

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

JAMILA DE SOUZA ABDELAZIZ

O USO DE MEDICAÇÃO PSICOTRÓPICA POR MULHERES PRESAS NO
DISTRITO FEDERAL E AS INTERFACES COM A POLÍTICA NACIONAL DE
ATENÇÃO INTEGRAL DAS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE NO
SISTEMA PRISIONAL

Dissertação apresentada como requisito
parcial para a obtenção do Título de Mestre
em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-
Graduação em Ciências da Saúde da
Universidade de Brasília.

Orientadora: Debora Diniz

Brasília, DF
2017

JAMILA DE SOUZA ABDELAZIZ

O USO DE MEDICAÇÃO PSICOTRÓPICA POR MULHERES PRESAS NO
DISTRITO FEDERAL E AS INTERFACES COM A POLÍTICA NACIONAL DE
ATENÇÃO INTEGRAL DAS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE NO
SISTEMA PRISIONAL

Dissertação apresentada como requisito parcial para
a obtenção do Título de Mestre em Ciências da
Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em
Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Aprovada em 05/01/2017.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Debora Diniz
(Orientadora- FD/UnB)

Profa. Dra. Dirce Guilhem
(Membro Titular- FS/UnB)

Profa. Dra. Vanessa Canabarro
(Membro Titular- ANIS)

Profa. Dra. Luciana Brito
(Membro Suplente- ANIS)

RESUMO

O atendimento em saúde de pessoas presas é normatizado pela Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014, que institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A PNAISP é regida por princípios que remetem a uma necessidade de ampliar o olhar da saúde, ao compreender que a pessoa é um sujeito para além do processo saúde-doença, que engloba também aspectos sociais, emocionais, culturais. No contexto da prisão, o adoecimento psíquico é agravado pela própria situação de confinamento, que ainda abarca a superpopulação carcerária, ausência de visitas, preocupação com os filhos e familiares, problemas econômicos e outros. No total, 80 mulheres presas responderam a dois questionários. O perfil aqui descrito ampara-se em aspectos que auxiliam uma maior compreensão quanto ao uso de medicação psicotrópica na PFDF. A população deste estudo caracterizou-se por uma predominância de mulheres jovens adultas, com pouco tempo no presídio, sentenciadas, presas por tráfico de drogas, reincidentes, com história de medida socioeducativa na adolescência, usuária de drogas há muito tempo, com histórico anterior de uso de medicações psicotrópicas, com vivências de longos períodos de isolamento e com histórico de tentativas de suicídio. Proponho aqui um outro olhar sobre o significado do uso de medicação psicotrópica na PFDF: o de indicador dos regimes de precariedade da vida.

Palavras-chave: medicações psicotrópicas, mulheres presas, saúde mental.

ABSTRACT

The Health Care of the imprisoned is standardized by the Inter-ministerial Ordinance No. 1, from January 2nd, 2014, that establishes the National Policy of Integral Attention to the Health of the People Deprived of Freedom in the Prison System (PNAISP) as part of the National Health System (SUS). The PNAISP is regulated by principles which remit to a need of amplifying the attention to the health on understanding that the person is the subject apart from the health-disease process, which also includes the social, emotional and cultural aspects. In the context of prison, the psychic illnesses are aggravated by the situation of confinement, which still encompasses the prison overcrowding, the absence of visitations, the worry about children and family, economic issues, and others. In total, 80 women have answered to the two questionnaires. The profile described in this text is supported by aspects that assist to a bigger comprehension on the use of psychotropic medication in the PFDF. The population of this study has been characterized by a predominance of young adult women who have spent little time in the prison, sentenced, arrested for drug trafficking, recidivist, with historic on correctional measures as a teenager, drug users for a long time, with previous background of psychotropic medication use, with experience of long periods of isolation and history of suicide attempt. Here I propose a different look at the significance of the use of psychotropic medication in the PFDF: the indicator of precarious life regimes.

Key-words: Psychotropic medication, imprisoned women, mental health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Catatau (requerimento)	16
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Descrição das medicações utilizadas na PFDF	17
Tabela 2	Idade das mulheres presas em uso de medicação psicotrópica	25
Tabela 3	Tempo de permanência na PFDF	26
Tabela 4	Tipo de permanência na PFDF	26
Tabela 5	Tipo de crime cometido	27
Tabela 6	Reincidência na PFDF	27
Tabela 7	Quantidade de reincidências na PFDF	28
Tabela 8	Passagem por medidas socioeducativas na adolescência	28
Tabela 9	Tipo de medida socioeducativa	29
Tabela 10	Uso de drogas ilícitas anterior ao presídio	30
Tabela 11	Tipo de drogas usadas	30
Tabela 12	Tempo de uso de drogas	30
Tabela 13	Uso de medicação psicotrópica anterior ao presídio	31
Tabela 14	Tipo de medicações psicotrópicas usadas anteriormente	31
Tabela 15	Tempo de uso de medicação psicotrópica	32
Tabela 16	Meios de acesso à medicação psicotrópica	33
Tabela 17	Tipo de medicações usadas na PFDF	33
Tabela 18	Motivos do uso de medicação psicotrópica na PFDF	34
Tabela 19	Presença de sintomas anteriores ao presídio	35
Tabela 20	Histórico de vivência em isolamento	35
Tabela 21	Quantidade de dias em isolamento	36
Tabela 22	Histórico de tentativas de suicídio	36
Tabela 23	Número de tentativas de suicídio	36
Tabela 24	Local de tentativa de suicídio	37
Tabela 25	Formas de tentativa de suicídio	37
Tabela 26	Tempo desde a última tentativa de suicídio	38
Tabela 27	Continuidade do uso de medicação psicotrópica	39
Tabela 28	Motivo de não estar usando medicação psicotrópica	39
Tabela 29	Persistência dos sintomas	40
Tabela 30	Substituto do tratamento com medicação psicotrópica	40

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DSM V (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais).....	12
Equipes de Saúde no Sistema Prisional (ESP)	15
Núcleo de Saúde (NUS).....	15
Organização Mundial de Saúde (OMS).....	17
Penitenciária Feminina do Distrito Federal (PFDF)	9
Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP)	14
Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES/DF)	9
Sistema Integrado de Informações Penitenciárias (INFOPEN)	11
Sistema Único de Saúde (SUS)	14

Sumário

Introdução.....	9
1.1 A saúde prisional.....	13
Metodologia	19
2.1. De psicóloga a pesquisadora na PFDF	19
2.2 Objetivos.....	20
2.3 Aspectos metodológicos	20
2.4 Coleta de dados.....	21
Resultados	25
3.1 Perfil prisional das mulheres em uso de medicação psicotrópica	25
3.2 Uso de drogas ilícitas.....	29
3.3 Uso de medicações psicotrópicas anterior ao presídio	31
3.4 Uso de medicações psicotrópicas na PFDF	33
3.5 Histórico de isolamento.....	35
3.6 Histórico de tentativas de suicídio.....	36
3.7 Quando não há medicação	38
Discussão	41
Considerações finais.....	48
Referências.....	54
Apêndice.....	57
Anexo.....	59

Introdução

Minha atuação na Penitenciária Feminina do Distrito Federal (PFDF) inicia-se em 2009 quando, recém-formada, aprovada no concurso da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES/DF), sou encaminhada para prestar meus serviços como psicóloga na unidade prisional. Se em 2009 já existisse o livro *Cadeia: relatos sobre mulheres* (1), que só surgiu em 2015, talvez eu soubesse o que encontraria na PFDF, mas, ao contrário, cheguei lá sem nenhuma noção do que seria o sistema prisional.

Quando me integrei à equipe de saúde, esta era composta por uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, um dentista e um médico que atendia esporadicamente. As mulheres presas a serem assistidas pela saúde eram escolhidas pela equipe de segurança.¹

Meu primeiro atendimento lá foi uma tentativa de suicídio de uma mulher presa que havia recebido a notícia de que sua filha e seu neto haviam morrido em um acidente de carro. O pedido da mulher no atendimento psicológico era um só: queria um remédio para dormir e esquecer o que tinha acontecido. Os atendimentos que fiz seguinte a esse tinham fatores em comum: eram mulheres que causavam algum tipo de transtorno na dinâmica do presídio. Eram mulheres que tinham matado grávida a facadas e ficavam contando o crime e seus detalhes para todos, eram mulheres que iam muito para o isolamento, eram mulheres que colocavam fogo em celas, eram mulheres que surtavam e agrediam colegas de cela e equipe de segurança. Mas há ainda outro fator comum nesses atendimentos. Essas mulheres já vinham com uma

¹ Nesta dissertação adotou-se chamar as participantes como mulheres presas, em referência ao fato de, independentemente da situação de encarceramento, continuarem sendo mulheres.

indicação implícita, tanto da segurança quanto de outras mulheres presas e até mesmo da própria mulher presa, de que o tratamento necessário era o uso de medicação psicotrópica.

Durante os atendimentos psicológicos, a demanda se repetia, o pedido de medicação psicotrópica para os mais variados sofrimentos, desde a falta de notícias dos filhos, passando por insônia, indisciplina, até surtos de auto e heteroagressividade. Havia um desconhecimento do papel da psicologia, mas também havia uma cultura de uso de medicações. Por mais que no decorrer dos anos de atuação na PFDF o papel da psicologia fosse sendo esclarecido, essa cultura das medicações psicotrópicas se mantinha, com um alto número de mulheres presas em uso dessas medicações.

O uso de medicações psicotrópicas foi causa de inquietação, tanto o motivo do uso de tais medicações quanto o perfil das usuárias. Quem eram essas mulheres que usavam medicação psicotrópica e por que elas usavam medicação psicotrópica no presídio? Por que havia uma prevalência tão alta de uso dessas medicações? Ainda além, minha inquietação era: o que estava por trás do uso dessas medicações?

