

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

Ana Maria Collete Chalfun Puech

Saúde mental e afetos de mulheres encarceradas por tráfico de drogas

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

São Paulo

2023

Ana Maria Collete Chalfun Puech

Saúde mental e afetos de mulheres encarceradas por tráfico de drogas

Dissertação apresentada à Banca Examinadora como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica, no Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Denise Gimenez Ramos.

São Paulo

2023

Ana Maria Collete Chalfun Puech

Saúde mental e afetos de mulheres encarceradas por tráfico de drogas

Dissertação apresentada à Banca Examinadora como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica, no Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Denise Gimenez Ramos.

Aprovada em: __/__/__

Prof.^a Dr.^a Denise Gimenez Ramos – PUC-SP

Prof.^a Dr.^a Liliana Liviano Wahba – PUC-SP

Prof.^a Dr.^a Sílvia Maria Santiago – UNICAMP

Dedico este estudo a todas aquelas que não podem estar aqui para falar por si-mesmas. Falo hoje, na esperança de que amanhã sejam elas a erguerem sua voz.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Prof.^a Dr.^a Denise Gimenez Ramos, que me trouxe profundas transformações e me ensinou a expandir, a acreditar e a navegar com honra neste processo.

Às componentes da Banca Examinadora, Prof.^{as} Dr.^{as} Liliana Liviano Wahba e Sílvia Maria Santiago, pelas valiosas contribuições para a evolução do trabalho.

Aos professores do Programa de Estudos Pós-graduados em Psicologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, por tantos ensinamentos e, em particular, à Prof.^a Dr.^a Edna Kahhale, por aulas inspiradoras e por todo o seu acolhimento e à Prof.^a Dr.^a Maria Teresa Nappi Moreno, por ter aceitado o convite para participar da avaliação deste estudo.

Agradecimentos especiais a André Mello, Ana Paula Navarro, Bianca Gresele, Daiana Costa, Laura Anitablian, Letícia Croccoli, Lourdes Alves, Marina Conde e a todos os colegas do mestrado pelo companheirismo e apoio ao longo desta jornada. A amizade, sororidade e suporte, as alegrias partilhadas e o crescimento conjunto durante todo esse período foram um doce bálsamo e um grato presente.

A Helena Lyrio-Carvalho, por ter sido luz neste caminhar, contribuindo imensamente com sua revisão brilhante, amorosa, perspicaz, atenta e paciente e a Sofia Marques Viana Ulisses, por seu trabalho impecável e por todo o carinho.

A Jefferson Pereira, por todo o carinho, pela paciência e excelência no tratamento estatístico dos resultados deste trabalho, e aos Drs. Gustavo Oliveira Chalfun e Leandro Rodrigues de Souza pelo suporte jurídico fornecido e pela presteza de seus apontamentos.

À minha filha, que me inspira, fortalece, é luz em minha vida e, com seu sorriso, contagia a minha alma. Agradeço por estar junto comigo, desenhando enquanto eu digitava acompanhada por toda a sua alegria e amor.

Ao meu marido Francisco, por todo o apoio, motivação e confiança. E por me amar tanto.

À minha mãe, ao meu pai e a meus ancestrais, por toda vida que me concederam e aos meus avôs e avós, que me contaram, com dignidade, suas histórias.

Aos meus irmãos Junior e Gustavo, pelo seu apoio e amor, e ao meu tio, José Sílvio de Oliveira, pelo exemplo e torcida.

A Raimunda, pelas orações, zelo e cuidado.

Ao Wilson Francisco pelo constante apoio e motivação.

A André Mendes, por me ajudar a me equilibrar e ponderar.

Ao Diretor da penitenciária, às psicólogas e a todos os profissionais ali presentes que colaboraram com esta pesquisa, abrindo as portas da instituição.

Às mulheres que participaram da pesquisa com confiança e disponibilidade, a minha eterna gratidão.

A todos aqueles que abriram as portas do conhecimento para mim com entusiasmo, coragem, humanidade e sabedoria.

Quase sem tocar o corpo, a guilhotina suprime a vida, tal como a prisão, suprime a liberdade, ou uma multa tira os bens. Ela aplica a lei não tanto a um corpo real e susceptível de dor quanto a um sujeito jurídico, detentor, entre outros direitos, do de existir. Ela devia ter a abstração da própria lei. (FOCAULT, 2014, p.18)

RESUMO

PUECH, A. M. C. C. **Saúde mental e afetos de mulheres encarceradas por tráfico de drogas**. 145 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2023.

Os transtornos mentais predominam como problemas de saúde em mulheres que vivem em unidades prisionais. Contudo, nota-se uma lacuna no que diz respeito à produção acadêmica, notadamente no campo da psicologia, que aborde esse tema a partir da perspectiva dessa população. Este trabalho teve por objetivo investigar possível sofrimento mental e estados afetivos em mulheres encarceradas por tráfico de drogas ou associação ao tráfico em uma penitenciária estadual brasileira. Para tanto, realizou-se pesquisa de método misto sequencial, com uma fase inicial baseada na coleta e análise de informações quantitativas obtidas por meio dos instrumentos SRQ-20 e PANAS. Essa etapa contou com 93 participantes, incluindo aquelas que foram condenadas ou aguardavam sentença por outros delitos, visando a segurança de todas e de modo a evitar que se deflagrassem conflitos entre facções. Os resultados obtidos mostraram que a grande maioria das participantes experimenta elevado sofrimento mental, sem que fossem encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos (grupo de tráfico de drogas – GTD e grupo de outros delitos – GO). A segunda fase da pesquisa compreendeu entrevistas semiestruturadas com sete participantes do GTD, identificadas a partir dos resultados quantitativos como representativas de *clusters*. As seguintes categorias temáticas foram levantadas: violência (família disfuncional, parceiros violentos e pertencimento ao crime); sofrimento materno; comportamento de risco; sofrimento mental (culpa e arrependimento, medo e impotência, estresse e estado de alerta); contenção e explosão; perdas afetivas (abandono institucional, perda de vínculos; e esperança. Os relatos, analisados sob a perspectiva teórica da psicologia analítica, revelaram uma história marcada por estruturas familiares frágeis, que acabaram por determinar personalidades imaturas, com tendências à impulsividade e a comportamentos de risco, ressaltando-se a adição às drogas, a ideação suicida e atos de automutilação. Conclui-se que, se as circunstâncias sociais de origem dessas mulheres não são as mais favoráveis para a saúde mental, a experiência da prisão, para dizer o mínimo, não contribui para atenuar o seu sofrimento. O encarceramento nas condições encontradas perpetua a violência em suas vidas e as leva a se sentirem desqualificadas e impotentes para alterar o rumo de suas vidas.

Palavras-chave: Saúde mental. Mulheres. Estados emocionais. Prisões.

ABSTRACT

PUECH, A. M. C. C. Mental health and affects of women incarcerated for drug trafficking. 145pp. Dissertation (Master in Clinical Psychology). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2023.

Mental disorders are a prevalent health problem in women living in prisons. However, notably in the field of psychology, there is a gap with regards to academic production that addresses this topic from the perspective of this population. This work aimed to investigate possible mental suffering and affective states in women incarcerated for drug trafficking or association with trafficking in a Brazilian state penitentiary. A sequential mixed research method was carried out, with an initial phase based on the collection and analysis of quantitative information obtained through SRQ-20 and PANAS scales. This stage comprised 93 participants, including those who were convicted or awaiting sentence for other crimes, aiming at the safety of all and in order to avoid the outbreak of conflicts between factions. The results showed that the vast majority of participants experiences high levels of mental distress, with no statistically significant differences being found between the two groups (drug trafficking group – GTD and other crimes group – GO). The second phase included semi-structured interviews with seven GTD participants, identified from the quantitative results as clusters representatives. The following thematic categories were raised: violence (dysfunctional family, violent partners and association to crime); maternal suffering; risk behavior; mental suffering (guilt and regret, fear and powerlessness, stress and alertness); containment and explosion; affective losses (institutional abandonment, loss of affective bonds; and hope. The reports, analyzed from the theoretical perspective of analytical psychology, revealed a history marked by fragile family structures, which ended up determining immature personalities, with tendencies towards impulsivity and behavior of risk, with emphasis on drug addiction, suicidal ideation and acts of self-mutilation. We concluded that, if previous social circumstances of these women are not the most favorable for mental health, the prison experience does not contribute to alleviate their suffering, to say the least. Imprisonment under the conditions found perpetuates the violence in their lives and makes them feel disqualified and powerless to change the course of their lives.

Keywords: Mental health. Women. Emotional states. Prisons.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição da amostra por idade – GTD	53
Tabela 2 – Estado civil – GTD.....	54
Tabela 3 – Cor/etnia/raça – GTD	54
Tabela 4 – Escolaridade – GTD	55
Tabela 5 – Número de filhos – GTD.....	56
Tabela 6 – Renda – GTD	57
Tabela 7 – Distribuição da amostra por tempo de prisão (meses) - GTD.....	57
Tabela 8 – Atividade prisional e número de prisões – GTD	58
Tabela 9 – Vínculos – GTD	59
Tabela 10 – SRQ-20 Síntese dos escores totais – GTD	60
Tabela 11 – SRQ-20 Pontuação média – GTD (n=41).....	60
Tabela 12 – Pontuações da escala PANAS – GTD (n=41)	61
Tabela 13 – Distribuição da amostra por idade – GTD X GO.....	141
Tabela 14 – Estado civil – GTD X GO.....	141
Tabela 15 – Cor/etnia/raça – GTD X GO.....	141
Tabela 16 – Escolaridade – GTD X GO	142
Tabela 17 – Número de filhos – GTD X GO	142
Tabela 18 – Renda – GTD X GO	142
Tabela 19 – Distribuição da amostra por tempo de prisão (meses) – GTD X GO .	143
Tabela 20 – Atividade prisional e número de prisões – GTD X GO	143
Tabela 21 – Vínculos – GTD X GO	143
Tabela 22 – SRQ-20 Síntese dos escores totais – GTD X GO	144
Tabela 23 – SRQ-20 Pontuação média – GTD X GO	144
Tabela 24 – Pontuações da escala PANAS – GTD X GO.....	145

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma de revisão de pesquisas	32
---	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Correlações bivariadas significativas (ponto bisserial) entre as variáveis numéricas e dicotômicas ($p < 0,05$)	63
Quadro 2 – Correlações bivariadas significativas (Spearman) entre as variáveis numéricas ou ordinais ($p < 0,05$)	64
Quadro 3 – Categorias e temas	69
Quadro 4 – Caracterização das participantes da etapa qualitativa por grupo	87
Quadro 5 – Categoria/tema por grupo de entrevistadas	107

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 SAÚDE MENTAL NAS PRISÕES DO BRASIL	19
3 A PRISÃO COMO INSTITUIÇÃO TOTAL NA PERSPECTIVA DE GOFFMAN..	24
4 DISTÚRBIOS NAS RELAÇÕES PARENTAIS – UMA SÍNTESE	27
4.1 Complexo materno negativo e a expulsão do paraíso	27
4.2 Ausência da função paterna.....	29
5 REVISÃO DE PESQUISAS	31
5.1 Perfil das mulheres presas.....	33
5.2 Saúde mental de mulheres presas.....	34
5.3 Saúde física e mental de mulheres presas	37
5.4 Saúde mental em homens e mulheres presas	39
5.5 Síntese da revisão	41
6 OBJETIVOS.....	43
6.1 Objetivo geral	43
6.2 Objetivos específicos.....	43
6.3 Conceitos	43
7 MÉTODO.....	44
7.1 Caracterização do estudo.....	44
7.2 Local	44
7.3 Participantes	45
7.4 Instrumentos.....	46
7.4.1 Questionário sociodemográfico	46
7.4.2 Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20)	46
7.4.3 Escala de Afetos Positivos e Afetos Negativos (PANAS)	47
7.4.4 Entrevista semiestruturada.....	48
7.4.5 Gravador	48
7.5 Procedimentos	48
7.5.1 Procedimento de intervenção	48
7.5.2 Procedimento de análise	50
7.5.3 Procedimento ético.....	50
8 ANÁLISE DOS RESULTADOS	51
8.1 Resultados quantitativos.....	51
8.1.1 Cálculo amostral.....	52

8.1.2 Grupo de tráfico de drogas (GTD)	53
8.1.3 Comparação entre GTD e GO	61
8.1.4 Testes de correlação	62
8.1.5 Síntese dos resultados quantitativos	66
8.2 Resultados qualitativos	66
8.2.1 Participantes da etapa qualitativa.....	66
8.2.2 Análise temática global.....	68
8.2.3 Análise temática por grupo.....	86
8.2.4 Síntese dos grupos.....	106
9 DISCUSSÃO	110
10 CONSIDERAÇÕES FINAIS	116
REFERÊNCIAS.....	120
ANEXO A – Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20)	127
ANEXO B – Escala de Afetos Positivos e Afetos Negativos (PANAS).....	128
ANEXO C – Autorização de realização de pesquisa.....	129
APÊNDICE A – Síntese dos artigos incluídos na revisão de pesquisas	130
APÊNDICE B – Questionário sociodemográfico	137
APÊNDICE C – Roteiro de entrevista semiestruturada	139
APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	140
APÊNDICE E – Dados comparativos entre GTD e GO.....	141

1 INTRODUÇÃO

A motivação para o presente estudo decorre das minhas experiências pessoais e profissionais. Tive a oportunidade de trabalhar com mulheres em situação de vulnerabilidade e, por meio de seus relatos, conheci suas dores. Suas lágrimas falavam de abandono, miséria e estigmatização, reflexos de uma vida cerceada, sem autonomia e sem espaço para existir. Esse contato despertou em mim o desejo de aprofundar o estudo sobre a saúde mental dessas mulheres a partir da perspectiva de seus próprios discursos.

Posteriormente, essa temática passou a fazer parte da minha atuação profissional como arteterapeuta, por meio de trabalho voluntário realizado em 2015 em uma penitenciária feminina localizada na cidade de São Paulo. Mais de noventa detentas, com idades entre 20 e 65 anos, participaram do projeto que teve por objetivo contribuir para a melhoria de sua qualidade de vida por meio do uso de diversas expressões artísticas, tais como música, dança, expressão corporal, pintura, colagem, construção de objetos, mandalas, visualização criativa, técnicas gráficas e expressivas, construção literária de contos e poesias, entre outras.

A participação nesse projeto direcionou o meu interesse de pesquisa para a população de mulheres encarceradas pelo delito de tráfico de drogas, uma vez que notei que as detentas que cumpriam pena por esse motivo eram vítimas de um estigma social extremamente negativo, haja vista os diversos prejuízos associados às drogas. Nesse grupo prevaleciam relatos de abandono de amigos e familiares desde a condenação. A maior parte era composta por mães totalmente impedidas de exercer de alguma maneira a maternidade. Assim, ao sofrimento decorrente do aprisionamento, associava-se um forte sentimento de culpa, reforçado por uma cultura que atribui à mulher um papel social que pressupõe docilidade e devoção aos filhos e ao ambiente doméstico.

Aquelas que povoam nossas prisões são, em sua maioria, extremamente vulneráveis, pobres, negras e oriundas da periferia. São mulheres marginalizadas pela sociedade desde a infância, que se defrontam com oportunidades restritas em termos do desenvolvimento psicossocial saudável e da constituição de uma perspectiva de futuro. Mulheres que, muito antes do efetivo encarceramento, já estavam aprisionadas em uma história de privações e desmerecimento.

De acordo com os índices publicados pelo Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN)¹, em 2022, o contingente prisional feminino do Brasil constituía 5,45% da população encarcerada total, o que, em termos numéricos, corresponde a 45.259 mulheres privadas de liberdade, presas em celas físicas, em domicílio com ou sem monitoramento eletrônico. Confrontado aos de anos anteriores, esse número vem sofrendo um crescimento exponencial e, quando comparado às estatísticas do público masculino, houve proporcionalmente um maior aumento na taxa de crescimento populacional de mulheres presas do que na população de detentos do sexo masculino.

Cabe considerar que não é apenas a condição biológica que gera diferenças em relação aos crimes cometidos por homens e mulheres. Antes, são as condições sociais às quais elas estão submetidas. A banalização da violência, a desestruturação familiar, a falta de acesso à educação e aos recursos básicos de sobrevivência, as altas taxas de desemprego, o subemprego, bem como a desestruturação das relações interpessoais e motivos passionais são alguns dos fatores relacionados à criminalidade feminina. São essas circunstâncias que contribuem, em grande parte, para a entrada das mulheres no mundo do crime e conseqüentemente para suas prisões (PRIORI, 2009).

Jacinto (2011) apresenta um panorama extremamente preocupante no que tange à saúde emocional das presas, pois elas perdem o direito à maternidade, à sexualidade e às relações familiares. A autora chama a atenção para a premência de (re)estruturação das práticas do sistema de justiça criminal feminino pressupondo uma ética do cuidado, que negue a violência propagada social e estruturalmente.

¹ Em 1º de janeiro de 2023, por força do artigo 59 da Medida Provisória nº 1.154, o Departamento Penitenciário Nacional - DEPEN foi transformado na Secretaria Nacional de Políticas Penais, mantendo as competências e a execução das responsabilidades estabelecidas em lei. Sua missão declarada é: “Garantir a segurança pública, por meio do aprimoramento da gestão do sistema penitenciário, apoio aos entes federados e isolamento das lideranças criminosas, assegurando a promoção da dignidade da pessoa humana”.

Disponível em:

<https://www.gov.br/depen/pt-br/acesso-a-informacao/institucional#:~:text=Em%201º%20de%20janeiro%20de,das%20responsabilidades%20e%20estabelecidas%20em%20lei.>

Acesso em: 13 maio 2023.

[...] a mulher estigmatizada como “criminosa” era constituída no imaginário social como um agente cuja transgressão era vista de forma ampla, uma vez que não se esperava que a mulher assumisse o papel que não fosse o de seu ‘mundo’ moralmente demarcado; assim, quando isto ocorre, parece ser vista como uma espécie de monstro. (JACINTO, 2011, p. 42)

O estigma referido por Jacinto (2011) fica evidente no abandono frequentemente sofrido pelas presidiárias. Uma vez que se diferenciam das tradicionais funções, padrões de comportamento e atributos associados ao feminino, tais como o cuidado da família, a docilidade e a boa aparência, as mulheres presas passam a ser vistas como motivo de vergonha para familiares e círculo social e, por consequência, são esquecidas e abandonadas nos presídios (ARAÚJO; CHAVES, 2021; BRITTO; ESPINOZA; CARVALHO, 2022).

De acordo com Constantino, Assis e Pinto (2016), a condição de abandono e solidão vivenciada pela população carcerária feminina configura um fator de risco para o desenvolvimento ou agravamento de problemas de saúde mental. Esses autores investigaram o impacto da prisão na saúde mental de pessoas presas no estado do Rio de Janeiro e verificaram diferenças significativas em relação aos níveis médios de sintomas depressivos e estresse entre homens e mulheres. As últimas obtiveram maior escore médio nas duas variáveis investigadas. Os autores apontaram que os vínculos familiares são importantes fatores protetivos para a saúde mental dessa população. Lima *et al.* (2013) corroboram esse resultado e enfatizam que a perda de laços é mais prevalente nos presídios femininos do que nos masculinos. Outro aspecto relevante apontado pelos autores é que, muitas vezes, os companheiros de algumas mulheres presas também estão em cumprimento de pena, e, por conseguinte, seus filhos estão sem o apoio parental, o que configura um fator de desgaste emocional, estresse e ansiedade para a mulher/mãe presa.

Outro estudo enfatizou que a entrada no ambiente do sistema prisional pode provocar ou agravar adversidades na saúde, gerando sofrimentos psíquicos contundentes (SANTOS *et al.*, 2017a). Diante desse cenário, os autores ressaltam a importância de oferecer “condições de confinamento que favoreçam o bem-estar físico e psíquico do indivíduo privado de liberdade, garantindo-lhe o direito a saúde, conforme determina o artigo nº 196 da Constituição Brasileira” (SANTOS *et al.*, 2017a, p. 472). Apesar da maior vulnerabilidade das mulheres encarceradas para o desenvolvimento ou piora de transtornos mentais e outros problemas de saúde já

demonstrada em diversos estudos (CONSTANTINO; ASSIS; PINTO, 2016; OLIVEIRA *et al.*, 2013), os serviços de saúde oferecidos a essa população são escassos e problemáticos (GRAÇA *et al.*, 2018). Destacam-se dentre as principais dificuldades dos serviços de saúde nas unidades prisionais femininas: a ausência de recursos humanos e materiais necessários para o atendimento, bem como o limitado encaminhamento para serviços municipais (GRAÇA *et al.*, 2018).

Ainda que os transtornos mentais predominem como problemas de saúde em mulheres inseridas em unidades prisionais (OLIVEIRA *et al.*, 2013), há uma limitação importante no campo da saúde no que se refere à ausência de avaliação clínica dos transtornos mentais dessa população (CONSTANTINO; ASSIS; PINTO, 2016). De maneira semelhante, nota-se também uma lacuna no que diz respeito à produção acadêmica que aborde esse tema, notadamente no campo da psicologia.

De outra parte, vale ressaltar que no Brasil, um dos quatro países que mais encarceram no mundo, os crimes de tráfico de drogas e de associação ao tráfico são os que predominam perante os outros delitos (BRASIL, 2022). O tráfico de drogas é um problema grave de saúde pública, relacionado com os índices alarmantes de toxicodependência e apontado como um dos principais motivos do aumento da violência social. De acordo com o DEPEN (BRASIL, 2022), o tráfico de drogas e a associação ao tráfico de drogas representam 37,46% dos crimes pelos quais mulheres foram condenadas e cumprem sentença. Diversos estudos realizados com a população carcerária feminina em diferentes estados brasileiros corroboram essa informação (CORTINA, 2015; COSTA *et al.*, 2022; OLIVEIRA *et al.*, 2013; NERI *et al.*, 2012).

Cortina (2015) destacou que alguns motivos que levam as mulheres a cometerem esses crimes são: escolha pessoal, obtenção de poder e respeito (ainda que desenvolvam atividades secundárias e com remuneração inferior à dos homens na escala hierárquica do tráfico), e fonte de renda e de sustento da família (muitas dessas mulheres ocupam o posto de chefes de família monoparental). A autora apontou, ainda, a naturalização do tráfico para algumas mulheres, uma vez que, frequentemente, trata-se de uma atividade comum em suas famílias e comunidades, levando-as a entender o tráfico como uma “típica ‘empresa familiar’, que agrega os membros da família para a geração de renda” (CORTINA, 2015, p. 768). Esse estudo chamou a atenção para a motivação das mulheres para a entrada no tráfico

proveniente da necessidade de assegurar bens e cuidados para os seus filhos, de modo que muitas delas não se reconhecem como traficantes ou criminosas.

Em síntese, é possível afirmar que, a despeito dos estudos já realizados, o tema do aprisionamento feminino não é suficientemente explorado no campo científico e, por conseguinte, as necessidades da população de mulheres em sistemas prisionais permanecem distantes das prioridades das políticas públicas e das ações de cuidado à saúde integral, incluindo a saúde mental. De acordo com Chernicharo (2014), a perspectiva das mulheres que passam pelo processo de aprisionamento não é tomada como ponto de referência para que se possa versar sobre elas. Ao invés disso, suas experiências são vistas pelos valores e regras dos homens e de acordo com um sistema punitivo tradicionalmente masculinizado e androcêntrico. O aprisionamento feminino no Brasil, dadas as condições precárias e ilegais, é considerado como uma das formas de violência contra as mulheres e, nesse sentido, uma violação dos Direitos Humanos das Mulheres, conforme reconhecido pelo II Plano Nacional de Políticas Públicas para as Mulheres (BRASIL, 2008).

Destarte, a presente pesquisa visa contribuir para a produção de conhecimento na área da Psicologia Clínica, buscando trazer à luz aspectos menos enfatizados em estudos e ações de cuidado à população feminina encarcerada, a qual permanece invisível ou em estado de penumbra nos ambientes sociais, acadêmicos e das políticas públicas. Visa, em particular, ampliar a compreensão sobre mulheres encarceradas por tráfico de drogas, levando em consideração seus relatos e perspectivas.

O trabalho proposto tem por objetivo, assim, investigar possível sofrimento mental e estados afetivos em mulheres encarceradas por tráfico de drogas ou associação ao tráfico em uma unidade prisional mista localizada no estado de Minas Gerais. Especificamente, procurar-se-á: avaliar as variáveis relacionadas ao sofrimento mental, a saber: decréscimo de energia vital, sintomas somáticos, humor depressivo e pensamentos depressivos em mulheres encarceradas por tráfico de drogas e/ou associação ao tráfico, avaliar os afetos positivos e negativos reportados por elas, e observar como narram suas trajetórias de vida e no tráfico.

Para apresentar o estudo realizado, o presente trabalho está assim organizado: o capítulo 2 tratará da saúde mental nas prisões do Brasil; o capítulo 3 apresenta o conceito de instituição total, proposto por Goffman; o capítulo 4 aborda alguns aspectos das relações parentais disfuncionais, na perspectiva da psicologia analítica;

o capítulo 5 traz os achados na revisão de pesquisas sobre o tema; o capítulo 6 discorre sobre os objetivos deste estudo; o capítulo 7 descreve o método utilizado; no capítulo 8 temos a análise dos resultados, que são discutidos no capítulo 9. Finalizando, o capítulo 10 apresenta as considerações finais derivadas desta pesquisa.

2 SAÚDE MENTAL NAS PRISÕES DO BRASIL

Costuma-se dizer que ninguém conhece verdadeiramente uma nação até que tenha estado dentro de suas prisões. Uma nação não deve ser julgada pelo modo como trata seus cidadãos mais elevados, mas sim pelo modo como trata seus cidadãos menos queridos. (MANDELA, 2006)

Os pressupostos que orientam a saúde mental na atualidade referem-se à promoção da saúde, ou seja, às condições nas quais o ser humano pode desenvolver aspectos mais saudáveis, compreendendo seus limites (físicos, mentais e sociais). Trata-se de uma visão que integra os esforços individuais (tanto dos pacientes quanto da equipe de saúde), sociais e governamentais para promover a saúde mental de maneira equitativa e universal. Ainda que a história da saúde mental tenha evoluído nessa direção para abarcar uma noção mais complexa e integrada do ser humano e seus processos de saúde e doença, algumas populações permaneceram excluídas das políticas de acesso ao cuidado em saúde, tal como a população carcerária.

Oliveira e Damas apontam que o cuidado com a saúde nunca foi respeitado nas penitenciárias do Brasil e afirmam que “a história da saúde nas prisões se confunde com a história dos direitos humanos” (OLIVEIRA; DAMAS, 2016, p. 65). Os autores indicam que a população carcerária é historicamente marcada pela negação de seus direitos básicos e de cidadania, uma vez que o paradigma que orienta as instituições prisionais está assentado na ideia de controle e punição.

O tratamento dos sujeitos apenados se assemelha, muitas vezes, ao antigo modelo punitivo e excludente que era imposto aos assim chamados alienados. Os indivíduos que infringem as leis recebem uma punição que vai além do cerceamento da liberdade; eles são marcados em sua identidade por um estigma de desumanidade que os exclui da possibilidade de existência como sujeitos de direitos.

As instituições brasileiras têm o compromisso de cumprir com os preceitos da Declaração Universal dos Direitos Humanos. Entretanto, nossas tradições e costumes nem sempre favorecem a promoção dos direitos de todos os cidadãos. Nossa história, com sua base colonial, e longa dependência econômica de um regime escravista, gerou uma sociedade de classes, excludente, na qual o direito de uns sobre os outros prevalecia, e ainda prevalece, mais que os preceitos de igualdade, da liberdade e da fraternidade. (OLIVEIRA; DAMAS, 2016, p. 67).

Em 1940, a Lei 2.848 é promulgada no Código Penal, estabelecendo que o indivíduo que tivesse suas funções mentais consideradas alteradas seria inimputável, ou seja, não responderia judicialmente nos mesmos termos que indivíduo considerado “saudável”. Para abrigar esses sujeitos inimputáveis foram criados os manicômios judiciários e as casas de tratamento e custódia, as quais eram responsáveis pela execução das medidas de segurança (OLIVEIRA; DAMAS, 2016).

Em 1984, a Lei de Execuções Penais (LEP)² foi promulgada, descrevendo os direitos dos aprisionados durante a execução penal. Essa lei versa sobre a proibição do uso de violência contra os prisioneiros e tem como objetivo norteador a ressocialização, garantindo o direito à assistência educacional escolar ou voltada para a profissionalização, assistência médica, jurídica, social e religiosa. Prevê, ainda, a obrigatoriedade do estado de oferecer trabalho remunerado ao apenado durante a execução da pena.

A Lei aponta como dever do estado a assistência ao preso objetivando prevenir a reincidência no crime e efetivar seu retorno à sociedade. Serviços especializados, na área da saúde, devem ser oferecidos, com caráter preventivo e curativo, no próprio estabelecimento penal ou em outro previamente autorizado. Torna-se obrigatória a assistência especializada à mulher, extensiva ao recém-nascido. (OLIVEIRA; DAMAS, 2016, p.78)

A LEP também determina a concessão de direitos para os egressos do sistema prisional, visando facilitar o processo de reinserção social por meio da assistência jurídica, pedagógica, social e psicológica. Prevê-se, assim, que os egressos possam contar com auxílio para alocação em um trabalho, concessão de alojamentos e ajuda de custo com a alimentação por dois meses. Contudo, mesmo com todas as possibilidades descritas e sob a proteção da lei, a efetivação dessas medidas encontra dificuldades de aplicação prática, e muitos apenados ou egressos vivem sem o apoio necessário para que, de fato, possa ocorrer a reintegração à sociedade.

Ainda no campo jurídico, a Lei da Reforma Psiquiátrica³, promulgada em 2001, representou um grande passo em direção a busca por atenuar as dificuldades de

² LEI Nº 7.210, DE 11 DE JULHO DE 1984. Institui a Lei de Execução Penal. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7210.htm. Acesso em: 13 maio 2023.

³ LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

efetivação das políticas de assistência para a população carcerária. Com ela, o Sistema Único de Saúde (SUS) se encarregou de criar a primeira política específica para promover respostas às demandas da população prisional e, com isso, propôs um olhar totalmente singular e respeitoso para um público fortemente marginalizado.

Após a execução dessa Lei, outras propostas para melhorar as condições de saúde dos apenados surgiram. Uma delas foi o estabelecimento do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) (BRASIL, 2005) cuja aplicação foi aprovada pelos Ministérios da Justiça e da Saúde, por meio da portaria 1.777 de 2003⁴ (OLIVEIRA; DAMAS, 2016). O PNSSP foi a primeira política pública criada particularmente para tratar dos problemas de saúde da população prisional por meio do SUS, enfatizando, assim, que os problemas com a saúde dos apenados constituem uma questão de saúde pública.

O PNSSP tem por determinação promover a atenção integral à população confinada em unidades prisionais masculinas e femininas, hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, atuando por meio do estabelecimento de normas, condutas e regulamentos que possam gerar melhorias das perspectivas desses grupos e estabelecer os direitos das pessoas em restrição da liberdade. Suas ações incluem:

Prevenção, tratamento, e promoção da saúde bucal, saúde da mulher, DST/HIV/Aids, saúde mental, hepatites, tuberculose, hipertensão, diabetes e hanseníase, bem como aquisição e controle de medicamentos, imunizações e exames laboratoriais. (OLIVEIRA; DAMAS, 2016, p. 88)

Cabe, no entanto, destacar que essa portaria tem recebido diversas críticas, dentre elas: carências na assistência farmacêutica, desconsideração quanto às especificidades do atendimento a pessoas idosas, limitação de verbas para execução do plano. Há, ainda, falta de consenso entre as instituições de segurança e saúde no que diz respeito ao conceito de atenção à saúde, impasses no acesso à rede e muitos obstáculos para a contratação de uma equipe profissional qualificada para atuar sob a égide do PNSSP. Um dos principais desafios para o cumprimento efetivo das

³ cont. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm#:~:text=LEI%20No%2010.216%2C%20DE,modelo%20assistencial%20em%20saúde%20mental.

Acesso em: 13 maio 2023.

⁴ PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 1.777, DE 09 DE SETEMBRO DE 2003. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/pri1777_09_09_2003.html. Acesso em: 13 maio 2023.

políticas públicas no sistema prisional é ultrapassar a complexidade do estado de confinamento, que gera dificuldades de acesso e operacionalização das atividades e serviços de saúde.

Buscando resolver essas questões, o Ministério da Saúde divulgou em 2014 a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) (BRASIL, 2014) e a portaria 482⁵, com o objetivo de definir diretrizes e normas para a execução da PNAISP no SUS. A política se apoia no princípio do acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde das pessoas privadas de liberdade, e a portaria “indica as diferentes equipes nos estabelecimentos prisionais considerando o número de custodiados” (OLIVEIRA; DAMAS, 2016, p. 91).

As equipes do sistema prisional (ESP), que englobam profissionais de categorias diversas, são encarregadas de prestar atendimento nas instituições prisionais e são consideradas como parte do sistema de atenção básica. Define-se que, nos estabelecimentos que atendem até cem apenados, o cuidado será prestado por uma equipe de Atenção Básica Prisional tipo I, com carga de trabalho de seis horas semanais e financiamento de R\$ 6.790,00 mensais. Para as unidades que atendem de 101 até 500 pessoas, a assistência será realizada pela equipe de Atenção Básica Prisional tipo II, com carga mínima de 20 horas semanais e financiamento de R\$ 28.633,31 mensais. Já para as unidades com população entre 501 e 1200 presos, o atendimento deve ser prestado pela equipe de Atenção Básica tipo III, que precisa dispor o mínimo de 30 horas semanais de trabalho e conta com financiamento de R\$ 42.949,96 mensais.

Em relação à saúde mental da população carcerária, vê-se um quadro preocupante com alta prevalência de transtornos mentais, uso indiscriminado de álcool e outras substâncias, dificuldades no acesso a medicamentos e carência de ações de atenção para o público idoso.

⁵ PORTARIA Nº 482, DE 1º DE ABRIL DE 2014. Institui normas para a operacionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0482_01_04_2014.html. Acesso em: 13 maio 2023.

Diante desse panorama, o Ministério da Saúde lançou as portarias 94⁶ e 95⁷, que designam a necessidade de serviços que possam avaliar e acompanhar medidas terapêuticas nos casos de transtorno mental no âmbito do SUS. A prestação desse serviço integra a estratégia de redirecionamento dos modelos de atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei e estabelece a interdisciplinaridade do serviço de avaliação, que deve ser realizado por cinco profissionais com diferentes formações (OLIVEIRA; DAMAS, 2016).

Os esforços realizados pelo poder público para a construção de uma política de assistência à pessoa com transtorno mental e infratora foram passos importantes para o reconhecimento dessa população e dos problemas enfrentados em níveis assistenciais básicos. Apesar disso, um longo trajeto ainda precisa ser trilhado para garantir a viabilidade e efetiva implementação das políticas e portarias já publicadas. Além disso, para entender a saúde mental das pessoas apenadas e propor alternativas mais próximas às suas necessidades, é imprescindível considerar as dificuldades existentes no contexto prisional, as relações de poder entre presos e servidores, as relações familiares e sociais dos encarcerados, bem como a dinâmica individual de cada apenado em termos de possibilidades destrutivas e potenciais criativos.

⁶ PORTARIA Nº 94, DE 14 DE JANEIRO DE 2014. Institui o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0094_14_01_2014.html. Acesso em: 13 maio 2023.

⁷ PORTARIA Nº 95, DE 14 DE JANEIRO DE 2014. Dispõe sobre o financiamento do serviço de avaliação e acompanhamento às medidas terapêuticas aplicáveis ao paciente judiciário, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0095_14_01_2014.html. Acesso em: 13 maio 2023.

3 A PRISÃO COMO INSTITUIÇÃO TOTAL NA PERSPECTIVA DE GOFFMAN

Em *Manicômios, prisões e conventos*, Ervin Goffman (1922-1982) elabora o conceito de “instituição total”. Segundo o autor, uma instituição total é aquela na qual os indivíduos são apartados do mundo externo e passam a viver de maneira “fechada e formalmente administrada” (GOFFMAN, 1974, p.11) por dirigentes que exercem completo e irrestrito controle sobre os indivíduos que ali trabalham ou residem, voluntária ou compulsoriamente. Essas circunstâncias levam ao isolamento e à intensa e exclusiva vivência da realidade intramuros. Por meio do estabelecimento de práticas e rotinas rígidas completamente reguladas pela instituição, restringem-se a capacidade de tomada de decisão, a autonomia dos internos. Além disso, o domínio institucional invade a privacidade do indivíduo e interdita expressões individuais.

