UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

**IDENTIFICAÇÃO DA DEPRESSÃO EM MULHERES NO
SISTEMA PRISIONAL**

Carmen Sílvia Vilela Pinese

RIBEIRÃO PRETO

2008

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

***IDENTIFICAÇÃO DA DEPRESSÃO EM MULHERES NO
SISTEMA PRISIONAL***

Carmen Sílvia Vilela Pinese

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de pesquisa: “Enfermagem psiquiátrica: o doente, a doença e as práticas terapêuticas”.

Orientadora: Profa. Dra. Antonia Regina Ferreira Furegato

RIBEIRÃO PRETO

2008

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTES TRABALHOS, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Pinese, Carmen Sílvia Vilela

Identificação da depressão em mulheres no sistema prisional. Ribeirão Preto, 2008. 76 p.; 30 cm

Dissertação de Mestrado apresentado à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica

Orientadora: Profª Drª Furegato, Antonia Regina Ferreira

1. Mulher 2. Depressão 3. Enfermagem 4. Saúde mental

FOLHA DE APROVAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DA DEPRESSÃO EM MULHERES NO SISTEMA PRISIONAL

Carmen Sílvia Vilela Pinese

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de pesquisa: “Enfermagem psiquiátrica: o doente, a doença e as práticas terapêuticas”.

Orientadora: Profa. Dra. Antonia Regina Ferreira Furegato

Data de aprovação: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Antonia Regina Ferreira Furegato (orientadora)

Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha família, meu porto seguro em todos os momentos de minha vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus, este ser sublime...

Aos meus queridos pais Maria de Lourdes e Otacílio, por me ensinarem os verdadeiros valores da vida.

Ao meu esposo Emílson, pelo amor, companheirismo e incentivo.

Aos meus filhos Laís e Vitor, por vocês fazerem parte da minha vida e entenderem os momentos de ausência.

Às minhas queridas irmãs, cunhados, sobrinhos, pelo apoio.

Aos amigos de todas as horas, que me acompanharam nesta etapa.

À Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, pela minha formação profissional.

À Profª. Drª. Antônia Regina Ferreira Furegato , pelo acolhimento, orientação, incentivo e por tornar capaz a realização deste trabalho.

Ao Profº. Drº. Jair Lício Ferreira Santos, pela valiosa contribuição na execução deste trabalho.

À Maria Gilda Pacheco, pela imensa colaboração.

À Penitenciária Feminina de Ribeirão Preto e funcionários, pelo apoio e carinho.

Às reeducandas, por compartilharem comigo as suas angústias e também as suas esperanças...

RESUMO

PINESE, C.S.V. **Depressão em mulheres no sistema prisional.** 2008. 76 f. DISSERTAÇÃO (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2008.

Introdução: As mulheres que vivem em confinamento num sistema penitenciário necessitam de condições para que cumpram suas penas com dignidade. No contexto da reclusão, os transtornos mentais são freqüentes, especialmente a depressão, com fatores de risco associados à história familiar, adversidade na infância, aspectos da personalidade, isolamento social e exposição a experiências estressantes. **Objetivos:** O objetivo deste trabalho foi identificar o perfil da população de mulheres detentas, suas características sócio-demográficas, clínicas, condição penal e os sinais indicativos de depressão correlacionando estes indicadores. **Metodologia:** Da capacidade de detenção da Penitenciária de Ribeirão Preto/ SP (310), foram entrevistadas 100 mulheres. Utilizou-se um questionário com informações sociodemográficas, clínicas, situação penal e o Inventário de Beck. Para a apreciação conjunta das possíveis influências das variáveis independentes com relação à depressão optou-se por uma regressão logística multinomial, com a variável desfecho tendo categorias 0,1, 2 e 3. As variáveis independentes foram transformadas em dicotômicas e o elemento de comparação foi a Razão de Risco Relativa. **Resultados:** Das 100 mulheres entrevistadas no sistema prisional, maioria branca (65%), idade entre 20 e 63 anos (52% até 30 anos), 70% solteiras, 45% vive com companheiro, 41% com nível fundamental completo (20 com médio completo ou mais), 45% com renda per capita maior que dois salários mínimos, 82 apresentaram sinais indicativos de depressão (leve = 33; moderada = 29; grave = 20). A presença de comorbidades multiplica o risco de ter depressão leve por um fator de

5,43 e grave por 8,81. Não praticar alguma religião multiplica o risco de ter depressão moderada por 6,09. Distúrbios na alimentação e depressão moderada e grave estão fortemente associados apresentando o risco para a depressão moderada multiplicado por 5,7 e grave por 11,1. Ter mais idade é fator de proteção para a depressão grave, pois quem tem mais de 30 anos tem o risco de estar nesta categoria multiplicado pelo fator 0,12. Na forma grave também evidenciou-se forte associação entre não receber visitas e ter depressão grave com o risco multiplicado pelo fator 9,15. **Conclusões:** O índice de depressão entre as detentas é muito alto e acima da média encontrada nos estudos da literatura. Relacionando a depressão com as demais variáveis, alguns indicadores se destacam como mulheres jovens estão mais susceptíveis para desenvolverem a depressão, apresentarem alterações alimentares bem como comorbidades e a rede de relações agravando os sinais de depressão. Estas foram as maiores razões de risco relativas que se observou no estudo, evidenciando a forte associação entre estas variáveis. As diferentes variáveis deste estudo abordadas por pesquisadores desta área são compatíveis com os resultados encontrados. É alto o índice de depressão entre as detentas, fato que merece atenção especial da enfermagem no aspecto do cuidado e atenção do serviço para as políticas orientadas para esta demanda.

Palavras chave: Mulher, Depressão, Enfermagem, Saúde Mental.

ABSTRACT

PINESE, C.S.V. **Depression among women in prison.** 2008. 76 f. DISSERTATION (Master degree) - University of São Paulo, College of Nursing, Ribeirão Preto, 2008.

Introduction: Women who live confined to prison need conditions to serve their sentence with dignity. During reclusion mental disorders are frequent, mainly depression with risk factors related to family history, childhood adversities, personality traits, social isolation and exposure to stressful experiences. **Objective:** This study aimed to identify the profile of women prisoners, their social-demographic and clinical characteristics, conditions of the sentence and the signs of depression, correlating these indicators. **Method:** One hundred (100) women out of the total prison population (310) from the Penitentiary of Ribeirão Preto / SP were interviewed. A questionnaire with information about the social-demographic and clinical characteristics, conditions of the sentence and the Beck Inventory was applied. For a combined appreciation of the possible influences of the independent variations concerning depression, a multinomial logistic regression with an outcome variable with levels 0,1,2 and 3 was applied. The independent variables were dichotomized and the element of comparison was the Rate Relative Risk. **Results:** Out of the 100 interviewed women prisoners, majority white (65%), ages between 20 to 63 years old (52% up to 30 years old), 70% single, 45% living with a mate, 41% completed elementary school (20 completed high school or more), 45% with an income higher than two minimum wages, 82 presented signs of depression (mild = 33; moderate = 29; severe = 20). The presence of comorbidities multiplies the risk of having a mild depression by 5,43 and a severe depression by 8,81. Not practicing any religion multiplies the risk of having a moderate depression by 6,09. Eating disorders and moderate to severe depression are strongly associated and present a risk of having moderate

depression by 5,7 and severe depression by 11,1. Being older is a protection against severe depression, for women who are over 30 have the risk of being in this category multiplied by 0,12. It was also showed a strong association between not having visits and having severe depression with the risk of having severe depression multiplied by 9,15. **Conclusions:** The rate of depression among the women prisoners is very high and above the average found in studies. Relating depression to the other variables some indicators stand out, such as young women being more susceptible to depression, to present eating disorders and comorbidities and the interpersonal relations aggravating the signs of depression. These were the major rate relative risks observed in the study, showing the strong association among these variables. The different variables of this study approached by researchers in this área are compatible to the findings. The rate of depression among women prisoners is high, which requires special attention from nursing towards care and attention on the appropriate required policies.

Key words: Women, Depression, Nursing, Mental Health.

RESUMEN

PINESE, C.S.V. **Depresión en mujeres en el sistema profesional.2008.** 76 f. DISERTACIÓN (Maestría) – Escuela de Enfermería de Ribeirao Preto, Universidad de São Paulo, 2008.

Introducción: Las mujeres que viven en confinamiento en un sistema penitenciario necesitan de condiciones para que cumplan sus penas con dignidad. En el contexto de la reclusión, los trastornos mentales son frecuentes, especialmente la depresión, con factores de riesgo asociados a la historia familiar, adversidades en la infancia, aspectos de la personalidad, aislamiento social y exposición a experiencias estresantes. **Objetivos:** El objetivo de ese trabajo fue identificar el perfil de la población de mujeres detenidas, sus características socio-demográficas, clínicas, condición penal y las señales indicativas de depresión correlacionadas en estos indicadores. **Metodología:** De la capacidad de detención de la penitenciaria de Ribeirao Preto / SP (310), fueron entrevistados 100 mujeres. Se utilizó un cuestionario con informaciones sociodemográficas, clínicas, situación penal y el inventario de Beck. Para la apreciación conjunta de las posibles influencias de las variables independientes con relación a la depresión se optó por una regresión logística multinomial, con variable conclusión teniendo categorías 0, 1, 2 y 3 las variables independientes fueron transformadas en dicotómicas y el elemento de comparación fue la razón de riesgo relativa. **Resultados:** De las 100 mujeres entrevistadas en el sistema profesional, mayoría blanca (65%) edad entre 20 Y 63 (52% hasta 30 años). 70% soltera, 45% vive con compañero, 41% con nivel fundamental completo (20% con medio completo o más), 45% con renta per capita mayor a dos salarios mínimos, 82 presentan señales indicativas de depresión (leve = 33; moderada = 29; grave = 20). La presencia de comorbidades múltiples el riesgo de tener depresión leve por un factor de 5,43 y

grave por 8,81. No practicar alguna religión multiplica el riesgo de tener depresión moderada por 6,09. Disturbios en la alimentación y depresión moderada y grave están fuertemente asociados presentando el riesgo para la depresión moderada multiplicada por 5,7 y grave por 11,1. Tener más edad es factor de protección grave, pues quien tiene más de 30 años tiene riesgo de estar en esta categoría multiplicado por el factor 0,12. En la forma grave también se evidenció fuerte asociación entre no recibir visitas y tener depresión grave con riesgo multiplicado por el factor 9,15. **Conclusiones:** En índice de depresión entre las detenidas es muy alto, encima de la medida encontrada en los estudios de la literatura. Relacionando la depresión con las demás variables, algunos indicadores se destacan como mujeres jóvenes están más susceptibles para desarrollar la depresión, presentar alteraciones alimentares bien como comorbidades y la red de relaciones que agrava las señales de depresión. Estas fueron las mayores razones de riesgo relativas que se observaron en el estudio, evidenciando la fuerte asociación entre estas variables. Las diferentes variables de este estudio, abordadas por encuestadores de esta área son compatibles con los resultados encontrados. En alto índice de depresión entre las detenidas, hecho que merece atención especial de la enfermería en el aspecto del cuidado y atención del servicio para las políticas orientadas para esa demanda.

Palabras clave: Mujer, Depresión, Enfermería y Salud mental.

SUMÁRIO

Resumo

Abstract

Resumen

1 INTRODUÇÃO	01
2 OBJETIVOS	11
3 METODOLOGIA	12
• 3.1 Tipo de pesquisa	12
• 3.2 Local	12
• 3.3 População/Amostra	18
• 3.4 Instrumentos	19
• 3.5 Procedimentos éticos	21
• 3.6 Procedimentos para coleta de dados	21
• 3.7 Procedimentos de análise dos dados	22
4 RESULTADOS	24
A - Perfil sócio-demográfico, clínico e penal	24
B - Depressão e as demais variáveis	29
5 DISCUSSÃO	37
6 CONCLUSÕES	45
7 REFERÊNCIAS	47
APÊNDICES	56
ANEXOS	59

1 INTRODUÇÃO

As mulheres que vivem em confinamento num sistema penitenciário necessitam de condições para que cumpram suas penas com dignidade.

Os direitos humanos são direitos fundamentais de todas as pessoas, sejam homens, mulheres, brancos, negros, homossexuais, índios, idosos, portadores de deficiências, populações de fronteiras, estrangeiros e migrantes, refugiados, portadores de HIV, crianças e adolescentes, policiais, presos, despossuídos e os que têm acesso à riqueza. Todos, enquanto pessoas devem ser respeitadas e a sua integridade física deve ser protegida e assegurada (MOSCOGLIATO, 1997).

Dessa forma, os profissionais da saúde sentem-se comprometidos com a integridade física e moral das mulheres, buscando o respeito aos direitos humanos universais. Não excluem nenhuma pessoa, nem tão pouco, as que se encontram em regime de reclusão carcerária, tendo em vista, o direito ao exercício da cidadania, pressupostos tão conclamados nos discursos dos povos e dos políticos das nações de todo o mundo (BUENO, 1998).

Reportando-se ao cotidiano das prisões brasileiras em geral, em detrimento ao desrespeito aos direitos humanos, Moscoliato (1997) nomina-as como vergonhosas, baseando-se nas estatísticas disponíveis que denunciam o desrespeito às pessoas que cumprem penas em regime fechado, sejam homens ou mulheres.

Por sua vez, Giordani e Bueno (2002) afirmam que a questão da violação dos direitos humanos das pessoas vivendo em regime fechado de prisão, praticamente em toda a sua expressão, acaba dando ao criminoso uma opção inteiramente individual para a sua suposta recuperação. Entretanto, para que haja maiores possibilidades desta ocorrência, os

autores apontam a necessidade do oferecimento de condições mínimas de vida no cárcere as quais, infelizmente, não condizem com o habitual no Brasil.