No relatório *Mulheres encarceradas no Brasil* (2), essa minha inquietação é compartilhada pelos seus colaboradores: “tendo em vista a inexistência de informações e estudos sobre a situação da mulher presa, é difícil analisar porquê (*sic*) há um índice tão alto de mulheres utilizando remédios controlados dentro do presídio”. Segundo o relatório, em 2012, do universo de 318 mulheres presas, 117 usavam medicação psicotrópica na PFDF.

Judith Butler define precariedade da vida como a necessidade de várias condições sociais e econômicas para que ela se mantenha como vida, em contraposição a compreender a vida como um impulso interno de viver (3). A compreensão de uma vida como precária remete a duas possibilidades: por um lado, proteger essa vida e assegurar as condições para a sua continuidade; por outro, promover a manutenção da precariedade por meio da violência e vulnerabilidade (3).

Segundo dados do Sistema Integrado de Informações Penitenciárias (INFOPEN), existem 11.399 pessoas vivendo nas instituições prisionais no Distrito Federal. Dessas, 10.758 estão no Complexo Penitenciário da Papuda (masculino) e 641 na PFDF (4). Debora Diniz e Juliana Paiva detalham esses dados em uma pesquisa realizada na PFDF em 2012. As autoras apresentam um perfil das 277 mulheres sentenciadas em regime fechado: 51% são menores de 30 anos; 67% são pretas ou pardas; 71% têm o ensino fundamental incompleto ou grau menor que o fundamental; 70% são trabalhadoras domésticas ou informais; 80% têm pelo menos um filho; 52% têm companheiros presos e 69% foram presas por questões relacionadas ao tráfico de entorpecentes (5). É uma composição que aponta para alguns determinantes importantes no processo de precariedade da vida.

O uso de medicações psicotrópicas tem sido motivo de estudo no campo da saúde por ter se tornado um problema de saúde pública devido ao seu abuso e consumo indiscriminado. Isso se deve ao fato de, atualmente, o sofrimento psíquico ser enquadrado como uma patologia cujo único ou, talvez, o mais eficaz tratamento seja pela administração de psicotrópicos (6). Nessa perspectiva, há uma particularidade do processo de medicalização, o fato de os

psicotrópicos estarem constituindo-se, na atualidade, com uma inquietante tendência ao absoluto, como o recurso terapêutico mais utilizado para tratar qualquer mal-estar das pessoas, seja ele a tristeza, o desamparo, a solidão, a inquietude, o receio, a insegurança, ou mesmo a ausência de felicidade (7).

Há uma adequação do sofrimento para o que é preconizado nos manuais da medicina, como o DSM V (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais), que nos fornece uma lista de possíveis sintomas de uma determinada psicopatologia. Os problemas e situações da vida cotidiana passam a ser catalogados como sintomas. As particularidades de cada sujeito são deixadas de lado ao se tentar moldar todos seguindo um manual, e aquele que foge do padrão deve ser passível de medicalizar (8).

As mulheres presas solicitavam, a equipe de saúde indicava, o psiquiatra prescrevia. Comecei então a questionar toda essa dinâmica como uma política medicamentosa, reproduzida pelos profissionais de saúde, pela equipe de segurança e pelas próprias mulheres presas. Essa política gerava certo conforto institucional: mulheres presas medicadas não dão trabalho. Existiam, sim, os casos em que a medicação psicotrópica era necessária, o que questiono aqui não é a indicação da medicação, mas sim os sentidos dados a essa medicação. Como psicóloga, via a medicação como uma provocadora de silêncios mascarada de cuidado em saúde.

No entanto, no decorrer dos atendimentos às mulheres presas que usavam psicotrópicos, havia relatos de algumas que recebiam a medicação e não a usavam adequadamente: ou não tomavam todos os comprimidos, ou não tomavam todos os dias ou não tomavam nenhum comprimido. Havia entre as mulheres presas um outro significado para o uso das medicações psicotrópicas

– a medicação como moeda de troca. O funcionamento desse mercado era estabelecido pelas próprias mulheres presas, que definiam o valor de cada medicação. Embora a mulher presa que fosse pega sem seus medicamentos ou com medicamentos que não foram prescritos para ela sofresse sanção disciplinar, isso não parecia empecilho para a existência do mercado de medicações psicotrópicas.

Diante disso, surge uma hipótese de que a medicação psicotrópica, bem como suas formas de uso, se torna dispositivo para analisar a dinâmica do encarceramento, pois mostra novas formas de viver e sobreviver em uma situação institucionalizada. E é com esse dispositivo que transformo minhas inquietações em problemas de pesquisa.

Com base nesse quadro, meu objetivo de pesquisa foi o de analisar o uso de medicação psicotrópica na Penitenciária Feminina do Distrito Federal, ao traçar o perfil das mulheres presas usuárias e delimitar o perfil de consumo dessas medicações. Para isso, realizei entrevistas com as mulheres presas que tinham prescrição médica para medicações psicotrópicas na PFDF.

Antes de abordar propriamente as questões da dissertação, é importante contextualizar o consumo dessas medicações no ambiente prisional. Para isso as próximas páginas desta introdução abordarão o serviço de saúde no sistema prisional. No capítulo 2 apresento os resultados obtidos com esta pesquisa e no capítulo 3 proponho uma discussão sobre os dados coletados em relação à fundamentação teórica exposta inicialmente.

1.1 A saúde prisional

O atendimento em saúde de pessoas presas é normatizado pela Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014, que institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (9). O objetivo dessa política é garantir o acesso das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional ao cuidado integral no SUS, “ao promover o acesso das pessoas privadas de liberdade à Rede de Atenção à Saúde, visando ao cuidado integral; garantir a autonomia dos profissionais de saúde para a realização do cuidado integral das pessoas privadas de liberdade; qualificar e humanizar a atenção à saúde no sistema prisional por meio de ações conjuntas das áreas da saúde e da justiça”.

A PNAISP (9) é regida pelos princípios do respeito aos direitos humanos e à justiça social, pela integralidade da atenção à saúde da população privada de liberdade, pela equidade de direitos, pela promoção de iniciativas que garantam a proteção dos direitos dessas pessoas, pela responsabilidade em assegurar acesso a Rede de Atenção à Saúde e a valorização da participação popular na formulação e execução das ações em saúde. Esses princípios remetem a uma necessidade de ampliar o olhar da saúde, ao compreender que a pessoa é um sujeito para além do processo saúde-doença e engloba também aspectos sociais, emocionais, culturais.

As ações de saúde devem ser ofertadas por serviços e equipes interdisciplinares, assim definidas (9): “a atenção básica será ofertada por meio das equipes de atenção básica das Unidades Básicas de Saúde definidas no território ou por meio das Equipes de Saúde no Sistema Prisional (ESP)”. Para que uma mulher presa faça uso de medicação psicotrópica, é necessária

avaliação da equipe de saúde da unidade, que então a encaminhará para a psiquiatria. Essa equipe era composta, no momento da pesquisa, por 2 médicos (um clínico geral e um psiquiatra), 2 enfermeiros, 4 técnicos de enfermagem, 2 psicólogos, 1 assistente social, 1 dentista, 1 técnico de higiene bucal e 1 farmacêutico.

Uma das formas de acesso à equipe de saúde se dá por meio do pedido da mulher presa, em requerimentos conhecidos como “catatau” (Figura 1), que são pequenos bilhetes escritos por ela mesma por meio dos quais indica o atendimento que precisa e por quais motivos. Para as que não sabem escrever, existem as “escrivãs”, mulheres também presas que cobram para escrever as queixas das que não sabem escrever. Esses requerimentos são entregues pela mulher presa à equipe de segurança, que faz a distribuição aos setores responsáveis, nesse caso, o Núcleo de Saúde (NUS). Com base nos requerimentos, a equipe de saúde monta sua agenda de atendimentos. A forma de acesso à saúde mostra-se excludente para muitas dessas mulheres, seja pela interpelação da segurança seja pela dificuldade com as letras. Mulher presa que demanda mais da segurança tem mais acesso a atendimentos psiquiátricos, mulher presa de bom comportamento tem mais acesso a atendimentos odontológicos. As que se expressam melhor com as palavras acabam tendo um encaminhamento melhor. Para aquelas cujas palavras faltam ou são escassas, a ausência de clareza do que se pede dificulta chegar ao destino.

Nome: [redacted] no. Ala C cela 07

() Clínica Médica () Psiquiatria

() Odontologia (x) Psicologia

() Assistente Social () Outros

02
04
15

Detalhe sua queixa e saúde:

LANÇADO

Estou tendo dificuldade de dormir e do pica chorando por favor me ajudem ja e tão difícil imagine sem dormir rapidamente e mata preciso muito de não sair daqui um zumbi.

Obrigada.

se precisar use o verso

Figura 1: Catatau (requerimento)

Fora o requerimento, o acesso à saúde na PFDF também se dá por solicitação da Justiça, por pedido da equipe de segurança, da direção da penitenciária, por pedido da família ou ainda por intercessão de outras mulheres presas.

Caso a mulher presa seja avaliada pela psiquiatria e haja necessidade de administração de medicação psicotrópica, a receita com as medicações prescritas é encaminhada para a farmácia da PFDF, que disponibiliza as medicações suficientes para uma semana, em kits individuais para cada mulher presa. Esses kits são entregues pela equipe de enfermagem para cada mulher presa, em sua cela. A cada entrega a mulher presa deverá devolver os *blisters* (embalagem vazia) da medicação da semana anterior.

Neste estudo abordaremos as medicações psicotrópicas padronizadas pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal usadas na PFDF. Faremos menção ao nome do fármaco, e não ao nome comercial (10). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), medicações psicotrópicas são aquelas que “agem no sistema nervoso central produzindo alterações de comportamento, humor e cognição”. Psicotrópico é uma substância que pode determinar dependência física ou psíquica e relacionada, como tal, nas listas aprovadas pela convenção sobre substâncias psicotrópicas (11). A Tabela 1 apresenta as medicações e a categoria a que elas pertencem.