A prisão é um exemplo de instituição total. Ali, é preciso obedecer a regulamentos rigorosos, cuja aplicação é assegurada por uma cadeia hierárquica em que os detentos são o último e mais fraco elo. Horários, tarefas, atribuições e programas são estabelecidos de acordo com ordens e procedimentos institucionais. Tal conjunto de regras visa moldar comportamentos, evitando insubordinações. Respostas individuais, são coibidas e, muitas vezes, punidas quando não se conformam às normas estabelecidas pela equipe dirigente, mesmo que não se constituam ações de ataque frontal ao sistema.

Ao longo do tempo, a vivência repetida dessas condições fortemente marcadas pelo poder dos dirigentes leva ao que Goffman conceitua como “a mortificação do eu” (GOFFMAN, 1974, p.11), ou seja, os indivíduos deixam de poder exercer o controle sobre sua existência, uma vez que, privados da liberdade, sentem-se também infantilizados e inferiorizados. De acordo com Goffman (1974), a instituição total atua justamente destruindo a identidade do indivíduo e moldando uma nova que esteja mais alinhada às expectativas, virtudes, normas e exigências impostas. Na medida em que comportamentos e atitudes têm que se conformar às regras da instituição, a pessoa vê limitada a sua capacidade de autorregulação e de tomada de decisão.

Em decorrência, produzem-se graves danos psicológicos como a perda da autoestima, da confiança em si mesmo, da capacidade de se diferenciar dos demais, da habilidade de questionar e indignar-se contra a manipulação externa. Desse modo, o indivíduo deixa de se sentir capaz de exercer controle sobre sua vida e se torna

massa de manobra para a instituição, que passa a deter poder total sobre sua vida. Nesse processo, a pessoa aliena-se de si mesma.

É exatamente esse processo de despersonalização uma das ferramentas mais efetivas para o controle dos internos. Cabe destacar que, muitas das vezes, o aniquilamento do eu é alcançado por meio de práticas coercitivas altamente punitivas e baseadas na violência física e psicológica e na tensão entre “o mundo doméstico e o mundo institucional” (GOFFMAN, 1974, p. 24). Mas o dano acontece não apenas quando cada interno se vê tratado dessa maneira. Testemunhar a violência física dirigida contra outros na mesma situação, sem poder reagir ou intervir, acentua o sentimento de impotência.

Especialmente no caso das prisões, desde o início do período de aprisionamento, os detentos são vítimas de humilhações, aviltamentos, afrontas, submissões, constrangimentos e punições que os levam a modificar as crenças sobre si mesmos, ficando sem o apoio de recursos internos que poderiam permitir que se protegessem da dominação.

Goffman (1974) elenca algumas práticas da instituição total que contribuem para a tutela física e emocional do internado e que podem ser encontradas nas prisões: o uso de uniformes e cortes padrão de cabelo, de modo que o indivíduo vê roubada a possibilidade de se expressar de maneira única e criativa por meio de sua aparência; a exigência da participação em atividades e ou ações que não expressam, necessariamente, as crenças e os interesses dos indivíduos; a exposição pública da história pregressa dos internos, com o objetivo de humilhá-los; o desrespeito à privacidade mínima necessária para que a pessoa não se sinta violada e devassada; condições precárias que não possibilitam o atendimento a necessidades básicas de saúde, obrigando as pessoas a pedirem incessantemente por algo que elas mesmas poderiam obter, caso não estivessem em uma posição infantilizada. Assim humilhadas, ainda têm que suportar o desprezo dos dirigentes por se encontrarem nessa posição.

No campo das relações pessoais, a censura da correspondência recebida ou enviada caracteriza invasão da privacidade de relacionamentos que poderiam fortalecer o sentido de identidade pessoal. Além disso, a restrição à intimidade e ao acolhimento afetivo nas visitas, contribui para a quebra de vínculos e o aumento da distância de familiares e amigos. Como tais contatos ficam restritos a um contexto artificial, resta ao indivíduo o relacionamento com os outros prisioneiros, o que tende

a aumentar a sensação de vazio, de solidão, de não pertencimento ao mundo extramuros.

No que se refere às prisões e ao modo como são tratadas as pessoas encarceradas, particularmente no Brasil, a sociedade em geral tende a aceitar esse estado de coisas, em nome do controle de comportamentos desviantes ou criminosos e na crença de que, dessa maneira, impede-se a proliferação do crime. Nesse caso, aparentemente, vale a máxima de que os fins justificam os meios, mesmo que, para evitar um mal maior, seres humanos tenham que ser não só interditados e punidos, mas aniquilados.

Paradoxalmente, o que se vê não é a vitória sobre a criminalidade. As pessoas que recebem esse tipo de tratamento tendem a desenvolver ou ver acentuados transtornos mentais que incluem ideações suicidas, automutilação e agressividade impulsiva. As mesmas circunstâncias que, nas prisões, levam à mortificação do eu, em vez de capacitar os indivíduos a se reinserir na sociedade, tendem a torná-los mais vulneráveis ao domínio e à atração exercida pelo crime.

Em síntese, as prisões, entendidas como instituições totais, não contribuem nem para o desenvolvimento individual, nem para a evolução social, uma vez que, ao destruir identidades, também destroem as possibilidades de que a experiência seja transformadora e resulte em indivíduos capazes de exercerem sua cidadania de modo consciente e responsável.

4 RELAÇÕES PARENTAIS DISFUNCIONAIS – ALGUNS ASPECTOS

Na infância, a relação com os pais e com seus representantes na sociedade é de fundamental importância para a constituição da personalidade do ser humano e determinará, em grande parte, os fundamentos psíquicos que contribuem para a saúde mental. Neste capítulo, serão apresentadas algumas das disfunções que podem ocorrer nessa relação e que, a nosso ver, são de relevância para a compreensão dos achados desta pesquisa.

4.1 Complexo materno negativo e a expulsão do paraíso

É no terreno da confiança, do acolhimento das necessidades, da nutrição, da segurança e do apoio próprios da esfera do materno que germinam as sementes de um desenvolvimento mental e emocional saudável do ser humano, permitindo, assim, que se constitua uma existência e não apenas a mera sobrevivência.

Quando esse tipo de experiência fundamental não ocorre, ou ocorre apenas parcialmente, surgem feridas narcísicas intensas que podem paralisar o desenvolvimento, causar angústias e destinar o indivíduo a viver repetidamente experiências autodestrutivas.

A repetição de padrões se relacionado ao conceito de complexo proposto por Carl Gustav Jung (1907/2011a). Complexos seria conteúdos psíquicos carregados de forte tonalidade afetiva que possuem autonomia em sua atuação e que promovem a alteração da consciência. Constituem, assim, uma disposição psíquica com carga afetiva para determinados temas e ou situações vivenciadas, orientando a psique a reagir a partir da percepção daquilo que foi constelado pelo complexo.

Os complexos marcam a existência individual, entrando em ação em todas aquelas ocasiões que se assemelham de algum modo às circunstâncias que os formaram. Kast define que “complexos materno e paterno são conceitos genéricos que, no entanto, dizem algo sobre a atmosfera que circunda uma pessoa, sobre temas vitais especiais que são importantes, e sobre necessidades típicas de desenvolvimento e dificuldades” (KAST, 1997, p. 39).

Destaca-se que a formação do complexo materno negativo não ocorre apenas na relação com a mãe pessoal, mas na totalidade do campo materno. Nesse sentido, um complexo materno negativo pode ser intensificado pela falta do apoio da

comunidade e/ou de uma estrutura familiar para além da mãe que também não assume o papel de cuidar e suprir as demandas do ser em crescimento. É a experiência subjetiva profunda de um lugar frio, sem segurança, sem apoio, no qual é preciso lutar sozinho, ainda em uma fase que deveria ser marcada pela promoção de uma vivência afetiva positiva e cuidadora.

De acordo com Kast (1997), o complexo materno negativo em mulheres deixa marcas profundas e tem origem na impossibilidade de a criança vivenciar o sentimento vital oceânico que seria “a capacidade constante de se fundir um com o outro” (KAST, 1997, p. 158) e está ligado ao senso de participação no núcleo familiar. Nesse caso, ao contrário, a infância seria caracterizada pela vivência de uma expulsão que se dá por meio das atitudes dos pais e pelo modo como as relações são estabelecidas na família.

Dessa maneira, o complexo materno negativo é responsável por um padrão mental e emocional que propicia a percepção e a experiência do mundo como um local inseguro, que desqualifica a mulher, e no qual é preciso lutar muito para, em última instância, conseguir sobreviver.

Enquanto o complexo materno originalmente positivo transmite uma confiança primordial (*Urvertrauen*) e um sentimento vital do direito a existência, ou até mesmo algo mais, o complexo materno originalmente negativo provoca desconfiança primordial (*Urmisstrauen*) e, em conexão com isso, um medo existencial e o imperioso sentimento de não ter nenhum direito à existência. (KAST, 1997, p. 157)

Prevalecem, desse modo, sentimentos de extrema solidão e de falta de suporte, que levam à desistência da vida e impulsionam para a morte de todos os projetos, de todas as ideias e, principalmente, da capacidade de regeneração e de construção de uma nova possibilidade existencial.

Mulheres que sofrem essa condição acabam por acreditar que não têm nenhum direito a existir. Vivem uma vida na qual nada prospera. Sentem-se despidas de qualquer recurso. Uma autoimagem negativa as impede de descobrir seus potenciais e as fazem crer que são pessoas ruins vivendo em um mundo ruim. Muitas vezes, é possível que venham a se sentir culpadas por seus infortúnios, uma vez que não reconhecem em si nenhum valor, não se acham dignas de merecimento.

Estabelecem relações frágeis, caracterizadas pelo sentimento de não pertencimento e pelo desejo de isolamento. Veem-se em luta contra o mundo externo que não as acolheu, pois sua infância foi marcada por relações familiares que não promoveram a sensação de conexão, de ser amada e atendida em suas necessidades. Dito de outra maneira, não lhes foi possível se constituir como um sujeito de direitos.

Jung considera o complexo materno negativo como algo patológico, atentando para a possibilidade de ocorrerem prejuízos na psique feminina que é desse modo afetada, pois, ao negar a mãe, nega-se também o contato com a vida instintiva feminina e, assim, a mulher pode viver uma vida “inconsciente de seu próprio ser” Uma mulher alijada de si, sem autoestima, sem contato com o prazer de viver e de se desenvolver. Seria necessário, portanto, propiciar a essa mulher novas experiências de vida para que ela possa ressignificar sua realidade, “olhar para frente” e descobrir que, mesmo que uma grande parte de sua existência tenha sido perdida, ainda se faz possível “salvar o sentido da vida” (JUNG, 1939/2011b, par. 186).

Tendo em vista essas considerações, cabe questionar o quanto o sistema prisional oferece a possibilidade de ressignificação da relação estabelecida com o mundo ou é mais um agente a impelir as mulheres encarceradas para a expulsão do paraíso social/maternal?

4.2 Ausência da função paterna

A função paterna adequadamente exercida ajuda a constituir no ser humano o sentido de confiança na palavra e na direção apontada pelo pai. É ele quem apresenta o mundo, quem elucida normas e delimita caminhos e modos de atuação. É ele quem descortina uma nova realidade diferente daquela até então consagrada apenas à relação primal maternal. Evidencia para a filha quais as bases, os limites e a maneira como deve se relacionar consigo mesma, com o outro e ainda com mundo. Cabe àquele que exerce o papel paterno romper com o natural, promovendo, assim, a instauração de processos mais conscientes, e apresentar a lei, a deliberação, a moral, inserindo a criança na cultura e na coletividade (LIMA FILHO, 2002).

De acordo com Lima Filho (2002), a privação de um pai, de uma vivência paternal positiva, pode vir a gerar um sentimento de rejeição em razão do qual a

pessoa acredita ser merecedora do abandono paterno e da exclusão do universo do pai. Há duas atitudes que podem decorrer dessa experiência. De um lado, o indivíduo lutará por se transformar em alguém digno da atenção e do afeto paternos, conseqüentemente buscando, em outras relações, a absolvição do “ser ruim” que ocasionou o afastamento do pai. É possível, todavia, de outro lado, que a pessoa busque ir ao encontro do pai ao desenvolver uma personalidade aos moldes de um pai visto maléfico ou demoníaco por ter propiciado o desamparo do filho.

Segundo Lima Filho (2002, p.82) “uma relação sadia com o mundo dependerá em grande parte da visão de mundo com a qual o pai insere o filho” (LIMA FILHO, 2002, p. 82). Para esse autor, a ausência de um representante da função paterna pode implicar danos para a personalidade, pois significa a ausência de regras e limites. Nesse caso, “o filho se *dilui no* em lugar de se *relacionar com* o mundo; invade-o ou se deixa invadir por ele” (LIMA FILHO, 2002, p. 69, grifo do autor). Torna-se, desse modo, difícil o aprendizado e a integração das normas e condutas necessárias ao convívio social.

De outra parte, os aspectos positivos do pai tendem a fortalecer o ego e, especificamente no caso da mulher, “preservam-se as funções de ordenação, coletividade e moralidade (LIMA FILHO, 2002, p. 155). Todavia,

É necessário compreender que, do mesmo modo que a função materna não é exercida apenas pela mãe pessoal, a função paterna diz respeito a todos aqueles agentes que, na vida de uma pessoa, cumprem o papel de instituir regras e limites, como a comunidade e, mais amplamente, o Estado. Vale, portanto, refletir, no caso de mulheres que cometeram crimes, de que maneira lhes foi apresentado o universo paterno. Especificamente para aquelas que se encontram encarceradas, seria importante compreender como e se o Estado, representado pelos diretores e agentes penitenciários, consegue promover o aprendizado de regras e limites diversos daqueles com que elas entraram em contato ao longo de suas vidas.

5 REVISÃO DE PESQUISAS

Este capítulo apresenta a revisão de pesquisas realizada com o objetivo de investigar o estado do conhecimento produzido a respeito da saúde mental e estados afetivos de mulheres encarceradas. Para tanto, uma revisão integrativa foi empreendida, de acordo com Costa e Zoltowski (2014), buscando reunir e sintetizar, de maneira sistemática, os resultados de pesquisas publicadas nos últimos seis anos que pudessem contribuir para o aprofundamento do conhecimento sobre o tema investigado bem como para a identificação de possíveis lacunas.

Inicialmente utilizou-se os bancos de terminologias *Medical Subject Headings* (MeSH) e Terminologia em Psicologia (BVS-PSI) para definir as palavras-chave mais adequadas para a busca de artigos de acordo com os objetivos propostos neste trabalho. As palavras pesquisadas foram: mulheres, saúde mental, sofrimento, estados emocionais, emoções, detentos, tráfico de drogas, prisões, presídio, cárcere, afeto, PANAS, SRQ-20. Todas elas foram pesquisadas em português e inglês, e combinadas entre si de diferentes maneiras utilizando as ferramentas de busca avançada “OR” e “AND”. As bases de dados pesquisadas foram PubMed, LILACS e BVS.

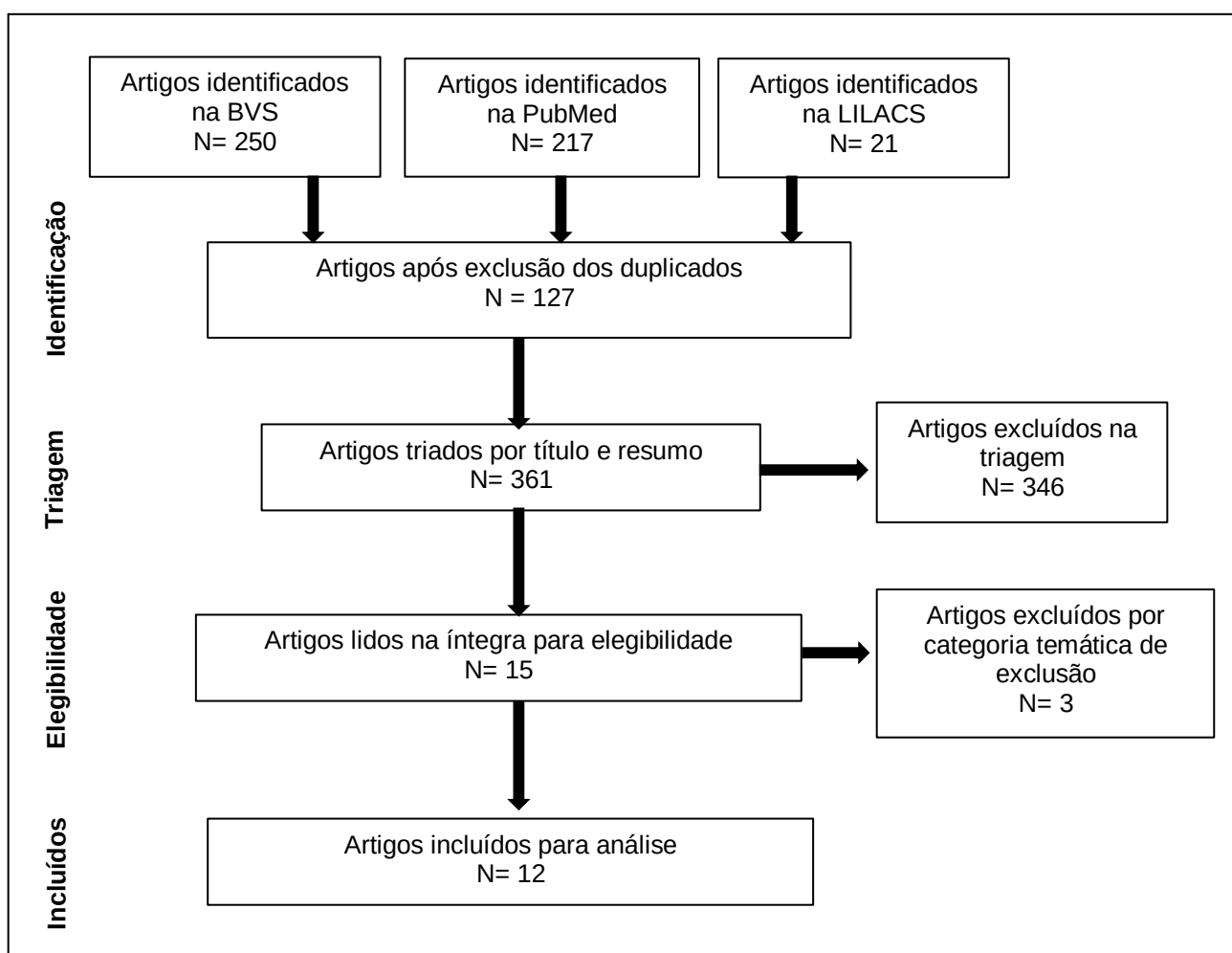
Foi identificado um total de 488 artigos, encontrados nas bases de dados BVS (N= 250), PubMed (N= 217) e LILACS (N= 21) dentro do período estabelecido de seis anos (2017 a 2022). Os títulos de todos os artigos encontrados foram transcritos para uma tabela do Excel, por meio da qual ocorreu o processo de triagem inicial excluindo-se os artigos duplicados (N= 127). Em seguida, teve início a leitura dos títulos e resumos excluindo-se aqueles que não se adequavam aos critérios de inclusão, quais sejam: a) ter como participantes mulheres presas, b) descrever aspectos relacionados à saúde mental dessa população, c) estar disponível na íntegra, e d) tratar-se de artigo de relato de pesquisa.

Foram excluídos os artigos que: a) não estavam disponíveis na íntegra nos idiomas português, inglês ou espanhol, b) tinham foco na avaliação de serviços de saúde prestados às mulheres presas, c) tinham como participantes funcionários dos presídios ou equipe de saúde, d) tinham como participantes, exclusivamente, mulheres em liberdade condicional ou que já foram soltas, presidiárias portadoras de HIV, presidiárias grávidas, população trans, homens, jovens, familiares de pessoas presas, e) abordavam, exclusivamente, os transtornos por uso de substâncias, trauma

e/ou histórico de violência, problemas de saúde física, psicopatia, automutilação e/ou suicídio, f) tinham foco no impacto da pandemia de COVID-19 na população carcerária, g) avaliavam o impacto ou eficácia de uma intervenção ou serviço prestado em presídios.

Com base nos critérios de inclusão e exclusão, os artigos potencialmente elegíveis (N= 15) foram lidos na íntegra e avaliados quanto à pertinência e adequação ao tema e critérios. Por fim, os artigos incluídos (N= 12) foram revisados e sintetizados para compor esta revisão. A Figura 1, a seguir, descreve o fluxograma do levantamento e seleção dos artigos em cada uma das bases de dados pesquisadas.

Figura 1 – Fluxograma de revisão de pesquisas



Fonte: adaptado de Moher *et al.* (2009).

Os artigos incluídos nesta revisão foram analisados em relação aos objetivos, metodologia e resultados, e organizados em categorias temáticas que agrupavam temas semelhantes, conforme ilustrado no Quadro 1 (Apêndice A).

5.1 Perfil das mulheres presas

Os estudos incluídos nesta revisão tiveram como participantes mulheres presas com média de idade entre 30,8 e 39,6 anos. A informação relativa à cor das participantes foi incluída apenas em dois estudos realizados no Brasil, um deles destacou que na sua amostra 36,1% das mulheres presas declararam que tinham cor branca, 34,1% cor marrom e 29,5% cor preta (SANTOS; BARROS; ANDREOLI, 2019); o outro estudo, mostrou que na sua população 51,9% se declararam não-brancas e 48,1% brancas (AUDI *et al.*, 2018).

Em relação ao nível de escolaridade, as mulheres presas, no geral, têm baixa escolaridade (AUDI *et al.*, 2018; AUGSBURGER *et al.*, 2022; ANTONETTI *et al.*, 2018; CHOW *et al.*, 2018; MAK *et al.*, 2021). Dois estudos realizados em Hong Kong referiram que a maioria das participantes tinham escolaridade até o ensino secundário (CHOW *et al.*, 2018; MAK *et al.*, 2021), e o estudo realizado com presas no Brasil mostrou que 63% delas não haviam completado a educação primária (AUDI *et al.*, 2018).

O estado civil das mulheres presas variou entre os estudos desta revisão. Em alguns deles, em torno da metade das populações investigadas referiram status de casadas, por exemplo, no estudo Chow *et al.* (2018), 46,8% eram casadas, 31,9% solteiras e 21,3% separadas ou viúvas; em Santos, Barros e Andreoli (2019), 41,9% viviam com parceiro e 58,1% sem parceiro. Diferentemente, a população investigada no estudo de Augsburg *et al.* (2022) teve prevalência de mulheres solteiras (51,8%), seguida das separadas (28,3%), casadas (11,7%) e viúvas (8,3%). Os estudos de Audi *et al.* (2018) e Antonetti *et al.* (2018) referiram, respectivamente, que 35% eram casadas e 56,3% não eram casadas, e ambos os estudos não especificaram outros estados civis.

Os estudos de Antonetti *et al.* (2018), Augsburg *et al.* (2022) e Audi *et al.* (2018) revelaram que dentre as participantes do seu estudo a maioria eram mães, com percentuais de 72,7%, 63,3% e 80,3%, respectivamente. O trabalho de Audi *et al.* (2018) incluiu, ainda, 3% de mulheres grávidas. Os demais trabalhos não mencionaram essa informação nas suas descrições.

Alguns estudos revelaram que os tipos de crimes pelo qual as mulheres cumpriam pena eram em sua maioria relacionados ao tráfico ou porte de substâncias – e.g., 56,7% (MAK *et al.*, 2021) e 38,2% (ANTONETTI *et al.*, 2018). Outros crimes frequentemente reportados nos estudos foram crimes violentos – e.g., 56,6% (SANTOS; BARROS; ANDREOLI, 2019), 34,4% (TYLER *et al.*, 2019); crimes contra a propriedade – e.g., 17,3% (SANTOS; BARROS; ANDREOLI, 2019); fraude – e.g., 27,5% (TYLER *et al.*, 2019) e ofensas à saúde pública – e.g., 47,1% (GARCÍA-VITA; AÑAÑOS-BEDRIÑANA; FERNÁNDEZ-SÁNCHEZ, 2017).

5.2 Saúde mental de mulheres presas

Seis artigos incluídos nesta revisão abordaram diretamente a saúde mental de mulheres presas e fatores associados (AUDI *et al.*, 2018; SANTOS *et al.*, 2017a, 2017b; SYGIT-KOWALKOWSKA *et al.*, 2017; MAK *et al.*, 2021; GARCÍA-VITA; AÑAÑOS-BEDRIÑANA; FERNÁNDEZ-SÁNCHEZ, 2017). Dentre eles, três foram estudos realizados no Brasil (AUDI *et al.*, 2018; SANTOS *et al.*, 2017a, 2017b). Em relação ao tamanho amostral, o maior deles foi realizado na cidade de Campinas e contou com a participação de 1.013 mulheres encarceradas em um presídio feminino que responderam ao *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20) para avaliar a presença de Transtornos Mentais Comuns (TMC) e a um questionário aplicado em formato de entrevista abordando questões sociodemográficas, tempo de reclusão, comportamentos relacionados à saúde, condições de vida e saúde no presídio, situação prévia de violência, entre outras (AUDI *et al.*, 2018). De acordo com as autoras, os TMC são caracterizados por sintomas psiquiátricos não psicóticos, tais como insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração, ansiedade e queixas somáticas. Esse estudo revelou a prevalência de TMC em 66,7% das participantes e apontou correlações independentes e positivas entre esses transtornos e as seguintes variáveis: falta de renda, hipertensão, uso de tranquilizantes, sedentarismo, tabagismo, presença de sarna/pediculose, ter sofrido violência psicológica no ano anterior à prisão e ter presenciado violência psicológica na família na infância/adolescência. As autoras destacam que as condições de vida antes do encarceramento somadas às vivências precárias na prisão (superlotação de celas, má alimentação, sedentarismo, isolamento, uso de drogas e conflitos de vários tipos) contribuem para a alta prevalência de transtornos mentais comuns na população carcerária

feminina, bem como favorecem a proliferação de epidemias e outras situações de adoecimento nessa população.

Os outros artigos brasileiros foram produzidos pelo mesmo grupo de pesquisadores que reportaram os achados de sua pesquisa em dois trabalhos distintos, mas que se referem a uma mesma população (40 mulheres presas) (SANTOS *et al.*, 2017a, 2017b). Um deles (SANTOS *et al.*, 2017b) apontou que diversos determinantes sociais vivenciados antes do encarceramento se relacionavam com aspectos da saúde mental das mulheres privadas de liberdade, tais como: histórico familiar de doença psiquiátrica, dependência de álcool e outras substâncias, violência física, sexual e psicológica. O estudo destacou, ainda, que durante o período de encarceramento as participantes relatavam sentimentos de dor, tristeza, solidão, abandono, revolta, ansiedade, estresse, depressão, alteração da percepção temporal e do padrão de sono, uso de medicação psicotrópica, interrupção das relações familiares, abstinência sexual e condições precárias dos presídios. A partir dos depoimentos das participantes, os autores apontaram para o uso abusivo e desordenado de medicamentos psicotrópicos que são utilizados pelas presas para diminuir os problemas da rotina prisional e desligá-las do mundo por meio da indução ao sono. Destacou-se como fator agravante da condição negativa de saúde mental, a interrupção do vínculo familiar que se associou a sofrimento, tristeza e perturbação.

O outro trabalho de Santos *et al.* (2017a) teve como foco apresentar os fatores de proteção da saúde mental das mulheres durante o processo de encarceramento. Nesse artigo, os autores apontaram as atividades educativas e o trabalho como importantes fatores protetivos à saúde das mulheres presas. De um lado, a educação intermedia a relação das presas com o mundo fora das prisões, possibilitando que se atualizem em relação aos acontecimentos sociais e políticos. De outro lado, o trabalho configura uma ferramenta de ocupação do tempo, possibilita a remissão da pena, favorece uma autoimagem mais positiva e qualifica as mulheres presas para o mercado de trabalho no futuro. Outros fatores de proteção à saúde mental apontados pelas mulheres foram: ler, orar, participar de cultos religiosos, escutar música, fazer amigos e interagir com seus parceiros. Ambos os estudos chamaram a atenção para a necessidade de se pensar nas especificidades do gênero na promoção e prevenção da saúde mental da população carcerária feminina, a qual deve ser priorizada devido a vulnerabilidade das mulheres frente ao adoecimento psíquico (SANTOS *et al.*, 2017a, 2017b).

Outro estudo que abordou fatores protetivos à saúde mental de mulheres presas foi realizado na Polônia (SYGIT-KOWALKOWSKA *et al.*, 2017), e verificou estados limítrofes de ansiedade em 4,8% das participantes de seu estudo e sintomas indicativos de quadros de ansiedade em 69% delas. Já os estados limítrofes relacionados à depressão, foram apresentados por 12% das participantes e os sintomas indicativos desse quadro em 17% delas. Essa pesquisa destacou a resiliência como um fator protetivo à saúde mental, demonstrando a partir das correlações estatísticas que quanto maior a resiliência, menor era a intensificação dos problemas psicológicos reportados. Por meio de um modelo de regressão múltipla, os autores mostraram, ainda, que um menor nível de habilidades pessoais de enfrentamento e tolerância a emoções negativas se correlacionaram a níveis mais altos de ansiedade e depressão. Houve também correlação entre um menor tempo de reclusão e níveis mais altos de ansiedade. Os autores concluíram que a resiliência está ligada a autoavaliação positiva, a percepção de mundo e futuro, e por isso configura um fator importante na percepção de emoções positivas dos indivíduos, ajudando na redução dos efeitos negativos da situação prisional.

Sintomas de depressão e ansiedade também foram verificados no estudo de García-Vita, Añaños-Bedriñana e Fernández-Sánchez (2017) com 434 mulheres presas na Espanha. Os resultados mostraram que 64,3% das participantes reportaram sintomas de depressão ou ansiedade, 27,9% automutilação e 30% tentativa de suicídio. A existência de sintomas de depressão e/ou ansiedade, automutilação e tentativa de suicídio foi mais evidente em mulheres com histórico de uso problemático de drogas.

Um estudo realizado com 203 mulheres presas em Hong Kong investigou se a presença de fatores cognitivos relacionados à esperança poderia gerar uma experiência prisional associada a uma maior atenção às informações positivas e consequentemente níveis inferiores de sintomas de ansiedade, depressão e estresse nessa população (MAK *et al.*, 2021). Os autores entendem a esperança como uma cognição positiva composta por objetivos, pensamento de caminho, que inclui rotas para se conquistar metas, e pensamento de agência, por meio do qual se expressa a motivação para se conquistar as metas. Os resultados apontados foram condizentes com a hipótese inicial e demonstraram que níveis mais altos de esperança se relacionaram com níveis mais baixos de sintomas de depressão. O estudo concluiu que a esperança é um fator de proteção psíquico para o sofrimento em mulheres privadas de liberdade, contudo deixa aberta a questão de como seria possível manter

a cognição de esperança estando no sistema prisional e quais intervenções poderiam ajudar a manter este estado cognitivo.

5.3 Saúde física e mental de mulheres presas

Dois artigos tiveram como foco o estudo de aspectos relacionados à saúde física e mental de mulheres presas. Um deles (AUGSBURGER *et al.*, 2022), realizado na Suíça, investigou em 58 mulheres com idades entre 21 e 64 anos, presas há no mínimo quatro semanas, determinantes sociais da saúde e problemas de saúde mental e uso de substâncias. O estudo identificou que 61,7% das participantes tinham algum problema de saúde e 43,3% delas referiram ter problemas de saúde mental, com prevalências dos diagnósticos de ansiedade e depressão. Em relação à ansiedade, 50% das mulheres investigadas atingiram o ponto de corte no *Generalized Anxiety Disorder Screener* (GAD-7), apresentando níveis de ansiedade de moderado a grave. Quanto à depressão, investigada por meio do *Patient Health Questionnaire 9* (PHQ-9), 43,3% tiveram pontuações acima do ponto de corte, revelando sintomas depressivos de moderado a grave. Por último, o nível de estresse percebido, de acordo com a *Perceived Stress Scale* (PSS-10), também teve altas pontuações com 75% das mulheres apresentando níveis de estresse percebido de moderado a alto. Comorbidades entre problemas físicos e psicológicos foram identificadas em 35% das participantes e 16,7% delas foram diagnosticadas com um distúrbio somático na prisão. Ainda que esse estudo não permita traçar uma relação causal entre os impactos do encarceramento na saúde mental das mulheres presas, ele fornece um panorama acerca dos problemas de saúde dessa população, chamando a atenção para o alto grau de sofrimento que se expressa nos sintomas de ansiedade, depressão e estresse, além das comorbidades físicas identificadas, dentre as quais estão as doenças reumáticas (15,0%) e síndromes metabólicas (13,3%). Além disso, vários fatores de risco à saúde foram identificados nessa população, tais como tabagismo, problemas com uso de álcool e drogas e baixa atividade física. Os autores destacam que esse estudo está entre os primeiros a avaliar o estado de saúde e as necessidades de mulheres encarceradas na Suíça por meio do relato das próprias mulheres, e enfatizam que seus resultados revelam dados preocupantes, pois os problemas de saúde mental estão entre os fatores que complicam a reintegração das mulheres presas na sociedade.

Outro estudo exploratório que investigou aspectos relacionados à saúde física e mental de mulheres presas foi realizado na Itália com o objetivo de descrever as necessidades de saúde específicas da população prisional feminina (ANTONETTI *et al.*, 2018). Essa pesquisa contou com a participação de 55 mulheres (idade média em torno de 39,6 anos) sentenciadas que responderam a um questionário desenvolvido pelos pesquisadores para o levantamento das suas necessidades de saúde abordadas a partir de três dimensões: física, psicológica e social. Assim como demonstrado no estudo de Augsburger *et al.* (2022), houve alto consumo reportado de tabaco (87,3%) e outras substâncias tais como cocaína (81,8%), *cannabis* (54,5%), heroína (45,5%) e álcool (8,3%). Quanto à saúde psicológica, 29,1% das participantes reportaram pensamentos de automutilação e 75% delas relataram se automutilar. As participantes relataram que a perda do espaço pessoal devido ao compartilhamento de um quarto com outras detentas seria um fator prejudicial à sua saúde psicológica, uma vez que se sentiam sem conforto e privacidade durante os cuidados higiênicos de rotina e visitas de familiares e amigos. Outro fator apontado como prejudicial à saúde mental foi a dificuldade de interação social devido à alta rotatividade de detentas, o que dificulta a criação de vínculos significativos entre as presas e, por conseguinte, aumenta seus sentimentos de incerteza sobre as experiências e eventos na prisão. Os autores destacam que a alta rotatividade de mulheres presas também dificulta a implementação de intervenções de saúde durante o período de encarceramento e determina várias transições entre a prisão, a comunidade e a sociedade em geral. Diante dessa situação, destacam que a continuidade do cuidado em saúde pós-prisão é extremamente importante para essa população, ao passo que os cuidados implementados na prisão devem ser voltados para a educação quanto à adoção de comportamentos protetivos que possam ser continuados após o encarceramento.

Os estudos apontados revelam altas taxas de problemas físicos e psicológicos em mulheres presas e enfatizam as dificuldades de acesso a serviços médicos durante a prisão. Em ambas as pesquisas, as participantes referiram perceber um piora em relação à sua saúde física e psicológica após o encarceramento e reportaram comportamentos de risco frequentes, tais como consumo de substâncias, que podem agravar seus problemas de saúde. Os autores concluem que mudanças estruturais e intervenções de promoção da saúde sensíveis ao gênero devem ser implementadas e têm o potencial de melhorar a saúde das mulheres encarceradas e ajudá-las a retornar à comunidade com melhor saúde (ANTONETTI *et al.*, 2018; AUGSBURGER *et al.*, 2022).

5.4 Saúde mental em homens e mulheres presas

Os artigos incluídos nesta categoria temática abordaram aspectos relacionados a saúde mental em homens e mulheres presas. Esses estudos foram considerados importantes por permitir comparar possíveis diferenças de gênero em relação à saúde mental de pessoas presas. (CHOW *et al.*, 2018; TYLER *et al.*, 2019).

