

Depressão por detrás das grades: um possível sintoma em apenados

Depression behind bars: a possible convict symptom

BARBARA FERNANDES DOS SANTOS*
SARA GABRIELLE VICENTE DA SILVA*
NILTON SOARES FORMIGA**
IONARA DANTAS ESTEVAM***

Resumo

A depressão envolve diversos fatores, tanto do âmbito social, biológico quanto da constituição psíquica do sujeito. Este estudo teve por objetivos: a) identificar a presença de sintomatologia depressiva em apenados do sistema prisional comum e de apenados internos em hospital de custódia, com doença psiquiátrica diagnosticada; b) identificar o perfil sócio demográfico destes apenados. Em uma amostra não probabilística, estudou-se 36 apenados, do sexo masculino, com idades entre 20 e 30 anos, sendo 18 internos em um hospital de Custódia e 18 de um complexo Penitenciário da cidade de Natal, RN. Utilizou-se de um questionário de levantamento de dados e da Escala de Beck-BDI para medida de depressão. Os resultados indicaram indivíduos de baixa escolarização, presos por roubo e homicídio em ambos os grupos, e aqueles internos no Hospital de Custódia tiveram predominância de diagnóstico de Transtornos mentais por uso de múltiplas

* Graduandas em Psicologia pela Universidade Potiguar – UNP, Brasil

** Doutor em Psicologia; professor da Faculdade Internacional da Paraíba – FPB, Brasil.

*** Doutora em Psicologia; professora orientadora junto a Universidade Potiguar - UNP, Brasil

drogas e outras substâncias psicoativas, além de retardo mental leve. Com relação à depressão, prevaleceram os níveis moderado (33%) e grave (28%) entre os apenados do Presídio, enquanto que entre os apenados internados no Hospital de Custódia o nível moderado foi o maior (68%). Tais resultados podem ser justificados pela ausência de atenção em saúde mental na instituição comum, como existe entre os apenados do hospital de custódia. Os indicadores da depressão, tais como a irritabilidade, a tristeza e a insônia tiveram índices altos em ambos os grupos, enquanto que o menor indicador foi a ideação suicida. Sugerem-se estudos com amostras maiores e estratificadas em presídios comuns, tendo em vista a degradante situação do sistema prisional brasileiro.

Palavras-chave: Apenados, Sistema prisional, Depressão.

Abstract

Depression involves social, biological factors and the psychic constitution of the subject. This study aimed to: a) identify the presence of depressive symptoms in convicts of the common prison system and convicts in custody hospital, diagnosed with psychiatric illness; b) to identify the social demographic profile of these convicts. It studied 36 male convicts, aged between 20 and 30 years, with 18 inmates of a custody hospital and 18 of a penitentiary complex in the city of Natal, Brazil. We used a data collection questionnaire and Beck- BDI scale for measuring depression. The results indicated individuals from low education, arrested for robbery and murder in both groups, and those in the Custody Hospital had diagnosis of mental disorders by use of multiple drugs and other psychoactive substances, as well as mental retardation. With respect to depression, prevailed moderate levels (33%) and severe (28%) among the inmates of the prison, while among inmates hospitalized in Custody Hospital moderate level was the highest (68%). These results can be explained by the lack of mental health care in the common institution, as there is among the inmates of the penitentiary hospital. The indicators of depression such as irritability, sadness and insomnia had higher rates in both groups, while the lowest indicator was suicidal ideation. Studies with larger stratified samples of common prisons are suggested considering the degrading situation of the Brazilian prison system.

Keywords: convict, prison system, depression.

Introdução

A depressão vem sendo caracterizada como o mal do século, no entanto, não é um advento da sociedade moderna, pois é presente em praticamente todas as épocas da história. Assim, Birman (2001) e Coutinho, Gontíes, Araújo e Sá (2003) chamaram atenção para o fato de que a própria Organização Mundial de Saúde – OMS, desde a década de 90, tem descrito sobre o fato de que a depressão é um dos maiores focos de problemas em saúde pública. As estimativas mundiais, segundo Teng, Humes e Demetrio (2005) apontam para o rápido aumento da depressão entre as pessoas, estimando-se que acomete de 3% a 5% da população mundial, sendo as mulheres as mais vulneráveis à depressão.