Tabela 1

Descrição das medicações utilizadas na PFDF

MEDICAÇÃO	CATEGORIA
Ácido Valproico	Estabilizador do humor
Amitriptilina	Antidepressivo
Carbamazepina	Estabilizador do humor
Clonazepan	Ansiolítico
Clorpromazina	Antipsicótico
Diazepan	Ansiolítico
Fenobarbital	Estabilizador do humor
Fluoxetina	Antidepressivo
Haloperidol	Antipsicótico
Imipramina	Antidepressivo
Levomepromazina	Antipsicótico

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Produtos controlados. Elaboração Própria.

Em 2013, de um universo estimado de 430 mulheres presas, 290 estavam em uso de medicação psicotrópica, o que representa quase 70% da população carcerária daquele momento (informação produzida e concedida pela equipe de saúde da PFDF). Esse fato revelava uma medicalização em massa, num lugar onde era mais comum uma mulher tomando medicação do que não tomando. Diante disso, a equipe de saúde iniciou uma série de ações visando à diminuição da administração desse tipo de medicamento.

Eu me questionava se o objetivo dessas ações era o controle do consumo de medicações, a redução dos gastos, a diminuição da sobrecarga de trabalho ou, de fato, a promoção de saúde das mulheres presas. Após uma série de ações da equipe de saúde que envolveram desde palestras, reavaliações médicas a mudanças na entrega das medicações, houve uma diminuição significativa do número de usuárias da medicação. Como parte das ações de redução da administração de medicações no presídio, foi estabelecido que as mulheres que tomavam esse tipo de medicações teriam avaliação e acompanhamento psicológico. Em 2015, após essas ações, de 580 mulheres presas, 80 estavam em uso de medicação psicotrópica, aproximadamente 14% da população carcerária (informação produzida e concedida pela equipe de saúde da PFDF).

Metodologia

2.1. De psicóloga a pesquisadora na PFDF

Apesar de participar do campo como profissional, minha inserção como pesquisadora foi difícil. Encontrei um ambiente onde pesquisas acadêmicas não eram bem-vindas e, mesmo já sendo parte daquele meio, a minha mudança de papel não foi bem recebida. Estabelecer o limite entre pesquisadora e psicóloga para o campo foi um dos grandes desafios encontrados nesta pesquisa. Nunca tive problemas com as mulheres presas, mas com meus colegas da saúde e, especificamente, com a direção do presídio, adentrar como pesquisadora foi lidar com a desconfiança de que seriam investigados, avaliados ou julgados. Ao ser estranhada como pesquisadora, fui estranhada também como psicóloga, e isso interferiu na minha atuação na PFDF, onde tive número de atendimentos questionados, condutas interrogadas, passos vigiados.

Fazer pesquisa em prisões é adentrar em realidade pouco conhecida, mas que permeia o imaginário de muitos. Há uma visão dessas pesquisas como veículos de denúncias, talvez por isso a resistência encontrada no meio. A dubiedade nisso consiste no fato de eu já participar do campo, mesmo como profissional de saúde, ou seja, já conhecer a realidade da PFDF, então não haveria motivos para dificultar meu acesso como pesquisadora. A dificuldade de acesso a que me refiro foi a proibição da continuidade da pesquisa ao qual meu estudo está vinculado, mesmo já sendo um projeto em andamento e com autorizações prévias. Apesar dessas dificuldades, minha diligência foi autorizada pela direção da PFDF e pelas instâncias solicitadas pela direção.

É importante ressaltar que, apesar de fazer parte do campo, ao assumir o papel de pesquisadora, assumi por outro lado o compromisso de adotar uma visão crítica da realidade que permeio, estranhando também minha função enquanto profissional de saúde, na organização dessa realidade. Esta pesquisa não tem a pretensão de questionar diagnósticos ou particularidades técnicas da terapêutica medicamentosa, estando fora das minhas condições técnico-científicas.

2.2 Objetivos

Esta pesquisa teve por objetivo geral analisar o uso de medicação psicotrópica na Penitenciária Feminina do Distrito Federal, ao traçar o retrato das mulheres presas usuárias e delimitar o perfil do uso dessas medicações.

2.3 Aspectos metodológicos

Esta pesquisa consiste em um estudo descritivo no campo das Ciências da Saúde, com enfoque na Saúde Coletiva. O método de investigação adotado é de natureza qualitativa, pois recorre à observação de fenômenos e à realização de inferências com base na análise estatística de dados apurados em campo. A pesquisa foi realizada na Penitenciária Feminina do Distrito Federal, única unidade feminina no DF. A PFDF é um estabelecimento prisional de segurança média destinado ao recolhimento de sentenciadas a cumprimento de pena privativa de liberdade em regime fechado e semiaberto, bem como de presas provisórias que aguardam julgamento pelo Poder Judiciário. No início da pesquisa, em 2015, a unidade contava com um universo

de 580 mulheres presas (informação verificada no pecúlio com o nome de todas as mulheres presas).

Este estudo faz parte de uma pesquisa maior intitulada *Direitos reprodutivos de mulheres em situação de prisão no Distrito Federal*, sob coordenação da professora Debora Diniz, que apresenta parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília (CEP-IH/UnB).

Foram adotados todos os cuidados éticos para garantir o anonimato e a confidencialidade dos dados, conforme preconiza a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que estabelece as diretrizes e normas para a pesquisa envolvendo seres humanos e em cujas disposições preliminares “incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado”.

2.4 Coleta de dados

A coleta de dados, que consistiu em entrevistas com as mulheres presas, foi dividida em dois momentos: um primeiro, de 15 de junho de 2015 a 13 de julho de 2015, no qual participaram 80 mulheres presas que faziam uso de medicação psicotrópica com prescrição médica; e um segundo momento, de 3 de dezembro de 2015 a 6 de fevereiro de 2016, com as mesmas 80 mulheres

presas, das quais, no entanto, apenas 12 usavam medicação psicotrópica com prescrição médica.

Inicialmente, a pesquisa seria realizada apenas com a primeira coleta de dados, mas, devido à crise no sistema de saúde do DF, as mulheres presas ficaram quatro meses sem receber medicação psicotrópica, por estar em falta na rede de distribuição. Com isso, surgiu uma nova inquietação de como as mulheres presas estavam lidando com a ausência da medicação, o que foi problematizado no segundo momento da coleta de dados.

A coleta de dados foi feita no Núcleo de Saúde da PFDF, local onde as mulheres presas recebem atendimento em saúde de equipe multidisciplinar, por sugestão da direção da unidade, a fim de não desestabilizar o andamento do trabalho da equipe de segurança. Foi feita em salas individuais (consultórios), acompanhada pela escolta da equipe de segurança, procedimento de rotina no Núcleo de Saúde.

Para participar da pesquisa, foram chamadas as mulheres presas em uso de medicação psicotrópica com prescrição por equipe médica da própria penitenciária. Vale ressaltar que na PFDF não é permitido a ingestão de qualquer medicação que não seja prescrita por equipe de saúde da unidade.

Antes do início da coleta, era apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) verbalmente, explicando a pesquisa, seus objetivos e a participação voluntária, momento no qual, caso a mulher presa não concordasse, não participaria. Nas primeiras participantes utilizou-se o termo impresso, mas este gerou desconfiança por parte das mulheres presas, pois muitas têm dificuldade em ler e assinar. Ao optar-se pelo termo oral, as

mulheres presas relataram se sentir mais confortáveis. Nenhuma recusou a participação.

Como instrumento de coleta de dados, foi utilizado um questionário para o primeiro momento e outro para o segundo, preenchidos pela própria pesquisadora devido ao fato de as mulheres presas irem algemadas para o atendimento no Núcleo de Saúde, procedimento de rotina da equipe de segurança. É importante informar que durante a coleta de dados a equipe de segurança esteve presente em todo momento, o que pode ter interferido nas respostas.

O primeiro questionário consistia em 38 questões fechadas, que abordavam: identificação, histórico prisional, histórico de consumo de drogas ilícitas, histórico de doenças psiquiátricas e histórico de uso de medicações psicotrópicas. Essas perguntas foram definidas a partir de apontamentos da literatura sobre fatores relacionados ao consumo de medicações psicotrópicas. O segundo questionário, com questões abertas, abordava a manutenção ou substituição das medicações psicotrópicas. A opção do segundo questionário ser com questões abertas se deu diante da possibilidade de se abranger uma maior profundidade sobre o significado do uso de medicação psicotrópica, diante de sua falta.

Com a aplicação dos questionários foi gerado um banco de dados que foi analisado por meio do software de análise estatística para emprego em pesquisa, o Statistical Package Social Sciences (SPSS) (IBM Corp., Armonk, USA). Os dados coletados nos questionários foram tabulados em frequências absolutas e relativas, possibilitando a realização de uma análise dos critérios abordados.

Resultados

3.1 Perfil prisional das mulheres em uso de medicação psicotrópica

No total, 80 mulheres presas responderam aos questionários, tanto o primeiro quanto o segundo. A descrição que ora se apresenta ampara-se em aspectos que auxiliam uma maior compreensão quanto ao perfil do uso de medicação psicotrópica na PFDF. A população deste estudo caracterizou-se por uma predominância de mulheres jovens adultas, com pouco tempo no presídio, sentenciadas, presas por tráfico de drogas, reincidentes, com história de medida socioeducativa na adolescência, usuária de drogas há muito tempo, com histórico anterior de uso de medicações psicotrópicas, com vivências de longos períodos de isolamento e com histórico de tentativas de suicídio.

A idade das participantes deste estudo (Tabela 2) variou de 20 a 59 anos, tendo maior concentração com idade de 20 a 29 anos (37,5%, 30) e 30 a 39 anos (37,5%, 30). A menor concentração de mulheres presas tinha de 40 a 49 anos (20%, 16) e 50 a 59 anos (5%, 4). Não foram registradas mulheres presas com menos de 20 anos ou com idade igual ou superior a 60 anos.