Um estudo epidemiológico realizado em 105 unidades prisionais localizadas no estado de São Paulo contou com a participação de 1.192 homens e 617 mulheres presas (SANTOS; BARROS; ANDREOLI, 2019). Em relação ao perfil dos(as) participantes, a maioria era de cor branca, paulistano(a), com idade entre 18 e 27 anos, tinha emprego antes do encarceramento, não tinha histórico de delinquência juvenil, não era reincidente, estava preso(a) por mais de um ano, cometeu crime violento, não cometeu uma infração disciplinar na prisão e não reportou nenhum problema de saúde física. A maior parte das mulheres declarou não possuir companheiro. Dentre os transtornos psiquiátricos identificados nas participantes, 33,3% apresentaram depressão e revelaram ter problemas de saúde física e cometer crimes contra o patrimônio ou crimes violentos. Os autores concluíram que as mulheres no sistema prisional com depressão apresentam um perfil clínico e criminal específico que deve ser levado em consideração na implementação de programas de saúde e segurança pública.

Outro estudo realizado em Hong Kong destacou que transtornos psiquiátricos são mais prevalentes entre presos em prisão preventiva do que na população geral e presos sentenciados (CHOW *et al.*, 2018). Dentre os 245 presos (150 homens e 95 mulheres) em prisão preventiva que participaram dessa pesquisa, 51% referiram histórico de transtorno psiquiátrico na vida (55% homens e 44% mulheres), e 39,6% declararam transtorno psiquiátrico atual (46% homens e 29,5% mulheres). O TUS foi o transtorno mais frequente na população estudada (> 36%), com prevalência de 26,3% entre as mulheres. O segundo transtorno mais reportado foi o transtorno de humor (> 20%), seguido do transtorno psicótico (5,3%) e transtorno neurótico ao longo da vida (3,7%). De acordo com os autores, os presos preventivos enfrentam a dificuldade de se ajustar ao ambiente prisional após o choque do encarceramento, vivenciam o estresse da separação repentina ou inesperada de sua vida normal e da família e experimentam as incertezas quanto a sua sentença, fatores que

potencialmente agravam sintomas relacionados a transtornos mentais. Além disso, a retirada de drogas ou a descontinuação de medicamentos psiquiátricos podem precipitar a recaída de diversos problemas psicológicos. O estudo concluiu que há a necessidade de triagem precoce para transtornos mentais em presos em prisão preventiva de modo que possam ser encaminhados para tratamentos adequados para aliviar o alto grau de sofrimento psicológico que vivenciam.

Um estudo realizado no Chile investigou o curso de Transtornos Mentais Graves (TMG) e fatores associados em 19 pessoas presas (10 homens e 9 mulheres) (GABRYSCH *et al.*, 2020). Trata-se do único estudo longitudinal incluído nesta revisão. Durante o período de três anos os participantes que foram inicialmente identificados com depressão maior ou psicose foram entrevistados e avaliados quanto ao curso subjetivo de sua condição de saúde mental durante o período de acompanhamento. No início do estudo, verificou-se que todas as nove mulheres participantes foram diagnosticadas com depressão maior. Dentre elas, sete relataram tentativa de suicídio e três tiveram diagnóstico de transtornos psicóticos. O estudo apontou que ao longo dos três anos em que participaram da pesquisa, seis mulheres reportaram perceber mudanças positivas quanto à sua saúde mental, particularmente em relação a alguns sintomas, tais como: humor mais elevado e estável, níveis de energia aumentados, ausência de pensamentos, planos ou tentativas de suicídio e menor impulsividade. Alguns fatores apontados como efetivos para uma melhor saúde mental foram: melhor infraestrutura, visitas, espaço pessoal, respeito ao fumo e proibição de drogas, ter uma rotina de higiene, autocuidado, alimentação, ordem e limpeza. Ter um trabalho remunerado e poder ajudar no sustento da família reduziu os sintomas de ansiedade e medo em relação ao futuro. Os autores apontaram o Transtorno por Uso de Substâncias (TUS) como uma comorbidade comum entre as participantes e uma delas ressaltou que ao longo do estudo aumentou o seu consumo de drogas. Outras mudanças observadas no estudo foram associadas à uma piora na saúde mental e foram reportadas por três participantes que apontaram fatores negativos como: ideia da prisão como um castigo, instalações precárias, exposição a violência, perda dos papéis parentais, separação dos parceiros românticos e não ter condições financeiras de ajudar no sustento familiar. Observou-se que todas as mulheres que relataram uma piora em sua saúde mental tiveram experiências traumáticas anteriores ao aprisionamento. Os autores apontaram que a prisão pode contribuir para a motivação do indivíduo para estabelecer práticas mais favoráveis à

sua saúde mental. Assim como destacado no estudo de Santos *et al.* (2017a), essa pesquisa revelou que as atividades educativas e o trabalho são importantes fatores protetivos à saúde mental da população carcerária.

Por fim, um estudo transversal realizado no Reino Unido avaliou em 469 presos (338 homens e 131 mulheres) a prevalência e comorbidade das necessidades de saúde mental (TYLER *et al.*, 2019). Os resultados mostraram altas taxas de transtorno mental e altos níveis de comorbidades, com quase metade dos participantes com exames positivos para dois ou mais tipos de transtorno mental. Dentre os transtornos mais prevalentes, identificou-se entre as mulheres transtorno de personalidade (68,7,8%), TUS (42,2%), ansiedade (34,4%) e risco de comportamento suicida (38,2%). Nesse estudo, as mulheres se mostraram mais propensas a triagem positiva para os transtornos de personalidade dos tipos esquiva, dependente, masoquista, esquizotípica, limítrofe e paranoica, bem como mais propensas a triagem positiva para transtornos somatoformes, de humor, estresse pós-traumático, psicóticos, alimentares e risco de comportamento suicida.

5.5 Síntese da revisão

Verificou-se que existem poucos estudos publicados sobre a saúde mental de mulheres presas que contem com as suas perspectivas a respeito de si mesmas e do processo de encarceramento. A maior parte dos estudos com essa população se caracteriza por pesquisas quantitativas de caráter exploratório que buscam levantar a prevalência de transtornos mentais, sintomas físicos e psicológicos, e correlações com fatores de risco e proteção (ANTONETTI *et al.*, 2018; AUDI *et al.*, 2018; AUGSBURGER *et al.*, 2022; CHOW *et al.*, 2018; TYLER *et al.*, 2019; SANTOS; BARROS; ANDREOLI, 2019; SYGIT-KOWALKOWSKA *et al.*, 2017; MAK *et al.*, 2021; GARCÍA-VITA; AÑAÑOS-BEDRIÑANA; FERNÁNDEZ-SÁNCHEZ, 2017).

Sobre os transtornos mentais em mulheres presas, os estudos apontaram prevalência de transtornos de depressão (AUGSBURGER *et al.*, 2022; GABRYSCH *et al.*, 2020; GARCÍA-VITA; AÑAÑOS-BEDRIÑANA; FERNÁNDEZ-SÁNCHEZ, 2017; SANTOS; BARROS; ANDREOLI, 2019), ansiedade (AUGSBURGER *et al.*, 2022; GARCÍA-VITA; AÑAÑOS-BEDRIÑANA; FERNÁNDEZ-SÁNCHEZ, 2017; TYLER *et al.*, 2019; SYGIT-KOWALKOWSKA *et al.*, 2017), transtornos de personalidade (TYLER *et al.*, 2019) e TUS (CHOW *et al.*, 2018; TYLER *et al.*, 2019).

Até onde nos foi dado a conhecer, não foram publicados estudos com métodos mistos que permitissem identificar as principais problemáticas de saúde mental nessa população e aprofundar as suas percepções acerca de sua saúde psicológica, afetos e processo de encarceramento. Investigar esse tema é de extrema relevância uma vez que a população carcerária feminina é perpassada por um processo de invisibilidade social e suas perspectivas, muitas vezes, não são levadas em consideração (CHERNICHARO, 2014).

Observação: ao longo da pesquisa, em especial na análise dos resultados obtidos, lançou-se mão de outros estudos que, ainda que não atendessem a todos os critérios de inclusão desta revisão, foram considerados úteis para a compreensão, em especial dos aspectos sociodemográficos, de mulheres encarceradas, pois, como será visto, o perfil sociodemográfico da amostra de mulheres presas por tráfico de drogas em muito se assemelha ao de mulheres presas por outros delitos.

6 OBJETIVOS

6.1 Objetivo geral

Investigar possível sofrimento mental e estados afetivos em mulheres encarceradas por tráfico de drogas ou associação ao tráfico.

6.2 Objetivos específicos

- Avaliar as variáveis relacionadas ao sofrimento mental, a saber: decréscimo de energia vital, sintomas somáticos, humor depressivo e pensamentos depressivos em mulheres encarceradas por tráfico de drogas e/ou associação ao tráfico
- Avaliar os afetos positivos e negativos reportados por elas
- Observar as narrativas de vida e no tráfico

6.3 Conceitos

Neste trabalho, a noção de sofrimento mental está relacionada à expressão das variáveis decréscimo de energia vital, sintomas somáticos, humor depressivo e pensamentos depressivos, conforme apontado por Iacoponi e Mari (1989). Já a noção de estados afetivos refere-se à experiência afetiva dos indivíduos que exprimem seus estados emocionais por meio de sentimentos como estar entusiasmado, ativo e alerta, com alta energia, concentração e prazer (afetos positivos), e sentimentos de raiva, culpa e medo, que seriam representantes de estados de sofrimento ou estresse (afetos negativos) (WATSON; CLARK; TELLEGEN, 1988).

7 MÉTODO

7.1 Caracterização do estudo

O presente estudo adotou metodologia mista de pesquisa, por meio da qual as informações quantitativas e qualitativas foram combinadas a fim de se obter um maior entendimento do problema de pesquisa, buscando conferir maior abrangência e profundidade à compreensão do fenômeno estudado (CRESWELL, 2010). O método proposto também está ancorado no paradigma junguiano de pesquisa, que compreende a construção do conhecimento por meio da relação dinâmica entre o pesquisador e o fenômeno investigado, de modo que ambos participam ativamente da produção do conhecimento (PENNA, 2004).

Utilizou-se a estratégia explanatória sequencial proposta por Creswell (2010). A pesquisa desenvolveu-se, assim, em duas fases de coleta de dados. A primeira constou de levantamento de informações por meio de instrumentos que produziram resultados quantitativos. A segunda etapa foi dedicada à obtenção de informações qualitativas, por meio de entrevistas, que permitiram compreender melhor os dados quantitativos levantados.

7.2 Local

A penitenciária em que ocorreu a pesquisa se localiza na zona rural de um estado brasileiro e abriga uma população mista total de 1069 pessoas. Segundo dados do DEPEN (BRASIL, 2022), até dezembro de 2022, 105 (8,94%) mulheres faziam parte desse contingente. Considerando-se que haveria, em tese, um total 36 vagas direcionadas para a população feminina, havia um número excedente de 69 mulheres. Assim, para cada vaga existente, havia cerca de três mulheres encarceradas.

Com relação à estrutura física dedicada à saúde, a instituição dispõe de dois consultórios médicos, dois consultórios odontológicos, uma sala de esterilização, uma sala de lavagem e descontaminação, dois sanitários para pacientes, uma central de material esterilizado, duas celas de observação, uma farmácia ou sala de estoque, um depósito de material de limpeza, uma sala de coleta de material para laboratório e três sanitários para equipe de saúde.

No que se refere à equipe de saúde, segundo o relatório do DEPEN (BRASIL, 2022) que agrega os dados do segundo semestre de 2022, há dois técnicos odontológicos, um psicólogo, quatro auxiliares e técnicos de enfermagem. Não dispõem de enfermeiros, terapeutas ocupacionais, clínico geral, psiquiatras ou profissionais médicos de outras especialidades.

Não constam do relatório do DEPEN (BRASIL, 2022), para essa instituição, equipe e estrutura física para atendimento a gestantes. Desse modo, não há ginecologista, pediatra ou nutricionista nem estão disponíveis creche, berçário e dormitório ou cela adequada para gestantes. Em termos dos procedimentos médicos, os dados indicam apenas que foram realizados 1746 curativos/suturas em mulheres. Não há registros sobre consultas psicológicas, exames ou testes médicos nem sobre outros procedimentos, como vacinas, consultas odontológicas, consultas médicas externas ou internas ou intervenções cirúrgicas. O relatório indica ter havido um óbito de natureza criminal.

7.3 Participantes

Este estudo visou investigar possível sofrimento mental e estados afetivos em mulheres encarceradas por tráfico de drogas ou associação ao tráfico. Contudo, ao iniciar o trabalho de campo, verificou-se ser necessário, por medida de segurança, convocar para a primeira etapa da pesquisa todas as mulheres aprisionadas na instituição, de modo a não gerar motivos para que se deflagassem conflitos entre facções. Foram assim obtidos resultados quantitativos tanto para o conjunto de mulheres presas por tráfico de drogas ou associação ao tráfico (GTD) quanto para mulheres que haviam cometido outros delitos (GO).

Assim, para a fase inicial da pesquisa, foram aplicados os seguintes critérios de inclusão: (a) ser mulher, (b) ter nacionalidade brasileira, (c) estar cumprindo pena na Instituição e ou aguardando julgamento, (d) aceitar participar da primeira fase da pesquisa por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e (e) responder integralmente aos instrumentos aplicados. Foram excluídas aquelas que: (a) eram estrangeiras, (b) mulheres trans, (c) não aceitaram participar, ou (d) não responderam aos instrumentos aplicados de maneira integral.

Para a seleção das participantes da segunda etapa da pesquisa, foram consideradas apenas as mulheres presas por tráfico de drogas ou associação ao

tráfico. A identificação das entrevistadas foi feita tendo por base a análise estatística dos resultados encontrados na primeira fase, conforme será descrito na seção 8.2, que apresenta a análise dos resultados qualitativos.

7.4 Instrumentos

7.4.1 Questionário sociodemográfico

O questionário sociodemográfico (Apêndice B) teve por objetivo obter informações de caráter demográfico e de identificação de cada participante. As questões propostas se referem a: data de nascimento (idade), estado civil, número de filhos, cor/raça/etnia autodeclarada, nível de escolaridade e renda familiar⁸. Dentre as questões propostas, constam, ainda, perguntas referentes à participação em atividades na prisão e à percepção quanto à qualidade da relação com familiares e amigos.

Perguntas sobre a tipificação do crime, a duração da pena e o número de prisões também constaram do questionário sociodemográfico e as respostas foram confirmadas por meio de consulta pública, feita por advogado especializado, no SEEU – Sistema Eletrônico de Execução Unificado (consultaPublica.do), uma vez que a instituição não teve como disponibilizar esses dados.

7.4.2 Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20)

O SRQ-20 (Anexo A) é um instrumento usado para rastreamento de perturbações psiquiátricas desenvolvido por Harding *et al.* (1980), validado no Brasil por Mari e Williams (1986) e posteriormente avaliado por Gonçalves, Stein e Kapczinski (2008). Devido à facilidade de aplicação e ao custo reduzido, o uso desse instrumento é recomendado pela Organização Mundial da Saúde para estudos comunitários e em atenção básica à saúde (GONÇALVES; STEIN; KAPCZINSKI, 2008).

O SRQ-20 é composto por 20 questões, cujas respostas são dicotômicas (sim e não). O resultado é dado pela soma total das respostas “sim”. De acordo com

⁸ A renda domiciliar per capita será utilizada como critério para a classificação econômica conforme proposto por Neri (2019).

Iacoponi e Mari (1989) as 20 questões do SRQ podem ser agrupadas nas categorias abaixo listadas com as respectivas perguntas e pontuações possíveis.

- Decréscimo de energia vital (de 0 a 6 pontos): Você se cansa com facilidade? Sente-se cansado o tempo todo? Você tem dificuldades para tomar decisões? O seu trabalho é penoso, causa sofrimento? Você tem dificuldades em pensar com clareza?
- Sintomas somáticos (de 0 a 6 pontos): Você tem sensações desagradáveis no estômago? Tem má digestão? Tem falta de apetite? Você tem dores de cabeça frequentes?
- Humor depressivo (de 0 a 4 pontos): Você chora mais que o usual? Você se sente infeliz? Você se sente nervoso, tenso ou preocupado?
- Pensamento depressivo (de 0 a 4 pontos): Você se sente uma pessoa inútil, sem valor? É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida? Você tem tido a ideia de acabar com a sua vida? Você perdeu o interesse nas coisas?

Um possível sofrimento mental é a condição atribuída aos indivíduos que obtêm pontuação total igual ou maior que 7. Esse ponto de corte foi estabelecido por meio de estudos de comparação do SRQ-20 com instrumentos padrão-ouro como a entrevista psiquiátrica padronizada (MARI; WILLIAMS, 1986; GONÇALVES; STEIN; KAPCZINSKI, 2008).

7.4.3 Escala de Afetos Positivos e Afetos Negativos (PANAS)

A PANAS (Anexo B) é um instrumento criado para avaliar a experiência afetiva dos indivíduos e foi desenvolvido por Watson, Clark e Tellegen (1988). Para os autores, os afetos positivos e negativos correspondem a estados emocionais que refletem sentimentos de estar entusiasmado, ativo e alerta, e estados de alta energia, concentração e prazer (afetos positivos), e sentimentos de raiva, culpa e medo, que seriam representantes de estados de sofrimento ou estresse (afetos negativos). No Brasil, esse instrumento foi traduzido e validado por Carvalho *et al.* (2013), que demonstraram a validade da adaptação brasileira. Mais recentemente, o estudo de Otsuka-Nunes *et al.* (2019) também confirmou que a PANAS apresenta propriedades psicométricas satisfatórias que autorizam a sua utilização no Brasil.

Trata-se de uma escala de autorrelato composta por 20 itens, que descrevem afetos positivos (10 itens) e afetos negativos (10 itens). Cada item é respondido numa escala *likert* de cinco pontos que corresponde à intensidade de identificação dos afetos descritos e varia de 1 (nem um pouco) a 5 (extremamente) pontos.

7.4.4 Entrevista semiestruturada

O roteiro apresentado no Apêndice C levou em conta os objetivos do estudo e orientou a condução da entrevista semiestruturada. Essa modalidade foi escolhida por conferir certa flexibilidade ao pesquisador e ao entrevistado, permitindo que este fale sobre temas importantes para si e que não foram previstos anteriormente pelo pesquisador (BELL, 2008).

7.4.5 Gravador

As entrevistas foram gravadas com o auxílio de um gravador de voz digital destinado exclusivamente a este propósito. Foi esclarecido para as participantes que a sua identidade seria preservada e que o conteúdo gravado seria de acesso exclusivo da pesquisadora, garantindo o sigilo do material, que foi posteriormente deletado.

O uso do gravador teve o objetivo de auxiliar a pesquisadora a manter a sua atenção totalmente voltada à participante durante toda a entrevista, bem como garantir uma maior precisão dos dados transcritos (BELL, 2008).

7.5 Procedimentos

7.5.1 Procedimento de intervenção

Após a autorização para a realização da pesquisa pela Secretaria de Segurança Pública do Estado em que se localiza a penitenciária em que o estudo foi realizado, a pesquisadora foi ao local em três datas e horários combinados com a equipe para a aplicação, em grupo, dos instrumentos da etapa quantitativa.

Dadas as questões levantadas na seção 7.3 Participantes, os grupos foram constituídos tanto por mulheres presas por tráfico de drogas ou associação ao tráfico (GTD) quanto por aquelas que haviam cometido outros delitos (GO). A quantidade de

participantes e a composição do grupo foi diferente em cada ocasião, uma vez que a instituição utilizou critérios para a formação dos grupos que, no entender da equipe gestora, ofereciam maior segurança. A pesquisadora não entrevistou nessa seleção. A aplicação dos instrumentos ocorreu em uma cela da instituição que era denominada “escola” e que se localizava no início do corredor onde ficavam as demais celas femininas.

Diante de cada grupo, foram explicados os objetivos do estudo, ressaltando-se a importância da participação para ampliar o conhecimento acerca do estado emocional das mulheres encarceradas, bem como para conferir maior visibilidade às demandas dessa população. Orientou-se que o estudo se desenvolveria em duas fases. A primeira envolvia resposta a questionários e a segunda, entrevista para a qual algumas das mulheres, selecionadas por sorteio, seriam convidadas a participar de maneira voluntária. Após os esclarecimentos sobre a pesquisa, todos os aspectos éticos envolvidos foram detalhados, procedendo-se à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Em todas as ocasiões, a pesquisadora leu as perguntas do questionário e das escalas em voz alta e as participantes marcaram suas respostas em folhas específicas. Ao término da aplicação, a pesquisadora chamava as agentes penitenciárias e estas trocavam os grupos.

A análise estatística dos resultados levantados na primeira fase forneceram os parâmetros para a identificação das participantes para a fase seguinte. Nesse momento, a pesquisadora combinou com a equipe da penitenciária dia e horário e retornou à instituição para iniciar a coleta de informações da segunda etapa. O convite para cada participante selecionada foi realizado pela pesquisadora pessoal e individualmente. Todas as selecionadas aceitaram participar e concordaram com a gravação.

Ao início da entrevista individual, a pesquisadora explicou novamente os procedimentos éticos da pesquisa, reforçando o caráter sigiloso das informações e a proteção da identidade da participante, após o que começou a gravação da entrevista, conforme acordado com a participante. A entrevista ocorreu na sala da psicóloga da instituição, cedida para que o trabalho pudesse ser realizado.

Prevê-se que, concluídas as duas fases da coleta, proponha-se à equipe da instituição uma ação de contrapartida que poderá envolver atividade a ser realizada com as presas e/ou reunião de devolutiva para os profissionais do local.

7.5.2 Procedimento de análise

As informações quantitativas foram analisadas por meio do programa IBM SPSS versão 25. O nível de significância adotado foi de 0,05. Para as variáveis numéricas foram calculados média, desvio-padrão e intervalo de confiança a 95%. Foram utilizadas técnicas de análise multivariada que permitiram a construção de *clusters* de acordo com as pontuações obtidas no SRQ-20 e PANAS. Possíveis correlações entre as variáveis numéricas e/ou ordinais foram verificadas pelo coeficiente de correlação de Pearson ou Spearman.

As informações qualitativas obtidas por meio das entrevistas foram transcritas pela pesquisadora e analisadas de acordo com a análise temática proposta por Ezzy (2002). Em um primeiro momento, a pesquisadora realizou diversas leituras exploratórias, buscando identificar temas emergentes no material coletado. Posteriormente, por meio da comparação e identificação entre os temas, foram identificadas categorias temáticas que abarcavam temas semelhantes.

Por fim, as informações quantitativas e qualitativas foram integradas e relacionadas entre si. Esses resultados são discutidos à luz dos objetivos propostos neste estudo, da literatura existente sobre o tema e da perspectiva teórica da psicologia analítica.

7.5.3 Procedimento ético

A pesquisa foi realizada de acordo com os requerimentos éticos em pesquisa envolvendo seres humanos preconizados pela Resolução CONEP 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, pela Resolução CNS/MS 510/2016, pelo Regimento do Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP) e pelo Termo de Responsabilidade Sobre Uso e Sigilo de Dados da Secretaria de Justiça e Segurança Pública (SEJUSP), tendo sido aprovada pelo Comitê de Ética da PUC-SP, CAAE nº 62769622.7.0000.5482.

O modelo do TCLE consta do Apêndice D. No Anexo C, encontra-se a carta de autorização para realização da pesquisa, com exclusão dos dados de identificação da instituição com vistas a garantir o anonimato das participantes.

8 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Este capítulo apresenta a análise dos dados quantitativos e qualitativos que foram coletados na primeira e segunda fase da pesquisa, por meio da aplicação do Questionário sociodemográfico, do *Self-reporting Questionnaire* (SRQ-20) e da Escala de Afetos Positivos e Negativos (PANAS) bem como da entrevista semiestruturada. A análise dos resultados obtidos na fase quantitativa foi realizada por meio de procedimentos da estatística descritiva, que permitiram a caracterização da população. Também foram aplicados testes de hipóteses para fins de comparação e correlação. A análise das informações qualitativas foi obtida utilizando-se a análise temática proposta por Ezzy (2002), buscando-se uma melhor compreensão das narrativas subjetivas e do sofrimento mental experimentado pelas mulheres presas e a ampliação dos resultados decorrentes da fase quantitativa. Em seguida, propôs-se uma compreensão do tema a partir da integração das informações quantitativas e qualitativas.

8.1 Resultados quantitativos

Foram analisados os resultados obtidos por meio dos seguintes instrumentos: Questionário sociodemográfico; *Self-reporting Questionnaire* (SRQ-20); e Escala de Afetos Positivos e Afetos Negativos (PANAS). Para tanto, utilizou-se o programa *IBM SPSS Statistics* versão 25. O nível de significância estatística adotado neste estudo foi de 0,05.

O teste de Shapiro-Wilk comprovou que grande parte das variáveis levantadas pelo estudo não atendia à distribuição normal. Em razão disso, realizou-se a análise estatística para métodos não paramétricos.

As circunstâncias que levaram a participar da pesquisa tanto mulheres presas por tráfico de drogas ou associação ao tráfico (GTD) quanto aquelas que haviam cometido outros delitos (GO) permitiram que se analisassem comparativamente os resultados quantitativos dos dois grupos. Dessa forma, foi possível investigar a influência da variável “tipificação do crime” no conjunto de dados levantados.

As variáveis de caracterização da amostra do “Grupo de tráfico de drogas” (GTD) e do “Grupo de outros delitos” (GO) foram mostradas em frequência (n) e porcentagem em relação ao n total. Os resultados obtidos por meio das escalas

utilizadas são apresentados em termos de pontuações mínima e máxima, média, desvio-padrão e intervalo de confiança a 95%. A comparação entre proporções foi realizada pelo teste qui-quadrado ou teste de Fisher, e a comparação das pontuações médias das escalas entre os grupos por meio do teste de Mann-Whitney.

Em seguida, foi realizada análise de correlação bivariada entre as variáveis numéricas da pesquisa, por meio do cálculo do coeficiente de correlação de Spearman. Entre as variáveis numéricas e dicotômicas, foi calculado o coeficiente de correlação ponto-bisserial. A interpretação das correlações foi realizada conforme proposto por Evans (1996): muito fraca (de 0,00 a 0,19); fraca (de 0,20 a 0,39); moderada (de 0,40 a 0,59); forte (de 0,60 a 0,79) e muito forte (de 0,80 a 0,99).

Para a análise dos resultados obtidos com o instrumento SRQ-20, calculou-se o resultado pela soma total das respostas “sim” e se considerou como em sofrimento mental as participantes que alcançaram escore maior ou igual a sete. Para a comparação dos grupos GTD e GO, utilizou-se o teste exato de Fisher. Para os resultados do PANAS, considerou-se uma amplitude mínima de 10 e máxima de 50 pontos. Obteve-se, assim, dados como a média, desvio padrão e intervalo de confiança.

8.1.1 Cálculo amostral

O cálculo amostral foi obtido por meio do programa GPower, versão 3.1.9.4 (FAUL *et al.*, 2007). O cálculo considerou previamente uma análise de comparação de médias entre os dois grupos. As seguintes premissas foram adotadas: tamanho de efeito esperado de 0,65; erro tipo I (α) de 5% e poder do teste ($1-\beta$) de 80%. Foi obtida uma amostra mínima de 39 participantes por grupo, número esse que foi superado no presente estudo.

8.1.2 Grupo de tráfico de drogas (GTD)

8.1.2.1 Descrição da amostra

Tabela 1 – Distribuição da amostra por idade – GTD

Grupo	n	Mínimo	Máximo	Mediana	Idade M (DP)	IC 95%	p-valor*
GTD	41	19,0	63,0	29,0	32,7 (10,8)	29,3-36,1	0,188

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Nota. GTD: Grupo de tráfico de drogas; M (DP): Média e desvio-padrão; IC 95%: intervalo de confiança a 95%.

Dentre as 93 participantes do levantamento de dados quantitativos, 41 eram do Grupo de tráfico de drogas (GTD). Possuíam idades entre 19 e 63 anos, com idade média de 32,7(DP=10,8). Essa média corrobora os estudos incluídos na revisão de pesquisas que tiveram como participantes mulheres presas com média de idade entre 30,8 e 39,6.

Salmaso (2004), considera que, na faixa etária entre 25 e 34 anos, as mulheres que cometem crimes geralmente já têm filhos necessitando obter rendimentos que lhes permitam garantir o cuidado de sua família, já que, em sua maior parte, encontram-se nas camadas financeiras menos privilegiadas da sociedade. De outro lado, a mesma autora aponta vulnerabilidade semelhante daquelas mulheres que têm entre 35 aos 39 anos de idade, pois, devido a faixa etária em que se encontram, enfrentam dificuldades em conseguir atividade remunerada. Acresce-se a essas condições o baixo grau de instrução frequente nessa população o que, para Salmaso (2004), seria outro obstáculo à inserção no mercado de trabalho dessas mulheres que, então, recorreriam ao crime como forma de obter os recursos de que necessitam.

Tabela 2 – Estado civil – GTD

Estado civil	GTD (n=41)	
	n	%
Solteira	22	53,7
Casada / União estável	14	34,1
Divorciada / Separada	3	7,3
Viúva	2	4,9

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Nota. GTD: Grupo de Tráfico de Drogas;

Em relação ao estado civil, observou-se que praticamente a metade da população em GTD é composta por mulheres solteiras (53,7%), o que corrobora os dados nacionais encontrados no relatório do DEPEN (BRASIL, 2022), que aponta que a maior parte (42,86%) da população feminina encarcerada é composta por mulheres solteiras. Esse dado também é compatível com o encontrado na pesquisa de Augsburguer *et al.* (2022), em que houve maior prevalência de mulheres solteiras (51,8%), mas não com os resultados relatados por Chow *et al.* (2018), cujo estudo envolveu amostra em que a maior parte das mulheres participantes (46,8%) era casada e o restante se dividia entre solteiras e/ou separadas ou viúvas.

O fato de que mais da metade da amostra é composta por mulheres solteiras e 90% das participantes desta pesquisa são mães, parece apoiar os resultados dos estudos de Salmasso (2004) e de Cortina (2015). Esses autores, ao elencar alguns dos motivos que estariam associados à prática criminosa, destacam a busca por fonte de renda e sustento da família, já que muitas mulheres encarceradas desempenham a função de chefes de família monoparental.

Tabela 3 – Cor/etnia/raça – GTD

Cor/etnia/raça	GTD (n=41)	
	n	%
Branca	9	22,0
Preta	6	14,6
Parda	26	63,4
Amarela	0	0

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Nota. GTD: Grupo de Tráfico de Drogas

Com relação à etnia/cor de pele, a maioria das participantes do GTD (78%) se autodeclararam não brancas. Na revisão da bibliografia que apoia esta pesquisa, apenas dois estudos realizados no Brasil destacaram a informação relativa à cor. Os dados obtidos no estudo de Audi *et al.* (2018) indicam que 51,9% das participantes se declararam não brancas, ao passo que, na pesquisa de Santos, Barros e Andreoli (2019), essa proporção foi ainda mais alta, alcançando 63,6% de mulheres que declararam não ter a cor branca.

Vale ressaltar que Fernandes e Ercolani (2020) falam da importância de se revelar esses números para que se possa debater acerca do encarceramento em massa das mulheres pretas, que aponta para a profundidade do racismo estrutural existente em nosso país. A prisão é vista, assim, como uma mais uma forma de manter a perseguição e a exclusão das mulheres pretas da sociedade, aumentando sua vulnerabilidade e diminuindo suas chances de ter uma existência digna e saudável.

Tabela 4 – Escolaridade – GTD

Escolaridade	GTD (n=41)	
	n	%
Não frequentou escola	1	2,4
Ensino fundamental I	3	7,3
Ensino fundamental II	20	48,8
Ensino médio	14	34,1
Ensino superior	3	7,3

Fonte: Dados da pesquisa, 2022

Nota. GTD: Grupo de Tráfico de Drogas; GO: Grupo de Outros delitos.

Os dados desta pesquisa apontaram que a escolaridade máxima, para o GTD, foi o Ensino Fundamental I (48,8%). Esse dado parece apoiar os resultados encontrados na literatura que indicam que, em geral, mulheres presas têm baixa escolaridade (AUDI *et al.*, 2018; AUGSBURGER *et al.*, 2022; ANTONETTI *et al.*, 2018; CHOW *et al.*, 2018; MAK *et al.*, 2021). No estudo de Lopes, Mello e Argimon (2010), a baixa escolaridade foi considerada um fator que contribui para o aumento da prática de delitos.

Tabela 5 – Número de filhos – GTD

Variável	GTD (n=41)	
	n	%
Filhos		
0	4	9,8
1	12	29,3
2	2	4,9
3	10	24,3
4	7	17,1
5+	6	14,6

Fonte: Dados da pesquisa, 2022

Nota. GTD: Grupo de Tráfico de Drogas

A maioria das participantes em GTD é mãe (90,2%), destacando-se que 13 mulheres, ou cerca de um terço do grupo, têm quatro ou mais filhos. Esse achado é compatível com os resultados encontrados por Antonetti *et al.* (2018), Augsburger *et al.* (2022) e Audi *et al.* (2018) e se contrapõem à tendência de diminuição do número médio de filhos por mulher, identificada pelo Observatório Nacional da Família com base em dados do IBGE. Segundo o Relatório Fatos e Números – Famílias e filhos no Brasil⁹, esse número decresceu de 6,28 para 1,87 entre 1960 e 2010. O mesmo relatório aponta, todavia, que mulheres com mais de oito anos de estudos têm, em média, metade do número de filhos das que têm até três anos de estudo. Assim, a baixa escolaridade poderia ser vista como um dos fatores a influenciar esse que nos parece ser um expressivo número de mulheres com mais filhos na amostra.

Em seu estudo, Bratti (2021) destaca que as mães encarceradas sofrem uma dupla penalização, em razão do preconceito de gênero e do estigma social associado à sua condição. Assim, para além de serem vistas como “mulheres criminosas”, têm que carregar a imagem de “mães criminosas”, o que tende a afetar sua autoestima e dificultar a reconstrução de suas vidas após o aprisionamento. Essa autora define a dupla penalização como sendo resultado de um sistema de punição que é influenciado tanto pelo preconceito de gênero e estabelecimento de um estigma social, traz a difícil imagem de que mais negativo ainda do que ser uma “mulher criminosa” é ser uma “mãe criminosa”.

⁹ Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/observatorio-nacional-da-familia/fatos-e-numeros/familias-e-filhos-no-brasil.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2023.

Tabela 6 – Renda – GTD

Variável	GTD (n=41)	
	n	%
Renda (em salários mínimos)		
até ½	14	34,1
de ½ a 1	16	39,0
de 1 a 2	5	12,2
de 2 a 3	3	7,3
de 3 a 4	1	2,4
de 4 a 6	2	4,9

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Nota. GTD: Grupo de Tráfico de Drogas

A renda da família para a maior parte das mulheres em GTD variou entre meio e um salário mínimo (73,1%), renda bem inferior à média de ganhos das mulheres no Brasil que estão na faixa etária dos 30 aos 49 anos que, segundo dados do IBGE¹⁰ é de R\$2220,00. Esse dado tende a confirmar que mulheres presas são oriundas do estrato da população que está em situação de vulnerabilidade. Oliveira (2019) chega a citar a pauperização das mulheres como elemento determinante para os crescentes índices de encarceramento feminino observado nas últimas décadas.

Portanto, a pobreza é fator determinante para o encarceramento feminino. A pauperização das mulheres dada as suas condições de existência na sociedade, com menor acesso a trabalhos com boa remuneração, inseridas em duplas ou triplas jornadas de trabalho, maternidade precoce, ou solo, ou com pouca ajuda do cônjuge, assim como os índices de violência contra a mulher, acabam sendo determinantes para o empobrecimento feminino, e as inserem dentro de um sistema que as considera suspeitas e de um sistema penal de justiça seletivo, racista e classista. (OLIVEIRA, 2019, não paginado)

Tabela 7 – Distribuição da amostra por tempo de prisão (meses) - GTD

Grupo	n	Mínimo	Máximo	Tempo prisão M (DP)	IC 95%
GTD	41	0,2	64,0	17,7 (19,7)	11,5-24,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Nota. GTD: Grupo de tráfico de drogas; M (DP): Média e desvio-padrão; IC 95%: intervalo de confiança a 95%.

¹⁰ Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/multidominio/genero/20163-estatisticas-de-genero-indicadores-sociais-das-mulheres-no-brasil.html>. Acesso em: 15 abr. 2023.