Na sociedade atual, ou pós-moderna, a depressão passou a ser relacionada com a organização social, econômica e política predominante. Isso, pois, conforme já citaram Fuks (1999) e Birman (2001), as relações interpessoais encontram-se mais frágeis e superficiais, uma vez que a valorização da aparência e as formas de sofrimento psíquico estão relacionadas e refletem uma sociedade em que há predomínio de uma cultura narcisista.

Mas, além da fragilidade das relações, a depressão é entendida como um transtorno de humor multifatorial, sua sintomatologia envolve, além das alterações do humor ou tendência à tristeza, e também alterações neuropsicológicas como, déficit de memória, problemas de evocação e atenção, alterações psicomotoras, como agitação ou lentidão, e alterações biológicas, como hormonais, áreas relacionadas ao córtex pré-frontal medial e giro do cíngulo (PORTO; HERMOLINVEN; VENTURA, 2002, BUSSATTO F^o, 2006). Além disso, Monteiro e Coutinho (2007) compartilham da compreensão que a depressão atinge o organismo e o compromete de forma geral, debilitando o sujeito fisicamente, alterando seu humor, pensamento, modificando a maneira como o ele percebe o mundo e sua realidade, gerando um sentimento de desprazer pela vida. Em direção semelhante de raciocínio conceitual, Esteves e Galvan (2006) destacam a depressão como um transtorno de humor, vista como a doença da sociedade moderna, que pode ser remetida a uma patologia grave ou ser apenas um sintoma frente a uma situação real de vida. Além

disso, Versiani (2004) acrescenta que a depressão pode ocorrer tanto em episódios de longa duração como uma única vez durante a vida.

Também é importante destacar que mesmo que a discussão de diferentes autores sobre a etiologia da depressão ganhe variáveis com maior ou menor peso, é consenso que esta é de uma doença grave que altera a vida pessoal, social, econômica e profissional do sujeito. Além disso, tal como apontaram Almeida e Moreno (2005), Silva, Furegato e Costa Jr. (2003) são aceitos alguns sinais clínicos comuns, como: humor depressivo, tristeza, incapacidade de sentir prazer, perda de interesse, significativo ganho ou perda de peso, alterações do sono, redução de energia, sentimento de inutilidade ou culpa excessiva, além da redução da capacidade de pensar ou concentrar-se, pensamentos de morte recorrentes, diminuição da libido e dores ou sintomas físicos difusos.

Mas, associada a outras doenças psiquiátricas ou não, a depressão é, em geral, sub-diagnosticada por inúmeros fatores, que podem dificultar a identificação dos sintomas desse mal (BADGER; GRUY; HARTMAN, et al. 1994, FRÁGUAS; RAMADAN; PEREIRA; WAJNGARTEN, 2000). Entre essas dificuldades, está a própria questão prisional, pois repletas e superlotadas, as instituições prisionais sequer dispõem de mecanismos de saúde suficientes para a maioria dos detentos. Em Proposta para o enfrentamento da crise do sistema prisional, o Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2008) preocupado com a questão, anunciou que:

o grande desafio da Psicologia é apresentar as suas contribuições para o exercício da crítica dos fundamentos subjetivos que sustentam as nossas instituições, revelar os processos de produção da experiência social a partir de uma perspectiva que incorpore as dimensões subjetivas, dos significados, sentidos, afetos, emoções, valores e colaborar para que as nossas políticas públicas rompam o seu caráter formal, universalista e abstrato, para trabalhar com as configurações concretas das tramas que constituem a vida dos sujeitos-cidadãos no seu cotidiano (p. 08).

Assim, associar este tema da depressão ao sistema prisional é também estar aliado a essa preocupação psicossocial, já que, como

também anunciou Oliveira (2007) o dia-dia das prisões é repleto de conflitos, saudades, revoltas, violências, depressões e conflitos e um cotidiano regido por normas e regulamentos, onde as relações de poder dificultam e até mesmo proíbem algumas atividades, ou seja, é um cotidiano que a meta principal é evitar problemas e principalmente ter o controle do apenado.