A existência de condições inadequadas, reafirma a realidade de um sistema penal brasileiro cujo caráter é fortemente punitivo, haja visto que a pena é entendida como vingança ou apenas como privação da liberdade de ir e vir da pessoa infratora. Isto dificulta muito a prática consolidada dos direitos humanos de pessoas detentas, inclusive, no tocante ao resgate da sua cidadania, reabilitação e conseqüente reinserção no bojo da sociedade (GIORDANI, 2003)

Devido às condições sub-humanas de encarceramento, a prisão neutraliza a formação e o desenvolvimento de valores humanos básicos, contribuindo para a estigmatização, despersonalização e prisionização do detento, funcionando na prática como um autêntico aparato de reprodução da criminalidade (BRASIL, 2002).

O período de detenção pode provocar alterações na conduta do detento, deixando nele seqüelas psíquicas temporárias ou até irreversíveis (GOFFMAN, 1992).

A prisão causa alterações psicológicas no apenado, ressaltando-se principalmente que as penas longas, num ambiente inadequado ocasionam reações que diferenciam psicologicamente o condenado do homem livre (MUAHAD, 1998).

Estudo realizado por Pinto e Hirdes (2006) numa penitenciária do Rio Grande do Sul mostrou que os fatores de maior relevância que convergem para a institucionalização são: características de personalidade do detento, história de vida familiar de abandono, histórias pregressas de passagens por instituições de custódia de menores, perda de vínculos sociais familiares, existência de “carreira criminal”, ausência de perspectivas quanto ao futuro, reincidência criminal, estigma social, longas penas, drogas, pobreza, subemprego, leis dos detentos paralelas às do sistema penitenciário, isto é, leis da cadeia.

No Brasil, a população carcerária cresce a cada ano. Dados do Departamento Penitenciário Nacional (BRASIL, 2006) apontam que no ano de 2005 a população do sistema penitenciário no Estado de São Paulo era de 120.601. Deste número, 116.698 eram homens e 3.903 mulheres. Embora o maior número seja do sexo masculino, as mulheres têm aumentado esta estatística.

A mulher, na sociedade contemporânea, tem conseguido novos espaços, deixando de ser educada somente para se casar e ter filhos. Ela procura reivindicar seus direitos e lutar pela igualdade social. Mesmo em face destas mudanças ainda são passivas e muitas delas acabam envolvendo-se com os delitos tendo por trás a influência dos seus companheiros.

Giordani (2000), num estudo sobre violência sexual com detentas numa cadeia feminina encontrou resultados que revelaram alguns dos motivos que as levaram ao cárcere: o envolvimento com homens usuários e/ou traficantes de drogas e sua submissão.

A realidade que reina em praticamente todos os estabelecimentos prisionais femininos no Brasil mostra que a maioria das mulheres foi detida por envolvimento com drogas e várias delas têm filhos, dizem ter sido convencidas pelos maridos, amantes ou namorados a entrarem no tráfico. Muitas foram recrutadas pelo narcotráfico, em momentos de dificuldades, tais como problemas com o filho, pela própria miséria, pela fome e desemprego (GIORDANI, 2000).

No contexto da reclusão, os transtornos mentais têm aparecido com grande frequência pela própria situação de confinamento, condenação imposta pelo sistema judiciário, superpopulação, ausência de visitas agravados pela preocupação com os filhos, familiares, problemas econômicos e outros. A liberdade tão desejada demora a acontecer modificando as expectativas, gerando ansiedade, depressão, comportamentos de auto e hetero agressão, manias, abuso de substâncias psicoativas e suicídios.

Em pesquisa realizada numa penitenciária feminina em São Paulo, Almeida (1998) encontrou como sintomas prevalentes: insônia, ansiedade, somatização, depressão e irritabilidade. Cerca de 80 % das presas entrevistadas queixaram-se de sensação contínua de mal-estar emocional.

Um trabalho realizado por Moraes e Dalgalarondo (2006) junto a mulheres encarceradas numa penitenciária feminina na cidade de São Paulo, trouxe a discussão sobre a saúde mental e a religiosidade das reeducandas. O objetivo do trabalho foi verificar a prevalência de possível transtorno mental e a relação da experiência religiosa com o perfil de saúde mental. O estudo mostrou que a religiosidade desempenha papel importante na vida dessas presas e que, de alguma forma, ameniza seu sofrimento. Não foram encontrados dados sugestivos de que a religiosidade pudesse evitar o envolvimento com a criminalidade. A suposição de que nos bolsões de pobreza das grandes cidades brasileiras a presença das igrejas inibe a criminalidade não foi evidenciada empiricamente neste trabalho, pois mais de 40% das presas eram evangélicas antes do aprisionamento. Por outro lado, a conversão religiosa dentro da prisão contribuiu para melhorar a auto-estima destas mulheres. Os resultados do estudo revelaram baixa prevalência de possíveis casos psiquiátricos, devendo-se considerar que os pacientes com transtornos psiquiátricos mais graves não ficam em penitenciárias e são removidos para os hospitais judiciários.

O estudo de Fernandes e Hirdes (2006) numa penitenciária do Rio Grande do Sul mostrou entre os sentimentos de inadequação, o sofrimento antecipado sobre a vida fora da prisão, o medo do abandono dos familiares, a culpa pela ausência da educação dos filhos, a importância social do trabalho, a adaptação à cultura prisional, a perda da identidade e despersonalização, que o estigma e a discriminação da sociedade não possibilitam perspectivas de trabalho fora do contexto criminal e valorização social.

DEPRESSÃO

Para Morihisa e Scivoletto (2001) a palavra depressão pode designar tanto um estado afetivo normal, um sintoma, uma síndrome ou uma doença.

Segundo Pinto e Nascimento (2000), a depressão é descrita como tristeza, desânimo e o paciente tem dificuldade com o sono e o apetite, apresentando ainda irritação ou apatia, pensamentos negativos, pessimismo e diminuição no interesse por coisas que antes o motivavam.

No DSM-IV - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1995) o Episódio Depressivo Maior é diagnosticado quando há pelo menos duas semanas, na maior parte do dia e em praticamente todos os dias, o paciente apresenta humor deprimido (tristeza) ou perda de interesse ou prazer por quase todas as atividades, podendo ser humor irritável em crianças e adolescentes, além de apresentar pelo menos quatro dos seguintes sintomas: alterações no apetite ou peso, sono e atividade psicomotora; diminuição da energia, sentimentos de desvalia ou culpa; dificuldades para pensar, se concentrar ou tomar decisões ou pensamentos recorrentes sobre morte, ideação, planos ou tentativas de suicídio. Deve haver também prejuízo significativo no funcionamento social, profissional e em outras áreas importantes na vida do indivíduo. Em casos mais leves, o funcionamento pode parecer normal, mas exige um grande esforço na execução das mínimas tarefas do cotidiano.

Para Sadock e Sadock (2007) a depressão é um episódio patológico no qual manifesta-se perda de interesse ou prazer, distúrbios de sono e apetite, retardo motor, sentimento de inutilidade ou culpa, distúrbios cognitivos, diminuição de energia e pensamentos de morte ou suicídio.

Na Classificação Estatística Internacional das Doenças e problemas relacionados à Saúde – (O.M.S, 1997) a depressão é descrita como rebaixamento do humor, redução da energia e diminuição da atividade, persistente há pelo menos duas semanas.

As pessoas que sofrem de uma doença depressiva, às vezes chamada de depressão grave, distúrbio depressivo grave ou depressão clínica, sentem um desânimo devastador, debilitante e duradouro que interfere na vida da pessoa, na casa, no trabalho ou socialmente. Algumas pessoas sofrem do chamado distúrbio bipolar, depressão maníaca ou doença maníaco-depressiva. A disposição do ânimo das pessoas com ciclotomia oscila entre hipomania e depressão branda. A distímia é uma forma branda da depressão. A depressão pós-parto é uma doença que se desenvolve nas mães entre uma semana a seis meses após o parto. O distúrbio disfórico pré-menstrual é uma doença cíclica que afeta as mulheres durante uma ou duas semanas antes da menstruação e elas sentem-se deprimidas e irritadas. O distúrbio afetivo sazonal (SAD) é um tipo de depressão que ocorre em determinadas épocas do ano e as pessoas que sofrem desse mal ficam apáticas e deprimidas, durante os meses de inverno (AMA, 2002).

Muito antes dos aspectos biológicos da doença depressiva, tais como os neurotransmissores, a secreção hormonal ou os ritmos circadianos serem estudados, os médicos sabiam que muitos eventos externos podiam afetar a mente e as emoções. Os relacionamentos com as outras pessoas, a criação, as perdas e as crises podem influenciar o estado mental. Ao reagir a essas influências, a mente pode desenvolver a doença depressiva. Trata-se de tarefa complexa tentar distinguir as causas biológicas, psicológicas e ambientais da doença depressiva (AMA, 2002).

DEPRESSÃO E GÊNERO

O adoecer feminino distingue-se do masculino. Há diferenças na prevalência de alguns quadros mentais, no curso e prognóstico das doenças, em suas co-morbidades mais freqüentes e, sobretudo, naqueles transtornos que parecem estar mais intimamente ligados ao ciclo reprodutivo feminino. Estes têm sido relacionados a vários transtornos de humor e de comportamento. Pesquisas conduzidas em populações ocidentais têm mostrado que a prevalência de transtornos mentais não-psicóticos variou de 7 a 26%, com média de 17% (12,5% em homens e 20% em mulheres). Outro achado importante é o fato de que os quadros depressivos em mulheres têm sido o terceiro problema de saúde em países desenvolvidos e o quinto em áreas subdesenvolvidas, após as causas maternas e algumas doenças transmissíveis. Para as mulheres, são mais comuns os transtornos de ansiedade (9%), os somatoformes (3%) e os depressivos (2,6%) (CHESLER, 1984).

Vários estudos epidemiológicos têm ressaltado as diferenças de gênero na incidência, prevalência e curso dos transtornos mentais e de comportamento. A mulher apresenta vulnerabilidade marcante para sintomas ansiosos e depressivos, associados principalmente ao período reprodutivo (LOPEZ e MURRAY, 1998).

Os dados mostram que em 1990, nos países desenvolvidos, a depressão foi a doença que mais causou incapacidade na mulher, seguida de esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar, transtorno obsessivo-compulsivo, abuso de álcool e suicídio. Os transtornos alimentares, particularmente a anorexia e a bulimia nervosa são também fatores importantes de morbidade e mortalidade em adolescentes do sexo feminino e mulheres jovens. Há maior prevalência de depressão em mulheres do que em homens e essa diferença tem sido observada em várias regiões do mundo. A razão entre a prevalência em mulheres tem variado de 1,5 a 3,0 com uma média de duas mulheres para cada homem (WEISSMAN et al, 1996; PARRY e NEWTON, 2001; ANGST et al, 2002). Para Schreiber (2001) em estudo realizado no norte da

América, revelou que os níveis de depressão entre mulheres eram consistentemente maiores que nos homens.

Além das especificidades biológicas, outras teorias tentam explicar essa diferença de gênero na prevalência da depressão, citando a influência de pressões sociais, estresse crônico e baixo nível de satisfação associados ao desempenho de papéis, ou a formas diferentes de lidar com os problemas e buscar soluções. Independentemente da diferença entre gêneros, os fatores de riscos associados à depressão referem-se à história familiar, adversidade na infância, aspectos associados à personalidade, isolamento social e exposição a experiências estressantes (ANDRADE et al, 2006).

As diferenças de gênero são relevantes para a depressão e são importantes para várias ações científicas e assistenciais no intuito de melhorar a capacidade diagnóstica e maior adequação de tratamentos (JUSTO e CALIL, 2006).

ENFERMAGEM E SAÚDE MENTAL

Travelbee (1982) já afirmava há mais de 30 anos que a atenção de enfermagem psiquiátrica se oferece em todos os lugares, escolas, comunidades e centros de saúde, serviços de assistência gerais e especializados e atendimentos psiquiátricos. Ressaltava que sendo uma parte da enfermagem em geral, todos os enfermeiros necessitam de conhecimentos de enfermagem psiquiátrica.

A saúde mental é um componente essencial da saúde, um direito humano, o que vem reforçar a idéia de que é um dever do enfermeiro promover a saúde mental das pessoas. A assistência na prática de enfermagem, centralizada na doença e no doente hospitalizado, deveria concentrar-se na pessoa com seus comportamentos específicos, os quais significam um grito, um alerta, para sua necessidade de ajuda. Para Silva (2001), a humanização do cuidar, o conhecimento do paciente e a identificação de suas necessidades

são imprescindíveis para a enfermagem. A assistência de enfermagem à saúde mental não deve existir como algo separado da enfermagem geral e vice-versa (MINZONI et al, 1977)

Toda atitude do profissional de enfermagem deve ter como meta a preservação da dignidade humana, do respeito e da valorização da vida e da qualidade do viver (BETTINELLI, 2002), independente do local onde a assistência de enfermagem ocorra.

A atenção compreensiva da enfermagem é indiscutível, pois estes profissionais devem empenhar-se cada vez mais em valorizar a ética, ampliando a visão do processo saúde-doença, na tentativa de ajudar o outro a inserir-se na sociedade e encontrar alternativas que intensifiquem a relação entre as pessoas. Mesmo reconhecendo no paciente um ser humano submisso e passivo não pode o enfermeiro prescindir da troca, da partilha, da criação de vínculos (BETTINELLI, 2002). Desta forma, espera-se restabelecer, solidariamente, a saúde dos doentes.