Com relação ao tempo de prisão encontrou-se uma média de encarceramento das participantes no GTD de 17,7 meses (DP= 19,7) até a data da pesquisa. Varella atenta para os possíveis “distúrbios de comportamentos, transtornos psiquiátricos” (VARELLA, 2017, p. 39) e, ainda, para as dificuldades de reinserção na sociedade que pode ocorrer quando se tem um longo período de aprisionamento.

Tabela 8 – Atividade prisional e número de prisões – GTD

Variável	GTD (n=41)	
	n	%
Participa de atividade prisional	5	12,2
Número de prisões		
1	17	41,5
2	13	31,7
3	6	14,6
4+	5	12,2

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Nota. GTD: Grupo de tráfico de drogas.

Com relação à atividade prisional, as mulheres que não têm acesso a nenhuma atividade representam 87,8% do GTD. Santos *et al.* (2017b) destacam como a prisão, ao promover a desocupação, favorece a ociosidade e a perda da noção temporal, desse modo interferindo negativamente na saúde mental das mulheres.

Em GTD, 41,5% das participantes estava em cumprimento de sua primeira prisão. Com duas prisões, o índice foi de 31,7% e, com quatro ou mais prisões, de 12,2%. Cury e Menegaz (2017) compreendem que o abandono sofrido pelas mulheres no sistema prisional seja pelo estado ou pelos familiares será um dos fatores que irão promover uma maior vulnerabilidade para que ocorra a reincidência ao crime e não se consiga efetivar o intento da reinserção da mulher na sociedade.

Tabela 9 – Vínculos – GTD

Variável	GTD (n=41)	
	n	%
Vínculos familiares		
Excelente	18	43,9
Bom	12	29,3
Regular	8	19,5
Ruim	3	7,3
Péssimo	0	0,0
Vínculos sociais		
Excelente	7	17,1
Bom	26	63,4
Regular	6	14,6
Ruim	1	2,4
Péssimo	1	2,4

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Nota. GTD: Grupo de tráfico de drogas.

Em termos dos vínculos familiares, 43,9% das participantes do GTD indicaram ter vínculos excelentes. Na outra ponta do espectro, 7,3% apontaram vínculos ruins. Os vínculos sociais foram classificados como sendo bons para 63,4% do GTD, ao passo que para 2,4% tais vínculos foram classificados como péssimos. Como se verá adiante, na análise qualitativa, há um paradoxo entre esses resultados e os dados levantados durante as entrevistas, nas quais prevaleceram relatos de sentimentos de abandono e desamparo.

Silva *et al.* (2021) ressaltam a função da família para a mulher presa. Para além do afeto, o apoio familiar abrangeria o sustento na prisão por meio do fornecimento de medicamentos, produtos de higiene pessoal, limpeza e, ainda, de alimentos, suprimindo assim a carência dos recursos a que estas mulheres estão submetidas durante o processo de institucionalização.

8.1.2.2 Resultados das escalas

Para a análise do *Self-reporting Questionnaire* (SRQ-20), calculou-se o resultado pela soma total das respostas “sim” e se considerou como em sofrimento mental aquelas participantes que apresentavam escore maior ou igual a sete. Também se utilizou a divisão em fatores do SRQ-20 proposta por Iacaponi e Mari

(1989), para que fosse possível ampliar a compreensão do sofrimento mental. Os fatores recomendados por esses autores são: decréscimo de energia vital (de 0 a 6 pontos), sintomas somáticos (de 0 a 6 pontos), humor depressivo (de 0 a 4 pontos) e pensamentos depressivos (de 0 a 4 pontos).

Tabela 10 – SRQ-20 Síntese dos escores totais – GTD

Pontuação do SRQ-20	GTD (n=41)	
	n	%
< 7 (Sem TMC)	5	12,2
≥ 7 (Possibilidade de TMC)	36	87,8

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Nota. GTD: Grupo de tráfico de drogas;

Como apresentado na Tabela 10, entre mulheres participantes do GTD, apenas 5 (12,2%) não apresentaram pontuação indicativa da possibilidade de transtorno mental comum (TMC), ao passo a grande maioria (87,8%) tem alta probabilidade de estar experimentando um estado de sofrimento mental. Esses resultados são compatíveis com os encontrados por AUDI *et al.*, (2018) e estão refletidos no escore médio obtido para SRQ Total, como apresentado na Tabela 11, a seguir.

Tabela 11 – SRQ-20 Pontuação média – GTD (n=41)

Escala	Amplitude	Mín.	Máx.	M (DP)	IC 95%
SRQ total	0-20	1	20	11,9 (4,5)	10,5-13,4
SRQ Decréscimo de energia vital	0-6	0	6	3,3 (2,1)	2,7-4,0
SRQ Sintomas somáticos	0-6	0	6	3,5 (1,6)	3,0-4,0
SRQ Humor depressivo	0-4	1	4	3,2 (0,9)	2,9-3,5
SRQ Pensamentos depressivos	0-4	0	4	2,0 (1,5)	1,5-2,4

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Nota. GTD: Grupo de tráfico de drogas; Média e desvio-padrão; IC 95%: intervalo de confiança a 95%.

Em termos dos fatores, os escores médios encontrados para “decréscimo de energia vital” (3,3), “sintoma somáticos” (3,5) e “pensamentos depressivos” (2,0) localizam-se em torno do ponto mediano para essas categorias, ao passo que, no caso de “humor depressivo” (3,2), o escore médio se aproxima da pontuação máxima considerada para essa categoria.

Esses resultados parecem indicar que, na amostra, o fator que afetaria o sofrimento mental com mais intensidade seria aquilo que Iacaponi e Mari (1989) definiu como “humor depressivo” e que, na escala, corresponde às perguntas: Você chora mais que o usual? Você se sente infeliz? Você se sente nervoso, tenso ou preocupado?

Tabela 12 – Pontuações da escala PANAS – GTD (n=41)

Escala	Amplitude	Mín.	Máx.	M (DP)	IC 95%
PANAS AP	10-50	12	44	30,0 (7,5)	27,6-32,4
PANAS AN	10-50	15	46	30,3 (8,0)	27,7-32,8

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Nota. GTD: Grupo de tráfico de drogas; Média e desvio-padrão; IC 95%: intervalo de confiança a 95%.

Na compreensão de Watson, Clark e Tellegen (1988), os afetos negativos são aqueles que tratam da experiência afetiva relacionada a sentimentos de raiva, culpa e medo, que seriam os representantes de estados de sofrimento ou estresse, ao passo que os afetos positivos seriam representados pela expressão de sentimentos como estar entusiasmado, ativo e alerta, com alta energia, concentração e prazer. Como apresentado na Tabela 12, em GTD os escores relacionados a afetos negativos e a afetos positivos são semelhantes.

8.1.3 Comparação entre GTD e GO

Os grupos GTD e GO foram considerados semelhantes com relação a todas as variáveis sociodemográficas levantadas, uma vez que o p-valor encontrado por meio do teste de Mann-Whitney se encontra acima do nível de significância do estudo (0,05 ou 5%), como apresentado nas Tabelas 13 a 21, constantes do Apêndice E – Dados comparativos entre GTD e GO.

No que diz respeito aos resultados obtidos nas escalas, o teste de Fisher indica que esses grupos podem ser considerados semelhantes nos aspectos avaliados pelo SRQ-20, ao passo que o Teste U de Mann-Whitney aponta na mesma direção no que se refere aos aspectos avaliados pela escala PANAS. As Tabelas 22 a 24, do Apêndice E apresentam esses dados em detalhe.

8.1.4 Testes de correlação

Uma vez que a análise estatística demonstrou a semelhança entre GTD e GO em termos tanto das variáveis sociodemográficas pesquisadas quanto dos resultados obtidos por meio dos instrumentos empregados, procedeu-se à análise de correlações para a amostra total.

Vale lembrar que uma correlação estatisticamente significativa entre duas variáveis não é necessariamente uma relação causal, e sim uma indicação de correlação estatística. Muitas correlações são consideradas espúrias, ou seja, ocorrem por fatores aleatórios ou mesmo em razão de uma variável não contemplada no estudo.

Foram analisadas as correlações bivariadas entre as variáveis numéricas e ordinais (Quadro 1 e Quadro 2). Como apresentado no Quadro 1, a existência de uma correlação negativa entre “participação de atividades na prisão” e uma menor pontuação no SRQ-20, nas categorias “decréscimo de energia vital” e “pensamentos depressivos”, indicaria que, quanto maior a participação em atividades menor será o sofrimento mental. Essa possibilidade se vê reforçada pela correlação positiva entre “participação de atividades na prisão” e a vivência de afetos tal como avaliada pelo PANAS: as mulheres que participam de atividades tendem a ter pontuações mais altas em “afetos positivos” e pontuações menores em “afetos negativos”.

Nesse sentido, pode-se levantar a hipótese de que as atividades desenvolvidas no ambiente prisional podem ser compreendidas como um fator de proteção à saúde mental das mulheres encarceradas. Esses dados corroboram os resultados encontrados pelo estudo de Santos *et al.* (2017a), destacado na revisão de pesquisas, que apontaram que as atividades educativas e o trabalho seriam importantes fatores protetivos da saúde psíquica da mulher privada de liberdade. Também Rodrigues (2021) aponta como sendo prioritário o investimento durante o aprisionamento no sentido de desenvolvimento da autoestima e da valorização de aspectos profissionais,

visando estimular as mulheres presas a ressignificar a visão sobre si, ampliar a capacidade relacional, adquirir novos *insights* bem como desenvolver autonomia e competências que abram novas possibilidades quando do regresso à comunidade.

Quadro 1 – Correlações bivariadas significativas (ponto bisserial) entre as variáveis numéricas e dicotômicas ($p < 0,05$)

Variável 1 [†]	Variável 2	r
Participa de alguma atividade na prisão	SRQ Total	-0,285**
Participa de alguma atividade na prisão	SRQ Decréscimo de energia vital	-0,239*
Participa de alguma atividade na prisão	SRQ Pensamento depressivo	-0,266**
Participa de alguma atividade na prisão	PANAS Afetos positivos	0,216*
Participa de alguma atividade na prisão	PANAS Afetos negativos	-0,322**

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Nota. IC 95%: intervalo de confiança a 95%.

* correlações significativas no nível de 0,05 (bicaudal)

** correlações significativas no nível de 0,01 (bicaudal)

† Padrão adotado: 1=não, 2=sim

Ao analisarmos a percepção sobre vínculos familiares e sociais, encontramos que as mulheres com mais tempo de prisão tendem a ter uma percepção mais positiva dos seus vínculos familiares (Quadro 2). Há uma correlação entre essa percepção e o grau de instrução das participantes, ou seja, quanto maior a escolaridade mais positiva a percepção dos vínculos familiares. Também encontramos correlação entre uma percepção positiva de vínculos familiares e uma percepção positiva dos vínculos sociais. Esses dados parecem indicar que o investimento em educação, talvez especificamente voltada para o desenvolvimento de habilidades socioemocionais, possa ser um fator que contribuiria para a possibilidade do estabelecimento de melhores vínculos familiares e sociais.

Todavia, os resultados do estudo de Ramos (2013) apontaram um cenário oposto ao ideal. Segundo a autora, a educação escolar oferecida nas prisões é praticamente inoperante, em razão da falta de investimento que se reflete na insuficiência do material didático, na inexistência de locais apropriados e na ausência de professores preparados. Além disso, a participação em atividades educacionais não promove a remição da pena de modo significativo, sendo o trabalho mais estimulado como forma de diminuição do tempo de encarceramento. Desse modo, o poder público não incentiva a educação nem promove uma educação emancipatória.

Quadro 2 – Correlações bivariadas significativas (Spearman) entre as variáveis numéricas ou ordinais ($p < 0,05$)

Variável 1	Variável 2	ρ
Vínculos familiares	Tempo de prisão	-0,271*
Vínculos sociais	Escolaridade	-0,234*
Vínculos sociais	Vínculos familiares	0,399**
SRQ Total	Quantidade de filhos	0,210*
SRQ Total	Vínculos familiares	0,210*
SRQ Sintomas somáticos	Idade	0,274**
SRQ Humor depressivo	Tempo que recebe auxílio financeiro	0,259*
SRQ Humor depressivo	Vezeas que foi presa	-0,219*
SRQ Humor depressivo	Vínculos familiares	0,233*
SRQ Pensamentos depressivos	Idade	0,232*
SRQ Pensamentos depressivos	Escolaridade	-0,226*
SRQ Pensamentos depressivos	Quantidade de filhos	0,243*
SRQ Pensamentos depressivos	Vínculos familiares	0,264*
PANAS Afetos positivos	Quantidade de filhos	0,250*
PANAS Afetos positivos	Tempo na prisão	0,344**
PANAS Afetos negativos	Tempo que recebe auxílio financeiro	0,292**
PANAS Afetos negativos	Vínculos familiares	0,210*

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Nota. IC 95%: intervalo de confiança a 95%.

* correlações significativas no nível de 0,05 (bicaudal)

** correlações significativas no nível de 0,01 (bicaudal)

Outra correlação verificada diz respeito àquela que existe entre o escore total do SRQ-20 (Quadro 2) e a percepção sobre os vínculos familiares. Lembrando que as respostas às perguntas sobre vínculos sociais e familiares têm pontuação invertida, os dados indicam que as participantes que percebem mais negativamente seus vínculos familiares tendem a apresentar maior sofrimento mental. Esses resultados corroboram os encontrados por Araújo e Chaves (2021) e Britto, Espinoza e Carvalho (2022), em estudos que constatarem que as mulheres presas passam a ser estigmatizadas, por se distanciarem de uma visão tradicional dos atributos femininos, dentre eles, o cuidado com a família e a docilidade. O não cumprimento dessas expectativas gera vergonha para as famílias e amigos, que reagem abandonando as mulheres presas que, sem cuidado e apoio, são relegadas e condenadas ao desamparo no sistema prisional.

Participantes com mais idade tendem a pontuar mais tanto na categoria “sintomas somáticos” quanto na categoria “pensamentos depressivos” do SRQ-20.

Tais achados são compatíveis com os resultados do estudo de Ferreira (2021) que observou a maior incidência de transtornos de ansiedade e de depressão na população idosa comparativamente às mulheres presas jovens. A autora associa dois motivos para tanto: a precariedade dos serviços de saúde oferecidos nas unidades e, também, a falta de atenção dos profissionais.

A categoria “humor depressivo” do SRQ-20 tem correlação negativa com “número de prisões”, o que sugere que, quanto maior a quantidade de vezes em que a participante foi presa, menor a vivência atual de humores deprimidos. É possível considerar a ideia de que a não manifestação de humores deprimidos possa estar associada a uma indiferença forjada ao longo dos vários episódios de aprisionamento. Tal indiferença se, de um lado, atuaria como um fator protetivo, de outro não seria favorável ao processo de reflexão sobre os atos que levaram ao encarceramento e, portanto, contribuiria para a reincidência criminal e a redução de perspectivas fora do crime.

Também encontramos uma correlação negativa entre “humor depressivo” e “vínculos familiares”, apontando para a tendência estatística de que, quanto mais negativamente são percebidos os vínculos com a família, maior é a vivência de estados depressivos de humor. Acrescente-se a esses resultados os achados de Jesus *et al.* (2015), cujo estudo apontou que o abandono dos familiares que ocorre nas penitenciárias femininas influencia a qualidade de vida e o processo de ressocialização de mulheres aprisionadas.

Também foi verificada a correlação entre a categoria “pensamentos depressivos” do SRQ-20 e o nível de escolaridade, isto é, participantes com maior escolaridade tendem a ter menor pontuação nessa categoria. Junte-se a esse achado os resultados encontrados por Almeida-Filho *et al.* (2004), indicando que um menor grau de instrução se relaciona a presença de transtornos depressivos mais em mulheres do que em homens. De outra parte, tanto esta pesquisa quanto os demais estudos levantados indicam a prevalência de baixa escolaridade entre mulheres encarceradas o que, segundo os dados ora obtidos, indicaria a possibilidade de esse fator contribuir para a ocorrência de pensamentos depressivos no conjunto da população feminina encarcerada, com impacto na saúde mental dessas mulheres. Essa hipótese mereceria ser explorada em estudos futuros.

8.1.5 Síntese dos resultados quantitativos

Em síntese, em termos das características sociodemográficas levantadas neste estudo, não há diferenças estatísticas significativas entre os grupos GTD – Grupo de tráfico de drogas e GO – Grupo de outros delitos. Isso parece sugerir que o delito “tráfico de drogas” não diferencia essa população das demais mulheres encarceradas, como se todas partilhassem das mesmas condições sociodemográficas. A amostra estudada foi constituída, em sua maior parte, por mulheres solteiras (n= 47; 50,5%), encarceradas em média por 14 meses (média aritmética dos tempos de encarceramento) à época da pesquisa, que cursaram apenas até o Ensino Fundamental II (n=58; 62,4%), e que contam com renda média de até um salário mínimo por família. A grande maioria (n= 83; 89,2%) é formada por mães.

Também quando consideramos os resultados obtidos por meio das escalas aplicadas, não encontramos diferença significativa entre os grupos GTD e GO, no que se refere ao nível de sofrimento mental, que se mostrou elevado independentemente da tipificação do crime. O que se verificou foi que, em ambos os grupos, existe um elevado índice que aponta que 90,3% (n= 84) das mulheres podem estar sofrendo de transtorno mental comum, indicando um alto nível de sofrimento mental presente na instituição.

Uma das categorias do SRQ-20 que mais evidenciaram resultados elevados foi a categoria SRQ Humor Depressivo, em que foi encontrada uma média em ambos os grupos GTD (3,2) e GO (3,3) bem próxima da amplitude máxima (0-4).

8.2 Resultados qualitativos

Este estudo considerou também a realização de análise qualitativa, buscando ampliar o entendimento sobre as narrativas de vida e o possível sofrimento mental das mulheres em liberdade restrita, observando, ainda, se existiriam diferentes variáveis além daquelas encontradas a partir dos resultados quantitativos.

8.2.1 Participantes da etapa qualitativa

Por meio de análise gráfica (eixo x representando a pontuação do TMC e o eixo y representando a pontuação dos afetos negativos), foi possível a identificação de

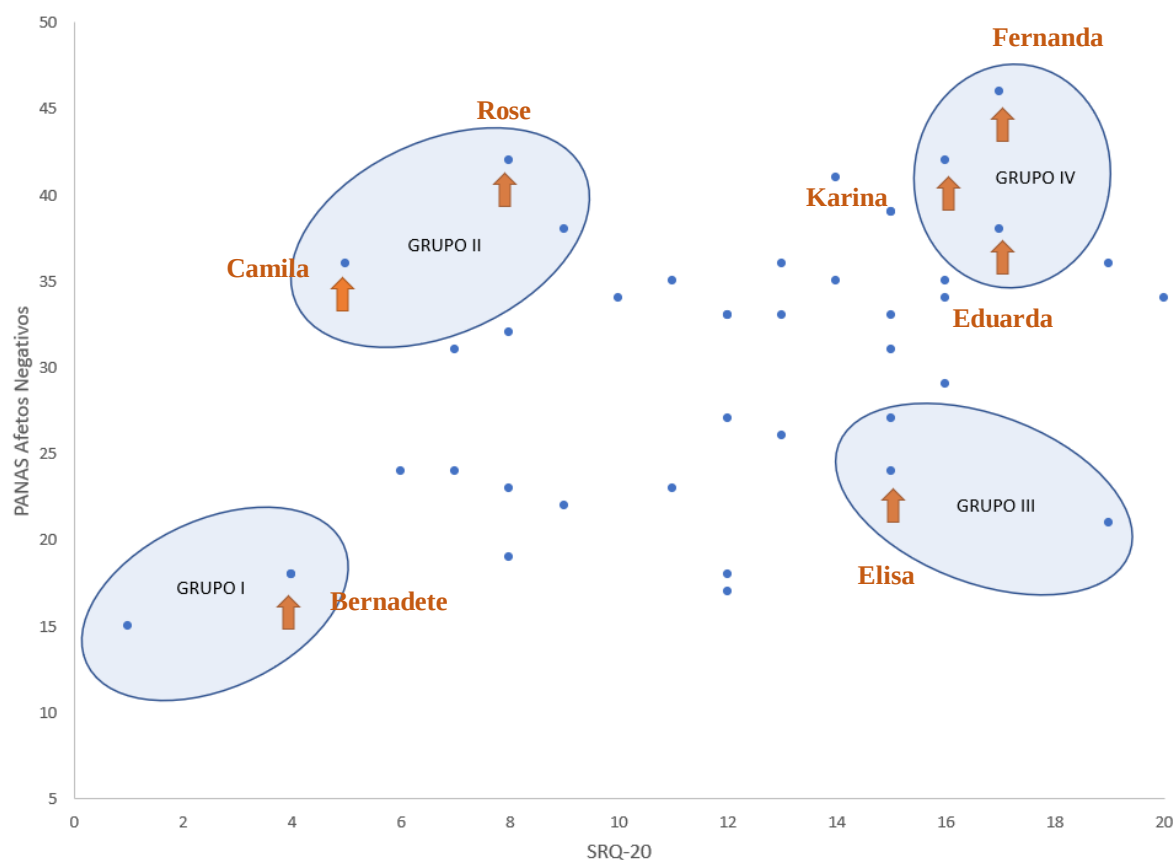
clusters, que levaram em conta a posição de cada participante em relação à amostra, com base nos resultados obtidos nas escalas SRQ-20 e PANAS-Afetos negativos e que determinaram quatro grupos, dispostos em quadrantes. Vale notar que os quadrantes definidos não refletem, necessariamente, o ponto de corte ou a amplitude das escalas, retratando, todavia, a distribuição das posições relativas das participantes em comparação à amostra, nesta pesquisa, de encarceradas por tráfico de drogas. A seguir, os grupos estabelecidos:

- Grupo I: Baixa pontuação no SRQ-20 e baixa pontuação no PANAS-Afetos negativos
- Grupo II: Baixa pontuação no SRQ-20 e alta pontuação no PANAS-Afetos negativos
- Grupo III: Alta pontuação no SRQ-20 e baixa pontuação no PANAS-Afetos negativos
- Grupo IV: Alta pontuação no SRQ-20 e alta pontuação no PANAS- Afetos negativos

Foram selecionadas para a entrevista as participantes com pontuações extremas no SRQ-20 e no PANAS-Afetos negativos, indicadas em cada um dos quadrantes do Gráfico 1. Reforçamos que tais pontos extremos foram elencados com base na posição de cada participante relativamente à amostra.

A princípio, foram selecionadas nove participantes a serem entrevistadas, porém nem todas puderam colaborar: uma havia sido internada e a outra estava de saída da instituição no dia previsto para realização da entrevista. Restaram, assim, as sete participantes destacadas no Gráfico 1 com uma seta e identificadas com nomes fictícios, para preservar o anonimato. As entrevistas foram realizadas em janeiro de 2023, tendo sido previamente agendadas com a diretora de atendimento e realizadas dentro da instituição penitenciária.

Gráfico 1 – Gráfico das pontuações das participantes encarceradas por tráfico de drogas – SRQ-20 e PANAS-AN



8.2.2 Análise temática global

O material coletado nas entrevistas foi inicialmente transcrito, servindo como conjunto de dados para a análise qualitativa, que foi realizada em duas etapas. Na primeira, as informações qualitativas obtidas nas entrevistas foram analisadas de acordo com a análise temática proposta por Ezzy (2002). Foram feitas diversas leituras exploratórias de todo o material coletado, sem a divisão em *clusters*. A partir daí, encontraram-se algumas categorias e temas, que foram analisados em conjunto, obtendo-se, como resultado, as sete categorias e respectivos temas discriminados no Quadro 3 a seguir:

Quadro 3 – Categorias e temas

Categorias	Temas
1. Violência	- Família disfuncional - Parceiros violentos - Pertencimento ao crime
2. Sofrimento materno	
3. Comportamentos de risco	
4. Sofrimento mental	- Culpa e arrependimento - Medo e impotência - Estresse e estado de alerta
5. Contenção e explosão	
6. Perdas afetivas	- Abandono institucional - Perda de vínculos
7. Esperança	

Passa-se a detalhar os aspectos e temas abrangidos em cada classe, com vinhetas que ilustram tais aspectos. Em cada vinheta, para identificar a entrevistada, são utilizados os mesmos nomes fictícios encontrados no Gráfico 1.

8.2.2.1 Violência

Verificou-se o quanto essas mulheres foram afetadas, desde muito cedo, por um histórico perpassado pelo crime e pela vivência de situações violentas, histórico esse que tem início na família de origem e se perpetua, em muitos casos, nos relacionamentos amorosos posteriores e às motivações para a associação ao crime. Isso está em consonância com os achados do estudo de Gabrysch (2020) no Chile. Como descrito (capítulo 5), esse autor observou, por três anos, nove mulheres encarceradas, concluindo que aquelas que tiveram piora em termos de saúde mental haviam sido submetidas, anteriormente ao aprisionamento, a experiências traumáticas, envolvendo violência. Nesta categoria, foram encontrados os seguintes temas:

- Família disfuncional

Quando havia alguém da família ligado ao tráfico ou que fazia uso de substâncias, as participantes se viram, desde muito cedo, expostas a um ambiente disfuncional, em que não contavam com o apoio familiar. Muitas vezes, acabavam exercendo funções como a venda de drogas ou o cuidado de parente dependente químico, em um período da vida em que a criança ou a adolescente necessita, ela própria, de cuidado e afeto e, em tese, deveria estar se dedicando aos estudos. Essa situação tenderia a afetar negativamente o desenvolvimento psicossocial.

Comecei com o lado do crime aos doze anos. Só que minha mãe, ela usava droga, dependente química. Então muitas coisas começaram a mudar. Então, eu comecei a conhecer o outro lado da vida, que é o lado do crime, não é? (Camila)

Já não tive uma infância muito boa. Já nasci numa família do crime. Fui criada assim no crime. Minha mãe era a única honesta da casa. E, então, eu acabei vivenciando tudo isto. E, como qualquer criança que vive aquilo que vê, eu vivi o que eu vi na minha infância, né? Cresci assim. Fui para o crime muito cedo. (Elisa)

[...] colocava[m] droga na minha calcinha. Eu me lembro, eu me lembro até hoje. Eles me pedem perdão pelo que me fizeram até hoje, mas não adianta. São coisas que eu nunca vou esquecer. Eu entrava com pudim na mão, tinha serra dentro, que eu era criança, então ninguém podia pôr a mão em mim. Naquela época, em 1980, 1976, 1978, ninguém podia pôr a mão. Eu nunca fiz isto com os meus filhos. Nunca! (Elisa)

Parte dos relatos obtidos corroboram os depoimentos colhidos por Cortina (2015), estudioso que destaca que muitas mulheres envolvidas nessa modalidade de crime possuem uma perspectiva naturalizada do tráfico, pois, como muitos membros de sua família participam desse tipo de contravenção e é de lá que o tiram seu sustento, elas acabam repetindo a função de seus pais ou parentes próximos.

Destaca-se, ainda, como forma de violência relacionado à família, o abandono afetivo ao qual foram submetidas algumas das mulheres entrevistadas. O abandono afetivo caracteriza-se quando os responsáveis pela criança negligenciam ou são omissos quanto ao dever geral de cuidado¹¹. O relato da infância de algumas das

¹¹ “Segundo o artigo 227 da Constituição Federal e o artigo 4 do Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei 8.069/1990), atribui aos pais e responsáveis o dever geral de cuidado, criação e convivência familiar de seus filhos, bem como e preservá-los de negligências, discriminação, violência, entre outros”.

entrevistadas revela a ausência dos cuidados, da proteção e de um equilíbrio familiar que lhes permitisse um pleno desenvolvimento psíquico, social e emocional, afetando a autoestima e a saúde mental dessas mulheres. Vale lembrar, ainda, que o estudo de Audi *et al.* (2018) constatou correlações independentes e positivas entre a prevalência de transtorno mental comum (TMC) e ter presenciado violência psicológica na infância ou adolescência.

Apenas uma das participantes citou ter sido criada pelo seu pai. As outras nunca o conheceram ou o veem como uma figura ausente em grande parte de suas vidas. Uma relatou ter sido estuprada por seu pai e pelo patrão da mãe durante um ano. Evidenciou-se grande lacuna na função parental e, em alguns casos, mesmo quando as participantes moravam próximo ao pai, continuavam a se manter emocionalmente distantes, o que reforçava a sensação de abandono identificada neste estudo. Sugere-se que a vivência dessa ausência afetiva e da figura protetora teria provocado danos à saúde mental dessas mulheres, levando-as a buscar, em outras relações, mesmo que não saudáveis, e/ou grupos de poder, a figura de um pai. Assim, devido a essa vulnerabilidade, teriam maior probabilidade de associação ao crime.

Ele é meu avô, o pai da minha mãe, eu não tenho pai. (Bernadete)

Como ele [o pai] nunca foi presente na minha vida, está sendo agora, me dando a mão, me estendendo a mão. (Camila)

Tem pai (sic), mas meu pai mora perto de mim, mas é a mesma coisa de não ter. Eu fui conhecer ele faz pouco tempo, porque até então eu não era filha dele. Eu fui conhecer ele quando ele descobriu que estava com câncer. Aí ele precisou de mim e da minha ajuda, né? Aí foi atrás de mim. É aquilo. Até os 25 anos que eu conhecia ele, eu era rejeitada, não me dava atenção, passava na rua e nem ligava comigo. Tanto ele como a família dele. (Fernanda)

Foi difícil, a vida foi difícil. Perdi meus pais novinha. Com treze, com dez anos, morreu meu pai. (Rose)

Outra manifestação de violência relatada foi o estupro por familiares e a não condenação destes. Sugere-se que os sentimentos de segurança, confiança e proteção que deveriam ser internalizados durante a convivência familiar foram

¹¹ cont. Disponível em: <https://www.tjdft.jus.br/institucional/imprensa/campanhas-e-produtos/direito-facil/edicao-semanal/abandono-afetivo#:~:text=O%20artigo%20227%20da%20Constituição,discriminação%2C%20violência%2C%20entre%20outros. Acesso em: 1 maio 2023.>

impactados devido à violação sexual. A impunidade também pode ser entendida como uma circunstância que reforça a sensação de insegurança e desrespeito à dignidade.

Vou começar por tudo. Então que eu entrei na pena do crime por causa da minha infância. Com nove anos de idade eu fui estuprada pela minha mãe, meu pai e o patrão da minha mãe. Fiquei sendo estuprada um ano. Com dez anos, foi descoberto porque eu passei mal. Cheguei a engravidar, onde que fiz o tratamento para interromper a gravidez. [...] Fiquei com a minha mãe. Não fizeram nada com ela não, não teve consequência nenhuma, não teve polícia, não teve conselho tutelar, não teve nada. (Karina)

- Parceiros violentos

O Instituto Maria da Penha classifica como sendo violência doméstica e familiar contra a mulher “qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial”, baseando-se na definição do art. 5º da Lei Maria da Penha¹². A gravidade desta forma de violência acarreta consequências traumáticas e devastadoras para a saúde mental das mulheres que sofrem tal violência.

Batista *et al.* (2020), em seu estudo com mulheres presas que sofreram violência por parceiro íntimos, apontam que a experiência foi vivida de maneira solitária. Mesmo nos casos em que familiares e/ou amigos tinham ciência do ocorrido, não forneciam suporte, o que teria agravado o sofrimento psíquico das participantes da pesquisa.

O presente estudo verificou que três das entrevistadas relataram ter sofrido violência doméstica perpetrada pelo companheiro.

Fiquei casada com ele por sete anos e três meses. Depois eu não aguentei. Fiquei apanhando demais. E eu não sabia que ele era traficante, foi, fui caindo nessa. Ele saía, ia para puteiro e tudo, e me deixava. Chegava bêbado, [eu] apanhava, ficava com o olho roxo, não podia sair pra rua. Aí eu não aguentei mais. Larguei. (Karina)

As entrevistas realizadas dão conta de que quase todas as participantes passaram por rompimento da relação conjugal antes do aprisionamento. Apenas uma das participantes informou continuar casada, mas não tinha contato com o esposo,

¹² Disponível em: <https://www.institutomariadapenha.org.br/violencia-domestica/o-que-e-violencia-domestica.html>. Acesso em: 25 abr. 2023.

que estava preso em outra unidade distante. Havia, no entanto, a promessa de, quando ele saísse da prisão, iria visitá-la e ajudá-la financeiramente. Nos outros casos, ficou evidente, durante as entrevistas, o sofrimento psíquico decorrente da vivência de relações abusivas e da violência a que os parceiros as submeteram. Algumas demonstraram raiva alegando terem sido traídas e/ou sido condenadas por culpa de parceiros envolvidos com o tráfico sem que elas soubessem.

Não foi bom, porque eu tinha que dar comida para a mãe dele. Eu tinha que ajudar a pagar água, luz. Foi um fardo que tirou de minha vida. Se eu faço uma compra para mim, tinha que fazer para a mãe dele. Não. A melhor coisa que aconteceu foi isto na minha vida. Foi o divórcio. Melhor coisa que aconteceu. Ainda o juiz não assinou não, mas está em processo. Mas eu não tenho vínculo nenhum com ele e nem meu filho, não tem vínculo nenhum com ele, por mais que seja pai. Problema, mas que seja pai e só. (Bernadete)

Casamento também é uma prisão, né? Ele foi embora. Eu continuei naquela vida de crime, hum, para criar meu filho. E assim eu fui. Eu fui presa com 29 anos de idade, já tinha minha filha, Agnes. Com 19 anos eu engravidei dela, me casei novamente. Também não deu certo. Fui espancada, fui humilhada, maltratada e o que nos separou foi a prisão dele. Quando ele foi preso, eu também não fui mais visitá-lo. Parei de visitá-lo, porque descobri outras mulheres que ele tinha fora do nosso casamento. (Elisa)

Uai, eu para mim vim para cadeia foi [por causa do] meu ex-marido. Eu casei com ele em 2016. [Em] 2017 nós fomos presos. Ele pôs umas drogas dentro da minha casa e nem me falou para mim (sic). Nós morava (sic) na roça. Aí eu também não ficava vasculhando. Morar na roça é tranquilo, você não fica preocupado. (Fernanda)

Fico com raiva do meu ex-marido, porque eu não tinha nada a ver, nem usar droga eu uso. Pelo menos se usasse, se fumasse a maconha, eu ia ficar mais tranquila. Não tinha nada a ver com droga, nem sabia de droga, de nada. Ele pôs no outro quarto, debaixo da cama, cinco quilos de maconha. Se ele tivesse me falado, eu pego meus fios (sic) e vou pra casa da minha mãe. Sempre quando eu vejo que ele vai beber, que ele ia fumar maconha, que ele ia fazer alguma coisa, que ele ia ficar alterado comigo, passava a mão nos meus fios (sic) e ia para a estrada, ia pra casa da minha mãe. Chegava na casa da minha mãe à noite, onze horas, de carona com meus fio (sic). Eu ia mesmo, mas, como que eu gostava dele naquela época, eu voltava. Só que, hoje, essas coisas de gostar pra mim também já acabou, não gosto mais de homem, gosto dos meus fios (sic) só. (Fernanda)

Não sinto nada. Eu sinto raiva dele, ódio. Se eu pudesse, eu mataria ele, mas, como se for pra mim (sic) matar ele, tenho que voltar pra cadeia, eu prefiro não fazer nada e ficar com meus filhos. Porque surge muitos sentimentos dentro da gente. Mas Deus sabe de todas as coisas e sabe de coisas que eu não sei. Às vezes foi necessário

pra tomar uma decisão pro resto de vez agora, né? Acabar com essa situação que eu estava vivendo. Que eu não tinha um casamento agradável e ele me batia muito. Então, Deus sabe de tudo. (Eduarda)

- Pertencimento ao crime

Os relatos dão conta do quanto as entrevistadas que estavam efetivamente envolvidas com o tráfico sentiam-se participantes de um grupo, acolhidas e amparadas, “embaladas e emocionadas” no crime. Era como se essa participação fosse algo para o qual elas houvessem sido preparadas, algo familiar.

Foram observados também relatos ligados à necessidade de se sentir forte, segura, com poder, capacitada a cuidar de si. Tais sentimentos não puderam, muitas vezes, ser experimentados e/ou desenvolvidos na família, nem propiciados por uma rede de apoio que assegurasse o cuidado necessário. A associação ao crime, em alguns casos, parece envolver promessas do apoio, da segurança e da proteção de que elas sentem falta, dado o desamparo e a violência a que foram submetidas desde a infância.