Portanto, identificar a depressão em apenados se torna relevante, entre outras motivações, a explicação de mais uma variável de risco para as pessoas que se encontram encarceradas no sistema prisional. Assim, julga-se importante avaliar a sintomatologia depressiva presente nesse contexto prisional, a fim de que informações sobre esse problema possam ser utilizadas com objetivo de beneficiar de outros apenados e possa minimamente incluí-los em programas de saúde e justiça frente aos direitos humanos.

Dessa forma este estudo teve por objetivos: a) identificar a presença de sintomatologia depressiva em apenados do sistema prisional comum e de apenados internos em hospital de custódia, com doença psiquiátrica diagnosticada; b) identificar o perfil sócio demográfico destes apenados.

Método

Visando alcançar os objetivos do estudo utilizou-se como método a pesquisa quantitativa do tipo exploratória e descritiva. A pesquisa quantitativa utiliza-se de técnicas estatísticas, traduzindo em números as opiniões ou informações para serem classificadas e analisadas (RODRIGUES, 2007). Ressalta-se que a pesquisa quantitativa do tipo exploratória busca apenas levantar informações sobre um determinado objeto, bem como busca delimitar um campo de trabalho, mapeando as condições de manifestação desse objeto (SEVERINO, 2011). É descritiva na medida em que, conforme Oliveira (2002), busca observar, registrar e analisar os fenômenos.

Local/ambiente- O estudo foi realizado no Complexo Penal Dr. João Chaves, em Natal/RN, e também no setor masculino de um Hospital de Custódia da mesma região.

Amostra - contou com uma amostra do tipo não probabilística acidental; de modo que contou com a participação de 36 apenados do sexo masculino, distribuídos e dois grupos, sendo que 18 ape-

nados tinham doença psiquiátrica e 18 apenas não tinham esse diagnóstico. Esses participantes tinham idades entre 20 a 30 anos.

Instrumentos: foram utilizados os seguintes instrumentos: A) questionário sócio-demográfico, com objetivo de levantar o perfil sócio demográfico e cultural dos apenados. B) Escala Beck, que foi desenvolvida por Ward, Mendelson, Mack e Erbaugh em 1960 e revisado por Beck, Rush, Shaw e Eney nos anos de 1979 e 1982, conforme Cunha (2001). Este instrumento consiste em um questionário composto por 21 itens que incluem atitudes e sintomas (cuja intensidade varia de 0 a 3), e que referem-se a sensações de diversos tipos como: fracasso, culpa, tristeza, crise de choro, distorção da imagem corporal, distúrbio do sono, fadiga e perda de apetite. Sua análise permite analisar a presença ou não de sintomatologia da depressão e quando detectada também avalia o seu nível de depressão presente.

Procedimentos: para a abordagem dos indivíduos teve-se como critério de inclusão: estar privado de liberdade no Hospital de Custódia, bem como no Complexo Penitenciário. Inicialmente, foram realizadas visitas ao *locus* da pesquisa, a fim de dar conhecimento aos gestores e explicar o objetivo da pesquisa, assim como agendar as datas dos encontros. Nesta ocasião, foi feita a definição da infra-estrutura de apoio à investigação, constando de vários aspectos, tais como acesso às dependências das instituições, identificação preliminar dos participantes, reserva de sala fechada com carteiras, iluminação adequada e sem ruídos de som para a aplicação individual dos instrumentos.

Após os gestores aprovarem e autorizarem a pesquisa, para cada dia de comparecimento dos pesquisadores ao *locus* foi realizado identificação preliminar de acordo com os critérios determinados para a inclusão dos participantes, tais como: o encaminhamento dos apenados à sala de coleta dos dados e a divulgação dos objetivos da pesquisa. A partir da aceitação em participar da pesquisa, os instrumentos foram aplicados de forma individual, pelos pesquisadores, numa única sessão, na seguinte ordem: TCLE, Questionário Sócio-demográfico e BDI. Para todos foi assegurado o anonimato das suas respostas, as quais foram tratadas em seu conjunto estatisticamente.