Tabela 2

Idade das mulheres presas em uso de medicação psicotrópica

Idade	Nº	%
Menor que 20 anos	0	0
20 a 29 anos	30	37,5
30 a 39 anos	30	37,5
40 a 49 anos	16	20
50 a 59 anos	4	5
60 ou mais anos	0	0
Total	80	100

Fonte: Dados coletados pela autora.

*Todas as tabelas apresentadas nos resultados contêm a mesma fonte

O primeiro aspecto abordado no questionário era sobre a situação prisional da mulher presa e envolvia questões relacionadas a tempo no presídio (considerando a última prisão), se era sentenciada ou provisória, o crime cometido, se era reincidente e quantas vezes reincidiu na prisão.

Relacionado ao tempo de permanência no presídio, houve uma variação de menos de 1 ano a 10 anos, que pode ser observada na Tabela 3, sendo a maior concentração com 1 a 2 anos de prisão (41%, 33), seguida de 3 a 4 anos de prisão (30%, 24) e menos de 1 ano (18%, 14). A menor concentração de mulheres presas tinha 5 a 6 anos de prisão (5%, 4), 7 a 8 anos (5%, 4) e 9 a 10 anos (1%, 1). Nenhuma mulher presa estava há mais de 10 anos na prisão.

Tabela 3

Tempo de permanência na PFDF

Quanto tempo na PFDF	Nº	%
Menos de 1 ano	14	18
De 1 a 2 anos	33	41
De 3 a 4 anos	24	30
De 5 a 6 anos	4	5
De 7 a 8 anos	4	5
De 9 a 10 anos	1	1
Mais que 10 anos	0	0
Total	80	100

Com relação ao tipo de permanência, foi perguntado se era provisória (não tinha sentença ainda) ou sentenciada. Como pode ser visto na Tabela 4, a maior concentração de mulheres presas era sentenciada (88%, 70) e o restante, provisória (12%, 10).

Tabela 4

Tipo de permanência na PFDF

Permanência	N	%
Provisória	10	12
Sentenciada	70	88
Total	80	100

Sobre a infração penal cometida (Tabela 5), a maioria respondeu tráfico de drogas (68%, 54), seguido de roubo (20%, 16) e homicídio (16%, 13). Em menor concentração responderam latrocínio (7%, 6), furto (4%, 3), crimes sexuais (3%, 2), formação de quadrilha (3%, 2) e porte de arma (1%, 1). É importante destacar que uma mesma mulher presa pode ter cometido mais de uma infração penal, por isso esse universo não é somado. Aqui foi considerada a informação concedida pela mulher presa durante a entrevista.

Tabela 5

Tipo de crime cometido

Crime	Nº	%
Tráfico de drogas	54	68
Roubo	16	20
Homicídio	13	16
Latrocínio	6	7
Furto	3	4
Crimes sexuais	2	3
Formação de quadrilha	2	3
Porte de arma	1	1

Com relação à reincidência no presídio, a maioria respondeu ser reincidente (54%, 43), como se registra na Tabela 6. Nesta pesquisa consideramos reincidência se a mulher já foi para o presídio, como provisória ou sentenciada, mais de uma vez, e não se ela cometeu o crime mais de uma vez. Sobre quantas vezes foi reincidente, descrita na Tabela 7, 42% (18) reincidiu 2 vezes, 21% (9) 1 vez e 16% (7) 3 vezes. O restante das respostas ficou dividido em: 4 vezes (5%, 2), 5 vezes (2%, 1), 6 vezes (5%, 2), 7 vezes (5%, 2), 8 vezes (2%, 1) e 9 vezes ou mais (2%, 1).

Tabela 6

Reincidência na PFDF

Reincidente	Nº	%
Sim	43	54
Não	37	46
Total	80	100

Tabela 7

Quantidade de reincidências na PFDF

Quantas vezes reincidente	Nº	%
1	9	21
2	18	42
3	7	16
4	2	5
5	1	2
6	2	5
7	2	5
8	1	2
9 ou mais	1	2
Total	43	100

Outro aspecto abordado foi a história dessa mulher presa anterior à prisão na PFDF e envolvia questões relacionadas à passagem por medidas socioeducativas na adolescência.

A Tabela 8 refere-se à concentração de mulheres presas que passaram por medida socioeducativa na adolescência: 69% (55) responderam positivamente. Quanto ao tipo de medida socioeducativa, 93% (51) passaram por internação e 7% (4) por liberdade assistida, como pode ser visto na Tabela 9. Vale ressaltar que uma mesma mulher presa pode ter passado por mais de um tipo de medida socioeducativa.

Tabela 8

Passagem por medidas socioeducativas na adolescência

Passou por medidas socioeducativas	Nº	%
Sim	55	69

Não	25	31
Total	80	100

Tabela 9

Tipo de medida socioeducativa

Passou por quais medidas socioeducativas	Nº	%
Internação	51	93
Liberdade assistida	4	7
Repreensão	0	0
Serviço à comunidade	0	0
Reparação de dano	0	0
Semiliberdade	0	0

3.2 Uso de drogas ilícitas

Nessa parte do questionário foi abordado o consumo de drogas ilícitas anterior ao presídio. Do total das mulheres presas que recebiam medicação psicotrópica, 69% (55) referiram uso de drogas ilícitas, como pode ser verificado na Tabela 10. Entre as drogas ingeridas (Tabela 11), a com maior concentração foi a maconha (73%, 40), seguida da cocaína (65%, 36) e do crack (49%, 27). Com menor concentração apareceu o roupinol (27%, 15), merla (13%, 7), lança-perfume (11%, 6), ecstasy (5%, 3), papel (5%, 3) e tinner (2%, 1). É importante ressaltar que uma mesma mulher presa pode usar mais de um tipo de droga.

Apesar de ser uma medicação psicotrópica, o roupinol (flunitrazepam) é referido pelas mulheres presas com uso como droga. A droga papel a que elas se referem é o LSD (Ácido Lisérgico Dietilamida). O tinner a que elas se referem é o solvente.

Tabela 10

Uso de drogas ilícitas anterior ao presídio

Fazia uso de drogas ilícitas na rua	Nº	%
Sim	55	69
Não	25	31
Total	80	100

Tabela 11

Tipo de drogas usadas

Quais drogas	Nº	%
Maconha	40	73
Cocaína	36	65
Crack	27	49
Roupinol	15	27
Merla	7	13
Lança-perfume	6	11
Ecstasy	3	5
Papel	3	5
Tinner	1	2
Heroína	0	0

Ainda com relação ao abuso de drogas, a Tabela 12 descreve o tempo de uso de drogas relatado pelas mulheres presas. A maioria relatou um tempo de uso de 10 a 14 anos (35%, 19). O restante relatou de 5 a 9 anos (26%, 14), de 15 a 19 anos (18%,10), 20 ou mais anos (16%, 9) e menos de 5 anos (5%, 3).

Tabela 12

Tempo de uso de drogas

Tempo de uso de drogas	Nº	%
Menos de 5 anos	3	5
De 5 a 9 anos	14	26

De 10 a 14 anos	19	35
De 15 a 19 anos	10	18
20 ou mais anos	9	16
Total	55	100

3.3 Uso de medicações psicotrópicas anterior ao presídio

Nessa parte do questionário abordaram-se aspectos relacionados a um histórico de uso de medicações psicotrópicas anterior ao presídio. Do universo total, 66% (53) das mulheres presas referiram uso de medicações psicotrópicas anterior à prisão, como pode ser visto na Tabela 13.

Tabela 13

Uso de medicação psicotrópica anterior ao presídio

Usava medicação psicotrópica na rua	Nº	%
Sim	53	66
Não	27	34
Total	80	100

Na Tabela 14 estão representados os tipos de medicações consumidos anteriormente, sendo que a maioria relata Diazepan (49%, 26), seguido de Clonazepan (43%, 23) e Amitriptilina (30%, 16). Em menor número relataram uso de Carbamazepina (19%, 10), Fluoxetina (19%, 10), Fenobarbital (11%, 6), Levomepromazina (9%, 5), Haloperidol (2%, 1), Imipramina (2%, 1) e Sertalina (2%, 1). É importante ressaltar que uma mesma mulher presa pode usar mais de um tipo de medicação.

Tabela 14

Tipo de medicações psicotrópicas usadas anteriormente

Quais medicações psicotrópicas usava na rua	Nº	%
Diazepan	26	49
Clonazepan	23	43
Amitriptilina	16	30

Carbamazepina	10	19
Fluoxetina	10	19
Fenobarbital	6	11
Levomepromazina	5	9
Haloperidol	1	2
Imipramina	1	2
Sertralina	1	2
Ácido Valproico	0	0
Clorpromazina	0	0

Ainda com relação a uso anterior de medicações psicotrópicas, outro aspecto abordado foi o tempo de uso dessas medicações, apresentado na Tabela 15. A maior concentração refere-se a um período de 3 a 4 anos (29%, 23). A menor concentração refere de 1 a 2 anos (19%, 15), 15 ou mais anos (16%, 13), de 5 a 10 anos (15%, 12), de 11 a 14 anos (11%, 9) e menos que 1 ano (10%, 8).

Tabela 15

Tempo de uso de medicação psicotrópica

Tempo de uso de medicação psicotrópica	Nº	%
Menos de 1 ano	8	10
De 1 a 2 anos	15	19
De 3 a 4 anos	23	29
De 5 a 10 anos	12	15
De 11 a 14 anos	9	11
15 ou mais anos	13	16
Total	80	100

Outro aspecto abordado foi a forma de acesso às medicações psicotrópicas, conforme descrito na Tabela 16. A maioria referiu acesso pelo posto de saúde (17%, 14). Em menor concentração, referiram acesso pelo Caps (14%, 11), Hospitais Públicos (11%, 9), Médico/clínica/hospital particular (9%, 7), Hospital São Vicente de Paula (7%, 6), por meio de amiga/vizinha/família (1%, 1), pelo Instituto de Saúde Mental (1%, 1) e 1% (1) referiu outros meios de acesso.