E o que eu sabia fazer aquilo que eu via, né, que era o tráfico. E me joguei de cabeça no tráfico para cuidar do meu filho e, dali em diante não parei nunca mais, né? (Elisa)

Eu estava embalada, emocionada, e queria sempre continuar, continuar e continuar. [...] Mas aí eu comecei, eu me embalei, me emocionei, gostei da adrenalina, porque como eu tinha tudo do dia pra noite, passou a faltar. Eu encontrei um meio de conseguir fácil, então eu consegui. E foi aí que eu fui vivendo. (Camila)

Por que escolhi um caminho certo ou errado? Você tá perguntando no crime? Pelo momento, eu achava que estava certo, mesmo fazendo errado, mesmo sabendo que era crime, que era ilegal, para mim era isso que eu queria, era adrenalina de correr de polícia, ficar armado. Era maravilhoso, entendeu? Aí só que não. A gente tem... a gente tem uma prosperidade sim, uma imensidão sabe? Uma dimensão através, acima do crime, que independente de ser bom, é bom, é maravilhoso. Eu já vivi, eu vivi desde os doze até os 23. (Camila)

8.2.2.2 Sofrimento materno

Dentre as entrevistadas, duas doaram ou perderam a guarda de pelo menos um de seus filhos por não ter condições de oferecer cuidados maternos, e outras duas passaram por graves problemas de saúde ao darem à luz. Essas participantes

relataram como foi um período difícil, principalmente por terem uma rede de apoio bastante reduzida, e como isto teria gerado consequências psicológicas, levando ao diagnóstico de possível transtorno mental.

Fui presa, perdi meu bebezinho de um ano e dois meses que até hoje eu não sei onde ele está. Sim, porque meu filho mais velho não quis ficar com ele. Deu ele para adoção enquanto eu estava presa. Aí puxei um tempo grande de cadeia. Quando eu saí, eu vim embora de volta para [localidade]. Fui até a [localidade] para entrar com uma ação, porque eu não, eu não fui nem intimada, nem intimada a ir em audiência para a adoção do meu filho. Aí fui no fórum de lá, saber como que eu fazia para poder reabrir o processo e pegar ele de volta, reaver a guarda dele. (Elisa)

Aí o menino nasceu com problema. Foi pro neonatal, internou na CTI. Aí ele foi, e eu ia um dia sim, um dia não. Porque ele [o companheiro] falava que era culpa minha. O primeiro filho, né, é sempre o sonho de homem ter um filho homem. [A criança] nasceu com problema, ele rejeitou. Aí eu fiquei com aquilo na cabeça. Aí entrei numa depressão. E, então, eu dei [o filho] para esta mulher, que eu estava morando na casa, que eu morava na casa com ela. Aí ele ficou com ela, depois que eu comecei a fazer os tratamentos tudo. (Karina)

Em outros casos, a distância dos filhos imposta pela condição de prisioneira caracteriza-se como um tipo particular de perda de vínculos, que implica grande sofrimento, principalmente quando se associa ao sentimento de culpa ou de revolta contra as circunstâncias que levaram à prisão.

Vir presa, está longe dos meus filhos por causa dele. Nunca abandonei meus filhos para nada, nada! Até quando eu ia trabalhar, muitas das vezes, dependendo do serviço que eu arrumasse, eu levava eles juntos, né? [...] Tem hora que dá um sentimento de raiva. Aí eu piro. Angústia, também muita tristeza do porquê tudo isto acontecendo. De ter deixado as crianças lá. Tipo assim, eu vivia para eles. Porque no meu caso eu vim presa com uma droga que não é minha. (Eduarda)

Seis meses, seis meses sem ver eles. Eu não desgrudava deles nem um minuto. A não ser a cadeia de 2017, não desgrudo dos meus filhos, só junto com eles. E eu não tinha nada a ver também. Eu fiquei revoltada. [...] Aí eu fico pensando no outro, que [ele] era nenenzinho. Quando eu vim, ele estava amamentando. Aí eu fico pensando dele também se afastar de mim igual aconteceu com o outro. Aí é difícil. [...] Eu preciso ficar sabendo que meus filhos estão bem lá fora. Eu preciso saber. Minha irmã vem e ela fala que está tudo bem, mas eu não acredito. (Fernanda)

8.2.2.3 Comportamentos de risco

Esta categoria abrange os relatos em que se identificou o comprometimento dos cuidados básicos dessas mulheres em relação a si mesmas. Tais cuidados parecem não terem sido aprendidos e consolidados, favorecendo assim comportamentos compulsivos de abuso de substâncias e/ou atos ou fantasias de automutilação. Houve casos em que as adições levaram à baixa aderência ao tratamento de possíveis transtornos mentais e/ou somáticos. O abuso de substâncias tende também a afetar a permanência e o engajamento nos empregos, o que resulta em uma autoimagem negativa e uma tristeza profunda.

Hoje eu me sinto triste enfraquecida, sim, por ter caído na burrice de novo. Mas, no momento que eu estava lá, para mim era tudo muito bom maravilhoso. Eu tinha tudo que eu queria. (Camila)

Não eu tinha uns 14, 15 anos. Na verdade, quando saiu [o sintoma alérgico], eu tinha menos idade. Só que aí, depois, foi agravando, ela foi crescendo, só que não coçava. Então nenhum médico conseguia identificar o que que era. Eu fui no dermatologista. Ele fez biópsia, mandou para a clínica. Aí voltou o resultado. Falou que era descontrole emocional, que eu surtava do nada. Aí eu comecei... tive que tomar vários medicamentos, mas, depois, eu parei de tomar medicamento, por causa que eu usava maconha. Então, a maconha me acalmava. Então, não fazia o uso dos dois e foi mudando, mudando. Aí eu fui... passava uma pomada. Aí foi melhorando, a alergia foi melhorando. Depois eu fui presa, parei o tratamento, não faço mais, porém ainda tem no meu corpo alguma. Então, quando eu fico muito ansiosa, agitada, estressada, elas ataca (sic), sabe? (Camila)

Eu pus muito filho no mundo sem pensar na educação, em como educar. Aí eu ficava pro boteco, bebendo, meus filhos ficava jogado (sic). A escola, naquele tempo, não tinha aperto nas escolas. Eu não apertava eles para ir para escola. Eu não tinha... eu não era uma mãe presente. [...] Então, eu não tive responsabilidade nenhuma sobre minha família [...] Aí, meus filhos cresceram, os dois cresceram, todos dois aprendeu a mexer com drogas, aprendeu a usar drogas. (Rose)

Bebendo e usando droga. Usuária também, usuária de pó, usava cocaína também. E aí eu perdi, eu perdi 15 dias de serviço, eu perdi muitos dias de serviço, porque aí eu bebia e cheirava o pó. Aí, na segunda, eu não aguentava trabalhar. Aí ele me dispensou eu (sic) do serviço, mandou embora porque eu estava faltando. (Rose)

Com relação à automutilação, três das sete entrevistadas declararam já terem se ferido ou, ainda, recorrido a esse ato para manifestarem seu intenso sofrimento. Duas das participantes que ainda estão se automutilando não possuem rede de apoio. Comportamentos de automutilação foram identificados em outras pesquisas com população semelhante, como a realizada por García-Vita, Añaños-Bedriñana e Fernández-Sánchez (2017), na Espanha, em que 29,7% das 434 participantes se automutilavam, e por Augsburg *et al.* (2022), cujos resultados indicam que 29,1% das participantes tiveram pensamentos de automutilação e 75% delas relataram se automutilar.

Nossa! Eu vou sair daqui e eu não vou ter nem para onde ir. Eu pulo na frente de um caminhão. [...] Eu me enforco no meio do mato. É assim que está a minha mente. A minha mente está doente. Está, doutora! Eu sei que a minha mente está doente, mas eu não faço mal para ninguém, para ninguém. (Elisa)

Então, minha cabeça fica pensando para eu pular, [...]. Eu fico pensando: eu vou pular, eu vou pular. Até de se cortar eu arrumo um jeito mesmo. Pego a caneta e se corto (sic). (Karina)

8.2.2.4 Sofrimento mental

A categoria “Sofrimento mental” abarca os elementos dos relatos das participantes que caracterizam um estado de dor psicológica, decorrente de sentimentos de arrependimento, culpa e impotência experimentados em condições de estresse psíquico e de constante alerta. Sugere-se que a não elaboração desses sentimentos acaba agravando as condições de saúde mental das entrevistadas e não contribui para o desenvolvimento de recursos de enfrentamento e da capacidade de resiliência.

- Culpa e arrependimento

Este tema abrange os relatos que em há menções a assumir a culpa por ter se envolvido em situações que levaram ao aprisionamento e o decorrente arrependimento. Na etapa das entrevistas, cinco das sete participantes revelaram a existência de sentimentos de culpa. Esses sentimentos apareceram associados a: problemas de saúde (alterações no sono e na alimentação); comportamentos

autopunitivos (automutilação e ideação suicida) (vide subseção “Comportamentos de risco”); diminuição da interação social; retraimento das emoções; e outros sentimentos depressivos, tais como angústia, tristeza profunda, desesperança e sensação de falta de perspectiva. Assim, por exemplo, em uma situação bastante vulnerável, uma delas declarou que nunca mais terá condições de sair do crime devido a acordos feitos anteriormente. Outra participante terá ainda que cumprir uma longa jornada até 2040 e, em grande parte da entrevista, ela trouxe a questão da dificuldade de encontrar emprego após esse período e de como isto a afetava emocionalmente.

Minha saúde não é boa. Sou cardíaca, tenho tireoide (sic), tive trombose pulmonar, que a médica disse que tinha descido para a minha perna. Até agora, nada de exames. Tenho artrose. Tenho dificuldade para caminhar. Lá na APAC, eu tinha um andador que eu usava para me ajudar. Agora, aqui, eu estou jogada ao léu, jogada ao léu. Então, ninguém vai se importar com a minha vida. Ninguém, nem eu. Na verdade, não estou me importando mais, sabe, doutora? Esta é a verdade, porque a dor é tanta. O arrependimento é tanto, de tanta coisa ruim e errada. E, aí, ó, estou acabando a vida sozinha, sozinha. Tudo o que eu fiz, o que adiantou? Nada, não adiantou nada. Esta vida não vale nada não, não vale nada não. (Elisa)

[...] de 1 a 5 eu falava, senhora, meu arrependimento é 20.000. Então, o sentimento que eu sinto hoje é de três fatores: a ingratidão, que, mesmo eu saindo da cadeia, eu tive tudo e fui ingrata, fui correr para o tráfico; o arrependimento e a falta de oportunidade, que eu não, não agarrei a uma oportunidade que eu tive. Então isso é o que mais me dói e o que mais me pesa aqui dentro. (Camila)

Eu, emocionalmente, eu estou arrependida, abalada, só. E eu não estou tendo uso dos meus medicamentos, né? E, então, isso me agrava muito. Eu fico... tipo, ontem mesmo, eu fui dormir... de ontem pra hoje, eu fui dormir tipo três [horas da manhã], quatro [horas da manhã] acordei. (Camila)

Muitas coisas fica (sic) só dentro mesmo, por dentro mesmo, que é onde que dói, né? Que é onde que machuca, que tira o sono. (Fernanda)

O pai dos meus filhos? Não, ele saiu dessa vida do crime. Está na igreja, e a mãe dele que cuida dos seus filhos. É evangélica também. E eu que me afundei. Ele nunca foi preso, né? Chegou a ir para a delegacia, mas só. E, aí, é deste jeito que eu ‘tou, não sei de nada. Parada. A vida está parada aqui dentro. (Karina)

- Medo e impotência

Este tema engloba aqueles elementos do discurso que revelam a preocupação do que possa ocorrer com os familiares extramuros da prisão. As fantasias decorrentes dessa preocupação tendem a despertar pensamentos obsessivos, insônia, agitação e ou introversão, perda da libido, angústia, tristeza profunda e sentimento de impotência, de certa forma retroalimentando os sentimentos de culpa.

Em geral, o medo também se relaciona aos elementos agrupados sob o tema “Perda de vínculos”, dado o temor de perder a ligação com os filhos, de ser rejeitada e de perder o contato com os familiares. Diante das dificuldades de se comunicarem com a família, uma vez que a instituição não oferece a possibilidade de ligações por vídeo, o medo de ser esquecida, apagada e ou excluída da história familiar mostrou-se presente em 100% dos relatos das entrevistadas.

Esses achados vão ao encontro das conclusões de Santos *et al.* (2017b), que enfatizaram o fato de que, com a ruptura da conexão familiar, houve um agravamento da saúde mental das participantes do estudo realizado, com intensificação da tristeza, do sofrimento e da perturbação.

Então, aí, eu surtava, porque eu mandava pipa, pedindo a ligação e explicando a situação. Meu pai está com câncer. Eu não tenho notícia, eu também não tenho notícias dos meus filhos, não consigo falar com a minha mãe. Pedia ajuda pelo amor de Deus. Aí eu ficava esperando dias e dias. Aí eu surtei. (Bernadete)

Já mandei carta. Já mandei carta para o endereço da minha mãe, mas não sei o que aconteceu. Tem hora que eu penso que minha mãe morreu, que aconteceu alguma coisa. (Karina)

Estar presa, preocupada com a minha família lá fora... A minha casa e a minha família, que está toda destruída. (Rose)

- Estresse e estado de alerta

Este tema abarca os relatos da relação conflituosa entre as entrevistadas e os profissionais da instituição. Há menções a episódios violentos e constrangedores, que as levam a sentir-se em um ambiente ameaçador e a se manter em constante estado de alerta. Tal situação tende a gerar impactos físicos e psíquicos. Assim, por exemplo, houve participante que relatou que, mesmo quando em liberdade, não consegue mais

ouvir música em alto volume por associar isso às penalidades impostas pela instituição.

Dentre os estudos encontrados que discutiram o estresse promovido pelo ambiente prisional, destaca-se o de Augsburg *et al.* (2022), que apontou que 75% das mulheres que compuseram a amostra pontuaram níveis de estresse de moderado a alto e níveis de ansiedade e depressão acima da linha de corte das escalas utilizadas. Os autores sugerem que esses aspectos tendem a interferir negativamente no processo de reintegração à sociedade dessas mulheres.

Se uma apronta uma coisa, e eu não fizer nada, eu tomo junto. Tomo “espreizada”, perco minhas coisas que minha família custa mandar para mim. (Camila)

Faz barulho na grade, já penso que é “pulão”¹³. Acordo, ponho uma roupa toda, e já penso que é “pulão”. Estes barulhos, nossa! Não gosto nem de ouvir barulho. Também não gosto de barulho, de som alto, essas coisas. Isso tudo depois que eu passei pela cadeia. Não gosto de som alto, essas coisas. Antes eu gostava de música alta. Hoje eu já não escuto mais porque me incomoda. Esse som alto, falar muito alto perto de mim, me incomoda. A gente não sai normal daqui de jeito nenhum. (Fernanda)

Porque aqui, às vezes, gente, tem uma que está deitada, ou nós está conversando (sic), aí dá aqueles “pulão”, e joga aquelas bomba pesada lá no quarto. Nós tudo quase dá um infarto de tão forte que é as bombas, sabe? (Rose)

8.2.2.5 *Contenção e explosão*

A categoria “Contenção e explosão” abarca tentativas de controle das emoções, muitas vezes malsucedidas. Teoriza-se que essa seria uma forma de as participantes se manterem disciplinadas e sem causar grandes prejuízos a si próprias e/ou às companheiras de prisão. Queixas somáticas em especial aquelas ligadas a processos alérgicos, parecem estar associadas à repressão dos sentimentos. Ao longo do tempo, essa tentativa tende a falhar e as emoções transbordam de maneira explosiva e, na maior parte das vezes, violenta e prejudicial para a saúde mental das participantes.

¹³ “Pulão” refere-se à ação punitiva em que os policiais ou as agentes penitenciárias invadem a cela e levam as mulheres para o pátio, onde gritam com as detentas e usam *spray* de pimenta e bombas de efeito moral.

Sugere-se que parte dessa necessidade de contenção decorra, também, da falta de um espaço institucional de escuta das encarceradas. É como se essas mulheres só conseguissem ter suas demandas de alguma forma percebidas quando suas emoções vêm à tona em explosões. Todavia, nesses casos, a escuta parece ser sempre parcial, a demonstração emocional, penalizada, e a mulher, estigmatizada. Desse modo, é alto o custo emocional para quem assim apresenta seu descontentamento ou insatisfação.

Esse estado de coisas tende a afetar a autoestima da mulher que se sente desvalorizada, não ouvida, desrespeitada, mas, ao mesmo tempo, fora de seu equilíbrio, descontrolada, incapaz de se autorregular e, por isto, acaba se isolando ainda mais, o que leva seus dias a se tornarem mais penosos e solitários.

Antes eu 'tava na cela dez. Aí, ontem, de tanto eu pedir... Porque, ontem, eu surtei também, que eu estava lá tranquila, calma. Só que eu estava em uma cela que tinha 35 mulheres. Então é muita falação, muita coisa, muita coisa! Aí eu, do nada eu surtei, comecei a chamar a senhora: "gente, pelo amor de Deus, me tira daqui! Socorro! [Por] que todo dia eu estou pedindo. Todo dia eu estou pedindo meu remanejamento. 'Tou mandando o bilhete, por favor!" Só que cedo, na hora do "bate-cela"¹⁴: "dona, me ajuda a sair daqui hoje, por favor!" A dona pegou e falou assim: "não, fica aí, é tão bom, é tão tranquilo". [Respondi:] "Não 'tá tranquilo, não, pelo amor de Deus! Eu vou surtar". Ah, fumei um cigarro, que eu faço uso da nicotina. Fumei, fiquei lá tranquila, almocei. De tarde, não aguentei, surtei. Não sei. Eu estava deitada, que é quando me deu uma vontade de chorar muito grande, uma vontade de sair. Aí eu fui na "capa"¹⁵ e gritei. "Senhora!" Foi quando eu vi a pessoa da faxina: "Oh Ju, quem é que 'tava falando, que senhora?" Aí ela foi, falou o nome da senhora e eu gritei: "Senhora, falando senhora, pelo amor de Deus, me tira daqui! Eu estou pedindo na educação, na disciplina, a senhora me ajudar, sair daqui". Ela [respondeu]: "me ajuda você a ficar quietinha". Eu pedi: "eu estou pedindo na disciplina; depois que eu surtar, que eu chutar a "capa", que eu bombar, vocês não vêm querendo me dar comunicado não, 'tá?" (Camila)

Eu pouco converso, eu sou muito quieta. Eu passo o dia fazendo desenho, quietinha, no cantinho. Quando elas chegam do serviço, elas falam entre si, sobre elas. Algumas falam sobre o que viveu, balada, droga, clipe. Hoje, não me envolvo. Sou uma pessoa muito resguardada e muito quieta, na minha... Mas eu não choro assim que nem eu estou chorando agora aqui para a senhora, não. (Elisa)

¹⁴ Bate-cela: A entrevistada se refere à revista que os policiais ou as agentes fazem nas celas, periodicamente.

¹⁵ Capa: esse é o nome dado à grade da cela. Quando as prisioneiras precisam de algo dos agentes carcerários, vão até a grade e começam a bater para serem escutadas e atendidas. Geralmente recorrem a esse ato em caso de perigo ou desespero.

Nossa! Eu dei um surto. Nossa! Não faz muito tempo não, viu? Deve fazer o quê? Um mês? Vai fazer, eu acho, fez um mês. Nossa! [...] porque estava escutando a mesma conversa, a mesma ladainha. Da mulher que mataram, que deixou de matar, que sei lá, não me importa, porque eu não estava lá e não quero nem saber, graças a Deus! Não é da minha conta. Do resto, eu não sei de nada. Sabe, assim, contando a cena tudo? A cena tudo, como que foi, como é que deixou de fazer. Eu estava cansada de ouvir aquela história. 'Tava cansada. Ficou aquela história lá, que eu já comecei a imaginar como é que foi a cena, de tanto que eu estava escutando. Aí, minha cara, mas eu xinguei tanto, mas eu xinguei tanto. Nossa! Mas eu xinguei, mandava calar a boca. Nossa! Falei para ela: "você não tem vergonha na sua cara, não? Você está deixando o psicológico de todo mundo na cadeia, está cansativo para todo mundo na cadeia". Porque tinha até gente que chorava, só de escutar a outra falar. (Elisa)

Nossa! Mas eu não, fico quietinha no meu canto. Eu não tenho psicológico não, porque, aqui, tudo que você fala dá uma falta grave, né? Dá um comunicado. É melhor a gente não nem sair. Aí prefiro ficar mais quietinha lá. Não fico muito na capa com aquele povo não. Como é que é, mas infelizmente não é um lugar bom não. Ai né? (Elisa)

Não, não. Não tenho amizade aqui não. E nem pretendo fazer. Ah! Não, eu não vou arrumar amizade aqui não. Eu converso bem com as meninas, mas me abrir e me abrir mesmo assim, não. Muitas coisas fica (sic) só dentro mesmo por dentro mesmo que é onde que dói, né? (Fernanda)

Mas que 'tá difícil para mim, 'tá. Muito difícil ficar preso. É muito difícil! Eu não estou aguentando não. Nossa! Tem horas que eu me estresso, fico estressada. Da bateria aqui assim, dá muita dor aqui assim, dá muita dor aqui assim, em baixo do peito. Pega aqui debaixo e aí sobe aquela dor queimando aqui para cima, e aí garra de ficar tremendo e aquele nervoso que dá vontade de explodir, de dar uma explosão, me dá vontade de dar uma explosão. É muito desconfortável. É muito desconfortável ter ansiedade. Hoje mesmo, eu estava mais cedo, eu tomei uma "omviptilina"¹⁶ (sic) que terminou de resto lá. Aí tomei uma "omviptilina" pra tirar esse nervoso e essa dor que dá aqui. Ela dá aqui, até aqui embaixo, fincando aqui e sobe para cima, queimando assim, é muito ruim (Rose)

8.2.2.6 Perdas afetivas

Nesta categoria foram reunidos aqueles elementos dos relatos que tratam das seguintes decorrências do aprisionamento: as perdas relacionadas ao cumprimento da pena e o abandono institucional.

¹⁶ Provavelmente a entrevistada se refere à "amitriptilina", medicamento indicado para depressão e tratamento de dor neuropática.

- Perda de vínculos

Para as entrevistadas, o aprisionamento trouxe, necessariamente, perdas significativas, quer em termos dos vínculos afetivos, quer no que se refere a espaços sociais relevantes, como o campo do trabalho. Pensamentos depressivos e agressivos, bem como desejos de vingança tendem a acompanhar o dar-se conta dessas perdas.

Advinha! Eu fui presa e ele saiu, me traiu e voltou pra cadeia sim. E a minha filha descobriu... Aqui? Não vou mentir para você, não. Lidar com o ser humano. Aqui, eu acho, já falei uma vez que eu tinha que sair para trabalhar, para ficar só no canil. Aí eu descobri que lá em cima tem galinha, pode ser em um galinheiro também se tiver, na horta. Eu prefiro lidar com o animal do que com gente, entende? (Bernadete)

Consegui passar no curso fiquei trabalhando na empilhadeira. Eu não quis mais sair e fiquei na firma. Imagina? A polícia no meu serviço pegou eu. Que vergonha! (Bernadete)

Neste tema, identificaram-se relatos de diminuição das visitas, prejuízo das ligações familiares (em particular aquelas relacionadas aos filhos, já tratada na subseção “Sofrimento materno”) e perspectiva de ruptura de vínculos após a prisão. Esses fatos surgem associados a: ideação suicida, comportamento de automutilação, desesperança, pensamentos depressivos e rebaixamento da autoestima das mulheres entrevistadas. Nesse sentido, é possível supor que representam fatores de risco para o adoecimento mental.

A saudade de não poder ver a família, de não ter contato com eles mais. Tive a visita do meu advogado. [Ele] trouxe algumas coisas para mim, mas para mim não faltava, tipo, faltava alguma coisa, não estava completo. (Camila)

Faz cinco anos e três meses que eu estou presa. Todos viraram as costas. Todos, todos! Eu não recebo nem carta dos meus filhos. Nada, nada! Minha saúde mental não está boa [chora]. Não está legal, não. Eu penso em suicídio a todo momento. (Elisa)

Então ela [a irmã] vai pôr para mim as coisas no Sedex e ela esquece cigarro. Cigarro, meu vício, ela esquece, não me manda carta por escrito, não escreve, não gosta de escrever. Eu mando muitas. Nossa! Muitas cartas. Eu mando três, toda sexta-feira, eu mando três cartas. Eu mando de três para quatro. (Fernanda)

Não, ninguém me escreve. Só eu que escrevo. Eu fico aqui no escuro e, de cinco meses, ela só veio uma vez na visita também. Ela veio e me falou umas coisas. (Fernanda)

É difícil para ela vir, que não tem carro. Ela tem que vir no carro do marido dela. Ele é enjoado. [...] E isso sim eu queria. Mas ele não escreve de jeito nenhum, que ele tem vergonha. (Fernanda)

Vim presa, já faz sete meses. Já faz sete meses que eu 'tou presa de novo. Eu não tenho visita, não recebo Sedex, carta, não tenho contato com minha família, com meus filhos. Sem ninguém. [...] Nem uma ligação eu consigo. Nada. Então a minha cabeça fica, que eu penso que uma hora é mais fácil tirar a minha vida aqui. Continuar isto aqui? Porque já sofri, só que, aí, tem hora que eu penso nos meus filhos. Que já está crescendo sem eu, sabendo que eu já estou neste lugar. (Karina)

Agora eu peguei foi 36 anos de cadeia, 36 anos. Já pensou? Nem aturo esse tempo tudo. Não dá para esperar. A vida não vai dar para esperar. É só minha filha que vem me visitar, uma só que vem, de dois em dois meses. (Rose)

- Abandono institucional

A estrutura e dinâmica institucionais parecem contribuir para que as mulheres se sintam desamparadas e não cuidadas. Todas as entrevistadas referiram recursos precários e negligência em termos do atendimento a direitos básicos, como a promoção da saúde, na instituição em que este estudo foi realizado. Também se colocam sob esse tema os abusos e violência no relacionamento entre a instituição e as prisioneiras.

Aí quando a gente surta, xinga, chuta cata, se corta, que pula da "teresa"¹⁷, quer amarrar o lençol e pular. É comunicado, é fatalidade, mas por que não pode dar uma atenção sincera para o preso para evitar este tipo de problema? [...] Então, a revolta do sistema prisional é isso. Então, é onde que eu não quero ir, porque não preciso disso, porque lá na rua eu 'tou precisando de alguma coisa, eu vou lá no médico e ele me resolve, me receita, ele me ajuda muito rápido. (Camila)

Poder fazer os meus tratamentos, que é sério e não é brincadeira. Hoje, esta noite, passei, com taquicardia no coração a noite toda. Eu falo, eles falam ah, é o sobrepeso. Não é assim. Eu sou um ser humano. Independente de qualquer coisa, eu sou um ser humano. (Elisa)

¹⁷ A entrevistada se refere à corda usada para fuga ou suicídio.

Com os “pulões” que eles dão aqui, nossa! Com os pulões, eu não dou conta. Aí é quando a agente entra dentro da sala. Ela faz uma bagunça. Põe nós tudo no pátio, fica gritando, jogando *spray* de pimenta, aí, este tipo de coisa. Isso me deixou bastante assustada. E eu acordo também preocupada com isso. (Fernanda)

Agora, a ginecologista falou que eu tenho que usar remédio, mas, se eu não tenho nem família, como vou conseguir no particular? Então eu fico sem remédio, sem pomada, fico deste jeito. Às vezes, eu fico solitária, começo a chorar. Porque não tem pomada e eu tenho que ficar usando absorvente todo dia e, aí, na hora, a casa não fornece o absorvente. Eu tenho que ficar pedindo de doação. É difícil. Não doam. (Karina)

Porque eu estou em falta, sabe? Eu não tenho nada lá embaixo [na prisão], nem sabonete. Estou tomando banho de sabão de barra. Tudo aqui é trocado: é pão em troca de um selo, pão em troca de um envelope e por aí vai (Rose)

8.2.2.7 Esperança

Em discursos marcados por afetos negativos e intensas manifestações de sofrimento psicológico, houve, todavia, momentos que sugeriam ainda existir a confiança de que novos caminhos poderiam ser trilhados, novos objetivos poderiam ser definidos. Algumas vezes, essa confiança surgia depositada em uma providência divina. A categoria “Esperança” agrega essas ideias.

Ainda que os planos futuros pareçam se apoiar em bases frágeis, não levando em conta os obstáculos e as condições psicossociais que cercam as entrevistadas, a possibilidade de ter esperança parece ser um fator protetivo da saúde mental, como indica o estudo de Mak *et al.* (2021), realizado em Hong Kong, com 203 mulheres encarceradas. Os autores concluíram que níveis mais altos de esperança nessa população estavam positivamente relacionados a níveis mais baixos de depressão.

Mas, aí, agora, dessa vez, eu sair da melhor oportunidade. Se o juiz me der uma melhor oportunidade, eu quero fazer diferença. Não somente para mim não vim parar aqui, mas sim para mim conseguir ajudar minha mãe a ficar de pé por causa da dependência dela. (Camila)

Ah! Eu penso que, quando eu sair daqui eu quero começar do zero, né? Que Deus está me dando mais uma oportunidade. Então, quando eu sair desse portão preto ali para fora, quero começar do zero mesmo. (Eduarda)

Ah! Mas se Deus quiser, vai vir alívio para mim e eu vou embora, porque vai fazer seis meses que eu estou aqui. É isso sim, ter uma boa relação com todos. (Eduarda)

E, um dia, isso tudo vai passar, eu creio. E eu ainda vou escrever meu livro falando sobre tudo isso um dia. Eu creio nisso. (Elisa)

8.2.3 Análise temática por grupo

Em uma segunda etapa da análise qualitativa, para cada grupo/quadrante, procurou-se investigar possíveis particularidades, a fim de determinar a existência de aspectos semelhantes e/ou diversos entre os grupos/quadrantes. Para discorrer sobre os resultados encontrados, serão apresentados, para cada grupo, breve perfil das participantes e as características mais marcantes de cada grupo.

O Quadro 4 – Caracterização das participantes da etapa qualitativa por grupo, a seguir, apresenta as variáveis sociodemográficas pesquisadas bem como os resultados obtidos nas escalas para cada uma das participantes, por grupo considerado.

Quadro 4 – Caracterização das participantes da etapa qualitativa por grupo

Grupo	I ↓SRQ ↓Panas Afetos Negativos	II ↓ SRQ ↑Panas Afetos Negativos		III ↑ SRQ ↓Panas Afetos Negativos	IV ↑SRQ ↑Panas Afetos Negativos		
Participante	Bernadete	Camila	Rose	Elisa	Fernanda	Karina	Eduarda
Idade	34	23	63	49	31	25	26
Estado civil	Casada	Solteira	Casada	Casada	Casada	Solteira	Casada
Etnia	Parda	Parda	Preta	Branca	Parda	Parda	Parda
Escolaridade	Ensino Médio	Ensino Médio	Fund I	Fund. II	Fund. II	Fund. I	Fund. II
Filhos	6	0	7	3	3	3	4
Renda (em salários-mínimos)	3 a 4	Até 1/2	Até 1/2	Até 1/2	1 a 2	1/2 a 1	1/2 a 1
Auxílio do governo (anos)	7	3	1	2	13	0	6
Tempo de prisão (meses)	54	1	20	60	5	5	4
Participa de atividade prisional	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não
Número de prisões	2	3	2	4	2	3	1
Vínculos familiares	Excelente	Regular	Excelente	Bom	Excelente	Regular	Excelente
Vínculos sociais	Bom	Bom	Regular	Bom	Bom	Regular	Regular
SRQ Total	4	5	8	15	17	16	17
SRQ Decréscimo de energia vital	1	1	0	5	6	6	5
SRQ Sintomas somáticos	2	2	3	3	6	2	5
SRQ Humor depressivo	1	2	2	3	4	4	4
SRQ Pensamentos depressivos	0	0	3	4	1	4	3
PANAS AP	35	37	29	41	28	22	23
PANAS AN	18	36	42	24	46	42	38

8.2.3.1 Grupo I - Baixa pontuação no SRQ- 20 e baixa pontuação no PANAS Afeto Negativo

- Bernadete
SRQ-20 Total = 4
PANAS AN = 18

Bernadete tem 34 anos, é casada e mãe de seis filhos. Cumpre pena pela segunda vez. À época da pesquisa já estava há quatro anos e seis meses na prisão e prestes a ser colocada em liberdade.

Os resultados obtidos nas escalas indicam que Bernadete não estaria em sofrimento mental (SRQ-20 < 7). Experimentaria, atualmente, sentimentos negativos menos perturbadores, relativamente às demais participantes da pesquisa (PANAS AN = 18, em escala de 0 a 50).

Refere não gostar da penitenciária em que se encontra, não gostar da maneira como tratam as pessoas. Tentou trabalhar e/ou estudar na prisão por três anos e nunca conseguiu. Então, “para não surtar”, começou a desenhar e vender suas obras para as outras detentas. Isso, todavia, não impediu que se descontrolasse após o assassinato de uma das prisioneiras ocorrido aproximadamente um mês antes da pesquisa.

Eu era muito nervosa. Agora não. Já estou mais calma. Já faz quatro anos e tem uns meses que eu estou aqui. Já vou para cinco anos, mas agora estou indo embora. Graças a Deus! Vou de saída, mas, pelo menos estou indo ver meus filhos. Aqui, nunca me... não vou mentir para você não. Não gosto desta cadeia não. Não gosto do jeito que eles tratam os outros. Não gosto!

Contou ter sido muito oprimida no início de sua vida na prisão, mas que aprendeu a lidar, isolando-se em seu mundo de desenhos. Todavia, houve episódios em que “surtou”, por exemplo, quando confrontou o diretor da penitenciária e teve uma falta grave registrada.

Eu, no começo da cadeia, eu fui muito oprimida. Fui chamada de diretor, subdiretor, diretor, que eu não sei o quê. [...] mas porque vocês estão me chamando disto tudo? É porque... eles falam que eu faço parte de organização criminal. Ah! Quando eu descobri a verdade, xinguei e gritei lá na cela: “Quero falar com o diretor!” Rapidinho a dona

me tirou. Esta agente era um amor, 'tadinha, principalmente (cita o nome), me tirou eu e levou lá. Aí eu cheguei lá e falei: “Deixa eu falar uma coisa para você”. E ele falou: “O que que foi, presa?” Eu falei: “Presa não! Eu chamo (cita o seu nome), tá? Este negócio que você está falando aí é mentira!” Falei! – Ele me deu até comunicado, minha filha –. “Este negócio que você está falando aí é mentira! Você não devia me acusar não! Quem faz isto daí, é isto que eu não ligo, eu estou sendo oprimida, vocês estão escalando as visitas, eu não quero saber de nada. Eu quero conversar agora com o (cita o nome). Ele é o diretor acima de você. É com ele que eu quero falar. Porque vocês não falam que vocês gostam de conversar com o dono dos porcos? Então eu também gosto de conversar com o dono dos porcos. Vocês param de me acusar!” Eu esperei meu advogado. Contei para o meu advogado. Meu advogado foi lá conversar [...]. Aí pararam lá.

Recebe ajuda de sua mãe, porque ela acredita em sua inocência. Caso contrário, tem certeza de que não receberia nenhum apoio. Afirma não ter cometido o crime, ter sido enganada e traída pelo marido. Está aguardando o divórcio e se sente muito melhor após ter se separado. Diz que sua vida com o esposo era “um fardo”. Somente recebe sua mãe na prisão e não aceita que seus filhos a vejam presa. Sente-se muito envergonhada com toda a situação.

Ah! A minha menina é uma gracinha. Ela estuda, ela trabalha, ela faz curso. [...] uma graça, não fala nem palavrão. Eu não tenho o que queixar deles não. Ela escreve para mim umas cartinhas e diz que morre de saudades e quer me ver. Eu digo que aqui não vai entrar não.

Sua prisão ocorreu no local em que trabalhava anteriormente, o que deixou marcas profundas de constrangimento e humilhação. Relatou que, durante esses anos de aprisionamento, chegou a se automutilar, teve muitos episódios de “surtos” e “crises nervosas” frequentes. Diz que agora aprendeu a se controlar melhor.

Então, aí, eu surtava porque eu mandava pipa¹⁸, pedindo a ligação e explicando a situação. Meu pai (refere-se ao avô, que nomeia como sendo seu pai) está com câncer. Eu não tenho notícia. Eu também não tenho notícias dos meus filhos, não consigo falar com a minha mãe. Pedia ajuda pelo amor de Deus. Aí eu ficava esperando dias e dias. Aí eu surtei. Aí eu ia lá e rasgava meu braço tudo. Hoje não faço mais isso. Não, não, não, não! Pus na minha cabeça que não.