Keaveny e Zauszniewski (1999), em um estudo realizado nos Estados Unidos com mulheres numa unidade prisional, dizem que não existe uma análise sistemática dos fatores que influenciam o desenvolvimento do bem estar psicológico nessas mulheres. Sabe-se que as intervenções de enfermagem no momento da admissão dessas mulheres na unidade, podem reduzir o stress psicológico, minimizando, assim, os sentimentos de perda, inadequação e impotência que elas teriam que suportar. Portanto, dão valor ao cuidado de enfermagem humanizado.

Analisando o contexto e as ações de enfermagem numa penitenciária feminina, foi possível observar que o enfermeiro não deve julgar o delito cometido pela reeducanda, mas as conseqüências que este fato pode desempenhar na reabilitação dessas pessoas (PINESE, 2005). A atitude compreensiva do enfermeiro faz parte do estabelecimento da relação de ajuda. Furegato (1999) destaca este aspecto no estudo das relações interpessoais tendo por base Rogers e Travelbee.

A enfermagem, como ciência da saúde, não pode ficar omissa ou inoperante frente a situações de violação dos direitos humanos, como acontece no caso dos detentos. Este profissional deve investir no resgate da condição humana dessas pessoas, como um imperativo ético para as almejadas transformações institucionais (PINTO e HIRDES, 2006).

Os enfermeiros, enquanto profissionais de enfermagem que estão obrigatoriamente em contato direto com o paciente, devem munir-se de instrumentos que possibilitem melhor entendimento sobre depressão, identificando precocemente, o que permitirá adequar os cuidados básicos e aprimorar a qualidade da assistência (NIEVAS, 2005).

O enfermeiro desempenha papel importante na contribuição da promoção da saúde dentro do sistema prisional. O trabalho é árduo e representa uma missão e um desafio profissional. Diante de tantas dificuldades e num ambiente de periculosidade, acredita-se que é possível implementar o cuidado de enfermagem humanizado e melhorar a qualidade de vida das pessoas sob seus cuidados (PINESE, 2005).

Em nossa trajetória profissional como enfermeira de uma penitenciária feminina, permitiu-nos observar que além dos problemas relacionados aos aspectos biológicos, aqueles de natureza psicológica como a ansiedade e a depressão estavam sempre presentes.

Diante do exposto, está clara a importância de realizarmos esta pesquisa buscando subsídios para elaboração de uma assistência de enfermagem que atenda às reais necessidades das reeducandas e assim minimizar o sofrimento mental das mesmas, especialmente em estado depressivo.

2 OBJETIVOS

- Identificar o perfil da população de mulheres detentas bem como suas características sócio-demográfico-clínicas e condição penal.
- Identificar os sinais indicativos de depressão e correlacionar estes índices com as demais variáveis.

3 METODOLOGIA

3.1 - Tipo de pesquisa

Trata-se de uma pesquisa exploratório-descritiva utilizando-se de avaliação psicométrica.

3.2 - Local

A pesquisa foi realizada no Ambulatório de Saúde da Penitenciária Feminina de Ribeirão Preto.

É importante contextualizar o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário para que possamos nos situar sobre a abrangência do mesmo e conhecer o que está previsto para as ações de saúde no âmbito prisional.

O Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário contempla a população recolhida em penitenciárias, presídios, colônias agrícolas e/ou agroindustriais e hospitais de custódia e tratamento. Não inclui presos recolhidos em cadeias e distritos policiais. A Portaria Interministerial n.º 1777, de 09 de setembro de 2003 instituiu o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, com a participação de diversas áreas técnicas dos Ministérios da Saúde e da Justiça e com a participação do Conselho Nacional de Secretários de Saúde, do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde e do Conselho Nacional de Política Criminal Penitenciária.

O Plano Nacional de Saúde prevê a inclusão da população penitenciária no SUS (Sistema Único de Saúde), garantindo que o direito à cidadania se efetive na perspectiva dos direitos humanos. O acesso dessa população a ações e serviços de saúde é legalmente

definido pela Constituição Federal de 1988, pela lei n.º 8.080, de 1990, que regulamenta o Sistema único, pela Lei n.º 8.142, de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde, e pela Lei de Execução Penal n.º 7.210, de 1984.

As ações e os serviços de atenção básica em saúde são organizados nas unidades prisionais e realizados por equipes interdisciplinares de saúde.

As diretrizes estratégicas do plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário são:

- * Prestar assistência integral resolutiva, contínua e de boa qualidade às necessidades de saúde da população penitenciária;
- * Contribuir para o controle e/ou redução dos agravos mais frequentes que acometem a população penitenciária;
- * Definir e implementar ações e serviços consoantes com os princípios e diretrizes do SUS;
- * Proporcionar o estabelecimento de parcerias por meio do desenvolvimento de ações intersetoriais;
- * Contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde;
- * Provocar o reconhecimento da saúde como um direito da cidadania;
- * Estimular o efetivo exercício do controle social.

Segundo o Anexo I da Portaria Interministerial n.º 1777, de 09 de setembro de 2003, o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário tem como:

a) Propósito: contribuir para o controle e ou redução dos agravos mais frequentes à saúde da população penitenciária brasileira.

b) População alvo: 100 % da população penitenciária brasileira, confinada em unidades masculinas, femininas e psiquiátricas.

c) Linhas de ação: elenco mínimo de procedimentos no âmbito da promoção da saúde, prevenção de agravos e de saúde do sistema prisional. A unidade ou serviço executor das ações

deverá desenvolver um elenco de procedimentos necessários ao atendimento no nível da atenção básica e do mínimo da assistência no nível da média complexidade como: controle da tuberculose, de hipertensão e diabetes, hanseníase, saúde bucal, saúde da mulher, diagnóstico, aconselhamento e tratamento em DST/AIDS, atenção em saúde mental.

Recursos humanos: em relação aos recursos humanos, a composição para a equipe mínima é de um médico, uma enfermeira, um dentista, um psicólogo, uma assistente social, um auxiliar de enfermagem e um atendente de consultório dentário, com jornada de 20 horas semanais, para atendimento até 500 presas.

Financiamento das ações de saúde: foi criado um incentivo para a atenção à saúde no sistema penitenciário, cabendo ao Ministério da Saúde financiar o correspondente a 70 % dos recursos, e ao Ministério da Justiça o correspondente a 30 %.

A Penitenciária Feminina de Ribeirão Preto foi criada pelo Decreto nº 47.607, de 28 de Janeiro de 2003. Publicação no Diário Oficial v. 113, n. 20, 29/01/ 2003, onde transfere a cadeia pública masculina local, com seus bens móveis, equipamentos, direitos e obrigações, passando da Secretaria da Segurança Pública para a Secretaria da Administração Penitenciária, ficando integrada na estrutura da Coordenadoria das Unidades Prisionais da Região Noroeste do Estado de São Paulo. Sua capacidade é de 310 sentenciadas. Foi inaugurada em 24/03/2003 e destina-se ao cumprimento de penas privativas da liberdade em regime fechado, por presas do sexo feminino.

O Decreto Estadual nº 52.071 de 17 de Agosto de 2007 reorganiza a Penitenciária Feminina de Ribeirão Preto e dá outras providências, ficando assim estruturado os seu núcleos. Dentre os núcleos encontra-se o de Reintegração e Atendimento à Saúde. O artigo 9º contempla suas atribuições como segue abaixo:

Artigo 9º- Ao Núcleo de Reintegração e Atendimento à Saúde cabe prestar, no estabelecimento penal, assistência à saúde e psicossocial à presa, tendo para esse fim, as seguintes atribuições:

- Proporcionar o desenvolvimento social e humano das presas, visando a reinserção na sociedade quando colocadas em liberdade;
- Elaborar diagnósticos dos aspectos econômicos das presas;
- Avaliar psicologicamente as presas nas áreas de desenvolvimento geral, intelectual e emocional;
- Proceder ao diagnóstico das presas e recomendar indicações psicológicas, psicofísicas e psicossociais, a partir da avaliação inicial;
- Registrar informações relacionadas com as presas, de forma a compor o seu prontuário criminológico;
- Executar programas de preparação para a liberdade;
- Propiciar às presas conhecimentos e habilidades necessárias à sua integração na comunidade;
- Organizar cursos regulares ou intensivos de comportamento social;
- Proporcionar meios de integração entre as presas e a comunidade em geral;
- Desenvolver programas de valorização humana
- Estudar e propor soluções para problemas da terapêutica penitenciária;
- Planejar e organizar projetos de trabalho para presas com problemas especiais, supervisionando ou ensinando-lhes, diretamente se for o caso, atividades prescritas para seu tratamento;
- Prestar orientação religiosa às presas;
- Colaborar, se for o caso, na elaboração das perícias criminológicas;
- Colaborar na seção de livros e filmes destinados às presas;

- Manter intercâmbio de informações e experiências com o Departamento de Reintegração Social Penitenciário, propondo medidas necessárias à aproximação entre as presas e suas famílias;
- Participar da programação das atividades de atendimento às presas;
- Verificar a inadequabilidade de comportamento dos servidores que tratam diretamente com as presas, propondo as medidas julgadas necessárias;
- Identificar as necessidades de treinamento para os servidores do estabelecimento penal que tratam diretamente com as presas;
- Apresentar recomendações a respeito da atuação das demais unidades de atendimento às presas, em relação a casos específicos ou a problemas de caráter geral;
- Acompanhar, permanentemente, o comportamento e as atividades das presas, prestando-lhes assistência na solução dos problemas;
- Organizar e manter atualizados os prontuários criminológicos das presas, de maneira a permitir o acompanhamento da evolução do tratamento;
- Juntar aos prontuários documentos que lhe forem encaminhados para esse fim;
- Providenciar a preparação de carteiras de identidade e de trabalho, bem como de outros documentos necessários às presas, por ocasião da liberdade;
- Prestar assistência ambulatorial às presas;
- Elaborar diagnósticos e efetuar exames clínicos, prescrevendo e acompanhando o tratamento;
- Realizar consulta médica, odontológica, psicossocial e de enfermagem à presa, quando de sua inclusão no estabelecimento penal;
- Elaborar diagnósticos clínicos, de enfermagem e odontológico das presas;
- Dar encaminhamento aos casos que necessitem de complementação diagnóstica;

- Acompanhar o tratamento indicado de acordo com os protocolos de atendimento elaborados pela Coordenadoria de Saúde do Sistema Penitenciário;
- Promover a notificação compulsória de doença, de acordo com o fluxo estabelecido pela Coordenadoria de Saúde do Sistema Penitenciário;
- Notificar surtos e outros eventos, tanto das presas como dos servidores do estabelecimento penal;
- Informar os óbitos para a Coordenadoria de Saúde do Sistema Penitenciário, bem como para os familiares da falecida;
- Executar programas de atenção à saúde das presas e dos servidores;
- Registrar as ocorrências e intercorrências no prontuário único de Saúde, procedendo, conforme exigência do Sistema Único de Saúde - SUS/SP, a alimentação do banco de dados;
- Controlar, solicitar e dispensar os medicamentos entregues, da lista padronizada pela Coordenadoria de Saúde do Sistema Penitenciário e pelas demais instâncias do Sistema Único de Saúde - SUS/SP;
- Implementar programas de prevenção e realizar atividades de saúde mental propostos pela Coordenadoria de Saúde do Sistema Penitenciário;
- Prescrever a vacinação dos servidores e das presas;
- Planejar e executar programas de apoio social às presas e seus familiares;
- Encaminhar as presas e seus familiares à rede de assistência, de acordo com as necessidades diagnosticadas;
- Prestar atendimento psicológico às presas com patologias;
- Documentar no prontuário Único de Saúde da presa todo o atendimento realizado;

Parágrafo Único - A unidade a que se refere este artigo tem, ainda, em relação aos filhos das presas que estejam abrigados no estabelecimento, as seguintes atribuições:

- Acolher, cuidar e zelar pelo estado de saúde das crianças acolhidas, providenciando o atendimento médico ou odontológico, quando necessário;
- Orientar as genitoras das crianças acolhidas;
- Aplicar métodos e técnicas necessários ao desenvolvimento das crianças;
- Providenciar a execução dos serviços de copa e cozinha para a creche;
- Zelar pela higiene da alimentação distribuída às crianças, bem como todos os materiais usados e das dependências por elas utilizadas.

A equipe do Núcleo de Reintegração e Saúde da Penitenciária Feminina de Ribeirão Preto é composta por uma assistente social, uma enfermeira, três auxiliares de enfermagem, um dentista, um médico, um psicólogo, uma oficial administrativo e sete agentes de segurança penitenciária.

O ambulatório de saúde funciona de segunda à sexta-feira das 7:00 às 18:00 horas e após este período, os atendimentos de urgência são encaminhados para a unidade de saúde de referência municipal.

3.3 - População/Amostra

A instituição tem capacidade para detenção de 310 mulheres. Foram excluídas as que estavam em regime disciplinar (por volta de 10 mulheres). O regime disciplinar envolve reeducandas que, de alguma forma, infringiram as normas de disciplina da instituição e são privadas do convívio no pavilhão celular por algum tempo, dependendo da gravidade da infração segundo o disposto na Lei de Execução Penal.

Dentre as 300 detentas, fizeram parte da pesquisa 100 mulheres, correspondendo a 33 % da população viável. A princípio, o critério de seleção da amostra foi escolher 100 mulheres que fossem recebidas na Unidade Prisional a partir de agosto de 2006. Após a realização do teste piloto contendo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o

“Questionário de identificação do perfil sócio-demográfico-clínico das mulheres detentas” e o “Inventário de Beck” para sete reeducandas, foram feitas adequações no instrumento de identificação e mudou-se a forma de inclusão da amostra. Optou-se por realizar sorteio de 100 reeducandas independentemente do período de chegada das mesmas na unidade prisional. Desta forma, garantia-se a mesma probabilidade de inclusão na pesquisa a todas as detentas. Pensou-se também na oportunidade, de pesquisar se o tempo naquela unidade prisional contribuiria ou não para o aparecimento dos sinais indicativos da depressão. Assim foi incluído o tempo de reclusão no instrumento.