Tabela 16

Meios de acesso à medicação psicotrópica

Acesso a medicação na rua	Nº	%
Posto de saúde	14	17
CAPSCaps	11	14
Hospitais públicos	9	11
Médico/clínica particular	7	9
Hospital São Vicente de Paula (HPAP)	6	7
Amiga/vizinha/família	1	1
Instituto de Saúde Mental	1	1
Outros (Caje)	1	1
Farmacêutico	0	0
Mercado clandestino	0	0

3.4 Uso de medicações psicotrópicas na PFDF

Nessa parte do questionário abordou-se o uso de medicações psicotrópicas na PFDF, no momento da aplicação do questionário. A Tabela 17 refere-se ao tipo de medicações usadas pelas mulheres presas na PFDF. A maior concentração refere-se ao uso do Diazepan (76%, 61). Em seguida, Fluoxetina (40%, 32), Amitriptilina (34%, 27), Carbamazepina (16%, 13), Ácido Valproico (6%, 5), Clorpromazina (6%, 5), Imipramina (6%, 5), Levomepromazina (6%, 5), Fenobarbital (5%, 4) e Haloperidol (5%, 4). Vale ressaltar que uma mesma mulher presa pode usar mais de um tipo de medicação.

Tabela 17

Tipo de medicações usadas na PFDF

Quais medicações usa na PFDF	N	%
Diazepan	61	76
Fluoxetina	32	40
Amitriptilina	27	34
Carbamazepina	13	16

Ácido Valproico	5	6
Clorpromazina	5	6
Imipramina	5	6
Levomepromazina	5	6
Fenobarbital	4	5
Haloperidol	4	5
Clonazepan	0	0

A Tabela 18 refere-se aos motivos pelos quais as mulheres presas tomam medicação psicotrópica na PFDF. A maior concentração relata o uso de medicação psicotrópica devido a insônia (40%, 32). Em seguida mencionam ansiedade (31%, 25), depressão (21%, 17), abstinência de drogas (18%, 14), agressividade (11%, 9), crises convulsivas (9%, 7), surto psicótico (6%, 5), tentativa de suicídio (2%, 2), automutilação (1%, 1), depressão pós-parto (1%, 1), esquizofrenia (1%, 1).

Tabela 18

Motivos do uso de medicação psicotrópica na PFDF

Por que faz uso de medicação psicotrópica	Nº	%
Insônia	32	40
Ansiedade	25	31
Depressão	17	21
Abstinência	14	18
Agressividade	9	11
Crises convulsivas	7	9
Surto psicótico	5	6
Tentativa de suicídio	2	2
Automutilação	1	1
Depressão pós-parto	1	1
Esquizofrenia	1	1
Ideação suicida	0	0

Sobre os motivos do uso de medicação psicotrópica na PFDF, a Tabela 19 refere-se à presença desses sintomas antes da prisão. Do universo total, 82% (66) relataram já apresentarem os sintomas relatados antes da chegada ao presídio.

Tabela 19

Presença de sintomas anterior ao presídio

Já tinha os sintomas na rua	Nº	%
Sim	66	82
Não	14	18
Total	80	100

3.5 Histórico de isolamento

Essa parte do questionário aborda aspecto relacionado a histórico de vivência no isolamento. O isolamento é uma prática disciplinar usada em casos de infrações dentro do presídio.

Segundo pode ser conferido na Tabela 20, 55% (52) das mulheres presas em uso de medicação psicotrópica relatam já terem ido para o isolamento. Desse universo, a maior parte (29%, 15) passou 50 ou mais dias em isolamento, como pode ser visto na Tabela 21. Em menor parte, de 10 a 19 dias (25%, 13), de 30 a 39 dias (19%, 10), de 20 a 29 dias (15%, 8) e de 40 a 49 dias (12%, 6). Nenhuma mulher presa referiu passar menos de 10 dias em isolamento. Nessa informação considerou-se o total de dias em isolamento referidos pela mulher presa, o que significa que ela pode ter ido mais de uma vez.

Tabela 20

Histórico de vivência em isolamento

Já foi para isolamento	Nº	%
Sim	52	55
Não	28	35

Total	80	100
--------------	-----------	------------

Tabela 21

Quantidade de dias em isolamento

Dias em isolamento	Nº	%
Menos de 10 dias	0	0
De 10 a 19 dias	13	25
De 20 a 29 dias	8	15
De 30 a 39 dias	10	19
De 40 a 49 dias	6	12
50 ou mais dias	15	29
Total	52	100

3.6 Histórico de tentativas de suicídio

Essa parte do questionário aborda questões relacionadas a tentativas de suicídio anteriores ao presídio e no próprio presídio. Do total de mulheres presas em uso de medicação psicotrópica, 65% (52) apresentam histórico de tentativa de suicídio, como pode ser visto na Tabela 22.

Tabela 22

Histórico de tentativas de suicídio

Tentativa de suicídio	Nº	%
Sim	52	65
Não	28	35
Total	80	100

Com relação ao número de tentativas de suicídio, segundo é descrito na Tabela 23, a maior concentração é 1 vez (27%, 14) e mais de 3 vezes (27%, 14). Em seguida, relataram 2 vezes (25%, 13) e 3 vezes (21%, 11).

Tabela 23

Número de tentativas de suicídio

Quantas tentativas de suicídio	Nº	%
1 vez	14	27
Mais de 3 vezes	14	27

2 vezes	13	25
3 vezes	11	21
Total	52	100

Quanto ao lugar em que tentou suicídio (Tabela 24), a maioria refere tentativa fora do presídio (66%, 63) e dentro do presídio 34% (33).

Tabela 24

Local de tentativa de suicídio

Onde tentou suicídio	Nº	%
Fora do presídio	63	66
No presídio	33	34
Total	96	100

Sobre a forma como tentou suicídio, a Tabela 25 apresenta que 34% (33) tentaram por enforcamento, 20% (19) tomaram medicações psicotrópicas, 20% (19) se cortaram (nos pulsos ou no pescoço), 11% (11) se jogaram de algum lugar (prédio, viaduto, casa), 7% (7) tomaram algum produto químico (água sanitária, amoníaco, chumbinho), 2% (2) se jogaram na frente de carros, 2% (2) provocaram overdose por drogas, 2% (2) utilizaram arma de fogo e 1% (1) se jogou de carro em movimento.

Tabela 25

Formas de tentativa de suicídio

Como tentou suicídio	Nº	%
Enforcamento	33	34
Tomou medicações psicotrópicas	19	20
Cortou-se (pulsos, pescoço)	19	20
Jogou-se de algum lugar (prédio, viaduto, casa...)	11	11
Tomou algum produto químico (água sanitária, chumbinho, amoníaco, acetona...)	7	7
Jogou-se na frente de carros em movimento	2	2

Provocou overdose de drogas	2	2
Com arma de fogo	2	2
Jogou-se de um carro em movimento	1	1
Total	96	100

A Tabela 26 refere-se ao tempo desde a última tentativa de suicídio. A maior concentração referiu de 5 a 10 anos (31%, 16). Em menor concentração, de 1 a 2 anos (29%, 15), de 3 a 4 anos (19%, 10), menos de 6 meses (13%, 7) e de 6 meses a 1 ano (8%, 4).

Tabela 26

Tempo desde a última tentativa de suicídio

Última vez que tentou suicídio	Nº	%
Menos de 6 meses	7	13%
De 6 meses a 1 ano	4	8%
De 1 a 2 anos	15	29%
De 3 a 4 anos	10	19%
De 5 a 10 anos	16	31%
Mais de 10 anos	0	0
Total	52	100%

3.7 Quando não há medicação

Aqui estão descritos os dados oriundos do segundo questionário, aplicado após o período de falta de medicação na PFDF. Após a primeira coleta de dados, devido à crise no sistema de saúde do Distrito Federal, a PFDF não recebeu a maioria das medicações psicotrópicas por volta de quatro meses. Após o retorno do fornecimento das medicações, houve uma decisão da equipe de saúde, especialmente da psicologia e psiquiatria, de reavaliar todas as mulheres presas que antes faziam uso de medicação. Essa reavaliação seria feita pela psiquiatria em conjunto com a psicologia e teria duração de três meses. A coleta de dados nessa segunda fase foi posterior a

essa avaliação das mulheres presas e se refere à percepção delas quanto a esse novo momento. Como resultado dessa reavaliação, das 80 mulheres presas que recebiam medicação psicotrópica anteriormente, apenas 12 mantinham o uso. Foram abordadas quatro questões: se ainda está usando medicação, por que não está usando, se os sintomas permanecem e pelo que substituiu a medicação.

Com relação à continuidade do uso de medicação psicotrópica, 85% (68) referiram não estar mais em uso, como pode ser visto na Tabela 27.

Tabela 27

Continuidade do uso de medicação psicotrópica

Usando medicação psicotrópica atualmente	Nº	%
Sim	12	15
Não	68	85
Total	80	100

Sobre os motivos de não estarem tomando medicação psicotrópica, como pode ser visto na Tabela 28, a maioria relatou ter sido suspensa pela equipe médica do presídio (80%, 55). O restante referiu medicação em falta (10%, 7), suspensão por conta própria (7%, 4) e não saber o motivo (3%, 2).

Tabela 28

Motivo de não estar usando medicação psicotrópica

Por que não está usando medicação psicotrópica	Nº	%
Suspensa pela equipe médica	55	80
Medicação em falta	7	10
Suspensa por conta própria	4	7
Não sabe	2	3
Total	68	100%

Com relação à continuidade dos sintomas, 87% (59) das mulheres presas afirmaram que continuam com os sintomas relatados anteriormente, como pode ser visto na Tabela 29.

Tabela 29
Persistência dos sintomas

Continua tendo os sintomas	N	%
Sim	59	87
Não	9	13
Total	68	100

Relacionado à substituição da medicação, conforme a Tabela 30, a maioria substitui pela compra de medicações de outras mulheres presas (47%, 32) e pelo uso de drogas (40%, 27). Em menor concentração, houve substituição por leitura (9%, 6), ajuda das colegas de cela (9%, 6), trabalho (6%, 4), comida (4%, 3) e estudo (3%, 2).