¹⁸ “Mandar pipa” se refere a enviar um pedido de ajuda e/ou contato com profissional da instituição.

Aparentemente, durante sua permanência na prisão, procurou controlar-se e adaptar-se para evitar punições.

Nossa! Fico quietinha no meu canto. Eu não tenho psicológico não, porque aqui tudo que você fala dá uma falta grave, né? Dá um comunicado. É melhor a gente não nem sair. Aí prefiro ficar mais quietinha lá. Não fico muito na “capa” com aquele povo não. Como é que é, mas infelizmente não é um lugar bom, não.

Aspectos particulares do grupo/participante

A participante que constitui o Grupo I diferencia-se das demais entrevistadas na etapa qualitativa em razão dos resultados obtidos nas escalas empregadas. Obteve pontuações tanto no SRQ-20 quanto no PANAS Afetos negativos que indicariam estar sua saúde mental mais preservada, ainda que seu histórico na prisão seja pontuado por explosões emocionais e sinais de sofrimento psicológico que nos parecem inequívocos.

Outros aspectos que parecem diferenciá-la das demais entrevistadas dizem respeito a:

- Ter sua saída da prisão programada. À época da entrevista, faltavam poucos dias para ser posta em liberdade, após quase cinco anos de prisão.
- Ter encontrado uma atividade criativa – os desenhos.
- Manter vínculos com os filhos, ainda que por meio de cartas, uma vez que ela não deixa que eles a visitem.
- Ter a capacidade de se indignar, ainda que a expressão dessa indignação se dê por meio de explosões emocionais, como quando contestou o diretor da penitenciária ou quando confrontou a detenta que havia assassinado outra prisioneira.

Em termos das categorias encontradas na análise temática, seu relato apresenta elementos pertencentes às seguintes categorias/temas:

- Violência: família disfuncional; parceiros violentos;
- Sofrimento mental: estresse e estado de alerta;
- Sofrimento materno;
- Contenção e explosão;
- Marcas da prisão: perda de vínculos; abandono institucional.
- Esperança

8.2.3.2 Grupo II - Baixa pontuação no SRQ- 20 e alta pontuação no PANAS Afeto Negativo

- Camila
SRQ-20 Total = 5
PANAS AN = 36

Camila tem 23 anos, se diz solteira e não tem filhos. Está há um mês na penitenciária em que foi feito o estudo, sendo esta sua terceira prisão.

Os resultados obtidos nas escalas indicam que Camila não estaria em sofrimento mental (SRQ-20 < 7). Experimentaria, atualmente, intensos sentimentos negativos, relativamente às demais participantes da pesquisa (PANAS AN = 36, em escala de 0 a 50).

Sua mãe é dependente química. Camila diz que começou a traficar devido à adição da mãe. Tendo se revoltado aos doze anos de idade, acabou se viciando também e, conseqüentemente, começou a vender drogas e se uniu a um traficante.

No momento, eu me senti numa adrenalina, num mundo diferente, eu achava tudo legal, bacana. Até o momento que eu vim presa. Hoje eu sentia que era uma adrenalina, que era uma outra vida, em que eu sempre conseguia minhas metas, que eu queria bater, eu conseguia chegar lá. Então, para mim, era sempre legal. Quando eu fui presa a primeira vez, eu saí, continuei vendendo droga. A segunda vez eu fui presa e eu saí. Continuei vendendo droga.

Quando sua mãe foi para uma clínica de reabilitação, Camila teve que se mudar de cidade, pois nenhum parente da família do pai ou da mãe quis assumir a sua criação. Uma tia mais distante disse que o faria. Contudo, sua mãe retornou, e as duas foram expulsas da casa dessa tia. Sua vida, a partir daí, somente ganha alguma estabilidade quando se “casa” com um traficante. Não menciona ter sofrido violência física e nem dá detalhes sobre o casamento, declarando-se como solteira ao responder ao questionário sociodemográfico.

O fácil acesso a bens materiais e o estilo de vida proporcionados pelos ganhos com o tráfico foram os atrativos que a fizeram incorrer várias vezes no crime, a despeito das prisões. Atualmente, parece sentir-se culpada por não ter aproveitado as oportunidades que teve de deixar o crime e por viver “embalada” por tanto tempo.

Mas no momento que eu estava lá, para mim era tudo muito bom, maravilhoso! Eu tinha tudo que eu queria: iPhone, roupa de marca, os luxos dos mais luxo. Viajava. Era praia, hotel, tudo do bom e do melhor. Só que onde que estava eu? Era um luxo? Sim, era bom, sim!

Mas e depois? Hoje, o que eu tenho hoje é uma havaiana preta, uma roupa vermelha que é duas camiseta (sic), uma bermuda, uma calça.

Já chegou a ficar presa no mesmo período que sua mãe, porém em lugares diferentes, e isto foi um peso para ela, pois sente-se responsável pela mãe. Tem pai que, todavia, foi ausente na maior parte de sua vida. Recentemente, ele reapareceu, dizendo que vai ajudá-la. Entretanto, ela não teve coragem de confessar ao pai que realmente tinha estado envolvida com o tráfico. Atualmente recebe visitas da sua mãe e, esporadicamente, do seu pai. Considera-se “mimada” porque recebe muitos “presentes” na prisão, supostamente enviados por sua família.

Então, quando eu me embalei no crime e consegui tudo aquilo que a minha mãe me dava. Porque eu fui muito mimada. Eu sou até hoje, até dentro do sistema, muito mimada, não me falta nada. Tudo o que eu quero. Eu falo: “não precisa mandar isso”, [mas] eles mandam, [...] porque têm medo de me passar dificuldade e alguém fazer alguma coisa e eu não conseguir, tipo um sabonete, um papel higiênico, um xampu, um condicionador. Então, sou muito mimada, até aqui dentro. Então, eu tendo tudo, por que tenho ingratidão se eu tenho tudo?

Apresenta sintomas alérgicos que diz terem sido diagnosticados como decorrentes de transtorno mental. Não está conseguindo fazer uso dos medicamentos e tem tido episódios alérgicos. Tem tido dificuldades para dormir, tem se alimentado mal e se sentido muito inconstante. Diz que seu estado emocional é bastante imprevisível e que oscila entre “surto”, choros, desmaios, tremedeira e momentos de tranquilidade e autocontrole. Chega se considerar bipolar.

Eu fico bem, ‘tou aqui conversando com a senhora agora, daqui a pouco eu surto. Então, é tipo um transtorno de bipolaridade.

Durante a entrevista, menciona existirem coisas sobre as quais não vai falar. Dá a entender que tais coisas se referem à identidade do parceiro com o qual “casou”.

Relata episódios vividos na prisão, que provocam tensão e medo.

Se uma apronta uma coisa, e eu não fizer nada, eu tomo junto. Tomo “espreizada”, perco minhas coisas que minha família custa mandar para mim. (Camila)

- Rose

SRQ-20 Total = 8

PANAS AN = 42

Rose tem 63 anos. É casada e mãe de sete filhos. Trabalhava como gari quando foi presa pela segunda vez e está cumprindo sentença há um ano e oito meses.

Embora a pontuação obtida no SRQ indique que Rose estaria em sofrimento mental (SRQ-20 > 7), os resultados que ela alcançou estão entre os menores comparativamente às outras participantes, o que justificou a inclusão dela nesse grupo. No que diz respeito aos resultados da escala PANAS Afetos negativos, Rose estaria experimentando, atualmente, intensos sentimentos negativos, relativamente às demais participantes da pesquisa (PANAS AN = 42, em escala de 0 a 50).

Não tem lembranças de sua mãe, falecida quando Rose ainda era muito pequena. Aos dez anos, perdeu também o pai. Depois disso, Rose diz que “saiu para o mundo”.

É alcoólatra e faz uso de cocaína e crack desde os quatorze anos. Alguns dos seus filhos acabaram seguindo o caminho do tráfico, e ela se sente bastante culpada, pois nunca “pensou na educação deles”, mergulhada que estava no alcoolismo.

Foi criando sem noção, sem ter um raciocínio que eu não podia ter tanto filho igual que eu tive, para educar eles. Ensinar um caminho bom para eles. Só que, aí, eles foram crescendo e eu mexia com bebida alcoólica. Eu era alcólatra, quer dizer, eu sou alcoólatra. Tenho oito¹⁹. Eu pus muito filho no mundo sem pensar na educação, Como educar? Aí eu ficava pro boteco, bebendo. Meus filhos ficava (sic) jogado. A escola; naquele tempo, não tinha aperto nas escolas. Eu não apertava eles para ir para escola. Eu não tinha... eu não era uma mãe presente.

Relatou o quanto isso também prejudicou sua vida profissional, ainda que por dezoito anos tenha conseguido deixar a bebida.

¹⁹ Esse número contradiz a informação que a entrevistada forneceu no questionário sociodemográfico, no qual ela registrou ter sete filhos.

Também no caso de Rose, a motivação para o envolvimento com o tráfico parece estar relacionada ao acesso a bens materiais que, de outro modo, seria muito difícil de alcançar.

Ter vida boa, tudo assim. [...] Às vezes, eu ia no açougue comprava aquelas cames mais baratinhas pra levar de almoço. Então, a gente quer ter as coisas. [...] Eu quero comer uma carne melhor, eu quero fazer um almoço melhor. Eu quero por um móvel aqui dentro da minha casa, 'tou precisando. Eu [quero] um jogo de mesa, 'tou precisando. Então, ali vem o pensamento, porque [o tráfico] dá muito dinheiro, dá muito dinheiro, sabe? Ganha muito dinheiro. Numa semana, dá para gente mobiliar uma casa inteira dos melhores móveis. Então, me vem aquele impulso na cabeça. Sem eu pensar duas vezes, eu voltei para o tráfico.

Apresenta diversos problemas de saúde – diabetes, colesterol alto, pressão alta e distúrbios no funcionamento da tireoide. Não tem recebido tratamento, uma vez que os medicamentos estão em falta na instituição. Relata ter sofrido muito mal-estar com todos os sintomas e que, em razão da idade, eles estão se agravando. Menciona sentir muito estresse e se automedicar quando tem acesso a medicamentos para lidar com os sintomas e evitar explosões emocionais.

Diz que apenas uma de suas filhas a visita, mas que mesmo esta não tem conseguido ir vê-la, pois o marido está preso e ela está sem condições financeiras e com uma filha pequena. Rose tem outros dois filhos que estão presos, e seu marido atual também está encarcerado. Desse modo, Rose não tem recebido nenhuma ajuda da família.

Relata estar passando muitas dificuldades na prisão que incluem a conduta agressiva de profissionais da instituição.

Porque aqui, às vezes, gente, tem uma que está deitada, ou nós está conversando (sic), aí dá aqueles “pulão”, e joga aquelas bomba pesada lá no quarto. Nós tudo quase dá um infarto de tão forte que é as bombas, sabe? (Rose)

Diz se sentir muito arrependida. Acredita que, devido à sua idade, não conseguirá aguentar até o fim da sua sentença nem sair da prisão.

Mas eu me arrependo, me arrependo de ter envolvido novamente com o tráfico. Agora, eu peguei foi 36 anos de cadeia, 36 anos! Já pensou?

Nem aturo esse tempo todo. Não dá para esperar. A vida não vai dar para esperar.

Aspectos particulares do grupo/participantes

No grupo II encontramos em comum:

- Uso abusivo de substâncias desde muito cedo e por longos períodos.
- Família de origem que não propiciou estrutura ou segurança.
- Associação entre o envolvimento com o tráfico e oportunidades de acesso a bens materiais e a um estilo de vida que, talvez, não estivesse ao alcance das entrevistadas de outra forma.
- Problemas de saúde crônicos.
- Demonstrações de arrependimento, aparentemente não tanto pela natureza da infração, mas pelo fato de terem suas expectativas frustradas em razão da punição recebida.

Em termos das categorias encontradas na análise temática, os relatos apresentam elementos pertencentes às seguintes categorias/temas:

- Violência: família disfuncional; pertencimento ao crime;
- Comportamentos de risco;
- Sofrimento mental: culpa e arrependimento; estresse e estado de alerta;
- Contenção e explosão
- Marcas da prisão: perda de vínculos; abandono institucional.
- Esperança

X.2.3.3 Grupo III - Alta pontuação no SRQ-20 e baixa pontuação no PANAS-Afetos negativos

- Elisa
SRQ-20 Total = 15
PANAS AN = 24

Elisa tem 49 anos. É casada e mãe de três filhos.

Os resultados obtidos nas escalas indicam que Elisa estaria em sofrimento mental (SRQ-20 > 7). Experimentaria, atualmente, sentimentos negativos, que relativamente às demais participantes da pesquisa, seriam menos perturbadores (PANAS AN = 24, em escala de 0 a 50).

Diz que, desde muito cedo, presenciou práticas ilícitas e, involuntariamente, iniciou a sua participação quando sua família a fazia transportar drogas uma vez que, como era criança, não era revistada. Inclusive, conta que foi chegado a levar à prisão “drogas em sua calcinha”.

Casou-se pela primeira vez aos treze anos, pois estava grávida de seu primeiro filho. Após dois anos de união, seu marido a abandonou. Foi nesse momento, aos quinze anos, que decidiu começar a traficar, pensando no sustento do filho.

E, aí, [ele] foi embora. O meu filho tinha dois anos. [Meu marido] me abandonou, me deixou. E o que eu sabia fazer? Aquilo que eu via, né? Que era o tráfico.

Casou-se novamente aos 19 anos e teve uma segunda filha. Sofreu violência doméstica e foi traída – “Fui espancada, humilhada e maltratada”. Conseguiu se separar quando seu parceiro foi preso. Teve um terceiro filho cuja guarda acabou perdendo em uma de suas prisões, porém diz que a criança foi adotada sem ela sequer ter sido intimada.

Está na quarta prisão, condenada até 2040, já tendo cumprido, anteriormente, 21 anos na cadeia. Tem graves problemas de saúde como obesidade, trombose pulmonar, doença cardíaca e distúrbios no funcionamento da tireoide. Diz não estar sendo assistida adequadamente, alegando não receber medicamentos e nem ser submetida a exames. Devido à obesidade, apresenta muita dificuldade para caminhar, não tenho conseguido obter um andador na instituição.

Tenho dificuldade para caminhar. Lá na APAC, eu tinha um andador que eu usava para me ajudar. Agora aqui eu estou jogada ao léu, jogada ao léu. Então, ninguém vai se importar com a minha vida. Ninguém, nem eu. Na verdade, não estou me importando mais, sabe doutora? Esta é a verdade, porque a dor é tanta.

Não recebe nenhuma visita. Seus filhos não enviam cartas. A instituição chegou a entrar em contato com a filha que, todavia, até o momento em que a entrevista foi

realizada, não havia ido visitar a mãe. Ao sentimento de abandono, associa-se a ideação suicida.

Todos viraram as costas. Todos, todos! Eu não recebo nem carta dos meus filhos. Nada, nada. Minha saúde mental não está boa. [chora] Não está legal, não. Eu penso em suicídio a todo momento. Eu só não faço porque não tenho coragem. [chora muito] Eu não tenho mais nem coragem de viver mais.

Atualmente, não participa de nenhuma atividade prisional. Segundo ela, isto lhe tem sido muito prejudicial, aumentando a sua ansiedade.

Só em 2040, 2040! E como que eu fico neste presídio sem trabalhar, sem remir meus dias. Para mim sair, mas antes não tem como, não tem como. Eu preciso trabalhar, eu preciso me ocupar. Aqui não entra lápis de cor, não tem caneta colorida. Eu faço desenho para sobreviver, para passar meu tempo, para distrair. Como que eu faço? Se não me deixam. Não tem nada disso. É difícil, é difícil

Relata que, em razão do seu estado de abandono, passa o dia todo sendo consumida pela culpa e por pensamentos depressivos, o que vai contribuir para a ideação suicida e afeta negativamente a qualidade de sua saúde mental.

Nunca pensei tanto em suicídio. Eu não comento com ninguém, mas toda hora eu vejo me esfaqueando, cortando minha garganta com gilete. Lógico que eu não faço, que eu não tenho coragem para isso, mas a minha mente, sempre de noite, só pensa coisas ruins, sabe? Nossa! Eu vou sair daqui e eu não vou ter nem para onde ir. Eu pulo na frente de um caminhão. Olha, para a senhora ver cada coisa. Eu me enforco no meio do mato. É assim que está a minha mente. A minha mente está doente. Está doutora. Eu sei que a minha mente está doente, mas eu não faço mal para ninguém, para ninguém.

Aspectos particulares do grupo/participante

A participante que constitui o Grupo III diferencia-se das demais entrevistadas na etapa qualitativa em razão dos resultados obtidos nas escalas empregadas. Obteve pontuações alta pontuação no SRQ-20 associada a uma baixa pontuação no PANAS Afetos negativos. O relato de Elisa de sua condição atual contradiz esse último resultado.

Outros aspectos que ressaltam da entrevista são:

- Alta reincidência prisional e longo tempo de aprisionamento.
- Família de origem associada à criminalidade e que não propiciou estrutura ou segurança.
- Problemas de saúde crônicos.
- Casamento em idade precoce.
- Abandono do parceiro e violência doméstica.
- Demonstrações de arrependimento, aparentemente não por seus atos, mas pelas consequências que incluem a prisão: falta de sentido e perda do amor e da presença dos filhos.
- Ideação suicida e pensamentos depressivos

Em termos das categorias encontradas na análise temática, o relato apresenta elementos pertencentes às seguintes categorias/temas:

- Violência: família disfuncional; parceiros violentos e pertencimento ao crime;
- Sofrimento materno;
- Comportamentos de risco;
- Sofrimento mental: culpa e arrependimento; estresse e estado de alerta;
- Contenção e Explosão
- Marcas da prisão: perda de vínculos; abandono institucional.

8.2.3.4 Grupo IV - Alta pontuação no SRQ-20 e Alta pontuação no PANAS-Afetos negativos

- Fernanda
SRQ-20 Total = 17
PANAS AN = 46

Fernanda tem 32 anos. É casada e mãe de três filhos, tendo sofrido um aborto. Morava no campo. Antes do aprisionamento, estava empregada. Foi a entrevistada com as maiores pontuações tanto no SRQ-20 quanto no PANAS-Afetos negativos. Esses resultados indicam que Fernanda estaria em estado de intenso sofrimento mental (SRQ-20 > 7). Experimentaria, atualmente, também fortes sentimentos

negativos, relativamente às demais participantes da pesquisa (PANAS AN = 46, em escala de 0 a 50).

Não teve contato com o seu pai na infância, porque este a rejeitava, afirmando que ela não era sua filha. Veio a conhecê-lo há pouco tempo. Diz que o pai entrou em contato, pois estava com um câncer e precisava da ajuda dela. Atualmente, seu pai mora perto da casa dela e tem contato com os netos.

Eu fui conhecer ele quando ele descobriu que estava com câncer. Aí ele precisou de mim e da minha ajuda, né? Aí foi atrás de mim. É aquilo. Até os 25 anos que eu conhecia ele, eu era rejeitada, não me dava atenção, passava na rua e nem ligava comigo. Tanto ele como a família deles.

Após o primeiro aprisionamento, casou-se novamente, porque havia engravidado. Hoje, apesar de sua relação com o companheiro ser boa, Fernanda se preocupa muito com todas as responsabilidades que ele assume, pois o considera muito novo. Apesar de ter sentimentos positivos para com seu novo marido, mostra-se relativamente insegura e desconfiada, afirmando que gosta dele, mas que prefere a sua liberdade, a sua vida, e que gosta mais de si.

Diz nunca ter tido contato com o tráfico e que foi presa porque seu marido teria escondido a droga em sua casa. Está há cinco meses na instituição, sendo esta sua segunda prisão que teria sido consequência de um erro de seu advogado, que não solicitou o desmembramento do seu caso com o de seu marido, já que ela já havia sido liberada. Teve que voltar a cumprir a sentença.

Estava amamentando nas duas vezes em que foi encarcerada. Esses dois episódios de desmame forçado marcaram muito sua história. Atribui a rejeição de um dos filhos a esse fato. Agora tem muito receio que a história se repita com o outro filho.

Porque, da outra vez, quando que eu fui presa, o meu bebê, o do meio, quando eu deixei ele mamando. E, depois, ele não me aceita até hoje. Ele pensa que eu fui embora. E eu vivendo aquele momento lá e pensando no outro pequeno que eu deixei também, que eu penso que ele não vai querer eu mais. Aí é muito difícil. Até hoje ele não se dá bem comigo. Ele não dá bem, meu filho do meio que eu deixei amamentando em 2017 e ele não se dá bem comigo.

Sente-se extremamente culpada por ver que seus filhos apresentam problemas de desenvolvimento. Um deles está tendo problemas na alfabetização e vem mostrando comportamentos agressivo na escola.

Por conta disto, ele é um menino bem rebelde, sabe? Joga pedras nos carros, come as pontinhas dos lápis, tudo. Falta muita atenção na escola e ele tem miopia e ele não enxerga muito bem. Eu fui descobrir isso também o ano passado, antes de eu vir. Fazia um mês que eu tinha descobrido (sic) que ele tinha miopia. Estas coisas é (sic) muito difícil, porque ele não conversa comigo. Ele não conversa comigo, e eu sou a mãe dele. O pai dele sumiu, o meu ex-marido. E ele só tem eu e ele não conversa comigo. Ele não conversa com ninguém, mas aí eu fico preocupada com ele.

Seu novo marido não a visita nem lhe escreve. Ela recebe apenas a visita da mãe (bem ocasionalmente) e de uma irmã.

Não, ninguém me escreve. Só eu que escrevo. Eu fico aqui no escuro e, de cinco meses, ela só veio uma vez na visita também. Ela veio e me falou umas coisas.

Quando solicitou a “lei das mães”²⁰ para poder retornar para casa, a juíza negou, dizendo que seus filhos não precisam dela. Ela tem tido muitos pensamentos e fantasias de que seus filhos estão morrendo afogados ou, ainda, atropelados. Refere que isto tem afetado muito a sua saúde mental, agravada pelo fato de ela ter poucas notícias dos filhos e nunca mais os ter visto desde que foi presa.

Meu irmão me mandou uma foto que acabou com a minha vida. Daí eu nem vejo, porque ele [o filho] estava na água. A água que me dá medo.

Tem tido pesadelos constantes, não consegue dormir e fuma muito. Tem pouca interação social com as outras presas, pois sente necessidade de ficar quieta e isolada. Na outra prisão tinha acesso à medicação para dormir, o que não acontece

²⁰ Em uma decisão histórica, a Segunda Turma do Supremo Tribunal Federal (STF) concedeu habeas corpus coletivo para determinar a substituição da prisão preventiva por domiciliar de gestantes, lactantes e mães de crianças de até 12 anos ou de pessoas com deficiência, em todo o território nacional. O Habeas Corpus (HC) 143641 foi julgado em 20/2/2018, e a ordem foi concedida por quatro votos a um, nos termos do voto do relator, ministro Ricardo Lewandowski. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=503414&ori=1>. Acesso em: 2 maio 2023.

na instituição atual. Diz ter sido muito afetada pelo estresse contínuo que sofre na prisão e que não “sairá normal daqui de jeito nenhum”.

- Eduarda
SRQ-20 Total = 17
PANAS AN = 38

Eduarda tem 25 anos. É casada e mãe de quatro filhos. Um deles sofre de paralisia cerebral. Teve um outro relacionamento quando esteve por um tempo separada do atual marido. Engravidou e teve um filho com o outro rapaz.

Os resultados obtidos nas escalas indicam que Eduardo estaria em intenso sofrimento mental (SRQ-20 > 7). Também experimentaria, atualmente, fortes sentimentos negativos, relativamente às demais participantes da pesquisa (PANAS AN = 38, em escala de 0 a 50).

Os dois companheiros eram associados ao crime. Seu marido já cumpriu sentença, e o pai de um de seus filhos está preso. Com o parceiro atual teve um relacionamento bem complicado, sofreu violência doméstica e foi presa duas vezes. Em ambas, ele a abandonou e aos filhos, deixando-a com as drogas. Ela diz que somente retomou o relacionamento quando ele retornou da prisão porque sua família e seus filhos insistiram muito. Após este retorno, sua qualidade de vida deteriorou muito com a intensificação das ações violentas do parceiro.

Aí, para fazer a vontade da família e dos filhos mais velhos, acabei voltando. Só que nos primeiros oito meses que ele estava na rua né? Ele estava trabalhando. Nós vive (sic) na igreja e tal, que ele é batizado na igreja. Aí, quando eu inteirei oito meses de gravidez, eu descobri que ele tinha voltado pro tráfico. Aí eu ganhei neném e aí diante minha vida virou um inferno porque chegava em casa agressivo, me batia e eu de resguardo e tudo. Quando o meu neném inteirou um mês, fui presa com a droga dele. Nós dois estava (sic) dentro do carro e a polícia deu ordem de parada. Ele correu e largou eu para trás. Eu, com duas crianças, não tinha como correr. Aí eu fiquei para trás. Aí foi onde eu fiquei 48 horas presa e, dessa vez, tornei de novo por conta dele.

Ela diz não ter tido culpa de seu aprisionamento, porém relata que, anteriormente, já teve contato com o tráfico e também que fez uso de substâncias no passado. Parou de traficar quando o seu filho portador de deficiência (PCD) nasceu. Declara que seu aprisionamento atual não se deve ao seu envolvimento, mas ao do

seu ex-marido, que a abandonou na casa. Ela foi tentar se livrar das drogas e acabou presa. Não delatou o companheiro porque, como eles têm filhos, sendo um deles especial, ela achou que as crianças teriam que ter pelo menos um dos pais junto com elas. Então, em benefício das crianças, ela não o entregou, mas que ele a abandonou.

Porque o pai dos meus filhos, ele é do tráfico. Aí a polícia estava fazendo operação no bairro. Ele não quis guardar as drogas. Saiu para a rua e largou um monte de droga dentro de casa e, como eu fiquei sozinha com as quatro crianças, eu falei: “eu vou tirar a droga de dentro de casa”. No que eu saí, as polícias me prenderam (sic), entendeu? Aí eles até falou (sic) comigo: “Pode falar. A droga é dele e tal”. Só que eu não falei nada. Porque não ia adiantar. Ia ficar os dois presos. Aí é pior para as minhas crianças. No caso, eu tenho uma criança com paralisia cerebral e um neném e eles dependem muito, né? Ou do pai ou da mãe, né? Aí ele ficou lá de fora. Aí tem hora que dá raiva, né? Muita raiva, porque ele colocou a minha liberdade em risco, me tirou de perto. Tudo por conta dele. Eu ‘tô longe dos meus filhos. Porque, se ele tivesse sido homem, eu não estaria dentro desse lugar, né? E tinha pouco tempo que eu tinha parado de trabalhar, porque eu só parei por conta da criança, do nenenzinho. E eu não tinha voltado ainda. Aí ele desesperou e voltou para o mundo das drogas.

Diz sentir muito ódio do seu marido atual e conviver com todo esse sentimento. Tem vontade de matá-lo, mas não o faz pelas crianças, pois, assim, ficaria ainda mais tempo longe delas. Atualmente, seus dois filhos mais novos estão sob os cuidados da mãe, e os dois mais velhos com o seu marido. Recentemente, ela solicitou que a mãe fosse na casa do seu marido buscar os outros dois e seus pertences que haviam ficado com ele, porém ele se recusou, o que a preocupa muito, pois sua mãe disse que as crianças não foram nem vacinadas.

Está presa há quatro meses e oito dias, considerando esta como sua primeira prisão. Não leva em consideração o ocorrido em maio de 2022, quando também foi presa, por ter sido liberada após 48 horas. Recebe visitas ocasionais da mãe, pois esta mora em outra cidade e, como já cuida de metade dos filhos dela, não consegue visitá-la mais frequentemente. Seu marido, até a data da entrevista, ainda não a havia visitado nem envia notícias sobre os filhos que com ele estão. Eduarda consegue ter alguma informação sobre as crianças por meio do ex-companheiro – pai de um de seus filhos – que também está preso, mas cuja família mora na mesma cidade que seu marido atual.

Minha mãe veio três vezes me visitar e carta eu recebo só do pai do meu menino de dois anos que está preso. Porque ele me fala como [o filho] está, porque a mãe dele leva [a criança] na visita dele. Porque ele está lá na minha cidade. E só. De vez em quando, ele fala que não é para eu me preocupar, que as minhas outras crianças estão bem. Ele me dá notícia, porque o meu marido mesmo, não.

Ela nunca mais teve a oportunidade de ver os filhos nem de receber a visita deles. Sofre muito com a proximidade do dia de visitas ou com a chegada das cartas, na esperança de que alguém se lembre dela.

A angústia é a saudade. Se você for parar para pensar bem, angústia é a saudade sem fim. Só que uma hora ela te mata. Mas ansiosa... eu sou bem ansiosa, assim, quando vai chegar carta, que é dia de carta. Aí dá uma ansiedade: “será que vai vir carta para mim? Será que alguém lembrou? Será que vai vir carta para mim?” Ou dia de visita: “Será que a minha mãe vai vir dessa vez?”

Menciona receber apoio da sua família, porém acredita que eles estejam magoados com ela, porque sabiam da ligação anterior dela com o tráfico e do fato de ela ser usuária de drogas ilícitas.

Deve ‘tá todo mundo assim, meio com raiva, né? Porque, como que sempre tive um problema, eu usei drogas. Eu tinha problema com o tráfico. Só que, desta vez, eu não tinha mais.

Fala das dificuldades da vida da prisão, mencionando o comportamento opressor de alguns funcionários e a precariedade dos recursos que são oferecidos.

É muito difícil o sistema. Se você precisa de um remédio e você pede de manhã, às vezes chega na noite. É complicado morar aqui. O lugar é ruim de morar.

Tem sentido muitas saudades de sua família. Sente-se angustiada também e diz que “uma hora este sentimento mata”. Tem se isolado para lidar com as suas emoções, na tentativa de não ocasionar nenhum mal às outras companheiras de cela.

Tem dias que ela [a angústia] aperta mais. Aí tem dias que eu não estou bem. Eu fico só deitada no meu colchão, cubro minha cabeça, fico quietinha no meu canto pra não ter que magoar ninguém com palavras e nem com agressividade. Que acaba que, quando a gente está com aquela mistura de sentimento, a gente às vezes acaba até tratando as pessoas mal. Aí eu fico mais no meu canto.

- Karina
SRQ-20 Total = 16
PANAS AN = 42

Karina tem 25 anos. É solteira e mãe de três filhos. Teve uma infância muito difícil, sendo estuprada por um ano por seu pai, sua mãe e seu patrão. Engravidou aos dez anos e teve que fazer tratamento para interromper a gestação.

Os resultados obtidos nas escalas indicam que Karina estaria em intenso sofrimento mental (SRQ-20 > 7). Experimentaria, atualmente, fortes sentimentos negativos, relativamente às demais participantes da pesquisa (PANAS AN = 42, em escala de 0 a 50).

Com nove anos de idade, eu fui estuprada pela minha mãe, meu pai e o patrão da minha mãe. Fiquei sendo estuprada um ano. Com dez anos, foi descoberto, porque eu passei mal. Cheguei a engravidar, onde que fiz o tratamento para interromper a gravidez.

Após isto ficou morando apenas com a mãe, que é deficiente. Depois de três anos, as duas mudaram de estado para ficar com a irmã mais velha dela, porém foram expulsas da casa e, sem destino, foram morar de “favor” na casa de uma pessoa com quem não tinham muita intimidade. Karina começou a trabalhar nessa casa que a acolheu. Era uma rotina dura. Durante esse período, conhece o seu primeiro companheiro.

Ela veio e trouxe nós. Quando foi ver, ela pôs nós numa casa e depois tirou nós da casa. Pôs nós para rua. A minha irmã mais velha era uns oito anos. Aí ela pôs para fora e nós foi morar de favor dos outros, sem conhecer a pessoa direito. Minha mãe já tinha uma deficiência nas perna (sic) já. Fui trabalhar e para escola. Aí conheci um rapaz. Ele tinha 17 anos na época. Ele viu que eu estava sofrendo dentro da casa. Tudo eu tinha que fazer, as coisas, limpar a casa tudo, antes de trabalhar e levar o menino pra escola. E ele não aguentou. Alugou uma casa.

O namorado aluga uma casa e os dois começam a viver juntos. Logo depois, ela engravida e nasce seu primeiro filho, porém, como ele era cego, foi rejeitado pelo seu companheiro. Karina, sem contar com rede de apoio e tendo que cuidar de seu filho integralmente, acabou sendo diagnosticada com depressão e entregou seu filho para que outra pessoa pudesse criar. Após o diagnóstico, teve acompanhamento com

psicólogo e psiquiatra e, depois, retomou os cuidados com o filho. Depois disso, teve outros dois filhos do mesmo marido.

Aí, depois, eu comecei a fazer meus tratamento (sic) todos, com psicólogo e psiquiatra, passando tudo. Aí foi onde que eu vi as meninas cuidando e, aí, eu perguntei: “por que eu não posso cuidar?” Aí eu peguei ele de volta. Comecei a cuidar e fazer tratamento dele tudo. Não deu sucesso. Ele não enxerga mesmo.

Sofreu violência doméstica em seu casamento, apanhando muito. Acabou se separando e entrando para o PCC, com a intenção de matar a mãe, o pai e o padrasto. Desistiu desse objetivo, mas argumenta que já está no mundo do crime e diz que não há mais como se desvencilhar da organização.

Está presa há cinco meses e esta é a sua terceira prisão. Seus filhos estão sob os cuidados da família do ex-companheiro. Ele não mais está no tráfico, nem chegou a ser preso. Atualmente “está na igreja” e recebe apoio da família.

Karina não recebe nenhuma visita, não tem contato e nem nenhuma notícia sobre os seus filhos. Tenta estabelecer ligação com a família do pai de seus filhos, porém ninguém responde. Relata o quanto é difícil viver na prisão, onde não encontra nenhum tipo de apoio. Tem uma doença transmissível e passa muita dificuldade, pois não consegue tratamento adequado e muito menos medicamentos. Sente que não tem ninguém a quem recorrer. Não sabe o que aconteceu com a sua mãe e, em alguns momentos, pensa que ela pode ter morrido.

Tem este problema meu da saúde também, e não tem medicamento, não tem nada. Então, eu fico sem remédio, sem pomada, fico deste jeito. Às vezes, eu fico solitária, começo a chorar. ‘Tou aí, ‘tou vivendo. Mas tem uma hora que eu surto preto, dou uns gritos lá e é onde que eu tomo remédio a mais, para dormir, senão eu vou fazer besteira. Se eu não dormir, eu faço besteira.

Tem sentido muita angústia, tristeza e solidão. Já se automutilou algumas vezes. Tem muito medo de se machucar novamente. Evita ter algum tipo de objeto por perto, como uma caneta, por exemplo, que a leve a se machucar. Também já tentou cometer o suicídio e, constantemente, tem tido ideação suicida.

Aspectos particulares do grupo/participante

No grupo IV encontramos em comum:

- Duas das três entrevistadas afirmam sua inocência. Sentem-se injustiçadas e traídas pelos companheiros que as abandonaram.
- Família de origem que não propiciou estrutura ou segurança.
- Todas referem-se a falta de escolhas que as levaram a serem presas.
- Duas das três entrevistadas sofreram violência doméstica.
- Sofrimento materno exacerbado pela falta de notícias dos filhos desde o início do aprisionamento.
- Ideação suicida e pensamentos depressivos.
- Diminuição brusca dos contatos familiares.

Em termos das categorias encontradas na análise temática, os relatos apresentam elementos pertencentes às seguintes categorias/temas:

- Violência: família disfuncional; parceiros violentos;
- Sofrimento materno
- Comportamentos de risco;
- Sofrimento mental: culpa e arrependimento, estresse e estado de alerta; medo e impotência
- Contenção e explosão
- Marcas da prisão: perda de vínculos; abandono institucional.

8.2.4 Síntese dos grupos

O Quadro 5 – Categoria/tema por grupo de entrevistadas, a seguir apresenta, por grupo, as categorias/temas encontrados a partir dos relatos obtidos durante as entrevistas realizadas.