A coleta dos dados foi realizada no período de novembro de 2006 a setembro de 2007.

3.4 - Instrumentos de coleta

a) Questionário de identificação do perfil sócio-demográfico-clínico das mulheres detentas (Apêndice A)

Este instrumento é composto por questões referentes à:

- Identificação do sujeito e dados sócio-demográficos
- Informações clínicas
- Situação penal

A identificação do sujeito inicia-se com 1 código sem nominar o sujeito, contendo informações sobre data da inclusão nesta unidade prisional, idade, etnia, estado civil, escolaridade, profissão, trabalho, procedência, moradia, renda familiar, religião e recebimento de visita.

As informações clínicas foram avaliadas a partir de dados como presença de doenças, deficiências, limitações, uso de medicamentos, número de filhos, peso, alterações alimentares, atividade física, sexual e hábitos de fumo.

A situação penal contemplou o artigo infringido do código penal, tempo de condenação, tempo de pena cumprida e reincidência.

Durante a construção deste instrumento, realizou-se um teste piloto com sete mulheres. Após a análise das respostas houve a necessidade de adequação do mesmo. Na “Identificação”, foi acrescentado o item inclusão, ou seja, a data da chegada da reeducanda na unidade prisional, bem como o número de pessoas residentes na moradia. O item do recebimento de visita foi incluído no campo Identificação.

Nas “Informações clínicas” houve alteração na sequência dos itens, iniciando-se com uma questão sobre doenças. Sobre a atividade sexual, houve inclusão de alterações.

No campo “Situação penal”, houve a necessidade de colocar a opção de condenação e tempo de condenação, pois algumas reeducandas ainda não haviam sido condenadas. Este material não fez parte da amostra do estudo. A versão final é que foi aplicada às 100 mulheres encontra-se no Apêndice A.

b) Inventário para identificação dos sinais de Depressão de Beck (AnexoA)

O Inventário de Beck consiste em um questionário para avaliação da presença de sintomatologia depressiva: tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, auto-depreciação, auto-acusações, idéias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio do sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática e diminuição da libido. Consta de 21 itens, incluindo sintomas e atitudes. Cada item contém 4 (quatro) afirmações em graus de intensidade de zero a três (0 à 3). O Inventário de Depressão de Beck foi traduzido e validado para o português por Gorenstein e Andrade (1998).

3.5 - Procedimentos éticos

O projeto foi avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da EERP-USP, bem como pela diretoria da Penitenciária Feminina de Ribeirão Preto para as respectivas aprovações. O projeto foi aprovado pelo CEP em 04/07/2006, Proc. nº 0687/ 2006.

Cada sujeito assinou o Termo de Consentimento após os devidos esclarecimentos (Apêndice B).

3.6 - Procedimentos para coleta de dados

Os sujeitos da pesquisa foram entrevistados individualmente. Foi oferecida uma cópia dos instrumentos para que as detentas pudessem acompanhar a leitura dos mesmos. O preenchimento das respostas foi feito pela pesquisadora, ao lado de cada detenta entrevistada.

Inicialmente, foram feitos esclarecimentos sobre o objetivo da entrevista, sua participação e utilização dos resultados. Aquelas que aceitaram, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Duas reeducandas não quiseram participar da pesquisa, alegando que estavam para receber liberdade a qualquer momento.

A experiência de realizar a coleta de dados no ambiente de trabalho da pesquisadora foi considerada como enriquecedora e ao mesmo tempo, desgastante. O tema é profundo e causou emoções entre as reeducandas e as mesmas aproveitavam o momento para desabafos, impossibilitando realizar muitas coletas no mesmo dia. A própria estrutura funcional do serviço com implicação no cumprimento da pena, ausência ou quantidade de profissionais insuficientes para os atendimentos no suporte emocional causaram angústia e sensação de impotência na entrevistadora.

Os casos identificados de depressão foram encaminhados para atendimento médico e de enfermagem no próprio serviço. Os casos mais graves foram encaminhados para assistência psiquiátrica especializada.

3.7 - Procedimentos de análise dos dados

Foi feita análise estatístico/descritiva dos dados, correlacionando a depressão com as demais variáveis, através de análises bivariadas e multivariada.

Variáveis independentes: todas as variáveis independentes (idade, etnia, convivência, instrução, comorbidades, religião, alimentação, visita, sono, tabaco) foram consideradas dicotômicas, com valores zero e um. As categorias dessas variáveis constam no Quadro 1, onde também estão especificadas as categorias usadas como referência e como contrastes na análise multivariada.

Variável dependente: a variável dependente (depressão) para a análise dos fatores associados foi definida como um gradiente na escala de Beck. Devido à alta frequência de pessoas com sintomas sugestivos de depressão grave observada na instituição, inclusive com risco de suicídio, optou-se por adotar os escores de população suspeita para esta análise. Assim, definiu-se quatro categorias: zero = ausência de Depressão (0-9); 1 = Distímia/Depressão leve (10-18); 2 = Depressão moderada (19-29); 3 = Depressão grave (30 e mais).

Modelo de Análise: para a apreciação conjunta das possíveis influências das variáveis independentes sobre a depressão optou-se por uma regressão logística multinomial, com a variável desfecho tendo as categorias zero, um, dois e três como acima mencionado. Para facilidade de interpretação, as variáveis independentes foram transformadas em dicotômicas, conforme especificado. O elemento de comparação escolhido foi a Razão de Risco Relativa, com a categoria zero = “Ausência de Depressão” utilizada para grupo de comparação (HAMILTON, 2004). Compararam-se os fatores que se associam a cada categoria de

depressão com a ausência da mesma. Foram consideradas significantes aquelas Razões de Risco Relativas cujo valor de P fosse inferior a 0,05. A discussão dos resultados teve como suporte teórico as referências da literatura sobre o tema.

Quadro 1 – Variáveis (dependente e independentes) consideradas para a análise multivariada sobre depressão em mulheres encarceradas, Ribeirão Preto, 2007

VARIÁVEIS	NOMES	DEFINIÇÃO	REFERÊNCIA	CONTRASTE
INDEPENDENTES	Idade	Idade em anos	Até 29	30 e +
	Etnia	Cor, como declarada	Branca	Não Branca
	Convivência	Convive com parceiro	Sim	Não
	Instrução	Grau de instrução formal	Até fundamental completo	Acima de fundamental completo
	Comorbidades	Presença de outra(s) doença(s)	Não	Sim
	Religião	Pratica alguma religião	Sim	Não
	Alimentação	Apresenta alguma alteração na alimentação	Não	Sim
	Visita	Recebe visitas regulares	Sim	Não
	Sono	Apresenta alguma alteração de sono	Não	Sim
	Tabaco	Faz uso de tabaco	Não	Sim
DEPENDENTE	Depressão	Categoria de depressão como avaliada pela escala de Beck	Sem Depressão	Depressão Leve
				Depressão Moderada
				Depressão Grave

4 RESULTADOS

Para a apresentação dos resultados optou-se por dividi-los:

- Perfil sócio-demográfico, clínico e penal
- A presença de sinais indicativos de depressão correlacionada com as demais variáveis.

A- Perfil sócio demográfico, clínico e penal

1 - Identificação dos sujeitos

A idade das 100 mulheres entrevistadas em sistema prisional variou de 20 a 63 anos, sendo que a maior porcentagem compreendeu a faixa etária de 20 a 29 anos com 52%, seguida de 30 a 39 anos com 28% e finalmente de 40 anos e mais com 20%.

Este grupo de mulheres era composto por maioria branca (65%), tendo 35 % negras e nenhuma amarela. Eram procedentes de outra região (80%) do estado de São Paulo, 10% de outro estado, 1% de outro país , 4% do município de Ribeirão Preto e 5% da região.

Quanto ao estado civil, 70% eram solteiras, 15% casadas, 11% separadas e 4% viúvas. Quando questionadas sobre o tipo de convivência, 55% viviam sós e 45% tinham companheiros.

Dessas mulheres, três eram analfabetas, 49 cursaram o ensino fundamental incompleto, sete completaram o nono ano, 21 o ensino médio incompleto, 14 terminaram o ensino médio completo, quatro tinham o nível superior incompleto e duas superior completo.

Quando questionadas se haviam trabalhado anteriormente, 62% responderam afirmativamente e 38% não tinham experiência de trabalho fora do lar.

No que diz respeito à moradia, 61% tinham casa própria, 26% alugada e 13% cedida. Oito delas moravam sozinhas e 82% variaram de duas a sete pessoas residentes na mesma casa.

A renda familiar mensal evidenciou que 29% ganhavam até um salário, 26% de um a dois salários mínimos, 14% de dois a três salários mínimos e 31% acima de três salários mínimos, ou seja, 55% estavam recebendo até dois salários mínimos por mês.

A religião também foi questionada e 45% eram católicas, 37% evangélicas, 5% espíritas, 12% sem religião e 1% de outra religião. Quando foi perguntado sobre a prática da religião, 57% responderam que praticavam, 42% não praticavam e uma entrevistada não informou.

Na Tabela 1 encontra-se um resumo dos dados sócio-demográficos da amostra como idade, cor da pele, procedência, estado civil e escolaridade.

Tabela 1 - Distribuição das reeducandas pesquisadas numa Penitenciária Feminina segundo suas características sócio – demográficas (n=100), Ribeirão Preto, 2007

IDADE	20	30	52
	30	40	28
	40 e +		20
ETNIA	Branca		65
	Negra		35
	Amarela		0
PROCEDÊNCIA	Outra região do estado de São Paulo		80
	Município de Ribeirão Preto		04
	Região		05
	Outro estado		10
	Outro país		01
ESTADO CIVIL	Solteira		70
	Casada		15
	Separada		11
	Viúva		04
ESCOLARIDADE	Analfabeta		03
	Fundamental incompleto		49
	Fundamental completo		07
	Médio incompleto		21
	Médio completo		14
	Superior incompleto		04
	Superior completo		02

2 - Informações clínicas

Dentre as 100 mulheres questionadas em sistema prisional sobre a existência de doenças pessoais, 45% referiram não ter doenças, 2% diabetes, 3% cardíacas, 7% eram hipertensas, 20% tinham respiratórias e 23% outras doenças. Encontrou-se, dentre as doenças mencionadas, seis com alterações de ordem mental (depressão, ansiedade, fobia, insônia), quatro com alterações na coluna, três com sorologia positiva para o HIV, três com alterações ginecológicas, duas com epilepsia, uma com hepatite b, uma com hipercolesterolemia, uma com psoríase, uma com cefaléia e uma hipotensão.

A grande maioria não apresentava deficiências (92%). Dentre as deficiências uma referiu cegueira no olho direito, uma diminuição dos movimentos da mão, quatro deficiências visuais, uma nanismo e uma seqüela de AVC.

A maioria respondia de imediato que sua maior limitação era estar aprisionada. Fora este fato incontestável, 92% disseram que não tinham limitações. Dentre aquelas que mencionaram explicitamente alguma limitação, uma respondeu ansiedade, quatro dificuldades de movimentação, uma deficiência visual, uma lombalgia, uma delas colocou como limitação o trabalho, pois como morava no pavilhão de seguro, as características do lugar ofereciam poucas opções de trabalho.

Da vivência obstétrica, 21 mulheres referiram não ter filhos, 60 tiveram de um a três filhos, 18 tiveram de quatro a sete filhos e uma delas teve nove filhos. Oitenta e quatro mulheres não apresentaram história de óbitos de filhos, sendo que 15% apresentaram antecedentes de um óbito de filho e uma mulher com história de três óbitos de filhos. Na variável aborto, 71 mulheres informaram que não tiveram abortos, 26 informaram de um a três abortos e três delas com quatro abortos e mais.

No que diz respeito às alterações alimentares, 15 entrevistadas responderam que houve aumento no consumo de alimentos, 21 referiram diminuição na ingestão, 17 relataram outro tipo de alteração e 47 não tiveram alterações alimentares.

Quanto ao sono, 16 informaram que despertavam durante o sono, 16 informaram outras alterações e 68 não apresentaram alterações.

Enquanto internas do sistema prisional, 23 entrevistadas relataram que praticavam algum tipo de atividade física.

No que se refere à atividade sexual, 10 informaram que possuíam atividade sexual, uma não informou e 89 relataram que não praticavam. Quanto às alterações na atividade sexual, uma informou que tinha alteração de humor, uma tinha saudade e 98% relataram que não apresentavam alterações na atividade sexual.

De acordo com o hábito de fumar, 42% não fumavam, oito fumavam menos que 10 cigarros ao dia, 16 fumavam de 10 a 19 cigarros e 34 fumavam 20 e mais cigarros. Dentre aquelas que fumavam mais de 20 cigarros por dia (34), 27 tinham depressão.

3 – Situação Penal

Quanto ao artigo infringido do código penal, três mulheres relataram que infringiram o artigo 10, 64 infringiram o artigo 12, uma quando associados os artigos 12 e 18, três o artigo 14, uma o artigo 16, quatro o artigo 121, quatro o artigo 155, 12 o artigo 157, três o artigo 159, duas o artigo 171, duas o artigo 180 e uma o artigo 288.

Os artigos mais infringidos do código penal brasileiro pelas reeducandas da amostra foram apontados acima. A seguir, uma breve explanação do que contempla cada um deles:

Artigo 10- Lei 9437/97 - porte ilegal de arma de fogo

Artigo 12- Lei 6368/76 - tráfico ilícito de drogas

Artigo 12 associado ao 18 - Lei 6368/76 - tráfico ilícito de drogas (12) e associação para o tráfico (18) em quatro condutas.