Tabela 30
Substituto do tratamento com medicação psicotrópica

Substituto do tratamento com medicação psicotrópica	Número	%
Compra de medicações de outras mulheres presas	32	47
Uso de drogas	27	40
Leitura	6	9
Ajuda das colegas de cela	6	9
Trabalho	4	6
Comida	3	4
Estudo	2	3

Discussão

Com base no levantamento feito para esta pesquisa, vemos que a mulher presa usuária de medicação psicotrópica é marcada pelos domínios de precariedade da vida, como uso de drogas e itinerário carcerário. A idade das participantes deste estudo variou de 20 a 59 anos, tendo maior número com idade de 20 a 29 anos (37,5%) e 30 a 39 anos (37,5%).

O perfil prisional dessas mulheres mostra que eram, em sua maioria, sentenciadas (88%) e com 1 a 2 anos de prisão (41%). No contexto da prisão, o adoecimento psíquico é agravado pela própria situação e tempo de confinamento, que ainda abarca a superpopulação carcerária, ausência de visitas, preocupação com os filhos e familiares, problemas econômicos e outros (12). Apesar de já serem sentenciadas, a falta de conhecimento e expectativas sobre sua situação prisional contribui para gerar ansiedade, depressão, comportamentos de auto e heteroagressão, abuso de substâncias psicoativas e suicídios.

A vivência do encarceramento produz sofrimento psíquico ao promover a institucionalização da mulher presa. Em um estudo realizado por Daniela Canazaro e Iraci Argimon (2010) numa penitenciária do Rio Grande do Sul, evidenciou-se que os fatores de maior relevância que convergem para a institucionalização são: características de personalidade, 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 (13).

Sobre o crime cometido, a maioria relatou tráfico de drogas (68%). De acordo com os indicadores publicados pelo Departamento Penitenciário Nacional (Depen), do Ministério da Justiça, relativos ao primeiro semestre de 2011, o tráfico de drogas representou 62% dos crimes pelos quais as mulheres estão presas no Brasil (14). Os autores desse relatório do Depen associam o aprisionamento feminino ao crime de tráfico de drogas, combinado aos indicadores de vulnerabilidade social dessas mulheres, como desemprego, baixo grau de escolaridade, histórico de abuso de drogas e de serem, geralmente, as únicas responsáveis pelo sustento dos/as filhos/as.

Com relação à reincidência no presídio, a maioria respondeu ser reincidente (54%). Nesta pesquisa consideramos reincidência se a mulher já foi para o presídio, como provisória ou sentenciada, mais de uma vez, e não se ela cometeu o crime mais de uma vez. Ou seja, simplesmente ter entrado no presídio: reincidência não se refere ao julgamento penal ou ao ato infracional, mas sim a passagens pelo presídio, pois isto é o que importa para entender o presídio como fator de precarização. Diniz e Paiva (2015) indicam que a reincidência prisional pode ser um dos fatores para a maior precariedade da vida das mulheres, sendo aquelas que entram e saem do presídio as mulheres com laços sociais mais frágeis, maior dependência de drogas ou tempo mais extenso de vida na rua. Podemos entender precariedade da vida como os fatores que conduzem a uma situação de maior vulnerabilidade (5).

Fora terem a vivência de mais de uma vez na prisão, as mulheres participantes desta pesquisa revelaram outras situações de institucionalização, como as medidas socioeducativas de internação. Diniz e Paiva (2015) relatam que 1 em cada 4 mulheres em regime fechado na PFDF passaram por medida

socioeducativa de internação na adolescência. Essa passagem indica que há um itinerário carcerário que se inicia muito precocemente e que traz consequências para sua vida adulta. As autoras definem itinerário carcerário como “a vivência das mulheres em instituições punitivas e de controle penal por determinação judicial que exigem afastamento compulsório das atividades cotidianas e das relações familiares ou afetivas”. A vivência de um itinerário carcerário permeado por domínios de precariedade da vida traz consequências para a vida como um todo dessa mulher, refletindo diretamente em sua saúde mental (5).

Neste estudo encontramos um número significativo (69%) de mulheres que relataram consumo de drogas ilícitas e por um período prolongado, sendo que a maioria (35%) mencionou uso de 10 a 14 anos. Esse dado nos mostra que o abuso de drogas tanto pode ser uma consequência da precariedade da vida como pode ser mais um domínio dessa precariedade. As drogas são consumidas em razão de toda a realidade em que essas mulheres se encontram e a realidade delas é piorada devido ao uso de drogas.

Sobre o consumo de medicações psicotrópicas anterior à prisão, as mulheres participantes deste estudo relataram maior índice de uso de Diazepan e Clonazepan (49% e 43%, respectivamente), medicações conhecidas pela categoria de ansiolíticos. O consumo de ansiolíticos tornou-se um problema complexo de saúde pública que atinge grandes dimensões. No Brasil, é a terceira classe de drogas mais prescrita, e 5,6% da população já os usou na vida (15). Tais drogas, que antes apareciam como coadjuvantes no tratamento, hoje assumem o papel central, de eliminação dos sintomas. Eliminar os sintomas da ansiedade é visto como a maneira mais fácil e rápida

de enfrentar os problemas do cotidiano. Quanto às formas de acesso à medicação, a maioria citou o acesso pelo posto de saúde (17%). Esse é um dado que nos causa estranheza, ao considerarmos a dificuldade de acesso ao sistema de saúde, principalmente em saúde mental, o que não foi problematizado neste estudo.

De todo modo, o que deve ser destacado é o alto índice de consumo de medicações psicotrópicas anterior ao presídio, o que sugere a existência de sofrimento psíquico fora da vivência de encarceramento. Estudos apontam prevalências similares entre transtornos mentais ao longo da vida e durante o aprisionamento, o que indica que não foi a prisão que levou as encarceradas a adquirir tais transtornos (16). Segundo Cordeiro (2014), as mulheres chegam à prisão com altos níveis de múltiplos transtornos mentais, comparadas com a comunidade geral. Desse modo, podemos supor que não foi somente o aprisionamento que desencadeou tais problemas, mas a história prévia dessas mulheres pode ter contribuído para torná-las mais suscetíveis de terem sua saúde mental prejudicada.

Com relação ao uso de medicações psicotrópicas na PFDF, os ansiolíticos permanecem com maior índice, no caso o Diazepan (76%). O que chama a atenção é o motivo do uso da medicação, a maioria respondeu ser devido a insônia (40%). A insônia pode assumir diversos significados no contexto prisional: uma estratégia de sobrevivência aos riscos iminentes de um lugar como uma prisão; uma consequência das preocupações, medos e expectativas; uma reação à falta de atividades diversas como trabalho, lazer ou estudo; e ainda ocasionada pelas acomodações muitas vezes precárias da instituição (17).

Outro ponto abordado foi sobre a vivência no isolamento, para o qual 55% das mulheres presas em uso de medicação psicotrópica relatam já terem ido. Desse quantitativo, a maior parte passou 50 ou mais dias em isolamento (29%). Segundo Diniz e Paiva, o isolamento é um espaço geográfico e de controle no interior do presídio. As celas de isolamento são solitárias, localizadas em uma espécie de porão circular cujo teto vazado permite a entrada de luz solar. As regras de vida cotidiana são muito mais restritas para uma presa no isolamento, pois não há banhos de sol, refeições coletivas, tampouco acesso aos poucos entretenimentos, tais como televisão ou rádio. Uma presa é enviada para o isolamento disciplinar após ter cometido faltas graves de comportamento, segundo as regras de convivência do presídio. A maioria das mulheres participantes deste estudo afirmou já ter estado em isolamento, e a maioria referiu uma permanência de 50 ou mais dias. A prisão já representa uma apartação social para essa mulher, o isolamento representa isolá-la do restante de rede social que essa mulher ainda tem (5).

Diante de todo esse quadro de vulnerabilidade, o uso de medicação psicotrópica passa a ter o sentido que vários autores consideram de ser uma solução para enfrentar os problemas da vida (6). Contudo, às vezes, a medicação não é suficiente para a suspensão desse sofrimento, e então temos as situações de tentativas de suicídio. Moreira (18) define suicídio como uma resposta a uma situação de crise, que consiste em um estado de desequilíbrio emocional, em geral relacionado a grandes mudanças. Essa crise resulta em aumento da ansiedade e de sentimentos de desamparo, criando uma percepção de impossibilidade de resolução do conflito.

No nosso estudo, a maioria das mulheres (65%) referiram tentativa de suicídio, com histórico de múltiplas tentativas. As formas de tentativas mais comuns foram por enforcamento e por abuso de medicações psicotrópicas (34% e 20%), e o tempo desde a última tentativa foi de 5 a 10 anos (31%). Isso nos mostra que o histórico de tentativa de suicídio é anterior ao presídio. Ao retomarmos o conceito de suicídio como uma resposta a uma situação de crise, podemos pensar que esta seja também uma resposta aos domínios de precariedade da vida a que essa mulher é exposta constantemente.

O sistema prisional proporciona problemas de várias ordens que contribuem para o agravamento da realidade vivenciada pela pessoa presa, como a apartação social, a falta de rede de apoio, a falta de condições estruturais e funcionais de um presídio. Além disso, problemas de saúde mental, como sentimentos de impulsividade, agressividade e desesperança, também podem desencadear a prática suicida, em ambientes prisionais (19).

Se isolarmos os dados referentes às mulheres que tentaram suicídio no presídio, teremos um índice de que 23% tiveram tentativas de suicídio apenas no presídio, sem histórico de tentativas anteriores. Esse número reforça a ideia de que há uma história de precariedade da vida dessa mulher, em que o encarceramento se torna mais um domínio. A forma de tentativa de suicídio mais comum na PFDF foi o enforcamento, o que contraria demandas institucionais de que o maior índice de tentativas de suicídio na unidade seria por abuso de medicações psicotrópicas.