Quadro 5 – Categoria/tema por grupo de entrevistadas

Grupo I ↓SRQ ↓Panas Afetos Negativos	Grupo II ↓SRQ ↑Panas Afetos Negativos	Grupo III ↑SRQ ↓Panas Afetos Negativos	Grupo IV ↑SRQ ↑Panas Afetos Negativos
	Família disfuncional	Família disfuncional	Família disfuncional
		Parceiros violentos	Parceiros violentos
	Pertencimento ao crime	Pertencimento ao crime	
Sufrimento materno		Sufrimento materno	Sufrimento materno
Comportamentos de risco	Comportamentos de risco	Comportamentos de risco	Comportamentos de risco
	Culpa e arrependimento	Culpa e arrependimento	Culpa e arrependimento
Medo e impotência	Medo e impotência	Medo e impotência	Medo e impotência
Estresse e estado de alerta	Estresse e estado de alerta	Estresse e estado de alerta	Estresse e estado de alerta
Contenção e explosão	Contenção e explosão	Contenção e explosão	Contenção e explosão
Perda de vínculos	Perda de vínculos	Perda de vínculos	Perda de vínculos
Abandono institucional	Abandono institucional	Abandono institucional	Abandono institucional
Esperança	Esperança	Esperança	

Ainda que cada grupo tenha um número reduzido de participantes, com dois grupos (I e III) contando com uma entrevistada, acreditamos que o método de seleção para essa etapa da pesquisa nos permite considerar os relatos colhidos como representativos da amostra estudada.

Vale sublinhar o caso da participante que compõe o Grupo I (↓SRQ ↓ Panas Afetos Negativos). Seu relato indica haver sofrimento psicológico, ainda que não detectado pelo SRQ-20 como transtorno, relacionado, como apontado acima, às condições do encarceramento. De outro lado, o histórico da entrevistada não inclui temas como “família disfuncional”, “parceiro violento”, nem “pertencimento ao crime”. Sugere-se que a ausência desses fatores, ou seja, ter uma história pregressa não

marcada pela violência contribui, de alguma forma, para que a participante se mostre como menos afetada dentre o grupo de entrevistadas.

De outra parte, o tema “família disfuncional” está presente no relato das participantes dos demais grupos. Assim, os grupos II, III e IV se caracterizam por pontuações altas em uma ou em ambas as escalas, o que apontaria para a prevalência de algum sofrimento mental, quer seja pela possibilidade de um transtorno psicológico ou pela intensidade de afetos negativos. Ressalte-se que os temas “parceiros violentos” estão também presentes nos grupos III (↑SRQ ↓ Panas Afetos Negativos) e IV (↑SRQ ↑ Panas Afetos Negativos) e “pertencimento ao crime” marca os relatos dos grupos II (↓SRQ ↑ Panas Afetos Negativos) III (↑SRQ ↓ Panas Afetos Negativos). Isso parece indicar que a presença da violência, seja no âmbito da família de origem, seja nos ambientes vividos posteriormente, é um fator de risco para o sofrimento mental. Talvez pudéssemos ir mais longe, com base nos relatos coletados, e levantar a hipótese de que a disfunção familiar, principalmente quando envolve experiências traumáticas e de desamparo, prepara o caminho para uma vida em que a violência se fará presente.

O tema “culpa e arrependimento” também caracteriza os relatos desses três grupos. Observou-se, todavia, que esses sentimentos parecem estar mais relacionados ao fato de terem sido efetivamente presas, ou seja, às consequências do seu envolvimento, voluntário ou não, com o tráfico, do que por um julgamento moral sobre o crime em si.

Os temas “comportamentos de risco”, “medo e impotência” e “estresse e estado de alerta” e “contenção e explosão” estão presentes em todos os quatro grupos. Os relatos sugerem que esses sentimentos e estados estariam bastante vinculados a dois outros temas também comuns a todas as entrevistadas: “perda de vínculos” e “abandono institucional”. Em particular, os temas “medo e impotência” e “estresse e estado de alerta”, que refletem intenso sofrimento psicológico, foram em geral referidos às condições encontradas na prisão em termos da violência com que as mulheres são tratadas e da precariedade dos recursos que têm à sua disposição.

O grupo IV (↑SRQ ↑ Panas Afetos Negativos) é o único cujos discursos não são marcados pelo tema “esperança”, o que parece reforçar os resultados obtidos nas escalas, que indicam alta probabilidade de transtorno mental comum (TMC) e grande intensidade de afetos negativos.

Sugere-se, a partir da análise qualitativa, que um histórico familiar que proporcione segurança e apoio tende a ser uma medida protetiva de saúde mental. Todavia, as condições atuais de aprisionamento parecem ser tão aversivas e violentas que acabam por comprometer o equilíbrio emocional mesmo daquelas cuja vida anterior não foi permeada pela violência, como é o caso da participante que compõe o grupo I.

9 DISCUSSÃO

Por fim, permita que eu fale, não as minhas cicatrizes
 Achar que essas mazelas me definem é o pior dos crimes
 É dar o troféu pro nosso algoz e fazer nós sumir
 (EMICIDA)²¹

A população do estudo incluiu 93 mulheres encarceradas em prisão do interior de um estado brasileiro, sendo 41 presas por tráfico de drogas ou associação ao tráfico (GTD) e 52 cumprindo pena por outros delitos (GO). Conquanto o objetivo da pesquisa tenha sido investigar possível sofrimento mental e estados afetivos em mulheres encarceradas por tráfico de drogas ou associação ao tráfico, os instrumentos quantitativos previstos foram aplicados em todas as mulheres da instituição que aceitaram participar da pesquisa. Isso aconteceu por medida de segurança para evitar o risco de possíveis conflitos entre facções. Os dados assim obtidos propiciaram a comparação entre os dois grupos, acrescentando informações sobre a amostra a ser estudada.

Os resultados encontrados com respeito aos aspectos sociodemográficos apontaram não existirem diferenças significativas entre as mulheres presas por tipo penal tráfico e aquelas que passam por restrição de liberdade em razão de outros delitos, o que sugere que ambos os grupos partilham da mesma condição social. O grupo total foi constituído por uma maioria de mulheres pretas e pardas (73 – 78,5%). Cerca de metade das participantes se declararam solteiras (47 – 50,51%) e a maior parte tem filhos (83 – 89,2%). As mulheres na faixa etária entre 30 e 45 anos (41) constituíram 44,09% da amostra. Mais da metade (58 – 62,4%) cursou até o Ensino Fundamental II. A maioria das mulheres encontra-se no estrato social de baixa renda (71 – 76,34%), com renda familiar entre meio e um salário mínimo. A média de tempo de aprisionamento encontrada foi de 14 meses (média aritmética calculada pelos tempos de aprisionamento), com cerca da metade das participantes já tendo cumprido duas ou mais penas (49 – 52,69%).

Esses resultados sugerem que grande parte da população feminina encontrada na instituição em que a pesquisa ocorreu provém de um estrato socioeconômico vulnerável, que enfrenta condições precárias de sobrevivência e limitadas

²¹ Trecho da canção Amarelo, composta por Emicida e lançada em 2019. Disponível em: <https://www.letras.mus.br/emicida/amarelo-feat-majur-e-pablo-vittar/>. Acesso em: 13 maio 2023.

perspectivas de desenvolvimento educacional. São dados compatíveis com os encontrados em outros estudos que apontam, nas amostras de mulheres encarceradas analisadas, a predominância da faixa etária de 30 a 39 anos, da cor preta e parda (SANTOS; BARROS; ANDREOLI, 2019; AUDI *et al.*, 2018) e do baixo grau de escolaridade (AUDI *et al.*, 2018; AUGSBURGER *et al.*, 2022; ANTONETTI *et al.*, 2018; CHOW *et al.*, 2018; MAKET *et al.*, 2021), bem como a prevalência daquelas que são mães (ANTONETTI *et al.*, 2018; AUGSBURGER *et al.*, 2022; AUDI *et al.*, 2018).

Também não foram apontadas diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos (GTD e GO) no que diz respeito à condição da saúde mental avaliada pelas escalas aplicadas (SRQ-20 e PANAS). Assim, considerando-se o total de participantes da etapa quantitativa, ficou constatado que a grande maioria (84 – 90,30%) das mulheres experimenta elevado sofrimento mental (SRQ-20 $\geq$ 7), que pode ser classificado como transtorno mental comum.

O transtorno mental comum (TMC), de acordo com Goldberg e Huxley (1992, *apud* SANTOS *et al.*, 2019), é compreendido como a manifestação de sintomas de insônia, fadiga, dificuldade de memória e concentração, queixas somáticas e estados de irritabilidade, ansiedade e depressão. Como apontam Santos *et al.* (2019), a vivência constante desses sintomas tende a gerar prejuízos significativos da capacidade funcional e psicossocial. Reforçam essa possibilidade os resultados levantados na categoria Humor Depressivo do SRQ-20, que se encontram, em média (GTD – 3,2 e GO – 3,3), próximos da amplitude máxima para essa categoria (0-4).

Os resultados obtidos pelos dois grupos na escala PANAS (amplitude 10 a 50), também não apresentaram diferenças estatisticamente relevantes, com médias de 30,3 no GTD e 32,0 no GO para Afetos Negativos e de 30,0 no GTD e 28,4 no GO para Afetos Positivos.

Os dados quantitativos sugerem que, se as circunstâncias sociais de origem dessas mulheres não são as mais favoráveis para a saúde mental, a experiência da prisão não contribui para atenuar o seu sofrimento, para dizer o mínimo.

A análise qualitativa baseou-se nas entrevistas semiestruturadas com sete participantes da amostra de mulheres presas por tráfico de drogas ou associação ao tráfico. A análise dos relatos permitiu a identificação das seguintes categorias temáticas: violência; sofrimento materno; comportamento de risco; contenção e explosão; perdas afetivas; e esperança.

Visando aprofundar a análise, as entrevistadas foram classificadas em grupos segundo a pontuação obtida nas escalas, relativamente à amostra de mulheres presas por tráfico de drogas ou associação ao tráfico.

- Grupo I: Baixa pontuação no SRQ-20 e baixa pontuação no PANAS-Afetos negativos
- Grupo II: Baixa pontuação no SRQ-20 e alta pontuação no PANAS-Afetos negativos
- Grupo III: Alta pontuação no SRQ-20 e baixa pontuação no PANAS-Afetos negativos
- Grupo IV: Alta pontuação no SRQ-20 e alta pontuação no PANAS- Afetos negativos

Todos os grupos de entrevistadas apresentam perfil sociodemográfico semelhante e, apesar de as participantes ocuparem posições relativas diferentes no que se refere aos resultados das escalas, os relatos das entrevistadas dos grupos II, III e IV incluem elementos de todas as categorias encontradas para a amostra como um todo.

Apenas a entrevista da participante do Grupo I, cujo relacionamento familiar parece estar mais preservado, deixou de incluir os temas relativos à categoria “violência” que abrange os temas “família disfuncional”, “parceiros violentos” e “pertencimento ao crime”. As demais entrevistas indicam uma história pregressa substancialmente marcada pela constelação de estruturas familiares frágeis, favorável à constituição de uma personalidade aparentemente imatura, com tendências à impulsividade e a comportamentos de risco, ressaltando-se a compulsão e adição às drogas, a forte presença de ideação suicida e ações de automutilação.

Tais mulheres, desde a infância, não tiveram a possibilidade de pertencerem a um grupo familiar confiável, seguro e que fosse capaz de promover o seu desenvolvimento biopsicossocial. No entender de Kast (1997), essas são condições que promovem o sentimento de não fazer parte, de ter sido expulsa e de ser a responsável por esse estado de coisas, o que gera intenso sentimento de culpa. Jung (1909/2011c), por sua vez, ressalta a importância da família para o desenvolvimento do indivíduo, entendendo-se que a função de pais e educadores deve ser considerada de forma ampliada, incluindo todos os responsáveis pelo cuidado necessário no período de formação da personalidade. Pais ausentes e mães, quando presentes,

nem sempre disponíveis para o cuidado dos filhos compõem um contexto familiar, muitas vezes permeado por conflitos e pela violência doméstica, que apareceu com frequência nos relatos das mulheres da pesquisa. Diante da ausência da acolhida e proteção de um núcleo familiar estável, surge a sensação de que é preciso lutar, para compensar a exclusão e garantir a sobrevivência. Lutar contra o sistema que a abandonou, que não cuidou dela nem a protegeu quando se fez necessário, parece ter sido o caminho percorrido por muitas das participantes do estudo. Lutar, eventualmente, até a própria destruição, como forma de superar a impotência e suportar o sofrimento.

Sem acolhimento, sem proteção e sem a indicação de caminhos válidos. Essa é uma frase que pode traduzir parte da história vivida por essas mulheres que, então passariam a buscar ansiosamente por possibilidades de crescimento, de obtenção de poder e de reconhecimento. Todavia, a figura paterna, que deveria oferecer a orientação para a ação no mundo, estando ausente, concreta ou figurativamente, é substituída pelo grupo criminoso ou por seus representantes. Assim, os relatos obtidos indicam, em geral, que as leis internalizadas referem-se mais às normas do grupo ao qual as entrevistadas aderiram, grupo esse marginal e marginalizado em termos da sociedade mais ampla, no qual a violência se faz também presente.

Na prisão, práticas coercitivas, interações permeadas por agressividade e desrespeito entre prisioneiras e entre estas e a equipe dirigente, tratamento negligente e impessoal são elementos que mantêm e reforçam o ciclo da violência na vida dessas mulheres. A experiência prisional, todavia, traz um agravante adicional. A reclusão impõe o afastamento dos filhos, um tipo particular de perda de vínculos que se traduz em sofrimento e sentimento de culpa.

Stein (2006) indica que as diversidades levam ao desenvolvimento de um ego fortalecido, desde que sejam moderadas as dificuldades e conflitos. Se assim não acontece durante o processo de crescimento, há prejuízos da função egoica. “O tumulto emocional e a ausência de uma estrutura coesa criam severos distúrbios de caráter e tendências dissociativas” (STEIN, 2006, p. 37). É possível supor que as condições socioambientais vividas por essas mulheres não tenham sido propícias à constituição de um ego capaz de conter impulsos e emoções. Acresce-se a isso, as condições experimentadas na prisão, que promovem continuado estresse emocional e o acirramento da ansiedade. Assim, ainda que as entrevistadas tentem enfrentar essa situação, em um primeiro momento, contendo as emoções decorrentes da

pressão a que estão submetidas, de modo a não dar margem a punições, são frequentes as explosões ou, nas palavras delas, os “surto”, quer pela intensidade dos afetos, quer pela violência a que são expostas.

De outra parte, a possibilidade de manter alguma esperança favoreceria a criação de um espaço mental preservado, que permitiria ver adiante, planejar e vivenciar uma outra realidade, de modo a suportar a carga de sofrimento característica do encarceramento. A esperança pode, assim, ser considerada um fator protetivo e gerador de saúde mental e de resistência às dificuldades encontradas na prisão. Percebeu-se que as mulheres do grupo que não possuíam uma mínima perspectiva de futuro foram as que obtiveram resultados mais elevados no que tange ao sofrimento mental e à experiência de afetos negativos.

Clarissa Estés (1994) alerta que a mulher que teve sua identidade fragmentada ou até mesmo não desenvolvida está privada do encontro consigo mesmo, faltando-lhe a vivência do sentimento oceânico (inconsciente) que a faça sentir-se pertencente a si mesma. A autora diz que longos períodos de “coação” ocasionam o distanciamento daquilo que é primordial: “estar inteira dentro de si” (ESTÉS, 1994, p. 332). Para aquelas que estão presas, ter consciência de si e da própria competência no ambiente da carceragem e em meio a perturbações emocionais tende a ser uma difícil missão, tendo em vista que o sistema prisional, conforme apontado por Goffman (1974), contribui para um estado de alienação, em que ficam comprometidas a autoestima, a crença em na própria competência e, principalmente, a capacidade de ressignificação de sua história.

Verena Kast (2023) aponta que, quanto mais a autoestima for afetada pelo sentimento de impotência, mais reações violentas ocorrerão. A autora considera que reações agressivas constituem tentativas de restabelecer uma identidade segura. Ressalta, todavia, que ser esse um processo que proporciona alívio passageiro, mas não conduz a resultados efetivos, uma vez que não elimina a angústia e tende a promover culpa. A tentativa de aplacar esses sentimentos, pode levar a novas ações violentas, criando-se, assim, um círculo vicioso.

No que diz respeito às condições da vida na prisão, os relatos e a experiência da pesquisadora durante a coleta de dados tendem a confirmar a descrição que Goffman (1974) faz das instituições totais. Nesse sentido, é possível supor que as condições de encarceramento das participantes da pesquisa, em particular os

processos de humilhação e estigmatização, tendem a contribuir para o elevado grau de adoecimento mental identificado por meio das escalas.

Em síntese, pode se dizer que os resultados tanto quantitativos quanto qualitativos apontam para um elevado sofrimento mental das participantes da pesquisa, levando-nos a concluir que a experiência prisional parece fazer parte do ciclo de violência que caracteriza a vida pregressa dessas mulheres. Nesse sentido, a prisão tende a agravar sintomas, a reforçar comportamentos violentos e a reduzir a perspectiva de uma vida futura diferente daquela que as conduziu até lá.

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desconfiai do mais trivial,
na aparência singelo.
E examinai, sobretudo, o que parece habitual.
Suplicamos expressamente:
não aceiteis o que é de hábito
como coisa natural.
Pois em tempo de desordem sangrenta,
de confusão organizada,
de arbitrariedade consciente,
de humanidade desumanizada,
nada deve parecer natural.
Nada deve parecer impossível de mudar.
(BRECHT, 1982)

Os resultados gerais encontrados na etapa quantitativa deste estudo (escalas SRQ-20 e PANAS Afetos Negativos) indicam que 89 das 93 participantes podem ser classificadas como sofrendo intenso transtorno mental comum (TMC), com grande incidência de sentimentos como raiva, culpa e medo. A análise qualitativa, por sua vez, permitiu verificar que as condições anteriores ao aprisionamento vividas por essas mulheres foram desfavoráveis ao desenvolvimento biopsicossocial. Desde muito cedo tiveram suas vidas marcadas pela violência e por vínculos familiares frágeis. Com o precoce rompimento de laços que teriam uma função estruturante para o ego, essas mulheres tiveram que lutar pela sobrevivência sem apoio e sem uma rede capaz de oferecer condições para o desenvolvimento psicoafetivo e uma vida vivida com dignidade. Suas histórias foram permeadas pela dor, pelos maus-tratos, por experiências afetivas negativas, pela solidão e pelo desamparo.

Os resultados obtidos nos levam, ainda, a considerar que o aprisionamento potencializa o adoecimento das mulheres participantes, perpetuando o ciclo de violência que parece caracterizar a experiência anterior à prisão. Nos relatos, pôde-se perceber o alto nível de estresse a que estão submetidas e o quanto vivem situações abusivas e desrespeitosas, que as levam ao desespero, à inatividade, ao constrangimento e à revolta.

De outro lado, os dados do sistema prisional indicam que, a cada ano, cresce vertiginosamente o número de mulheres que se envolvem com o tráfico (seja participando ativamente ou se relacionando com um marido/traficante) e que são condenadas criminalmente/civilmente. Todavia, esta pesquisa aponta que a punição

imposta contribui para o desenvolvimento ou agravamento de possíveis transtornos mentais, ao aumento da ideação suicida, de comportamentos de automutilação e de atos impulsivos e violentos e à intensificação dos afetos negativos e das expressões de raiva.

Consideramos fundamental pensar processos que possam mitigar o estresse emocional e o consequente sofrimento mental derivados das condições da prisão, ainda que reconheçamos a complexidade de circunstâncias que envolvem a sociedade como um todo e o poder público em particular. Nesse sentido, passamos a considerar algumas iniciativas que poderiam compor um programa de apoio a essa população, contribuindo para a implementação, no sistema prisional, de condições mais dignas e favoráveis à saúde mental.

Assim, por exemplo, a oferta de tratamento psicoterapêutico àquelas que assim o desejassem poderia contribuir para que desenvolvessem maior consciência de seus limites e capacidades, favorecendo a ampliação da capacidade de resiliência e a possibilidade de ressignificação da própria história.

Os sentimentos de solidão e desamparo poderiam ser minimizados por meio de uma maior disponibilidade de recursos tecnológicos que permitissem o contato com familiares que estejam distantes ou impossibilitados de fazer visitas. Em especial, o contato entre mães e filhos pode auxiliar a manutenção de vínculos significativos, com benefícios para ambas as partes. Proporcionar a continuação da maternagem também significa preservar, para essas mulheres, a capacidade de amar e cuidar do outro, ampliando os espaços nos quais elas possam sentir-se partícipes da vida exterior à prisão. Nesse sentido, na medida do possível, parece-nos que poderia ser interessante a criação de projetos em conjunto com a escola que possibilitassem a participação das mães no desenvolvimento pedagógico de seus filhos. No que diz respeito à família ampliada, palestras e oficinas educativas seriam úteis para sensibilizar parentes para a necessidade de apoiarem as mulheres e manterem o vínculo, seja por meio de visitas e ou cartas.

Em termos das atividades intramuros, projetos educacionais e profissionais deveriam ter como objetivo o desenvolvimento da autonomia e como recompensa algo além da possibilidade de remição da pena. Atualmente, quando a mulher presa participa de aulas e ou trabalho, pode conseguir a diminuição da quantidade de tempo prisional, porém, não necessariamente desenvolve recursos que possam contribuir para sua reinserção na sociedade mais ampla. Projetos que levem em conta os

interesses educacionais e profissionais dessas mulheres possivelmente seriam mais atraentes e implicariam essas mulheres na construção do próprio futuro. Se, ao mesmo tempo, forem desenvolvidos em parceria com outros agentes sociais, poderiam facilitar o aproveitamento profissional dessas mulheres, com o consequente ganho financeiro. Sugere-se, ainda, que o investimento por parte da instituição em formação educacional tende a fortalecer a autoestima e contribuir para a saúde mental de mulheres encarceradas.

Outro fator que também merece consideração e estudo aprofundado é o fato de existirem grupos ainda mais vulneráveis no que tange à questão da saúde mental das mulheres na prisão. Dentre esses grupos, destaca-se o de mulheres idosas, que, possivelmente, verão suas vidas findarem na prisão ou, quando saírem, estarão mais expostas ao sofrimento devido à restrição da possibilidade de trabalhar e de construir uma nova vida. Como medida para mitigação dessas dificuldades, propõe-se que a instituição adote iniciativas como: (a) desenvolver programas especiais dirigidos à mulher idosa e suas especificidades físicas e psíquicas; (b) designar celas que reúnam apenas idosas, de modo que elas possam compartilhar questões comuns e oferecer apoio mútuo; (c) desenvolver programas de readaptação à vida fora do cárcere, uma vez que a idade avançada potencializa as dificuldades de inserção profissional e de retorno à vida familiar, o que tende a aumentar a angústia com que mulheres mais idosas projetam suas vidas extramuros.

Durante a pesquisa, pôde-se verificar que as mulheres, em sua história pregressa, foram vítimas de violência e desamparo. Não puderam, ao longo de sua vida, desenvolver a sensação de pertença a um grupo familiar. De algum modo, a associação com o crime parecia oferecer o apoio, o poder e o reconhecimento que lhes faltava.

De outro lado, por meio dos relatos, pôde-se observar o quanto as mulheres se percebem como um grupo desprezível, que oferece pouca segurança e no qual não se deve confiar, e o quanto o ambiente prisional pode ser gerador de estresse. Vivem, assim, em estado contínuo de alerta e defesa. Todavia, ao mesmo tempo em que fazem duras críticas às companheiras de prisão e procuram se apartar das demais, também se veem com poucos méritos, uma vez que fazem parte desse grupo.

Diante desse cenário, atividades educacionais, terapêuticas e sociais em grupos poderiam promover a interação positiva entre as mulheres companheiras de cela. Acredita-se que o fortalecimento dessas relações pode vir a diminuir a sensação

de não pertencimento, de abandono, minimizar os prejuízos gerados pelo isolamento social e fortalecer vínculos positivos.

Grupos de convivência podem ser uma ferramenta que contribua para a saúde mental no encarceramento, favorecendo o desenvolvimento da alteridade, na medida em que essas mulheres podem vir a reconhecer seu papel no grupo e aprender a expressar-se e ouvir empaticamente as companheiras. Outro aspecto que essa medida pode favorecer é a introjeção de valores que tenham por base o reconhecimento do outro em sua integridade e singularidade, e não a necessidade de fazer valer a lei do mais forte para assegurar a sobrevivência.

Em síntese, a condição da saúde mental das mulheres presas na instituição em que se realizou o estudo pode ser considerado como um grave problema de saúde pública e precisa ser reconhecido como tal para que se possa, assim, criar condições mais humanas e dignas para aquelas que ali se encontram encarceradas. A temática da saúde mental no sistema prisional feminino é extremamente complexa e repleta de meandros que necessitam de mais aprofundamento e de estudos multidisciplinares para que novas soluções e apontamentos possam surgir. Em face disso, novas pesquisas são necessárias para ratificar ou retificar os resultados ora encontrados e evidenciar pontos que não puderam ser abarcados pelo presente trabalho, seja pelo tamanho da amostra, seja pelas condições de pesquisa impostas pela instituição.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA-FILHO, N. *et al.* Social inequality and depressive disorders in Bahia, Brazil: interactions of gender, ethnicity, and social class. **Social Science & Medicine**, v. 59, p. 1339-1353, 2004. Disponível em: <http://doi.org/10.1016/j.socscimed.2003.11.037>. Acesso em: 13 maio 2023.
- ANTONETTI, G. *et al.* The health needs of women prisoners: an Italian field survey. **Annali dell'Istituto superiore di sanita**, [s.l.], v. 54, n.2, p. 96-103, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.4415/ANN_18_02_04. Acesso em 26 jul. 2022.
- ARAÚJO, I. C. A.; CHAVES, L. H. Aprendendo a ser mulher no cárcere. **Interseções**, [s.l.], v. 23, n. 1, 2021. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/intersecoes/article/view/60650>. Acesso em: 17 jun. 2022.
- AUDI, C. A. F. *et al.* Common mental disorder among incarcerated women: a study on prevalence and associated factors. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 23, n. 11, p. 3587-3596, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.30372016>. Acesso em: 26 jul. 2022.
- AUGSBURGER, A., *et al.* Assessing incarcerated women's physical and mental health status and needs in a Swiss prison: a cross-sectional study. **Health and Justice**, [s.l.], v.10, n. 8, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s40352-022-00171-z>. Acesso em: 26 jul. 2022.
- BATISTA, V. C. *et al.* Prisoners of suffering: perception of women on violence practiced by intimate partners. **Rev Bras Enferm**, v. 73, Supl. 1, 2020. e20190219. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0219>. Acesso em: 13 maio 2023.
- BELL, J. **Projeto de pesquisa**. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- BRASIL. DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO NACIONAL. Sistema de informações do departamento penitenciário nacional. Levantamento nacional de informações penitenciárias. [online]. Disponível em: <https://www.gov.br/depen/pt-br/servicos/sisdepen/mais-informacoes>. Acesso em: 17 jun. 2022.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_sistema_peniten_cario_2ed.pdf. Acesso em: 13 maio 2023.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação de Saúde no Sistema Prisional. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde,

2014. Disponível em: <http://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2016/06/Cartilha-PNAISP.pdf>. Acesso em: 13 maio 2023.

BRASIL. SECRETARIA ESPECIAL DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES. **II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2008. 236 p.

BRATTI, L. V. **Maternidade no cárcere: um estudo acerca das violações de direitos humanos no sistema prisional feminino brasileiro**. Monografia (Bacharelado em Direito). Curso de Direito da Universidade do Sul de Santa Catarina. Braço do Norte, SC. 2021. Disponível em: <https://repositorio.animaeducacao.com.br/bitstream/ANIMA/19527/1/Laura%20Veronezi%20Bratti%20-%20Maternidade%20no%20cárcere.pdf>. Acesso em: 13 maio 2023.

BRECHT, B. **Antologia poética**. Rio de Janeiro: ELO, 1982

BRITTO, F. L. C.; ESPINOZA, F.; CARVALHO, G. B. V. Dilemas corporais: a situação carcerária de mulheres transexuais no Estado de Sergipe – Brasil. **Rev. Quaestio Iuris**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 397-419, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/rqi.2022.57950>. Acesso em: 17 jun. 2022.

CARVALHO, H. W. *et al.* Structural validity and reliability of the Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): Evidence from a large Brazilian community sample. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 169-172, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462013000200169&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 jun. 2020.

CHERNICHARO, L. P. **Sobre mulheres e prisões**: seletividade de gênero e crime de tráfico de drogas no Brasil. 2014. Dissertação (Mestrado em Direito) – Faculdade de Direito da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

CHOW, K. K. *et al.* Prevalence and screening of mental illness among remand prisoners in Hong Kong. **East Asian archives of psychiatry**, [s.l.], v. 28, n. 4, p. 134-138, 2018. Disponível em: <https://www.easap.asia/index.php/find-issues/current-issue/item/822-1812-v28n4-p134>. Acesso em: 26 jul. 2022.

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**, [online], v. 21, n. 7, p. 2089-2100, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015217.01222016>. Acesso em: 17 jun. 2022.

CORTINA, M. O. C. Mulheres e tráfico de drogas: aprisionamento e criminologia feminista. **Revista Estudos Feministas**, [online], v. 23, n. 3, p. 761-778, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-026X2015v23n3p761>. Acesso em: 17 jun. 2022.

COSTA, A. B.; ZOLTOWSKI, A. P. C. Como escrever um artigo de revisão sistemática. In: KOLLER, S. H.; COUTO, M. C. P. P.; HOHENDORFF, J. V. (Orgs.). **Manual de produção científica**. Porto Alegre: Penso, 2014.

COSTA, V. D. E. *et al.* Medida epidemiológica de mulheres reclusas na Amazônia Ocidental, Brasil. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, [s.l.], v. 32, n. 1, p. 92-100, 2022. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/358420203_Medida_Epidemiologica_de_Mulheres_Reclusas_na_Amazonia_Ocidental_Brasil_Outcome_Measure_Epidemiological_of_Female_Inmates_in_West_Amazon_Brazil. Acesso em: 17 jun. 2022.

CRESWELL, J. **Projeto de pesquisa**: métodos qualitativo, quantitativo e misto. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CURY, J. S.; MENEGAZ, M. L. Mulher e o cárcere: uma história de violência, invisibilidade e desigualdade social. **Anais eletrônicos...** Seminário Internacional Fazendo Gênero 11& 13thWomen's Worlds Congress, Florianópolis, 2017. Disponível em: http://www.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1499469506_ARQUIVO_ArtigoFazendoGenero-enviar.pdf. Acesso em: 13 maio 2023.

ESTÉS, C. **Mulheres que correm com os lobos**: mitos e histórias do arquétipo da mulher selvagem. Rio de Janeiro: Rocco, 1994.

EZZY, D. **Qualitative analysis**: practice and innovation. Austrália: Routledge, 2002.

FERNANDES, C. S. F.; ERCOLANI, K. M. Da senzala ao cárcere: a mulher negra e o sistema prisional. **Anais...** 11º Congresso Internacional de Ciências Criminais – Jurisdição Constitucional e Reformas Penais em Tempos de Pandemia. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2020. Disponível em: <https://editora.pucrs.br/edipucrs/acessolivre/anais/congresso-internacional-de-ciencias-criminais/assets/edicoes/2020/arquivos/178.pdf>. Acesso em: 13 maio 2023.

FERREIRA, A. L. M. **Velhice atrás das grades: condições de saúde de mulheres idosas nas unidades prisionais do estado do Rio de Janeiro**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, 2021. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/49248/ana_laura_marinho_ferreira_ensp_mest_2021.pdf?jsessionid=94E3167B4A854AA2304916B5B6FCD149?sequence=2. Acesso em: 13 maio 2023.

FOUCAULT, M. Vigiar e punir: nascimento da prisão. Petrópolis: Vozes, 2014.

GABRYSCH, C. *et al.* 'Maybe it is only in prison that I could change like this' the course of severe mental illnesses during imprisonment - a qualitative 3-year follow-up study from Chile. **Frontiers in psychology**, [s.l.], v. 11, 1208, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01208>. Acesso em: 26 jul. 2022.

GARCÍA-VITA, M. M.; AÑÑOS-BEDRIÑANA, F. T.; FERNÁNDEZ-SÁNCHEZ, M. P. Emotional well-being amongst female inmates in prisons: the relevance of their addictive history and their country of origin. **Revista española de sanidad penitenciaria**, [s.l.], v. 19, n. 3, p. 79–86, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.4321/S1575-06202017000300003>. Acesso em: 26 jul. 2022.

GONÇALVES, D. M.; STEIN, A. T.; KAPCZINSKI, F. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. **Cadernos de Saúde Pública**, [online], v. 24, n. 2, p. 380-390, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000200017>. Acesso em: 15 jun. 2022.

GRAÇA, B. C.; MARIANO, M. de M.; GUSMÃO, M. A. de J. X.; CABRAL, J. F.; NASCIMENTO, V. F. do; GLERIANO, J. S.; HATTORI, T. Y.; TERÇAS-TRETTEL, A. C. P. Dificuldades das mulheres privadas de liberdade no acesso aos serviços de saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, [s. l.], v. 31, n. 2, 2018. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/7374>. Acesso em: 17 jun. 2022.

HARDING, T. W. *et al.* Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. **Psychological medicine**, [s. l.], v. 10, n. 2, p. 231-241, 1980. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/s0033291700043993>. Acesso em: 16 jun. 2022.

IACOPONI, E.; MARI, J. J. Reliability and Factor Structure of the Portuguese Version of Self-Reporting Questionnaire. **International Journal of Social Psychiatry**, [s. l.], v. 35, n. 3, p. 213-222, 1989. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/002076408903500301>. Acesso em: 16 jun. 2022.

JACINTO, G. Mulheres presas por tráfico de drogas e a ética do cuidado. **Revista sociais e humanas**, [s. l.], v. 24, n. 2, p. 36–51, 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/sociaisehumanas/article/view/2848>. Acesso em: 18 jun. 2022.

JESUS, A. C. F. O significado e a vivência do abandono familiar para presidiárias. **Ciência e Saúde**, v. 8, n. 1, p. 19-25, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15448/1983-652X.2015.1.19535>. Acesso em: 13 maio 2023.

JUNG, C. G. **Psicogênese das doenças mentais**. O. C. 3. Petrópolis: Vozes, 2011a. (Original publicado em 1907).

JUNG, C. G. Aspectos psicológicos do arquétipo materno. *In*: JUNG, C. G. **Os arquétipos e o inconsciente coletivo**. O. C. 9/1. Petrópolis: Vozes, 2011b. (Original publicado em 1939).

JUNG, C. G. A constelação familiar. *In*: JUNG, C. G. **Estudos experimentais**. O. C. 2. Petrópolis: Vozes, 2011c. (Original publicado em 1909).

KAST, V. **Pais e filhas, mães e filhos**. São Paulo: Edições Loyola, 1997.

KAST, V. **O sentido do medo**. São Paulo: Vozes, 2023.

LIMA, G. M. B. *et al.* Mulheres no cárcere: significados e práticas cotidianas de enfrentamento com ênfase na resiliência. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 446-456, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/jwF9hQQFwGH8mKWQwJjW5H/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 18 jun. 2022.

LIMA FILHO, A. P. **O pai e a psique**. São Paulo: Paulus, 2002.

LOPES, R. M. F.; MELLO, D. C.; ARGIMON, I. I. L. Mulheres encarceradas e fatores associados a drogas e crimes. **Ciência & Cognição**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 121-131, 2010. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-58212010000200011&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 13 maio 2023.

MAK, V. W. *et al.* Relationships between hope and mental health among women in prison. **Crim Behav Ment Health**, [s.l.], v. 31, n. 2, p. 96-108, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/cbm.2191>. Acesso em 26 jul. 2022.

MANDELA, N. **Longo caminho para a liberdade**. Porto: Campo da Letras, 2006.

MARI, J. J.; WILLIAMS, P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. **The British journal of psychiatry: the journal of mental science**, Cambridge, v. 148, p. 23-26, 1986. Disponível em: <https://doi.org/10.1192/bjp.148.1.23>. Acesso em 15 jun. 2022.

MOHER, D. *et al.* Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. **PLoS Med**, [s.l.], v. 6, n. 7, e1000097, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>. Acesso em: 26 jul. 2022.

NERI, M. C. **As classes médias brasileiras**. Rio de Janeiro: FGV Social, 2019.

NERI, M. S. *et al.* Presas pelas drogas: características de saúde de presidiárias em Salvador/Bahia. **Revista Baiana de Enfermagem**, [s. l.], v. 25, n. 2, 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/5908>. Acesso em: 17 jun. 2022.