Desta forma, contando com as instruções necessárias para que pudessem ser respondidos os instrumentos, os aplicadores estiveram

presentes durante toda a aplicação para retirar eventuais dúvidas ou realizar esclarecimentos que se fizerem necessários. A partir da coleta e digitação dos dados realizaram-se as análises estatísticas descritivas; inicialmente essas foram realizadas para avaliar a caracterização dos participantes, referentes tanto aos dados sócio-demográficos e em seguida verificou as pontuações das respostas no BDI.

Resultados e Discussão

A partir das análises estatísticas descritivas para a caracterização dos participantes verificou-se que no que diz respeito aos dados sociodemográficos referentes à idade e escolaridade (conforme Tabela 1).

Tabela 1 - Dados sociodemográficos, faixa etária e escolaridade de apenados do hospital de custódia e do presídio comum de Natal - RN.

FAIXA ETÁRIA	APENADOS- HOSPITAL DE CUSTODIA		APENADOS- JOÃO CHAVES	
	Frequência (f)	Porcentagem (%)	Frequência (f)	Porcentagem (%)
20-23	5	28,0	3	17,0
24-29	6	33,0	4	22,0
30>	7	39,0	11	61,0
ESCOLARIDADE				
Analfabeto	5	28,0	4	22,5
Ensino Fundamental	10	55,0	10	55,0
Ensino Médio	3	17,0	4	22,5

Observam-se, conforme Tabela 1, que os apenados do presídio comum (61%) apresentaram faixa etária superior a 30 anos. No Hospital de Custódia 39% dos apenados tinham faixa etária superior ou igual a 30 anos. Em relação à escolaridade foi predominante em ambos os grupos de apenados o ensino fundamental correspondendo a 55%; e, ao se aglutinar 'ensino fundamental' e 'analfabetos', é possível observar que em ambos os grupos a baixa ou nenhuma escolaridade ultrapassa os 70%. Esses números corroboram os dados do Ministério da Justiça (BRASIL, 2008) que constata que a maior parte da população carcerária brasileira possui baixa escolarização,

ou seja, apenas ensino fundamental. Também corroboram os dados anunciados e criticados pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2008) de que o perfil social dos presos brasileiros o indica que mais da metade dos presos tem menos de trinta anos, 95% são pobres, 95% são do sexo masculino e dois terços não completaram o primeiro grau e cerca de 12% deles são analfabetos.

Esses dados relativos à baixa escolarização de indivíduos que cumprem penas podem nos levar à discussão de que esses estão literalmente à margem de conquistas sociais, econômicas e políticas. Nesse sentido, conforme Trindade (1998), estar excluído socialmente da escola pode significar também estar excluído das conquistas sociais. Essa premissa também fora descrita por Drewes (1997) ao enfatizar que a educação deve ser o desenvolvimento de potencialidades e apropriação do saber social, dessa forma demandando conhecimentos e habilidades que proporcionem melhor compreensão da realidade, bem como a capacidade de fazer valer os próprios interesses econômicos, políticos e culturais.

Os dados referentes ao tipo de delito cometido e o tempo de internação dos apenados são descritos na Tabela 2, a seguir.

Tabela 2- Descrição do tipo de delito e tempo de internação no hospital de custódia e dos apenados do presídio comum.