Se a medicação psicotrópica é uma estratégia de sobrevivência aos domínios de precariedade da vida, na falta dela, supõe-se que outras estratégias

seriam desenvolvidas. Sobre isso a maioria das mulheres presas, 87%, responderam ingerir medicações de outras mulheres presas ou drogas ilícitas.

O consumo de substâncias nas prisões admite uma complexidade que muitas vezes é ignorada, há uma tendência a se colocar como ponto pacífico que não deve haver qualquer uso de substâncias psicoativas nas unidades prisionais. O abuso de drogas dentro da unidade prisional tem efeitos para além dos prejuízos clínicos do seu consumo, pois contraria a construção social do presídio como um espaço de segurança, cujo papel é o de ressocialização (20). Assim também como o uso de medicação de outras mulheres presas tem consequências na dinâmica do presídio, ao favorecer o tráfico dessas medicações e as relações com esse tráfico, como brigas, roubos, ameaças. Paralelo a isso, há a ideia de que as prisões abrigam atividades que são desenvolvidas às margens da lei, para garantir o “bom funcionamento” do estabelecimento (21).

O uso de medicações psicotrópicas pode abranger os mais variados sentidos, como o que inicialmente motivou esta pesquisa, o de ser um instrumento de controle. No entanto, no decorrer dela, percebemos que, para além disso, a medicação psicotrópica se torna uma estratégia de sobrevivência aos domínios de precariedade da vida, sendo o encarceramento um deles.

Considerações finais

As considerações ao final desta pesquisa não têm a pretensão de serem tomadas como conclusões definitivas. Desse modo, é importante salientar que esta investigação, como um estudo de compreensão, não tem o intuito de generalizar resultados, mas sim analisar vivências, de acordo com o objetivo de compreender o uso de medicações psicotrópicas por mulheres presas na PFDF.

Na PFDF, fui psicóloga nos anos que lá estive e como psicóloga percebia que, independentemente da demanda apresentada no atendimento, a solução que a mulher presa na maioria das vezes tinha era o uso de medicações psicotrópicas. Talvez por uma militância antimanicomial ou por uma militância feminista que eu ainda não reconhecia, o consumo de medicações psicotrópicas na PFDF me acompanhou como motivo de inquietação. Não somente pela quantidade de internas em uso ou pela variedade de medicações usadas, mas, além disso, pelo que poderia estar por trás desse uso.

Quando iniciei minha pesquisa, a minha hipótese inicial era a do consumo das medicações como forma de controle das mulheres presas, vez que mulheres calmas não dão trabalho para o sistema. Antes mesmo da coleta de dados, pensava estar corroborando minha hipótese devido à resistência que encontrei com a direção da penitenciária, mesmo sendo profissional da saúde da unidade. Essa resistência apareceu a partir do momento em que me apresentei como pesquisadora.

Contudo, no decorrer da coleta de dados e de atendimentos psicológicos, o que encontrei foi diferente da minha hipótese inicial. A população desse estudo caracterizou-se por uma predominância de mulheres

jovens adultas, com pouco tempo no presídio, sentenciadas, presas por tráfico de drogas, reincidentes, com história de medida socioeducativa na adolescência, usuárias de drogas há muito tempo, com histórico anterior de uso de medicações psicotrópicas, com vivências de longos períodos de isolamento e com histórico de tentativas de suicídio.

O consumo de medicações psicotrópicas era uma estratégia de sobrevivência ao encarceramento, seja pela sua ingestão propriamente dita, seja pelo comércio por ele gerado. O uso sublimava a realidade que essas mulheres enfrentavam, ajudava a dormir, a esquecer a vida lá fora, a tornar a convivência com outras mulheres e equipe de segurança suportável, a aguardar o tempo da pena. O comércio era fonte de renda, permitia a escolha de uma comida melhor, a compra de itens de higiene ou um lugar melhor na cela.

Para além disso, o uso de medicações psicotrópicas se apresentava como indicador de regimes de precarização da vida dessas mulheres. Ao se justificar o pedido de prescrição dessas medicações, as mulheres me traziam um histórico de abuso de drogas, itinerário carcerário, tentativas de suicídio, vivências de isolamento disciplinar, uso de medicações anterior à prisão.

Proponho aqui um outro olhar sobre o significado do uso de medicação psicotrópica na PFDF: o de indicador dos regimes de precariedade da vida. Os regimes aqui citados foram a situação de encarceramento, uso de drogas, histórico de uso de medicações psicotrópicas, experiências de isolamento no presídio, itinerário carcerário e tentativas de suicídio. Eu me questionava sobre o motivo do consumo dessas medicações no presídio e, diante dos resultados deste estudo, vejo que o motivo do uso no presídio é o mesmo do uso anterior

ao presídio, é uma estratégia de sobrevivência diante dessa precariedade. Diante da situação de precariedade em que sobrevivem, partimos da ideia de que essas mulheres constroem estratégias para chamar a atenção para suas vidas e para lutar contra o esquecimento ao qual estão entregues, funcionando essas estratégias como mecanismos para minorar o sofrimento e o estigma que sofrem.

Dentro do presídio, trata-se não só de uma estratégia de sobrevivência, mas talvez de um ato de resistência contra a institucionalização. Na prisão, a resistência procura extrair uma potência de vida com forte poder inventivo para essas mulheres. Diante disso, é confirmada minha hipótese de que a medicação psicotrópica, bem como suas formas de uso, se torna dispositivo para analisar a dinâmica do encarceramento, pois mostra novas formas de viver e sobreviver em uma situação institucionalizada.

Como profissional de saúde, conhecer esses regimes de precariedade da vida a que as mulheres presas são expostas é de extrema importância. As demandas que elas apresentam para a equipe de saúde, de adoecimentos físicos a questões sociais são reflexo da sua precariedade de vida. Ao entender isso, a proposta de um atendimento humanizado e integral é apreendida.

Na reformulação da administração de medicações psicotrópicas na PFDF, eu fui uma das coordenadoras. Nosso objetivo era reavaliar todas as mulheres presas que consumiam medicação psicotrópica, vendo quais tinham real necessidade da prescrição dessas medicações e se as medicações que usavam eram adequadas a sua demanda. Essa reavaliação foi feita pelo psiquiatra da equipe, acompanhado por mim, e por meio dela conseguimos reduzir significativamente o consumo de medicações psicotrópicas na

penitenciária. A partir da pesquisa, comecei a refletir sobre essa reavaliação e pude ver que, se pensarmos na medicação como estratégia de sobrevivência dessa mulher, suspendemos a medicação, mas não oferecemos meios de ela desenvolver outras estratégias. Na falta de suporte da equipe de saúde, as mulheres presas elaboravam suas próprias estratégias, sendo a substituição por uso de drogas ilícitas a mais relatada entre elas. Como psicóloga, essa era uma falha no meu trabalho.

Além dos aspectos relacionados à segurança, delimito a discussão ao redor da equipe de saúde, por ser participante dessa realidade. Suspender as medicações psicotrópicas foi a conduta tomada frente a uma realidade de medicalização da vida e uma grande conquista da equipe. Faz parte da política do Sistema Único de Saúde, do qual a equipe da PFDF faz parte, uma tentativa de desmedicalização social. Tal política pressupõe que esse processo de desmedicalização seja acompanhado de outras terapêuticas que possam suprimir a demanda que levou o indivíduo ao uso da medicação. No entanto, não foi o que aconteceu, ou as mulheres não recorreriam ao uso de drogas ou de medicações de outras mulheres presas, como constatado nos resultados.

Diniz (2015) apregoa que o presídio é uma máquina de abandono. Completa dizendo: “Os trabalhadores do presídio são agentes da máquina do abandono. Não é contra eles que o dedo do julgamento deve ser posicionado. Ali, repito, é a linha final de um grande rito de abandono já iniciado quando cada uma das mulheres desse livro nasceu” (1).

Sim, somos agentes da máquina do abandono. Como profissionais de saúde, sob a justificativa da ótica do cuidado, suprimimos estratégias de sobrevivência sem proporcionarmos possibilidades de desenvolvimento de

outras. Essa dinâmica entre o indivíduo e o meio não deve ser entendida como meramente adaptativa, ela extrapola a capacidade de o sujeito reagir a possíveis situações indesejáveis, resultando em novas respostas. A saúde provoca à vida enfrentar as formas variadas do meio, a possibilidade de reagir frente a variados elementos. Ao retomarmos a ideia de precariedade da vida de Butler (3), de que essas vidas são dependentes de esforços individuais e coletivos para que sejam preservadas, podemos pensar que os profissionais de saúde contribuem para a manutenção dos regimes de precariedade. Em vez de promovermos a saúde, essa capacidade de enfrentamento, o que fizemos foi interromper as poucas estratégias de sobrevivência que essa mulher tem no sistema prisional.

As práticas de saúde na prisão habitam um paradoxo, entre o limite de corroborar com práticas individualizantes e disciplinares, através de estratégias de controle, mas também de efetivar práticas de produção e promoção de saúde. É possível afirmar que a entrada das políticas públicas de saúde nas prisões e sua efetivação podem se dar tanto como uma conquista em direção à produção de saúde como uma forma de remodelação de criminosos em corpos dóceis.

No Plano de Saúde no Sistema Prisional (9), alguns dos papéis da equipe de saúde são a promoção de saúde e a prevenção dos agravos advindos do encarceramento. Prevenir os agravos relacionados ao encarceramento é de extrema importância, mas muitas vezes falta à equipe entender que essa mulher não é apenas a mulher presa, ela é o resultado de todos os domínios de precariedade da vida. Mais ainda, é entender que isso traz consequências para sua saúde, e também para seu adoecimento. Falta

empatia para entender que, para além do crime cometido, essa mulher é um indivíduo com vivências e histórias próprias.