OLIVEIRA, F. A. ENCARCERAMENTO FEMININO E POBREZA NO BRASIL: reflexões iniciais. **Anais... IX Jornada Internacional de Políticas Públicas**. Universidade Federal do Maranhão, 20 a 23 de agosto de 2019. São Luís, MA. Disponível em: http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2019/images/trabalhos/trabalho_submissao_id_818_8185cb9e6af9ff35.pdf. Acesso em: 13 maio 2023.

OLIVEIRA, L. V. *et al.* Perfil epidemiológico de presidiárias no estado da Paraíba-Brasil: estudo descritivo. **Online braz. j. nurs.**, [online], v. 12, n. 4, 2013. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-702947>. Acesso em: 17 jun. 2022.

OLIVEIRA, W. F.; DAMAS, F. B. Saúde e atenção psicossocial nas prisões: um olhar sobre o sistema prisional brasileiro com base em um estudo em Santa Catarina. 1. ed. São Paulo: HUCITEC, 2016.

OTSUKA-NUNES, L. Y. *et al.* Análise psicométrica da PANAS no Brasil. **Ciências Psicológicas**, Montevideo, v. 13, n. 1, p. 45-55, 2019. Disponível em: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1688-42212019000100045&lng=es&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 15 jun. 2022.

PENNA, E. M. D. O paradigma junguiano no contexto da metodologia qualitativa de pesquisa. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 71-94, 2004.

PRIORI, C. Mulheres infratoras e o sistema prisional: uma discussão prévia. *In*: IV Congresso Internacional de História, 2009, Maringá. **Anais [...]**. Maringá: UEM, 2009. p. 4997-5005. ISSN 2175-4446.

RAMOS, E. T. **Educação escolar e formação de mulheres presas**. Dissertação (Mestrado em Educação). Programa de Estudos Pós-graduados em Educação: História, Política e Sociedade. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2013. Disponível em: <https://tede.pucsp.br/bitstream/handle/10387/1/Ellen%20Taline%20de%20Ramos.pdf>. Acesso em: 13 maio 2023.

RODRIGUES, D. M. D. **Risco de reincidência em mulheres condenadas pelo crime de tráfico de estupefacientes**. Dissertação (Mestrado em Criminologia). Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Porto, 2021. Disponível em: https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/9995/1/DM_33436.pdf. Acesso em: 13 maio 2023.

SALMASSO, R. C. Criminalidade e condição feminina: estudo de caso das mulheres criminosas e presidiárias de Marília – SP. **Revista de Iniciação Científica da FFC**, v. 4, n. 3, p. 16-30, 2004.

SANTOS, G. B. V. *et al.* Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em moradores da área urbana de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 35, n. 11, e00236318, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00236318>. Acesso em: 13 maio 2023.

SANTOS, M. V. *et al.* Fatores de proteção da saúde mental das mulheres encarceradas: estudo descritivo-exploratório. **Online braz. j. nurs.**, [s.l.], v. 16, n. 4, p. 471-479, 2017a. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1120251>. Acesso em: 18 jun. 2022.

SANTOS, M. V. *et al.* Mental health of incarcerated women in the state of Rio de Janeiro. **Texto & contexto – enfermagem**, [s. l.], v. 26, n. 2, e5980015, 2017b. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017005980015>. Acesso em: 26 jul. 2022.

SANTOS, M. M.; BARROS, C. R. S.; ANDREOLI, S. B. Fatores associados à depressão em homens e mulheres presos. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [s.l.], v. 22, e190051, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720190051>. Acesso em: 26 jul. 2022.

SILVA, E. L. *et al.* Percepções do sofrimento psíquico: os vínculos afetivos com familiares de presidiárias. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 5, e6938, 2021. <https://doi.org/10.25248/reas.e6938.2021>

STEIN, M. **Jung: o mapa da alma**. 5. ed. São Paulo: Cultrix, 2006

SYGIT-KOWALKOWSKA, E. *et al.* Resilience as a predictor of mental health of incarcerated women. **Psychiatria polska**, [s. l.], v. 51, n. 3, p. 549-560, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/62617>. Acesso em: 26 jul. 2022.

TYLER, N. *et al.* An updated picture of the mental health needs of male and female prisoners in the UK: prevalence, comorbidity, and gender differences. **Social psychiatry and psychiatric epidemiology**, [s. l.], v. 54, n. 9, p. 1143-1152, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01690-1>. Acesso em: 26 jul. 2022.

VARELLA, D. **Prisioneiras**. 1. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2017.

WATSON, D.; CLARK, L. A.; TELLEGEN, A. Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. **Journal of Personality and Social Psychology**, [s. l.], v. 54, n. 6, p. 1063-1070, 1988. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/1988-31508-001>. Acesso em: 16 jun. 2022.

ANEXO A – Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20)

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

PERGUNTAS	RESPOSTAS
1) Você tem dores de cabeça frequentes?	()SIM ()NÃO
2) Tem falta de apetite?	()SIM ()NÃO
3) Dorme mal?	()SIM ()NÃO
4) Assusta-se com facilidade?	()SIM ()NÃO
5) Tem tremores nas mãos?	()SIM ()NÃO
6) Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?	()SIM ()NÃO
7) Tem má digestão?	()SIM ()NÃO
8) Tem dificuldades de pensar com clareza?	()SIM ()NÃO
9) Tem se sentido triste ultimamente?	()SIM ()NÃO
10) Tem chorado mais do que de costume?	()SIM ()NÃO
11) Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	()SIM ()NÃO
12) Tem dificuldades para tomar decisões?	()SIM ()NÃO
13) Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, causa sofrimento)?	()SIM ()NÃO
14) É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	()SIM ()NÃO
15) Tem perdido o interesse pelas coisas?	()SIM ()NÃO
16) Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	()SIM ()NÃO
17) Tem tido a ideia de acabar com a vida?	()SIM ()NÃO
18) Sente-se cansado(a) o tempo todo?	()SIM ()NÃO
19) Você se cansa com facilidade?	()SIM ()NÃO
20) Tem sensações desagradáveis no estômago?	()SIM ()NÃO

ANEXO B – Escala de Afetos Positivos e Afetos Negativos (PANAS)

Esta escala consiste num conjunto de palavras que descrevem diferentes sentimentos e emoções. Leia cada palavra e marque o número referente no espaço anterior à palavra. Indique em que medida sentiu cada uma das emoções **nos últimos dias**.

- 1) Nada ou muito ligeiramente
- 2) Um Pouco
- 3) Moderadamente
- 4) Bastante
- 5) Extremamente

___ Interessado
___ Aflito
___ Empolgado
___ Chateado
___ Forte
___ Culpado
___ Apavorado
___ Hostil
___ Ativo
___ Entusiasmado

___ Orgulhoso
___ Irritado
___ Alerta
___ Envergonhado
___ Inspirado
___ Nervoso
___ Determinado
___ Atento
___ Inquieto
___ Com medo

ANEXO C – Autorização de realização de pesquisa

GOVERNO DO ESTADO [REDACTED]
Secretaria de Estado de Justiça e Segurança Pública
Departamento Penitenciário de [REDACTED]

Memorando.SEJUSP/DEPEN.nº [REDACTED]

[REDACTED], 23 de agosto de 2022.

Para: [REDACTED]

Núcleo de Pesquisa e Extensão - NuPE

Assunto: Autorização para realização de entrevistas com detentas da Penitenciária [REDACTED]
 [REDACTED] Ana Maria Collete Chalfun Puech

Referência: [Caso responda este documento, indicar expressamente o Processo nº [REDACTED] 2022-83].

Prezada,

Em atenção ao Memorando [REDACTED] no qual solicita autorização para realização de entrevistas com detentas da Penitenciária Estadual [REDACTED] pela mestrandia em Psicologia Clínica na Pontifícia Universidade de São Paulo do núcleo de Psicologia Clínica Junguiana Ana Maria Collete Chalfun Puech, AUTORIZO a solicitação em tela, condicionada ao agendamento prévio junto à unidade supracitada visando o bom andamento das demandas regulares e ordinárias.

Sendo o que se apresenta para o momento, coloco à disposição para os esclarecimentos necessários, renovando votos de estima e apreço.

Atenciosamente,

[REDACTED]

Diretor Geral

Departamento Penitenciário [REDACTED]



Documento assinado eletronicamente por [REDACTED] **Diretor Geral do Departamento Penitenciário**, em 23/08/2022, às 12:40, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site

http://sei.mg.gov.br/sei/controlador_externo.php?

[acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0](#), informando o código verificador [REDACTED] o código [REDACTED]

Referência: Processo nº [REDACTED] 3 [REDACTED]

APÊNDICE A – Síntese dos artigos incluídos na revisão de pesquisas

Quadro 1 – Síntese dos artigos incluídos na revisão

Categoria	Título/ Referência	Local	Objetivos	Método	Principais resultados
Saúde mental de mulheres presas	<i>Common mental disorder among incarcerated women: a study on prevalence and associated factors</i> (AUDI et al., 2018)	Brasil	Analisar a prevalência de Transtornos Mentais Comuns (TMC) em mulheres encarceradas e fatores associados	Estudo transversal com 1.013 mulheres encarceradas em um presídio feminino. Instrumentos: questionário sociodemográfico e <i>Self-Reporting Questionnaire</i> (SRQ-20)	A prevalência de TMC foi de 66,7%. As seguintes variáveis associaram-se independentemente e positivamente aos TMC: falta de renda, hipertensão, tranquilizantes, sedentarismo, tabagismo, sarna/pediculose, violência psicológica no ano anterior à prisão e ter presenciado violência psicológica na família na infância/adolescência.
	<i>Resilience as a predictor of mental health of incarcerated women</i> (SYGIT-KOWALKOWSKA et al., 2017)	Polônia	Verificar como a resiliência psicológica diferencia os estados mentais das mulheres presas e identificar preditores de bem-estar mental neste grupo	Estudo transversal com 46 mulheres de 25 a 64 anos que cumpriam pena pela primeira vez ou reincidentes em uma penitenciária feminina. Instrumentos: questionário sociodemográfico, <i>The Resilience Measurement Scale</i> (RMS-25) e <i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i> (HADS- M)	26,2% não apresentaram nenhum transtorno de ansiedade, 4,8% mostraram estados limítrofes e 69% apresentaram indicativos de distúrbios de ansiedade. Em relação a depressão, 47,6% não demonstraram indicação do transtorno, 12% apresentaram estados limítrofes e 17% reportaram sintomas indicativos de depressão. Verificou-se que quanto maior a resiliência, menor era a intensificação dos problemas psicológicos. O nível de habilidades pessoais de enfrentamento e tolerância a emoções negativas e o número de anos de reclusão se correlacionaram negativamente a ansiedade. Houve correlação negativa entre o nível de habilidades pessoais de enfrentamento e tolerância a emoções negativas e a depressão.

APÊNDICE A – Quadro de síntese dos artigos incluídos na revisão integrativa (continuação)

Quadro 1 – Síntese dos artigos incluídos na revisão (continuação)

Categoria	Título/ Referência	Local	Objetivos	Método	Principais resultados
Saúde mental de mulheres presas	<i>Relationships between hope and mental health among women in prison</i> (MAK et al., 2021)	Hong Kong	Compreender se a presença de fatores cognitivos relacionados a esperança poderia gerar uma experiência prisional associada a uma maior atenção às informações positivas e menor atenção às informações negativas e consequentemente níveis inferiores de sintomas de ansiedade, depressão e estresse nas mulheres presas	Estudo transversal com 203 mulheres residentes em uma instituição correcional. Instrumentos: conjunto de inventários de autoavaliação que detectavam níveis de esperança, atenção a informações positivas e negativas, sintomas de ansiedade e depressão	Níveis mais altos de esperança se relacionaram com níveis mais baixos de sintomas de depressão. A esperança foi apontada como um fator de proteção psíquico contra o sofrimento em mulheres presas. A relação entre esperança e sofrimento psíquico foi parcialmente mediada por vieses atencionais a informações negativas e positivas.
	<i>Emotional well-being amongst female inmates in prisons: the relevance of their addictive history and their country of origin</i> (GARCÍA-VITA; AÑAÑOS-BEDRIÑANA; FERNÁNDEZ-SÁNCHEZ, 2017)	Espanha	Avaliar o bem-estar emocional de mulheres presas por meio da avaliação de seu estado de saúde mental (presença ou ausência de sintomas psiquiátricos) e identificar fatores que o afetam	Estudo quantitativo com 434 presas. Instrumentos: questionário elaborado pelos autores abarcando bem-estar emocional/psicológico relacionado ao sofrimento provocado por problemas de saúde mental, histórico de depressão ou ansiedade e tentativa de suicídio ou autolesão	Verificou-se sintomas de depressão ou ansiedade em 64,3% das participantes, autolesão em 27,9% e tentativa de suicídio em 30% delas. O histórico de dependência foi considerado um fator de risco para piores indicadores de bem-estar, aumentando as chances do aparecimento de sintomas de depressão e ansiedade, automutilação e tentativa de suicídio.

APÊNDICE A – Quadro de síntese dos artigos incluídos na revisão integrativa (continuação)

Quadro 1 – Síntese dos artigos incluídos na revisão (continuação)

Categoria	Título/ Referência	Local	Objetivos	Método	Principais resultados
Saúde mental de mulheres presas	<i>Protecting factors of the mental health of incarcerated women: a descriptive-exploratory study</i> (SANTOS et al., 2017a)	Brasil	Descrever os fatores de proteção da saúde mental das mulheres durante o processo de encarceramento	Pesquisa descritiva, exploratória, qualitativa, com 40 mulheres privadas de liberdade em um presídio feminino. Instrumento: entrevista semiestruturada	Foram apontados como fatores de proteção da saúde mental das participantes: estudar, trabalhar, realizar atividades de lazer (ler, cantar, conversar, ler) e religiosas, fazer amigos e interagir com os parceiros. A educação foi referida como uma ponte que intermedia a relação com o mundo fora da prisão e o trabalho como uma ferramenta de ocupação do tempo que favorece a construção de uma autoimagem mais positiva e configura uma forma de remissão da pena.
	<i>Mental health of incarcerated women in the State of Rio de Janeiro</i> (SANTOS et al., 2017b)	Brasil	Identificar os fatores relacionados à saúde mental de mulheres em um presídio do estado do Rio de Janeiro	Estudo descritivo, exploratório, qualitativo, com 40 presas numa penitenciária feminina. A coleta de dados foi realizada por meio de prontuários e entrevista semiestruturada. As informações foram analisadas por meio da análise de conteúdo, modalidade temática.	A maioria das entrevistadas relatou que a prisão se deveu ao tráfico de drogas. Antes do período do encarceramento, referiram histórico familiar de doença psiquiátrica, dependência do uso de álcool e drogas ilícitas e situações de violência física, sexual e psicológica. Durante a institucionalização, apontaram: dor, tristeza, solidão, abandono, revolta, ansiedade, estresse depressão, alteração da percepção temporal e do padrão de sono, uso de medicação psicotrópica, interrupção das relações familiares, abstinência sexual, e precárias condições de confinamento.

APÊNDICE A – Quadro de síntese dos artigos incluídos na revisão integrativa (continuação)

Quadro 1 – Síntese dos artigos incluídos na revisão (continuação)

Categoria	Título/ Referência	Local	Objetivos	Método	Principais resultados
Saúde física e emocional de mulheres presas	<i>The health needs of women prisoners: an Italian field survey</i> (ANTONETTI <i>et al.</i> , 2018)	Itália	Descrever as necessidades de saúde de mulheres presas	Estudo exploratório com 55 mulheres sentenciadas. Instrumento: questionário desenvolvido pelos autores	A maioria das participantes (65%) declarou sofrer de distúrbios psicológicos. 29,1% referiram pensamentos de automutilação, dentre as quais 75% relataram se automutilar. O consumo de tabaco foi relatado por 87,3% de participantes e o abuso de substâncias por 20% delas. Um fator dificultador da manutenção da saúde mental foi a dificuldade em criar vínculos de confiança devido à alta rotatividade de detentas no local, aumentando os sentimentos de incerteza sobre as experiências e sobre os eventos.
	<i>Assessing incarcerated women's physical and mental health status and needs in a Swiss prison: a cross-sectional study</i> (AUGSBURGER <i>et al.</i> , 2022)	Suíça	Investigar as histórias de vida e encarceramento de mulheres presas e avaliar problemas de saúde mental e física, medicação e serviços médicos usados por elas	Estudo transversal com 58 presas. Instrumentos: coleta de dados por prontuários e instrumentos psicométricos para avaliação de determinantes sociais da saúde, transtorno de ansiedade generalizada, depressão, estresse, hábitos de fumar, problemas com o álcool e consumo de substâncias	61,7% das participantes relataram ter algum problema de saúde e 43,3% referiram problemas de saúde mental. Os diagnósticos mais reportados foram transtornos depressivos (20%) e ansiosos (20%). Comorbidades de problemas de saúde física e mental foram relatadas por 35% das mulheres. 16,7% foram diagnosticadas com pelo menos um distúrbio somático na prisão. 26,3% relataram consumo nocivo e excessivo de álcool. Os escores de depressão e estresse percebido estavam acima dos pontos de corte clínicos em mais da metade das participantes (75% reportaram níveis de estresse de moderado a grave e 63,3% sintomas de depressão de moderado a grave).

APÊNDICE A – Quadro de síntese dos artigos incluídos na revisão integrativa (continuação)

Quadro 1 – Síntese dos artigos incluídos na revisão (continuação)

Categoria	Título/ Referência	Local	Objetivos	Método	Principais resultados
Saúde mental em homens e mulheres presas	<i>Prevalence and screening of mental illness among remand prisoners in Hong Kong</i> (CHOW <i>et al.</i> , 2018)	Hong Kong	Validar um instrumento de avaliação da saúde mental, descrever a prevalência de transtornos psiquiátricos e fatores associados em presos preventivos	Estudo de coorte com 245 presos preventivos (150 homens e 95 mulheres). Instrumentos: <i>Correctional Mental Health Screen</i> (CMHS) e Entrevista Clínica Estruturada para DSM-IV	51% dos participantes (55% homens e 44% mulheres) já tiveram algum histórico de transtorno psiquiátrico na vida e 39,6% (46% homens e 29,5% mulheres) tinham um transtorno psiquiátrico atual. Os transtornos psiquiátricos prevalentes foram: TUS (>36%), transtorno de humor (>20%), transtorno psicótico (5,3%) e transtorno neurótico ao longo da vida (3,7%). A prevalência de TUS foi maior no sexo masculino do que no feminino. Morar em um conjunto habitacional público, histórico de problemas de conduta na infância e histórico forense foram apontados como fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos. O CMHS mostrou-se efetivo para diagnosticar transtornos mentais em pessoas presas.
	<i>An updated picture of the mental health needs of male and female prisoners in the UK: prevalence, comorbidity, and gender differences</i> (TYLER <i>et al.</i> , 2019)	Reino Unido	Medir a prevalência e comorbidade das necessidades de saúde mental em uma amostra representativa de homens e mulheres em 13 prisões	Estudo transversal com 469 participantes (338 homens, 131 mulheres). Instrumentos: avaliações psicométricas para rastreio de dificuldades de saúde mental, incluindo: transtornos mentais, transtorno de personalidade e uso indevido de substâncias	66,7 % dos participantes reportaram sintomas clínicos acima do ponto de corte para pelo menos um transtorno mental. As mulheres mostraram propensão significativamente maior a apresentar transtornos de personalidade, particularmente os tipos de personalidade esquiva, dependente, masoquista, esquizotípica, limítrofe e paranoide. Elas também demonstraram maior propensão do que os homens a apresentar transtornos somatoformes, de humor, de estresse pós-traumático, psicóticos, alimentares e risco de comportamento suicida.

APÊNDICE A – Quadro de síntese dos artigos incluídos na revisão integrativa (continuação)

Quadro 1 – Síntese dos artigos incluídos na revisão (continuação)

Categoria	Título/ Referência	Local	Objetivos	Método	Principais resultados
Saúde mental em homens e mulheres presas	<i>Correlated factors of depression among male and female inmates</i> (SANTOS; BARROS; ANDREOLI, 2019)	Brasil	Analisar aspectos correlacionados de depressão entre homens e mulheres presos	Estudo transversal com 1.192 homens e 617 mulheres de 105 unidades prisionais (5 penitenciárias femininas, 4 centros de ressocialização feminina, 32 centros de detenção provisória e 64 presídios masculinos). Instrumentos: questionário sociodemográfico, <i>International Diagnostic Interview</i> versão 2.1 e 10ª edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-10)	Houve maior prevalência de depressão em mulheres (33,3%) do que em homens (12,9%). As mulheres com depressão apresentaram mais chances de terem problemas de saúde física, terem cometido crime contra o patrimônio ou crime violento e estarem presas em penitenciária. Não houve correlação entre crime de drogas e depressão, contudo levantou-se a hipótese de que a depressão deixaria as mulheres mais vulneráveis tornando-as mais facilmente manipuláveis pelos seus parceiros.
	<i>'Maybe it is only in prison that I could change like this' the course of severe mental illnesses during imprisonment - a qualitative 3-year follow-up study from Chile</i> (GABRYSCH et al., 2020)	Chile	Explorar o curso subjetivo de Transtornos Mentais Graves durante a prisão e identificar os fatores influenciadores	Estudo longitudinal que acompanhou durante o período de três anos pessoas presas diagnosticados com doenças mentais graves (10 homens e 9 mulheres). Instrumentos: Mini – Entrevista Neuropsiquiátrica e a versão revisada do <i>Symptom Check List</i> no intuito de quantificar os sintomas de saúde mental.	A saúde mental de 10 indivíduos melhorou subjetivamente. Dentre eles, seis eram do sexo feminino. Boa infraestrutura, recursos intrapessoais (vontade de mudar, espiritualidade), diminuição do consumo de drogas e relacionamentos de apoio foram identificados como fatores que melhoram a saúde mental. Fatores de deterioração da saúde mental foram identificados como infraestrutura ruim, falta de tratamento psicológico, exposição à violência, estresse interpessoal (relações conflituosas e separação da família), injustiça percebida por meio de sentenças, estressores intrapessoais e condições médicas anteriores.

APÊNDICE A – Quadro de síntese dos artigos incluídos na revisão integrativa (continuação)

Quadro 1 – Síntese dos artigos incluídos na revisão (continuação)

Categoria	Título/ Referência	Local	Objetivos	Método	Principais resultados
Saúde mental em homens e mulheres presas	<i>'Maybe it is only in prison that I could change like this' the course of severe mental illnesses during imprisonment - a qualitative 3-year follow-up study from Chile</i> (GABRYSCH et al.,2020)	Chile	Explorar o curso subjetivo de Transtornos Mentais Graves durante a prisão e identificar os fatores influenciadores	Estudo longitudinal que acompanhou durante o período de três anos pessoas presas diagnosticados com doenças mentais graves (10 homens e 9 mulheres). Instrumentos: Mini – Entrevista Neuropsiquiátrica e a versão revisada do <i>Symptom Check List</i> no intuito de quantificar os sintomas de saúde mental.	A saúde mental de 10 indivíduos melhorou subjetivamente, seis apresentaram deterioração e três não perceberam nenhuma mudança. Dentre os que apresentaram melhora, seis eram do sexo feminino e quatro do sexo masculino. Participantes de ambos os sexos que diminuíram a quantidade ou pararam de consumir drogas ilícitas e experimentaram melhora na saúde mental. Boa infraestrutura, estrutura/ocupação, recursos intrapessoais (vontade de mudar, espiritualidade) e relacionamentos de apoio foram identificados como fatores que melhoram a saúde mental. Fatores de deterioração da saúde mental foram identificados como infraestrutura ruim (por exemplo, falta de água encanada e más condições de moradia e aglomeração), falta de tratamento psicológico, exposição à violência, estresse interpessoal (relações conflituosas e separação da família), injustiça percebida por meio de sentenças, estressores intrapessoais e condições médicas anteriores.

Fonte: dados da pesquisa

APÊNDICE B – Questionário sociodemográfico

1. Data de nascimento ____/____/____

2. Estado civil:

- a) Solteira
- b) Casada/União Estável
- c) Divorciada/Separada
- d) Viúva

3. Qual foi o nível de escolaridade mais alto que já frequentou?

- a) Não Frequentou Escola
- b) Ensino Fundamental I (Do 1o. Ao 4o Ano)
- c) Ensino Fundamental II (Do 5a Ao 9o Ano)
- d) Ensino Médio
- e) Ensino Superior
- f) Pós-graduação

4. Tem filhos?

☐ Sim ☐ Não

Se sim, quantos? _____

5. Indique a faixa de renda mensal que a sua família possui:

- a) até R\$ 606
- b) de R\$607 a R\$1.212
- c) R\$1.213 a R\$2.424
- d) R\$2.425 a R\$3.636
- e) R\$3.637 a R\$4.848
- f) R\$4.849 a R\$7.272
- g) R\$7.273 a R\$12.120
- h) R\$12.121 ou mais

6. Raça/Etnia (Como você se classifica?)

- 1. Cor BRANCA
- 2. Cor PRETA
- 3. Cor PARDA
- 4. Cor AMARELA
- 5. Raça/Etnia INDÍGENA

7. Como você considera seus vínculos familiares?

- a) Excelente
- b) Bom
- c) Regular
- d) Ruim
- e) Péssimo

8. Como você considera seus vínculos sociais? Incluindo amigos, colegas, parceiro(a) amoroso(a).

- a) Excelente
- b) Bom
- c) Regular
- d) Ruim
- e) Péssimo

9. Você participa de alguma atividade de ressocialização nesta instituição (por exemplo, atividade de trabalho, estudo, esporte ou lazer)? Se sim, qual(is) atividade(s)?

10. Há quanto tempo está encarcerada?

11. Quantas vezes já cumpriu pena?

12. Qual o delito da última prisão?

APÊNDICE C – Roteiro de entrevista semiestruturada

1. Conte-me um pouco sobre a sua história de vida, sua família etc.
2. Como você se percebe, se vê e sente na maior parte dos dias?
3. Como foi o seu contato com o tráfico de drogas?
4. Como é a experiência na prisão?
5. Você tem planos para o futuro?

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A pesquisadora Ana Maria Collete Chalfun Puech, sob orientação da Profa. Dra. Denise Gimenez Ramos, convida para participar da pesquisa “Saúde mental e afetos de mulheres encarceradas que será realizada na Penitenciária XXXXXXXX (XX) no ano de 2023. Esta pesquisa pretende investigar o estado emocional e sintomas relacionados a transtornos não-psicóticos em mulheres encarceradas. A pesquisa será composta por duas fases: primeiro, será realizada a aplicação de um questionário, e em seguida, algumas participantes poderão ser convidadas para participar de uma entrevista individual com a pesquisadora.

Fica esclarecido, nos termos das Resoluções CNS/MS nº 510/2016 e nº 466/2012:

- **Confidencialidade:** Todas as informações coletadas nesta pesquisa serão estritamente confidenciais, sendo divulgados apenas resultados gerais e não resultados individuais, mantendo a privacidade dos participantes.
- **Pagamento:** A instituição ou qualquer participante não terá despesa alguma ao participar desta pesquisa e não haverá retorno financeiro por sua adesão.
- **Participação:** A participação é de caráter voluntário, não obrigatório e poderá ser interrompida a qualquer momento, sem prejuízo para a instituição ou participante.
- **Risco:** Se houver algum incômodo ou desconforto emocional no decorrer da pesquisa, o pesquisador coloca-se à disposição para oferecer informações, orientações e encaminhamento psicológico. A pesquisa é considerada de risco baixo.

Esta pesquisa foi submetida ao comitê de ética da PUC-SP. O comitê é o órgão responsável por revisar, fiscalizar e verificar que a presente pesquisa se enquadra dentro dos parâmetros éticos necessários. Caso tenha alguma dúvida você poderá entrar em contato com o comitê de ética por meio do telefone (11)3670-8466 ou pelo e-mail: cometica@pucsp.br. A pesquisadora e orientadora, também podem ser contatadas a qualquer momento pelos e-mails: anacollete@gmail.com e denisegr@pucsp.br.

Eu, _____ declaro que entendi o objetivo e o procedimento da pesquisa, concordando voluntariamente em participar da mesma.

Assinatura da participante

Data: ____ / ____ / ____

Ana Maria Collete Chalfun Puech
Pesquisadora responsável
Orientadora: Denise Gimenez Ramos
Instituição: PUC-SP
E-mail para contato: anacollete@gmail.com

Comitê de ética – PUC-SP, sala 63-C. Rua Ministro Godói, 969 – Perdizes. São Paulo – SP.
Tel./FAX: (11) 3670-8466. E-mail: cometica@pucsp.br

APÊNDICE E – Dados comparativos entre GTD e GO

Tabela 13 – Distribuição da amostra por idade – GTD X GO

Grupo	n	Mínimo	Máximo	Mediana	Idade M (DP)	IC 95%	p-valor*
GTD	41	19,0	63,0	29,0	32,7 (10,8)	29,3-36,1	0,188
GO	52	20,0	59,0	33,7	34,8 (10,2)	31,9-37,6	

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Nota. GTD: Grupo de tráfico de drogas; GO: Grupo de outros delitos; M (DP): Média e desvio-padrão; IC 95%: intervalo de confiança a 95%.

Tabela 14 – Estado civil – GTD X GO

Estado civil	GTD (n=41)		GO (n=52)		p-valor*
	n	%	n	%	
Solteira	22	53,7	25	48,1	0,575
Casada / União estável	14	34,1	17	32,7	
Divorciada / Separada	3	7,3	3	5,8	
Viúva	2	4,9	7	13,5	

Fonte: Dados da pesquisa, 2022

Nota. GTD: Grupo de Tráfico de Drogas; GO: Grupo de Outros delitos.

* teste qui-quadrado

Tabela 15 – Cor/etnia/raça – GTD X GO

Cor/etnia/raça	GTD (n=41)		GO (n=52)		p-valor*
	n	%	n	%	
Branca	9	22,0	10	19,2	0,160
Preta	6	14,6	17	32,7	
Parda	26	63,4	24	46,2	
Amarela	0	0	1	1,9	

Fonte: Dados da pesquisa, 2022

Nota. GTD: Grupo de Tráfico de Drogas; GO: Grupo de Outros delitos.

* teste qui-quadrado

Tabela 16 – Escolaridade – GTD X GO

Escolaridade	GTD (n=41)		GO (n=52)		p-valor*
	n	%	n	%	
Não frequentou escola	1	2,4	1	1,9	0,176
Ensino fundamental I	3	7,3	13	25,0	
Ensino fundamental II	20	48,8	20	38,5	
Ensino médio	14	34,1	17	32,7	
Ensino superior	3	7,3	1	1,9	

Fonte: Dados da pesquisa, 2022

Nota. GTD: Grupo de Tráfico de Drogas; GO: Grupo de Outros delitos.

* teste qui-quadrado

Tabela 17 – Número de filhos – GTD X GO

Variável	GTD (n=41)		GO (n=52)		p-valor*
	n	%	n	%	
Filhos					
0	4	9,8	6	11,6	0,196
1	12	29,3	10	19,2	
2	2	4,9	14	26,9	
3	10	24,3	8	15,4	
4	7	17,1	9	17,3	
5+	6	14,6	5	9,6	

Fonte: Dados da pesquisa, 2022

Nota. GTD: Grupo de Tráfico de Drogas; GO: Grupo de Outros delitos.

* teste qui-quadrado

Tabela 18 – Renda – GTD X GO

Variável	GTD (n=41)		GO (n=52)		p-valor*
	n	%	n	%	
Renda (em salários mínimos)					
até ½	14	34,1	25	48,1	0,832
de ½ a 1	16	39,0	16	30,8	
de 1 a 2	5	12,2	6	11,5	
de 2 a 3	3	7,3	2	3,8	
de 3 a 4	1	2,4	1	1,9	
de 4 a 6	2	4,9	2	3,8	

Fonte: Dados da pesquisa, 2022

Nota. GTD: Grupo de Tráfico de Drogas; GO: Grupo de Outros delitos.

* teste qui-quadrado

Tabela 19 – Distribuição da amostra por tempo de prisão (meses) – GTD X GO

Grupo	n	Mínimo	Máximo	Tempo prisão M (DP)	IC 95%	p-valor*
GTD	41	0,2	64,0	17,7 (19,7)	11,5- 24,0	0,137
GO	52	0,1	112,0	14,9 (25,3)	7,6-22,2	

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Nota. GTD: Grupo de tráfico de drogas; GO: Grupo de outros delitos; M (DP): Média e desvio-padrão; IC 95%: intervalo de confiança a 95%.

* Teste de Mann-Whitney

Tabela 20 – Atividade prisional e número de prisões – GTD X GO

Variável	GTD (n=41)		GO (n=52)		p-valor
	n	%	n	%	
Participa de atividade prisional	5	12,2	7	13,5	0,555*
Número de prisões					
1	17	41,5	27	51,9	0,497**
2	13	31,7	12	23,1	
3	6	14,6	7	13,5	
4+	5	12,2	4	7,6	
Não respondeu	0	0,0	2	3,9	

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Nota. GTD: Grupo de tráfico de drogas; GO: Grupo de outros delitos.

* teste de Fisher

** teste qui-quadrado

Tabela 21 – Vínculos – GTD X GO

Variável	GTD (n=41)		GO (n=52)		p-valor
	n	%	n	%	
Vínculos familiares					
Excelente	18	43,9	17	32,7	0,611**
Bom	12	29,3	18	34,6	
Regular	8	19,5	10	19,2	
Ruim	3	7,3	5	9,6	
Péssimo	0	0,0	2	3,8	
Vínculos sociais					
Excelente	7	17,1	9	17,3	0,735**
Bom	26	63,4	30	57,7	
Regular	6	14,6	7	13,5	
Ruim	1	2,4	1	1,9	
Péssimo	1	2,4	5	9,6	

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Nota. GTD: Grupo de tráfico de drogas; GO: Grupo de outros delitos.

* teste de Fisher; ** teste qui-quadrado

Tabela 22 – SRQ-20 Síntese dos escores totais – GTD X GO

Pontuação do SRQ-20	GTD (n=41)		GO (n=52)		p-valor*
	n	%	n	%	
< 7 (Sem TMC)	5	12,2	4	7,7	0,351
≥ 7 (Possibilidade de TMC)	36	87,8	48	92,3	

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Nota. GTD: Grupo de tráfico de drogas; GO: Grupo de outros delitos.

* teste exato de Fisher

Tabela 23 – SRQ-20 Pontuação média – GTD X GO

Escala	Amplitude	Grupo	n	Mín.	Máx.	M (DP)	IC 95%	p-valor*
SRQ total	0-20	GTD	41	1	20	11,9 (4,5)	10,5-13,4	0,522
		GO	52	1	20	12,7 (4,4)	11,3-13,8	
SRQ Decréscimo de energia vital	0-6	GTD	41	0	6	3,3 (2,1)	2,7-4,0	0,875
		GO	52	0	6	3,6 (2,7)	3,1-4,1	
SRQ Sintomas somáticos	0-6	GTD	41	0	6	3,5 (1,6)	3,0-4,0	0,847
		GO	52	0	6	3,6 (2,6)	3,1-4,0	
SRQ Humor depressivo	0-4	GTD	41	1	4	3,2 (0,9)	2,9-3,5	0,457
		GO	52	0	4	3,3 (1,0)	3,0-3,5	
SRQ Pensamentos depressivos	0-4	GTD	41	0	4	2,0 (1,5)	1,5-2,4	0,456
		GO	52	0	4	2,1 (1,3)	1,8-2,5	

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Nota. GTD: Grupo de tráfico de drogas; GO: Grupo de outros delitos; M (DP): Média e desvio-padrão; IC 95%: intervalo de confiança a 95%.

* Teste de Mann-Whitney

Tabela 24 – Pontuações da escala PANAS – GTD X GO

Escala	Amplitude	Grupo	n	Mín.	Máx.	M (DP)	IC 95%	p-valor*
PANAS AP	10-50	GTD	41	12	44	30,0 (7,5)	27,6-32,4	0,228
		GO	52	10	48	28,4 (9,7)	25,7-31,1	
PANAS AN	10-50	GTD	41	15	46	30,3 (8,0)	27,7-32,8	0,386
		GO	52	13	47	32,0 (8,5)	29,7-34,4	

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Nota. GTD: Grupo de tráfico de drogas; GO: Grupo de outros delitos; M (DP): Média e desvio-padrão; IC 95%: intervalo de confiança a 95%.

* Teste de Mann-Whitney