulo Mineiro

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.649.472