Artigo 14- Lei 6368/76 – associação por tráfico em duas ou mais pessoas.

Artigo 16 - Lei 6368/76 – uso de drogas.

Artigo 121- Homicídio simples.

Artigo 155 - Furto- Subtrair para si ou para outrem, coisa alheia móvel.

Artigo 157 – Roubo - Subtrair coisa móvel alheia, para si ou para outrem, mediante grave ameaça ou violência à pessoa, ou depois de havê-la, por qualquer meio, reduzido à impossibilidade de resistência.

Artigo 159 - Seqüestrar pessoa com o fim de obter, para si ou para outrem, qualquer vantagem, como condição ou preço de resgate. Extorsão mediante seqüestro.

Artigo 171- Estelionato - obter para si ou para outrem, vantagem ilícita em prejuízo alheio, induzindo ou mantendo alguém em erro, mediante artifício, ardil, ou qualquer outro meio fraudulento.

Artigo 180 – Receptação - adquirir, receber, transportar, conduzir ou ocultar, em proveito próprio ou alheio, coisa que sabe ser produto de crime, ou influir para que terceiro, de boa fé, a adquira, receba ou oculte.

Artigo 288- Quadrilha ou bando - associarem-se mais ou três pessoas, em quadrilha ou bando, para o fim de cometer crimes.

Tabela 2 - Artigo infringido, tempo de condenação e tempo de pena cumprido pelas reeducandas, Ribeirão Preto, 2007

TIPOS DE CRIME PRATICADO	FREQÜÊNCIA
10 - Porte ilegal de arma de fogo	03
12 -Tráfico ilícito de drogas	64
12 -Associado ao 18 – tráfico ilícito de drogas e associação para o tráfico	01
14 - Associação por tráfico em duas ou mais pessoas	03
16 - Uso de drogas	01
121- Homicídio	04
155- Furto	04
157- Roubo	12
159- Seqüestro	03
171- Estelionato	02
180- Recepção	02
288 - Quadrilha ou bando	01
TEMPO DE CONDENAÇÃO (ANOS)	
Sem condenação	11
Até 3	18
3,1 a 6	40
6,1 a 11	15
11,1 e mais	16
TEMPO DE PENA CUMPRIDO (ANOS)	
0	01
Até 2	58
2,1 a 4	32
4,1 a 7	09
Total	100

Das 100 mulheres entrevistadas, 89 foram condenadas e 11 não haviam sido submetidas a julgamento. O tempo de condenação variou de zero (sem condenação) até 24 anos. As porcentagens maiores ficaram até três anos com 18%, de três a seis anos com 40% e mais de seis anos até 11 anos com 15%.

O tempo de pena cumprida apresentou uma variabilidade de zero (não houve pena cumprida) até sete anos. Destas, 59% cumpriram até dois anos, de zero até quatro anos encontraram 91% das mulheres. No que diz respeito à reincidência, 81 mulheres informaram que eram primárias. Das 18 reincidentes, 14 o fizeram até três vezes e uma não informou.

B - A Depressão e as demais variáveis

Os resultados do Inventário de Beck mostraram que das 100 mulheres entrevistadas, 82 apresentaram sinais indicativos de depressão, sendo que 33 com disforia ou depressão leve, 29 moderada e 20 com sinais de depressão grave. São dados alarmantes, visto

que 82% das mulheres entrevistadas apontaram sinais indicativos de depressão. Mesmo o fato de ter 20% com depressão grave, está acima de todos os índices encontrados na literatura.

A faixa etária dividida em três grupos mostrou que há maior porcentagem de mulheres sem depressão com 40 anos e mais. A depressão leve e grave predominou na faixa de 30 a 39 anos e a moderada na faixa de 20 a 29 anos.

Tabela 3 - Distribuição das mulheres pesquisadas segundo níveis de depressão e faixa etária na Penitenciária Feminina de Ribeirão Preto no ano de 2007

Depressão	IDADE			Total
	20 — 29	30 — 39	40 e +	
Sem depressão	08	03	07	18
Leve	15	11	07	33
Moderada	19	07	03	29
Grave	10	07	03	20
Total	52	28	20	100

Como se observou no perfil geral das detentas, 65 mulheres eram brancas e 35 negras. Cinquenta e duas mulheres brancas e 30 mulheres negras apresentaram algum sinal de depressão. Das 20 mulheres com depressão grave, 15 eram brancas e essa proporção se manteve estável nas depressões leve e moderada.

Segundo a informação das mulheres, 70 eram solteiras, 15 estavam casadas, 11 separadas e quatro viúvas. Entretanto 45% do total referiram ter companheiro. A depressão estava presente em 82 delas. Chama a atenção que das 20 com depressão grave, 16 eram solteiras, mas quando se examina o tipo de convivência, observa-se que na depressão moderada há predomínio daquelas que referiram ter companheiro.

Das detentas que tinham nível médio completo a superior completo (20%), apenas quatro não tinham sinais de depressão; 74% dos casos de depressão estavam concentrados nas pessoas que tinham nível fundamental até médio incompleto. Observou-se

que as mulheres tinham um bom nível de escolaridade visto que somente três eram analfabetas.

O fato de ter trabalho anterior não evidenciou diferenças significativas com relação à presença ou não de depressão. Entre as 18 que não tinham depressão era significativamente maior o número de mulheres que tinham trabalhado anteriormente (14).

Os 19 dos 20 casos de depressão grave eram provenientes de outras regiões. Os demais casos de depressão leve e moderada mantiveram esses níveis de frequência relativamente maiores.

Das 61 mulheres que referiram ter casa própria, 10 não apresentaram sinais de depressão. Das oito mulheres que viviam sozinhas, apenas uma não tinha sinais de depressão.

Mais da metade das mulheres (55%) referiu que a renda familiar não passa de dois salários mínimos. Dos 20 casos de depressão grave, 12 estavam nesse grupo de mulheres.

Os dados mostraram também que 12% referiram não ter religião e neste grupo não se encontrou nenhum caso de depressão grave, sendo duas delas sem depressão. Dentre aquelas que tinham alguma religião, 16 não apresentaram depressão. Os casos de depressão mais grave estavam entre as católicas e evangélicas. Entretanto, a distribuição da presença de sinais de depressão não mostrou diferenças significativas pelo fato de ter religião.

O fato de receber visita, segundo informações das detentas, parece não ter grande influência nos sinais de depressão, exceto nos casos de depressão grave onde 14 das 20 mulheres não receberam visitas.

Os dados deste estudo mostram que 45 mulheres não referiram ter qualquer doença. Entretanto, 34 delas apresentaram sinais de depressão, sendo cinco graves. Das 23 que referiram doença cardíaca e respiratória, 22 apresentaram sinais de depressão.

Dentre as pessoas que registraram alguma deficiência, havia 8 %, sendo cinco delas com deficiências visuais, uma de movimentação, uma de nanismo, todas com algum grau de depressão e uma que apresentou seqüela de AVC sem sinais de depressão.

Nos casos de limitação, além do fato de estarem aprisionadas (sem poderem sair), a grande maioria (92%) não se sentia limitada, sendo que as duas com limitação visual e de deambulação não apresentaram depressão. Dentre os casos de limitação tendo a presença de depressão, três se referiam à deambulação, um caso de lombalgia, um de ansiedade e um de limitação para o trabalho.

Interessante observar que embora os índices de mulheres sem deficiências e sem limitação (92%) eram iguais, eles não se sobrepuseram, pois as mulheres que possuíam deficiências não se sentiam limitadas.

No que se refere aos aspectos obstétricos, das 60 mulheres que tiveram de um a três filhos, 50 tinham algum grau de depressão, sendo 13 graves. Das 18 mulheres que tiveram de quatro a sete filhos, cinco tiveram depressão grave. A única mulher que teve nove filhos apresentou depressão leve e das 21 que não tiveram filhos, apenas três não apresentaram sinais de depressão.

O fato de ter episódio de filho morto parece não ter tido significado na presença de depressão, inclusive nos casos de depressão grave, apenas uma das 20 teve episódio de filho morto.

Das 100 mulheres, 71 referiram não ter passado por situação de abortamento e dentre elas, 61 tinham sinais de depressão. Dos 20 casos de depressão grave, três tiveram um episódio de aborto e uma delas teve mais que cinco abortos.

As alterações alimentares tiveram resultados significativos com relação à depressão. Dos 18 casos sem depressão, 13 não referiram qualquer alteração, entretanto dos

82 casos de mulheres com depressão, 48 reconheceram que tiveram alterações alimentares.

Chama a atenção que 34 casos com sinais de depressão não referiram alterações alimentares.

Com relação ao sono, os 18 casos sem depressão referiram que não tiveram alteração de sono. Dos 82 casos com algum grau de depressão, 32 referiram alteração de sono, 16 deles referiram que despertavam durante o sono. Por outro lado, dos 20 casos de depressão grave, nove referiram não ter alterações de sono.

Tabela 4 - Distribuição das frequências das variáveis independentes por níveis de depressão, Ribeirão Preto, 2007

VARIÁVEIS	CATEGORIA	N	NÍVEIS DE DEPRESSÃO			
			SEM DEPRES-SÃO	LEVE	MODERADO	GRAVE
Idade	Abaixo de 29	52	08	15	19	10
	30 e +	48	10	18	10	10
Etnia	Branca	65	13	19	18	15
	Não branca	35	05	14	11	05
Escolaridade	Até Fundamental completo	59	10	20	14	15
	Acima	41	08	13	15	05
Alimentação	Sem alterações	47	13	20	10	04
	Com alterações	53	05	13	19	16
Sono	Sem alterações	68	18	22	19	09
	Com alterações	32	00	11	10	11
Tabaco	Não	42	05	21	12	04
	Sim	58	13	12	17	16
Comorbida-des	Não	45	11	14	15	05
	Sim	55	07	19	14	15
Religião	Prática	57	12	20	12	13
	Não prática	42	06	13	16	07
Convivência	Sim	45	08	11	18	08
	Não	55	10	22	11	06
Visita	Sim	49	11	14	18	12,2
	Não	51	07	19	11	14
Total		100	18,0	33,0	29,0	20,0

A unidade prisional conta com um programa de práticas esportivas oferecido pela prefeitura municipal. Disponibiliza-se para esta tarefa, uma profissional duas vezes por semana. A programação inclui noções de vôlei, basquete, alongamento, dança e relaxamento, além da monitorização de peso.

Apesar da unidade prisional oferecer programação de atividades físicas, 77% das mulheres não as praticavam. Mesmo entre as mulheres sem sinais de depressão, a maioria não realizava atividade física. É perfeitamente compreensível que das 20 mulheres com depressão grave, 16 não praticavam atividade física, pela própria falta de energia e interesse na depressão.

No que diz respeito à atividade sexual, os dados podem não representar a realidade, haja visto que a presença de homossexualismo dentro da unidade prisional feminina pode ser omitido e há um cuidado com o rol de visitas íntimas. Isso se confirma nas respostas sobre alterações das atividades sexuais, pois 89 mulheres informaram que não exerciam atividade sexual e 98 informaram que não tinham alteração na atividade sexual.

Entre as 100 detentas, 42 não tinham o hábito de fumar e apenas cinco não tinham depressão. Entre as fumantes (58), 34 fumavam mais de 20 cigarros por dia, 16 apresentavam depressão grave.

Buscando-se alguma relação entre a presença de depressão, das 89 condenadas, 72 apresentaram sinais de depressão e entre as 11 não condenadas, apenas uma não apresentava sinal de depressão. Com relação ao número de reincidências (número de delitos cometidos que as levaram à prisão), 81 mulheres eram primárias, 14 com até três reincidências e quatro com cinco ou mais. Destaca-se que das 20 mulheres com depressão grave, cinco tiveram reincidência, uma delas sete vezes; um caso não informou.

Tabela 5 - Resultados da Regressão Logística Multinomial para Depressão correlacionando as variáveis independentes idade, etnia, convivência, instrução, comorbidades, religião, alimentação, visita, sono e tabaco, Ribeirão Preto, 2007

VARIÁVEIS INDEPENDENTES	Variável Desfecho Depressão Leve			Variável Desfecho Depressão Moderada			Variável Desfecho Depressão Grave		
	Razão de Risco Relativo RRR	P	Significância (5%)	Razão de Risco Relativo RRR	P	Significância (5%)	Razão de Risco Relativo RRR	P	Significância (5%)
Idade	0,47	0,34		0,23	0,08		0,12	0,04	SIM
Etnia	2,00	0,39		1,21	0,82		0,51	0,502	
Convivência	1,27	0,76		0,39	0,24		1,89	0,504	
Instrução	0,51	0,37		0,93	0,93		0,17	0,09	
Comorbidades	5,43	0,04	SIM	3,17	0,17		8,81	0,03	SIM
Religião	2,73	0,21		6,09	0,03	SIM	5,78	0,08	
Alimentação	1,46	0,63		5,70	0,04	SIM	11,11	0,01	SIM
Visita	2,57	0,21		2,23	0,32		9,15	0,02	SIM
Sono	(a)	(a)	(a)	(a)	(a)	(a)	(a)	(a)	(a)
Tabaco	0,22	0,06		0,70	0,68		2,13	0,453	

(a)- Alteração do sono foi significativa no teste de Fisher. No modelo multivariado ocorre instabilidade no processo de estimação, já que a categoria contraste (sim) tem casela com frequência nula.

Nos resultados da análise multivariada podemos observar que as variáveis independentes significantes foram idade, presença de comorbidades, religião, alterações na alimentação e visita.