Não ser agente da máquina do abandono é empoderar essa mulher a ser protagonista de sua história e favorecer o desenvolvimento de outras estratégias de sobrevivência. Por mais que isso não dependa apenas da equipe de saúde, ainda que envolva uma rede de apoio que muitas vezes inexistente e políticas públicas que nem sempre são eficazes, isso não exime o papel da equipe no contexto em que está inserida. Diante disso, acolher essa mulher em sua integralidade é fundamental, e esse é um grande desafio para os profissionais de saúde que atuam no sistema prisional.

Talvez essa seja uma das considerações mais importantes desta pesquisa, o conhecimento da responsabilidade da função da equipe de saúde frente a essas mulheres. Diante disso, a importância desta pesquisa para o campo das ciências da saúde, em especial da saúde coletiva, é a de promover uma visão integral da mulher presa no processo de saúde-doença, possibilitando uma atuação que vai além da observação, diagnóstico e prescrição de tratamento ao paciente, este como indivíduo isolado.

REFERÊNCIAS

1. DINIZ, Debora. *Cadeia: relatos sobre mulheres*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2015.
2. CENTRO PELA JUSTIÇA E PELO DIREITO INTERNACIONAL. *Relatório sobre mulheres encarceradas*. 2007.
3. BUTLER, Judith. *Vida precária: el poder del duelo y la violencia*. Buenos Aires: Paidós, 2009.
4. Sistema Integrado de Informações Penitenciárias (INFOPEN). 2012. [2015 set 1]. Disponível em: <<http://portal.mj.gov.br/data/Pages/MJD574E9CEITEMIDC37B2AE94C6840068B1624D28407509CPTBRIE.htm>>. Acesso em: 20 jul. 2016.
5. DINIZ, Debora; PAIVA, Juliana. Mulheres e prisão no Distrito Federal: itinerário carcerário e precariedade da vida. *Rev. Bras. de Ciências Criminais*, v. 111, ano 22, nov.-dez. de 2014.
6. PERRUSI, A. Sofrimento psíquico, individualismo e uso de psicotrópicos *Saúde mental e individualidade contemporânea*, n. 27, p. 139-160, 2015.
7. BARRIO, L. R.; PERRON, N.; OUELLETTE, J. N. Psicotrópicos e saúde mental: escutar ou regular o sofrimento? In: CAMPOS, R. O.; FURTADO, J. P.; PASSOS, E. ; BENEVIDES, R. *Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade*. São Paulo: Hucitec, 2008.
8. GUARIDO, R. A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação. *Educ e Pesqui* [Internet], n. 33, v. 1, p. 151-161, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-97022007000100010&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 20 jun. 2016.
9. BRASIL. Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2014; 2 jan. 2014.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Produtos controlados*. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/medicamentos/controlados/conceito.htm#Psicotrópico>>. Acesso em: 6 de ago. 2016.
11. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde: 10ª revisão*. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1995.

12. FRINHANI, F. M. D.; SOUZA, L. Mulheres encarceradas e espaço prisional: uma análise de rerepresentações sociais. *Psicologia: Teoria e Prática*, n. 7, v. 1, p. 61-79, 2005.
13. CANAZARO, D.; Argimon II de L. Características, sintomas depressivos e fatores associados em mulheres encarceradas no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. *Caderno de Saúde Pública* [Internet], n. 26, v. 7, p. 1323-1333, jul. 2010. Disponível em:
14. DEPEN/InfoPen – Departamento Penitenciário Nacional. Ministério da Justiça. Sistema Integrado de Informações Penitenciárias, 2011. Disponível em: <http://portal.mj.gov.br/depen/data/Pages/MJD574E9CEITEMID598A21D892E444B5943A0AEE5DB94226PTBRNN.htm>
15. SILVA, P. M. R. *Uso de drogas ilícitas e de medicamentos psicotrópicos sem prescrição: um inquérito epidemiológico transversal em amostra populacional da região metropolitana de São Paulo*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, Campus Botucatu, 2008. p. 154.
16. SILVA, N. C. *et al.* Transtornos psiquiátricos e fatores de risco em uma população carcerária. *Psychiatric disorders and risk factors in a prison population*, n. 40, p. 72-76, 2011.
17. NEGRELLI, A. M. *Suicídio no Sistema Carcerário: análise a partir do perfil biopsicossocial do preso nas instituições do Rio Grande do Sul*. Dissertação (Mestrado em Ciências Criminais) – Programa de Pós-graduação em Ciências Criminais, Faculdade de Direito, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.
18. MOREIRA, S. J. Suicídio prisional: Um retrato. *Temas Penitenciários*, Série II - Pais, n. 1, p. 17-38, 1998.
19. GONÇALVES, R. A.; VIEIRA, H. Um modelo multidimensional para a prevenção do suicídio na prisão. *Temas Penitenciários*, n. 2, v. 7, p. 7-17, 1989.
20. QUITETE, B. *et al.* Transtorno de estresse pós-traumático e uso de drogas ilícitas em mulheres encarceradas no Rio de Janeiro. *Rev Psiquiatr Clin.*, n. 39, v. 2, p. 43-47, 2012.
21. DAMAS, F. B.; OLIVEIRA, W. F. A saúde mental nas prisões de Santa Catarina, Brasil [Internet]. *Cadernos Brasileiros de Saúde - Mental/Brazilian Journal of Mental Health*, v. 5, p. 1-24, 2013. Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/1758>. Acesso em: 5 ago. 2016.

APÊNDICE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário(a), no projeto de pesquisa: “Perfil do uso de medicação psicotrópica na Penitenciária Feminina do DF”, que está sendo conduzido pela pesquisadora Jamila Abdelaziz.

Este projeto tem por objetivo geral:

- Analisar o perfil das usuárias e do uso de medicações psicotrópicas em mulheres presas na PFDF

Esclarecemos que:

1. Os procedimentos da pesquisa não fazem parte do seu atendimento no Núcleo de Saúde.
2. Sua participação é totalmente voluntária e gratuita (você não será remunerado(a) para participar deste projeto).
3. Você responderá a questionários, nos quais buscaremos conhecer seu perfil.
4. Você pode desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer penalidade.
5. As informações prestadas por você serão sigilosas e você não será identificado(a) por seu nome verdadeiro, nem serão registradas no seu prontuário de saúde.
6. Os procedimentos da pesquisa não oferecem risco à saúde biopsicológica.
7. Os resultados do projeto serão divulgados em eventos e publicações científicas.

Sua participação é de suma importância e contribuirá para o melhoramento da atenção em saúde na PFDF. Você poderá se informar sobre os resultados do projeto com a pesquisadora no Núcleo de Saúde. Caso você concorde em participar, daremos início ao questionário.

ANEXO

INSTITUTO DE CIÊNCIAS
HUMANAS / UNIVERSIDADE
DE BRASÍLIA / CAMPUS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Direitos reprodutivos de mulheres em situação de prisão no Distrito

Federal **Pesquisador:** Debora Diniz Rodrigues **Área Temática:**

Versão: 1

CAAE: 45090415.0.0000.5540

Instituição Proponente: Instituto de Ciências Humanas/UNB

Patrocinador Principal: ANIS - INSTITUTO DE BIOÉTICA, DIREITOS HUMANOS E GÊNERO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.063.900

Data da Relatoria: 14/05/2015

Apresentação do Projeto:

Inalterado em relação ao parecer do dia 10 de outubro de 2011 emitido pelo CEP/IH.

Objetivo da Pesquisa:

Inalterado em relação ao parecer do dia 10 de outubro de 2011 emitido pelo CEP/IH.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Inalterado em relação ao parecer do dia 10 de outubro de 2011 emitido pelo CEP/IH.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Inalterado em relação ao parecer do dia 10 de outubro de 2011 emitido pelo CEP/IH.

Considerações sobre os Termos de Apresentação Obrigatória:

Inalterado em relação ao parecer do dia 10 de outubro de 2011 emitido pelo CEP/IH.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Inalterado em relação ao parecer do dia 10 de outubro de 2011 emitido pelo CEP/IH.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço:	CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO - ICC ç ALA NORTE ç MEZANINO ç SALA B1 ç 606 (MINHOCÃO)
Bairro:	ASA NORTE
UF:	DF
Município:	BRASILIA
CEP:	70.910-900
Telefone:	(61)3307-2760
E-mail:	ihd@unb.br

INSTITUTO DE CIÊNCIAS
HUMANAS / UNIVERSIDADE
DE BRASÍLIA / CAMPUS



Continuação do Parecer: 1.063.900

Página 01 de 02

Considerações Finais a critério do CEP:

No dia 10 de outubro de 2011, o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas (CEP/IH) da Universidade de Brasília avaliou e aprovou o projeto de pesquisa intitulado “Radiografia do crime feminino no Distrito Federal - 10.000 mulheres”, de responsabilidade da Profa. Dra. Debora Diniz Rodrigues. A pesquisadora solicita, na presente data, um novo parecer deste Comitê, com a inclusão de novas informações sobre o projeto de pesquisa. Houve alteração do título do projeto de pesquisa, de “Radiografia do crime feminino no Distrito Federal - 10.000 mulheres” para “Direitos reprodutivos de mulheres em situação de prisão no Distrito Federal”. Ademais, houve solicitação de prorrogação do prazo de realização da pesquisa para um período de cinco anos. O CEP/IH dá anuência à continuação da pesquisa. Como a submissão do projeto e a sua posterior aprovação pelo CEP/IH foram feitas em data anterior à criação da Plataforma Brasil, este Comitê faz constar neste novo parecer tais informações como forma de resguardar a referida pesquisa quanto aos seus aspectos éticos.

BRASÍLIA, 14 de Maio de 2015

**Assinado por:
Lívia Barbosa
(Coordenador)**

Endereço: CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO - ICC ç ALA NORTE ç MEZANINO ç SALA B1 ç 606
(MINHOCÃO)

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.910-900

UF: DF **Município:** BRASILIA

Telefone: (61)3307-2760

E-mail: ihd@unb.br