Tabela 6 - Resultados da Regressão Logística com as razões de risco relativas significativas Ribeirão Preto, 2007

VARIÁVEL DEPENDENTE: DEPRESSÃO	VARIÁVEL INDEPENDENTE			Razão de Risco Relativo RRR	P
	Nome	Referência	Contraste		
LEVE	Comorbidades	Não	Sim	5,43	0,04
MODERADA	Alimentação	Não	Sim	5,70	0,04
	Religião	Sim	Não	6,09	0,03
GRAVE	Idade	Até 29	30 e +	0,12	0,04
	Comorbidades	Não	Sim	8,81	0,03
	Alimentação	Não	Sim	11,11	0,01
	Visita	Sim	Não	9,15	0,02

Ter mais idade é fator de proteção para a depressão grave: quem tem mais de 30 anos tem o risco de estar nesta categoria multiplicado pelo fator 0,12.

Apresentar comorbidade(s) multiplica o risco de ter depressão leve por um fator de 5,43 e depressão grave por 8,81, mostrando uma forte associação entre estas variáveis.

Não praticar alguma religião multiplica o risco de ter depressão moderada multiplicada por 6,09.

Distúrbios na alimentação e depressão moderada e grave estão fortemente associados: quem está na categoria que apresenta distúrbios alimentares tem o risco de estar na categoria de depressão moderada multiplicado por 5,70 e depressão grave por 11,11. Esta é a razão de risco relativa maior que se observou no estudo.

O deprimido na forma grave é o que tem menos chance de receber visitas. Nas demais categorias de depressão esta variável (visita) não chegou a ser significativa, enquanto para esta análise o risco aparece multiplicado por um fator de 9,15, evidenciando forte associação entre não receber visitas e ter depressão grave.

5 DISCUSSÃO

A população pesquisada evidenciou altos níveis de sinais indicativos de depressão (82%), sendo que 33 % com disforia ou depressão leve, 29% moderada e 20% com sinais de depressão grave.

Os dados encontrados são preocupantes e estão acima do que se encontram na literatura. Jordan et al (1996) sugerem que entre um terço e a metade da população carcerária feminina britânica pode apresentar algum tipo de transtorno mental. Teplin (1996) realizou estudos na população prisional de Chicago e constatou que as taxas de transtornos mentais eram três a quatro vezes superiores à população em geral e estas taxas aumentaram quando consideradas apenas as mulheres. Aproximadamente 81% das mulheres presas em Chicago apresentaram ao menos um transtorno psiquiátrico ao longo da vida. Por outro lado, o estudo de Moraes e Dalgalarondo (2006) revelou baixa prevalência de possíveis casos psiquiátricos na população prisional feminina. Esse resultado deve ser interpretado com cautela, visto que os transtornos psiquiátricos mais graves não permanecem nas penitenciárias, sendo transferidos para os hospitais judiciários.

A faixa etária do presente estudo mostrou que há maior porcentagem de mulheres sem depressão com quarenta anos e mais e através da análise multivariada confirmou-se que ter mais idade (30 anos ou mais) é fator de proteção para a depressão.

Quanto ao estado civil, a maioria (70) informou que era solteira. Entretanto, 45 referiram ter companheiro. Mesmo o estudo mostrando que das 20 mulheres com depressão grave, 16 eram solteiras, observou-se que na depressão moderada há predomínio daquelas que têm companheiro.

Um estudo realizado por Woods e Mitchell (1996) evidenciou que as mulheres separadas, divorciadas e viúvas eram mais propensas a vivenciar a depressão do que aquelas casadas ou que não se casaram. Eles afirmam também que o fato de ter companheiro seria um fator para proteger as mulheres na depressão. Para Almeida Filho et al (2004) a condição de estar casado (solteiro, divorciado ou viúvo) estava associada à menor prevalência de depressão, em homens: para as mulheres, ser solteira era condição associada à menor prevalência de depressão em comparação com ser casada, divorciada ou viúva. Há uma aparente relação entre relacionamento conjugal e tipo de crime cometido. As mulheres casadas/amigadas e as separadas/ desquitadas/ divorciadas declararam, na maioria das vezes, que foram presas em função do relacionamento com seus companheiros - seja por meio do tráfico ou da violência doméstica. As solteiras estão, em geral, detidas por uso/tráfico de drogas e crimes contra ao patrimônio (GUEDES, 2006).

O nível educacional nesta pesquisa indicou que 74% dos casos de depressão estavam concentrados nas pessoas que tinham nível fundamental ou até médio incompleto.

O baixo nível educacional aumenta os escores do humor disfórico, pois quanto mais baixos os anos de estudo, maiores são as dificuldades sócio-econômicas (BROMBERGER et al, 2003). Um estudo sobre prevalência de transtornos depressivos em Salvador (BA) apontou que o menor nível educacional estava mais fortemente relacionado à presença de transtornos depressivos em mulheres do que em homens (ALMEIDA FILHO et al, 2004). Um estudo num presídio feminino do Rio de Janeiro evidenciou entre as mulheres encarceradas, o baixo grau de escolaridade, não podendo afirmar uma relação direta entre baixa escolaridade e condição sócio-econômica com índices de criminalidade (SOARES e ILGENFRITZ, 2002).

O fato de ter trabalhado anteriormente não evidenciou diferenças significativas com relação à presença de depressão.

Para Hassen (1999), o trabalho na prisão não foge às características que assolam o mundo do trabalho no Brasil, mas acaba naquele ambiente, assemelhando-se a uma ética de trabalho, porque ali, ele aparece ao nível das representações coletivas, como um valor universal que distingue os homens do bem, significando decência, organização e honestidade temporal.

O trabalho como opção faz com que os apenados deixem de se sentirem inúteis, que comecem a dar valor a coisas que para eles, antes, não tinham a menor importância. Eles passam a perceber a vida de uma forma diferente, valorizando todos os momentos. O fato de trabalhar os impede de pensar em fugas e motins (FERNANDES e HIRDES, 2006).

No presente estudo, 12% das mulheres referiram não ter religião e neste grupo não foi encontrado nenhum caso de depressão grave, mas quando a variável é submetida a análise multivariada para depressão moderada, o resultado encontrado é a Razão de Risco Relativa de 6,09 demonstrando forte correlação entre o fato de ter religião e o risco de desenvolver depressão moderada.

No trabalho de Moraes e Dalgarrondo (2006), numa penitenciária feminina, o fato de ter uma religião amenizava o cotidiano das reeducandas dentro da prisão. Para Oliveira (1978) e Graham (1990) a religião parece dar um suporte emocional para homens e mulheres privados de liberdade. Além disso, o fato de ser praticante não mostrou diferença significativa. Moraes e Dalgarrondo (2006), através dos dados levantados num estudo sobre religiosidade, concordam com a evidência demonstrada pela literatura, sobre a importância da religiosidade na vida dos sujeitos encarcerados. A religiosidade ocupa um lugar importante na vida de muitas presidiárias e altera de alguma forma a pesada rotina da unidade prisional. Para Guedes (2006), uma das estratégias para o enfrentamento do encarceramento é a participação no grupo de alfabetização ou grupos de oração organizados por entidades religiosas diversas.

Os grupos de oração são bem recebidos pelas detentas, algumas participavam de vários grupos, independentemente da religião que as promovia.

O fato de receber visitas teve relevância na depressão grave, quando a variável foi submetida à análise multivariada. A Razão de Risco Relativa foi de 9,15, evidenciando forte relação entre não receber visita e desenvolver depressão grave. Uma pesquisa realizada com detentas mostrou que ao ser presa, a mulher é condenada também à separação brusca dos filhos e a dissolução da família causando mágoa, tristeza, angústia, saudade, solidão, perda e arrependimento. Há protecionismo discriminatório da sexualidade feminina, observado pelo difícil acesso à visita íntima e quanto à assistência à saúde em todos os níveis, mais no preventivo, é precária ou inexistente (GIORDANI, 2001).

A Portaria Conjunta CRN/ CRO/ CCAP/CRC/CVL- 001 de 19 de abril de 2007 normatiza e padroniza as condutas das Unidades Prisionais subordinadas as Coordenadorias Regionais do Estado relacionadas aos procedimentos de visita, recebimento de mercadorias para consumo e recebimento e liberação de numerários (dinheiro). Dentre os artigos presentes na portaria sobre visita, há a necessidade da comprovação de vínculo afetivo com as detentas. Quanto à visita íntima, esta ocorre somente nos casos de relação amorosa estável continuada comprovada. Os apenados têm muito medo do abandono da família. Nos dias de visita passam por momentos angustiantes à espera do momento para falar com seus familiares.

O medo do abandono reforça a importância da família em seu contexto de vida, o que constitui na força necessária para continuar lutando e a expectativa de sair e poder voltar à rotina diária com a família serve como alento em sua busca da liberdade (FERNANDES e HIRDES, 2006). No estudo de Guedes (2006), uma das maiores preocupações apresentadas pelas mulheres era a ausência do contato com os filhos, acarretando sentimento de medo e culpa por terem abandonado os filhos em condições que

fogem ao seu controle ou por eles poderem vir a sofrer maus tratos; descrevem também o receio da perda da guarda legal, privação material e alimentar, acompanhamento escolar e cuidados com a saúde.

A família dos detentos é uma ligação que os apenados têm com o mundo exterior (BASTOS, 1997; HASSEN, 1999). A família foi identificada como o principal fator protetor do apenado, o qual aprende a valorizar os filhos e a mulher (PINTO e HIRDES, 2006). O contato com a família ocorre nos momentos de visita, que geralmente é esperado com ansiedade e cuidados referentes à aparência pessoal e arrumação do pátio (GUEDES, 2006).

O estudo mostrou que 45 mulheres não referiram ter qualquer doença. Das 23 que referiram doença cardíaca e respiratória, 22 apresentaram sinais de depressão. Chama a atenção que a presença de comorbidades teve alta significância para depressão leve (5,43) e para depressão grave de 8,81, confirmando os dados da literatura.

A depressão é uma doença que está quase sempre acompanhada de comorbidades, especificamente, doenças crônicas. As taxas de prevalência de transtornos depressivos entre pacientes portadores de doenças somáticas são consideráveis (de 22 a 33 %) (WORLD PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1998), embora tenha sido estimado que, no contexto da saúde primária, a taxa de prevalência média para transtornos depressivos seja de mais de 10% (USTUN e SARTORIUS, 1996).

Pacientes deprimidos têm risco significativamente maior de desenvolver doença cardíaca isquêmica e/ou hipertensão e o inverso também é verdadeiro (CUNNINGHAN, 1994; SHAPIRO, 1997). Altas taxas de co-morbidade entre doença cardiovascular e depressão são citadas na literatura. Após infarto do miocárdio pacientes apresentam depressão em cerca de 16 a 22% dos casos (BARSKY, 1992). A depressão é comum em pacientes com diabetes e as taxas de prevalência variam de 8,5 a 27,3% em estudos controlados (POPKIN et

al, 1988). Alguns transtornos clínicos, neurológicos e agentes farmacológicos podem produzir sintomas de depressão. Os transtornos neurológicos mais associados são: doença de Parkinson, Alzheimers, epilepsia, doenças cérebro-vasculares e tumores. Nas alterações endócrinas aparecem hipotireoidismo, hipertireoidismo e o diabetes; nos agentes farmacológicos como alguns medicamentos cardíacos, anti-hipertensivos, antiepiléticos, antiparkinsonianos, analgésicos, antibacterianos e antineoplásicos (SADOCK e SADOCK, 2007).

Quanto aos aspectos obstétricos, 60 mulheres que tiveram de um a três filhos, a maioria (50), apresentaram algum grau de depressão. Das 18 mulheres que tiveram de quatro a sete filhos, cinco tiveram depressão grave e uma mulher que teve nove filhos apresentou sinais de depressão leve.

Um estudo de Ballinger (1975) evidenciou associação positiva em relação ao número de filhos e sintomas depressivos, sendo que quanto mais numerosa é a família, maior chance de a mulher apresentar sintomas depressivos. Um estudo realizado numa delegacia feminina em Belo Horizonte, apontou que existia relação entre a entrada no crime e a maternidade. A maioria das mulheres alegavam uma relação entre o delito cometido e a tentativa de assegurar aos filhos acesso ao conforto e aos bens de consumos divulgados na mídia (GUEDES, 2006).

Das mulheres entrevistadas, 71 não haviam passado por situação de abortamento e dentre elas, 61 tinham sinais de depressão, sendo que 20 casos de depressão grave, três tiveram um episódio de aborto e uma delas teve mais que cinco abortos.

Um estudo realizado com mulheres de 45 a 55 anos, na Polônia encontrou que as mulheres com níveis de depressão mais altos tinham tido mais gestações, mais abortos e complicações durante a gravidez, haviam sido submetidas a histerectomia e desenvolveram depressão pós parto. As doenças mais comuns relatadas por elas eram: hipertensão, doença isquêmica, hipotireoidismo, outras disfunções da tireóide e diabetes (WOJNAR et al, 2003).

No que diz respeito às alterações alimentares, esta variável teve resultado significativo no estudo com relação à depressão. Dos 82 casos de mulheres com depressão, 53 tiveram alterações alimentares e estes dados se confirmaram na análise multivariada com Razão de Risco Relativa para depressão moderada de 5,70 e grave de 11,11 confirmando dados da literatura sobre o assunto (AMA, 2002).

Com relação ao sono, dos 82 casos com algum grau de depressão, 32 referem alteração de sono, 16 referem que despertam durante o sono. O sono encontra-se freqüentemente perturbado, geralmente por insônia terminal. Há diminuição de apetite, geralmente com perda de peso sensível (BRASIL, 2001).

Quanto às atividades físicas, 77% das detentas não as praticavam. Das 20 mulheres com depressão grave, 16 não praticavam atividade física.

Para Denerstein et al (1999), a prática de pouco ou nenhum exercício físico seria um dos fatores que aumentariam os escores de depressão.

Com relação à atividade sexual e suas alterações, o estudo pode não ter representado a realidade, pois 89 mulheres informaram que não exercem atividade sexual e 98 informaram que não têm alteração, sendo que o homossexualismo é uma realidade no sistema prisional.

A falta de visitas íntimas com o sexo oposto favorece o envolvimento afetivo/sexual entre as detentas. A maioria das mulheres inicia experiências homossexuais durante o aprisionamento, o que gera dúvida sobre a continuidade ou não dessa escolha, embora percebam a importância dessas relações no enfrentamento da condição carcerária, na medida em que recebem proteção e cuidados (GUEDES, 2006). É comum a prática do homossexualismo sem cuidados preventivos em cadeias femininas, favorecendo a vulnerabilidade às DST, Aids (GIORDANI e BUENO, 2001).

Quanto ao hábito de fumar, das 100 mulheres entrevistadas, 58 fumavam e destas 34 fumavam mais que 20 cigarros por dia e 11 apresentavam depressão grave. Ser fumante aumenta a presença de humor deprimido (COHEN e COHEN, 2001; DENERSTEIN et al, 1999). Um estudo realizado por Soares e Cohen (2001) evidenciou alta prevalência de sintomas depressivos entre mulheres que tiveram história de sintomas pré-menstruais, tabagismo, sedentarismo e associação entre sintomas depressivos e diminuição do interesse sexual.

A ausência do Estado em estabelecer estratégias que assegurem condições de vida mais digna para os cidadãos dificulta o equilíbrio das classes sociais, permitindo as manifestações de violência e criminalidade e conseqüentemente a exclusão social. Essa mesma exclusão é mantida com intensidade dentro do sistema prisional, pois as políticas públicas para o sistema não conseguem recuperar com efetividade a maioria das pessoas.

O estudo confirmou o que na prática havia sido observado, ou seja, há grande quantidade de pessoas apresentando sinais de depressão ou mesmo comportamentos decorrentes da doença.

Pesquisar mulheres encarceradas possibilitou aprofundar os conhecimentos sobre a população que vive sob os nossos cuidados.

Foram evidenciados os fatores que tanto contribuem para a manifestação dessas alterações mentais como são fatores resilientes, quando em situação de confinamento, o que nos oferece subsídios para prestar a assistência adequada voltada para esta população prisional feminina.

6 CONCLUSÕES

Dos resultados da análise referente à idade, cor, estado civil, convivência, escolaridade e renda, vale ressaltar que as 100 mulheres entrevistadas no sistema prisional, era maioria branca (65%), idade entre 20 e 63 anos (52% até 30 anos), 70% solteiras, 45% viviam com companheiro, 41% com nível fundamental completo (20 com médio completo ou mais), 45% com renda “per capita” maior que dois salários mínimos.

Das 100 detentas, 82 apresentaram sinais indicativos de depressão (leve = 33; moderada = 29; grave = 20).

Apresentar comorbidades multiplica o risco de ter depressão leve por um fator de 5,43 e depressão grave por 8,81, mostrando uma forte associação entre estas variáveis.

Não praticar alguma religião multiplica o risco de ter depressão moderada por 6,09.

Distúrbios na alimentação e depressão moderada e grave estão fortemente associados: quem está na categoria que apresenta distúrbios alimentares tem o risco de estar na categoria de depressão moderada multiplicado por 5,70 e depressão grave por 11,11. Esta é a razão de risco relativa maior que se observou no estudo. Ter mais idade é fator de proteção para a depressão grave, ou seja, quem tem mais de 30 anos tem o risco de estar nesta categoria multiplicado pelo fator 0,12.

O deprimido na forma grave é o que tem menos chance de receber visitas. Nas demais categorias de depressão esta variável (visita) não chegou a ser significativa, enquanto

que para esta análise o risco aparece multiplicado por um fator de 9,15, evidenciando forte associação entre não receber visitas e ter depressão grave.

É alto o índice de depressão entre as detentas, fato que merece atenção especial da enfermagem no aspecto do cuidado e atenção do serviço para as políticas orientadas para esta demanda.

7 REFERÊNCIAS

ALMEIDA, K. M. **Metáforas de uma pena capital um estudo sobre a experiência prisional e suas relações com a saúde mental das presidiárias.** 1998. Tese (Mestrado) - Instituto de Saúde Coletiva/UFBA, Salvador, 1998.

ALMEIDA-FILHO, N. et al. Social inequality and depressive disorders in Bahia, Brazil: interactions of gender, ethnicity and social class. **Soc. Sci. Med.**, v. 59, n. 7, p. 1339-53, Oct. 2004.

AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION. **Guia essencial de depressão.** Tradução de Cláudia Gerpe Duarte. São Paulo: Aquariana, 2002.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-IV- Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

ANDRADE, L. H. S. G.; VIANA, M. C.; SILVEIRA, C. M. Epidemiologia dos transtornos na mulher. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, v. 33, n. 2, p. 43-54, 2006.

ANGST, J. et al. Gender differences in depression epidemiological findings from the European Depres I and II studies. **Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.**, v. 252, n. 5, p. 201-9, 2002.

BALLINGER, C. B. Psychiatric morbidity and menopause: screening of general population sample. **Br. Med. J.**, v. 3, n. 5979, p. 344-6, Aug. 1975.

BARSKY, A. J. Palpitations, cardiac awareness and panic disorder. **Am. J. Med.**, v. 92, n. 1A, p. 31S-3S, Jan. 1992.

BASTOS, M. **Cárcere de mulheres**. Rio de Janeiro: Editora Diadorim, 1997.

BECK, A. T. et al. An inventory for measuring depression. **Arch. Gen. Psychiatry**, v. 4, p. 561-71, Jun. 1961.

BETTINELLI, L. A. **A solidariedade no cuidado**: dimensão e sentido da vida. Florianópolis: UFSC/PEN, 2002.

BRASIL. DEPEN. Departamento Penitenciário Nacional. Sistema Penitenciário no Brasil. **Dados consolidados**. Brasília: Ministério da Justiça, 2006.

BRASIL. Ministério da Justiça. Central Nacional de Apoio e Acompanhamento às Penas alternativas. Manual de monitoramento das penas e medidas alternativas. Brasília (DF): 2002.

BRASIL. Ministério de Saúde do Brasil. Organização Pan-Americana de Saúde no Brasil. **Doenças relacionadas ao trabalho**: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2001. Série A. Normas e Manuais Técnicos, n.114.

BROMBERGER, J. T et al. Persistent mood symptoms in a multiethnic community cohort of pré-and perimenopausal women. **Am. J. Epidemiol.**, v. 158, n. 4, p. 347-56, 2003.

BUENO, S. M. V. **Marco conceitual e referencial teórico da educação para saúde: orientação à prevenção de DST-Aids e drogas no Brasil para criança, adolescente e adulto jovem.** Brasília: Ministério da Saúde/CN DST-AIDS, 1998.

CHESLER, P. Women and madness. New York: Doubleday, 1984.

COHEN, C. N.; COHEN, L. S. The perimenopause, depressive disorders, and hormonal variability. **São Paulo Med. J. – Rev. Paul. Med.**, v. 119, n. 2, p. 78-83, 2001.

CUNNINGHAM, L. A. Depression in the medically ill: choosing an antidepressant. **J. Clin. Psychiatry**, v. 55A, p. 90-100, 1994.

DENERSTEIN, L.; LEHERT, P.; BURGER, H.; DUDLEY, E. Mood and the menopausal transition. **J. Nervous Mental Dis.**, v. 187, n. 11, p. 685-91, 1999.

FERNANDES, R.; HIRDES, A. A percepção dos apenados a respeito do cárcere e da privação da liberdade. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 14, n. 3, p. 418- 24, jul./set. 2006.

FUREGATO, A. R. F. **Relações interpessoais terapêutica na enfermagem.** Ribeirão Preto: Scala, 1999.

GIORDANI, A. T. A maternidade para mulheres detentas e a transmissão vertical das DST/Aids. **DST- J. Bras. Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v. 13, n. 6, p. 12-24, 2001.

GIORDANI, A. T. **Pesquisa-ação com mulheres detentas sobre sexualidade, dst-aids e droga**. 2000. 170 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

GIORDANI, A. T. **Violência sexual e a vulnerabilidade às Ist-Aids em mulheres detentas**. 2003. 551 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

GIORDANI, A. T.; BUENO, S. M. V. Direitos humanos de mulheres detentas em situação de vulnerabilidade às DST-aids. **J. Bras. DST**, Niterói, v. 14, n. 2, p. 12-5, 2002.

GIORDANI, A. T.; BUENO, S. M. V. Prática do homossexualismo entre mulheres detentas e a vulnerabilidade as DST Aids. **J. Bras. Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v. 13, n. 5, p. 23-5, 2001.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. Rio de Janeiro: Perspectiva, 1992.

GORENSTEIN, N. C.; ANDRADE, L. Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. **Rev. Psiquiatr. Clin.**, v. 25, n. 5, p. 245-50, set./out. 1998. edição especial..

GRAHAM, W. R. Prisoners and prison chaplaincy. In: HUNTER, R. J. (Ed.). **Dictionary of pastoral care and prison counseling**. Nashville: Abingdon Press, 1990.

GUEDES, M. A. Intervenções psicossociais no sistema carcerário feminino. **Psicologia, Ciência e Profissão**, v. 26, n. 4, p. 558-69, 2006.

HAMILTON, L. C. Statistics with Stata. Duxbury/ThomsonLearning.Belmont,CA. 2004.

HASSEN, M. N. A. **O trabalho e os dias**: ensaio antropológico sobre trabalho, crime e prisão. Porto Alegre (RS): Tomo Ed, 1999.

JORDAN, K. et al. Prevalence of psychiatric disorders among incarcerated women. **Arch. Gen. Psychiatry**, v. 53, p. 513-9, 1996.

JUSTO, L. P.; CALIL, H. M. Depressão: o mesmo acometimento para homens e mulheres?. **Rev. Psiquiatr. Clin.**, v. 33, n. 2, p. 74-9, 2006.

KEAVENY, M. E.; ZAUSZNIEWSKI, J. A. Life events and psychological well-being in women sentenced to prison. **Issues Ment. Health Nurs.**, v. 20, n. 1, p. 73-89, 1999.

LOPEZ, A. D.; MURRAY, C. C. The Global burden of disease, 1990-2020. **Nat. Med.**, v. 4, n. 1, p. 1241-3, 1998.

MINZONI, M. A. et al. Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica: a busca de uma posição. **Enfermagem em Novas Dimensões**, v. 3, n. 6, p.350-355, 1977.

MORAES, P. A. C.; DALGALARRONDO, P. Mulheres encarceradas em São Paulo: saúde mental e religiosidade. **J. Bras. Psiquiatria**, v. 55, n. 1, p. 50-6, 2006.

MORIHISA, R. S.; SCIVOLETTO, S. Transtorno depressivo na mulher. **Rev. Bras. Med.**, v. 58, p. 151-60, dez. 2001.

MOSCOGLIATO, M. **HIV nos tribunais**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

MUAKAD, I. B. **Prisão albergue**. 3.ed. São Paulo: Atlas, 1998.

NIEVAS, A. F. **Depressão em mulheres no climatério**. 2005. 50 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

OLIVEIRA, M. M. C. **A religião nos presídios**. São Paulo: Cortez, 1978. Série estudos penitenciários, 2.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID-10. Classificação estatística internacional das doenças e problemas relacionados à saúde**. São Paulo: EDUSP, 1997.

PARRY, B.; NEWTON, R. P. Chronobiological basics of female-specific mood disorders. **Neuropsychopharmacology**, v. 25, n. 5, p.102-8, Nov., 2001. Suppl. 1

PINESE, C. S. V. **Análise do contexto funcional de uma penitenciária feminina com enfoque nas ações de enfermagem.** 2005. Monografia (Conclusão de Curso) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

PINTO, G.; HIRDES, A. O processo de institucionalização de detentos: perspectivas de reabilitação e reinserção social. **Esc. Anna Nery. Rev. Enferm.**, v. 10, n. 4, p. 678-83, dez. 2006.

PINTO, R. C. M.; NASCIMENTO, A. C. R. **Depressão:** uma abordagem prática. Joinvile: Editora Letra Médica, 2000.

POPKIN, M. K. et al. Prevalence of major depression, simple phobia, and other psychiatric disorders in patients with long-standing type I diabetes mellitus. **Arch. Gen. Psychiatry**, v. 45, p. 64-8, 1998.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A. **Compêndio de Psiquiatria.** 9ª Edição. Porto Alegre: Artmed, 2007.

SCHREIBER, R. Wandering in the dark: women's experiences with depression. **Health Care Women Int.**, v. 22, n. 1-2, p. 85-98, Jan-Fev. 2001.

SHAPIRO, P. A.; LIDAGOSTER, L.; GLASSMAN, A. H. Depression and heart disease. **Psychiatr. Ann.**, v. 27, p. 347-52, 1997.

SILVA, M. C. F. **Depressão**: pontos de vista e conhecimento do enfermeiro da rede básica de saúde. 2001. 94 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

SOARES, B. M.; ILGENFRITZ, I. **Prisioneiras**: vida e violência atrás das grades. Rio de Janeiro: Garamond, 2002. 150 p.

SOARES, C. N.; COHEN, L. S. The perimenopause, depressive disorders, and hormonal variability. **Rev. Paul. Medicina**, v. 119, n. 2, p.78-83, 2001.

TEPLIN, L. A; ABRAM, K. M.; MCCLELLAND, G. M. Prevalence of psychiatric disorders among incarcerated women: I. pretrial jail detainees. **Arch. Gen. Psychiatry**, v. 53, p.505-12, 1996.

TRAVELBEE, J. **Intervencion em enfermeria psiquiátrica**. Colômbia: Carvajal/OPAS/OMS, 1982.

USTUN, T. B.; SARTORIUS, N. (Eds.). **Mental illness in general health practice**: an international study. Chichester: Wiley, 1996.

WEISSMAN, M. M. et al. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. **JAMA**, v. 276, n. 4, p. 293-9, 1996.

WOJNAR, M. et al. Assessment and prevalence of depression in women 45-55 years of age visiting gynecological clinics in Poland: screening for depression among midlife gynecologic patients. **Arch. Womens Ment. Health**, v. 6, n. 3, p. 193-201, Aug. 2003.

WOODS, N. F.; MITCHELL, E. S. Patterns of depressed in midlife women: observations from the Seattle Midlife Women's Health Study. **Res. Nurs. Health**, v. 19, n. 2, p. 111-23, April 1996.

WORLD PSYCHIATRIC ASSOCIATION. / International Committee for Diagnosis and Treatment of Depression. Educational Programme on Depressive Disorders, Module II. **Depressive Disorders in Physical Illness, part 1: 2**. New York: NCM Publisher, 1998.

APÊNDICE A

Data: ____/____/____

Identificação do perfil sócio-demográfico-clínico das mulheres detentas

I – Identificação (iniciais) _____

INCL: _____

CODIGO _____

Idade: _____

Etnia

Branca

Negra

Amarela

Estado Civil

Solteira

Casada

Separada

Viúva

Convivência

Só

Companheiro

Escolaridade

Analf.

Ensino Fundamental

I

C

Ensino Médio

I

C

Ensino Superior

I

C

Profissão/Ocupação (anterior) _____

Trabalha

Sim

Não

Procedência

Ribeirão Preto

Região

Outra região

Outro estado

Moradia

Própria

Alugada

Cedida

Outro _____

Nº Pessoas Residentes

Renda Familiar Mensal: R\$ _____

Religião

Católica

Evangélica

Espírita

Sem/Rel

Outra _____

Praticante

S

N

Recebe visita:

Sim

Família

Amigos

Não

II – Informações clínicas

Doenças:

Diabetes

Cardíaca

Hipertensão

Respiratória

Outras _____

Deficiências: _____

Limitações: _____

Medicações: _____

dosagem _____

tempo de uso _____

Filhos: Vivos _____

Mortos _____

Abortos _____

Peso: _____

Alterações Alimentares: _____

Sono: horas por dia _____

Alterações _____

Atividade física

Sim

Não

Quais _____

Atividade sexual:

S

N

Alterações: _____

Fumo:

Sim	Não
-----	-----

 Quantidade por dia _____

III – Situação Penal

Artigo infringido do código penal _____

Condenação

S

N

 Tempo de condenação _____ Tempo de pena cumprida _____

Reincidente

Sim	Não
-----	-----

 Quantidade _____

APÊNDICE B

Esclarecimento ao Sujeito da Pesquisa

CODIGO

Prezada Senhora,

Eu, **Carmen Sílvia Vilela Pinese**, enfermeira, mestranda em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental da EERP- USP, Coren 43.295 S.P, estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada “Identificação da depressão em mulheres no sistema prisional”, sob a orientação da **Profa. Dra. Antonia Regina Ferreira Furegato**.

Através deste estudo, poderemos identificar os sinais de depressão favorecerá o oferecimento dos cuidados de enfermagem às mulheres na Penitenciária Feminina de Ribeirão Preto/SP. Para Identificação e de depressão. Os casos detectados com depressão serão devidamente encaminhados para serviços especializados. Suas respostas serão registradas em formulário próprio, identificado apenas por código, não revelando sua identidade. Nenhuma obter esses dados, pedimos que responda o Questionário de pessoa, além dos pesquisadores terá acesso aos dados, os quais serão utilizados com vistas a melhorar a assistência de enfermagem na Penitenciária. As informações serão analisadas e utilizadas apenas para ensino e pesquisa. Em nenhum momento a senhora será exposta a riscos, nem terá qualquer tipo de despesas, nem receberá nenhum pagamento ou gratificação pela sua participação nessa pesquisa.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____, _____ anos, concordo em participar voluntariamente da pesquisa e fui esclarecida que receberei resposta para qualquer pergunta ou dúvida que possa surgir durante a pesquisa; fui esclarecida quanto aos riscos, benefícios e demais situações relacionadas com a pesquisa. Sei que tenho liberdade de me retirar e deixar a pesquisa a qualquer momento sem prejuízo de qualquer natureza. Tenho a segurança de que os dados prestados serão utilizados somente para fins de ensino e pesquisa.

Assinatura_____
nº do Documento

Data

____/____/____

Carmen Sílvia Vilela Pinese
R.G.12.364.223-1 Coren 43.295
3602-3422
(Pesquisadora)

Antonia Regina Ferreira Furegato
R.G. 4.415.193-7 Coren 7.599
Fone : 3602-3422
(Orientadora)

ANEXO A

INVENTÁRIO DE BECK

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) diante da afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira como você tem se sentido nesta semana, incluindo hoje. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.

1. 0 Não me sinto triste.
1 Eu me sinto triste.
2 Estou sempre triste e não consigo sair disso.
3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.
2. 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.
1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.
2 Acho que nada tenho a esperar.
3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.
3. 0 Não me sinto um fracasso.
1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.
2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.
3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.
4. 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes.
1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes.
2 Não encontro um prazer real em mais nada.
3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.
5. 0 Não me sinto especialmente culpado.
1 Eu me sinto culpado às vezes.
2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo.
3 Eu me sinto sempre culpado.
6. 0 Não acho que esteja sendo punido.
1 Acho que posso ser punido.
2 Creio que vou ser punido.
3 Acho que estou sendo punido.
7. 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo.
1 Estou decepcionado comigo mesmo.
2 Estou enojado de mim.
3 Eu me odeio.
8. 0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros.
1 Sou crítico em relação a mim devido a minhas fraquezas ou meus erros.
2 Eu me culpo sempre por minhas falhas.
3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece.
9. 0 Não tenho quaisquer idéias de me matar.
1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria.
2 Gostaria de me matar.
3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.
10. 0 Não choro mais que o habitual.
1 Choro mais agora do que costumava.
2 Agora, choro o tempo todo.
3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo mesmo que o queira.
11. 0 Não sou mais irritado agora do que já fui.
1 Fico molestado ou irritado mais facilmente do que costumava.
2 Atualmente me sinto irritado o tempo todo.
3 Absolutamente não me irrita com as coisas que costumavam irritar-me.
12. 0 Não perdi o interesse nas outras pessoas.
1 Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas.

- 2 Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas.
- 3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.

13. 0 Tomo decisões mais ou menos tão bem como em outra época.

- 1 Adio minhas decisões mais do que costumava.
- 2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.
- 3 Não consigo mais tomar decisões.

14. 0 Não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser.

- 1 Preocupo-me por estar parecendo velho ou sem atrativos.
- 2 Sinto que há mudanças permanentes em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos.
- 3 Considero-me feio.

15. 0 Posso trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes.

- 1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.
- 2 Tenho de me esforçar muito até fazer qualquer coisa.
- 3 Não consigo fazer nenhum trabalho.

16. 0 Durmo tão bem quanto de hábito.

- 1 Não durmo tão bem quanto costumava.
- 2 Acordo uma ou duas horas mais cedo do que de hábito e tenho dificuldade para voltar a dormir.
- 3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e tenho dificuldade para voltar a dormir.

17. 0 Não fico mais cansado que de hábito.

- 1 Fico cansado com mais facilidade do que costumava.
- 2 Sinto-me cansado ao fazer quase qualquer coisa.
- 3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.

18. 0 Meu apetite não está pior do que de hábito.

- 1 Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser.
- 2 Meu apetite está muito pior agora.
- 3 Não tenho mais nenhum apetite.

19. 0 Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.

- 1 Perdi mais de 2,5 Kg.
- 2 Perdi mais de 5,0 Kg.
- 3 Perdi mais de 7,5 Kg.

Estou deliberadamente tentando perder peso, comendo menos: SIM () NÃO ()

20. 0 Não me preocupo mais que o de hábito com minha saúde.

- 1 Preocupo-me com problemas físicos como dores e aflições ou perturbações no estômago ou prisão de ventre.
- 2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa que não isso.
- 3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em outra coisa.

21. 0 Não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual.

- 1 Estou menos interessado por sexo que costumava.
- 2 Estou bem menos interessado em sexo atualmente.
- 3 Perdi completamente o interesse por sexo.

ANEXO B

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CENTRO COLABORADOR DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA
O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA EM ENFERMAGEM

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
FAX: (55) - 16 - 3533-3271 / 3502-4419 / TELEPHONE: (55) - 16 - 3502-3383

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of. CEP-EERP/USP – 124/2006

Ribeirão Preto, 05 de julho de 2006

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 04 de julho de 2006.

Protocolo: nº 0687/2006

Projeto: IDENTIFICAÇÃO DA DEPRESSÃO EM MULHERES NO SISTEMA PRISIONAL

Pesquisadores: Antônio Regina Ferreira Furegato (Orientadora)
Carmen Sílvia Vilela Pinese (Mestranda)

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof.ª Dr.ª Lucila Castanheira Nascimento
Vice-Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilm.ª. Sr.ª.

Prof.ª. Dr.ª. Antônio Regina Ferreira Furegato
Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP

ANEXO C

- Planos de Saúde - Servidor

Página 1 de 2

CDP-BERP/USP

Pa. 003

Proc. 068312006

RUBR.

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS					ER - 97062
Projeto de Pesquisa IDENTIFICAÇÃO DA DEPRESSÃO EM MULHERES NO SISTEMA PRISIONAL					
Área de Conhecimento 400 - Ciências da Saúde - 404 - Enfermagem - 4040				Grupo Grupo II	Nível
Área Temática (especial):				Linha Não se Aplica	
Intenção Enferma em saúde mental, mulheres, sistema prisional					
Sujeitos na Pesquisa					
Total Sujeitos no Centro 000	Total Brasil 000	% de Sujeitos Total 000	Grupos Especiais		
Paquete NÃO	Medicamentos NÃO / 4000 NÃO	Wash-out NÃO	Sem Tratamento Específico SIM	Riscos de Materiais Envolvidos NÃO	
Pesquisador Responsável					
Pesquisador Responsável Camille Sábio Vitor Feres			CNPJ 061.703.530-82	Identidade 11.254.123-1	
Área de Especialização ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA			Mulher Trabalho ENFERMEIRA	Nacionalidade BRASILEIRA	
Endereço RUA MANOEL ALVES DO APARTAMENTO 1702			Bairro JARDIM PAIÃO	Cidade RIBEIRÃO PRETO - SP	
Código Postal	Telefone 16 363727447 16 39112405		Fax	E-mail camillepires4@ig.com.br	
Termo de Compromisso Declaro que cumprirei e cumprirei as regras da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e publicar os resultados sob minha inteira responsabilidade. Assumo as responsabilidades pela condução do estudo de projeto acima. Data: 01/06/2006					
Instituição Onde Será Realizado					
Nome Fundação Feminina de Ribeirão Preto (Secretaria Estadual de Administração Penitenciária) - SP			CNPJ 06.201.141/0113-99	Núcleo de Referência Nacional	
Endereço/Cidade R. Bandeira Feniana de Ribeirão Preto			Participação Urbana NÃO	Projeto Multicêntrico NÃO	
Endereço Rua Adolfo Guedes 1670			Bairro	Cidade Ribeirão Preto - SP	
Código Postal 14031000	Telefone 16 361-87006		Fax 16 39137005	E-mail penita.claudio@ig.com.br	
Termo de Compromisso Declaro que cumprirei e cumprirei as regras da Res. CNS 196/96 e suas complementares e comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e publicar os resultados sob minha inteira responsabilidade. Nome: Alexandre Feres de Araujo Data: 01/06/2006					
Vinculada					
Nome Faculdade de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - BERP/USP			CNPJ 03.005.530/0027-42		
Endereço Avenida Bandeirantes 2900			Bairro Campus Universitário	Cidade Ribeirão Preto - SP	

ANEXO D

Governo do Estado de São Paulo
Correio-Eletrônico

Reginaldo Neves de Araujo 10/11/2008 15:57

Para: Maria Alice Salvador/ADM_PENITENCIARIA/BR
cc: Maria Laura Carneiro Volpato/ADM_PENITENCIARIA/BR

Assunto: Projeto de Mestrado

Texto da Mensagem

PENITENCIÁRIA FEMININA DE RIBEIRÃO PRETO

Senhora Coordenadora,

Solicito as dignas providências de Vossa Senhoria em avaliar, para possível autorização, o desenvolvimento de pesquisa de natureza acadêmica (Projeto de Mestrado da Universidade de São Paulo), a ser realizado pela Diretora do Núcleo de Atendimento de Saúde, com o título: "IDENTIFICAÇÃO DA DEPRESSÃO EM MULHERES NO SISTEMA PRISIONAL", conforme projeto e solicitação da funcionária CARMEN SILVIA VILELA PINESE, em anexo.

Outrossim informamos que esta diretoria se manifesta favorável ao desenvolvimento do projeto, considerando a necessidade de investimento e pesquisa voltado a mulher presa, bem como a de oferecer estímulo aos funcionários interessados no desenvolvimento acadêmico e científico.

Autorização 1 do Pre projeto da carmem d.

Atenciosamente,

REGINALDO NEVES DE ARAUJO
Diretor Técnico de Divisão
Penitenciária Feminina de Ribeirão Preto
(16) 3919-7005