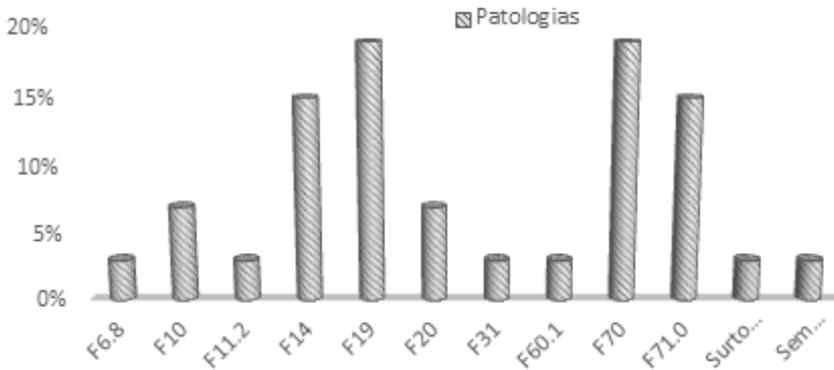
TIPO DE DELITO	APENADOS- HOSPITAL DE CUSTODIA		APENADOS- PRESÍDIO	
	Frequência (f)	Porcentagem (%)	Frequência (f)	Porcentagem (%)
Porte ilegal de armas	-	-	1	6,0
Tráfico de drogas	1	5,0	4	22,0
Roubo	8	44,0	8	44,0
Homicídio	3	17,0	5	28,0
Estupro	2	12,0	-	-
Estupro; atentado violento ao pudor	1	5,0	-	-
TEMPO DE INTERNAÇÃO				
Até 1 ano				
De 2 - 3 anos	12	67,0	13	72,0
Mais de 4 anos	4	22,0	4	22,0
	2	11,0	1	6,0

Conforme a Tabela 2, é possível observar que quanto ao tipo ao delito cometido pelos apenados estes correspondem aos seguintes artigos do Código Penal Brasileiro (BRASIL, 1940), o porte ilegal de armas (Art.180), tráfico de drogas (Art.33), roubo (Art. 157), homicídio (Art.121), estupro (Art.217) e estupro e atentado violento ao pudor (Art.214).

Entre esses apenados do presídio João Chaves, o delito mais frequente foi o roubo (Art.157) correspondendo a 44%, que também foi o delito mais cometido pelos apenados do Hospital de Custodia (44%). Esse delito (roubo) é definido (ANDRADE, 1993) em subtrair coisa móvel alheia, para si ou para outro, mediante grave ameaça ou violência a pessoa, ou depois de havê-la, por qualquer meio, reduzido à impossibilidade de resistência; nesses casos o sujeito tem sua pena de reclusão de 4 a 10 anos, além de multa. Esses indivíduos, segundo Freixo (2009), em suas realizações, quase nunca estão sozinhos; além disso, retornam a serem detidos pelo mesmo delito. Acresce-se ainda que o roubo, no Brasil, é o crime que leva mais da metade dos presos a serem condenados.

Com relação ao tempo de internação aponta-se, na amostra estudada, que a maioria dos participantes de ambos os grupos encontrava-se com até um (01) ano de internação. Aqueles indivíduos com mais de quatro (04) anos de internação, teve prevalência os 2 participantes do Hospital de Custodia correspondendo a 11% da amostra local.

Gráfico 1 - Patologias presentes na amostra do Hospital de Custódia de acordo com Código Internacional de Doenças – CID 10 (1998).



Notas: F 6.8 -Outros transtornos mentais especificados devidos a uma lesão e disfunção cerebral e a uma doença física; F 10-Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool; F 11.2- Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de opiáceos; F 14- Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso da cocaína; F 19- Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas; F 20- Esquizofrenia Paranóide; F 31-Transtorno afetivo bipolar; F60.1- Personalidade Esquizóide; F70- Retardo mental leve; F71.0-Retardo mental moderado.

É interessante observar pelo Gráfico 1 os tipos de patologias conforme Código Internacional de Doenças (CID-10, 1998) diagnosticadas na amostra de internos do Hospital de Custódia. Entre as patologias prevalecem os transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas (F19) com 19% da amostra estudada, estes se subdividem entre F19.1(transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas com enfoque no uso nocivo para a saúde) e F19.2 - transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas com foco na síndrome de dependência, (CID-10, 1998).

Um diagnóstico frequente no estudo também foi o retardo mental leve (F 70), com incidência de 19%, bem como o retardo metal moderado (F 71.0) que esteve presente em 15 % do diagnós-

tico dos pacientes internos no Hospital de Custódia com variação de F71.1(Retardo mental moderado com comprometimento significativo do comportamento, requerendo vigilância ou tratamento). Considera-se relevante também a alta porcentagem de pessoas com diagnóstico de transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso da cocaína (F14) com total de 15%, havendo variação de transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso da cocaína com síndrome de dependência (F14.2) (CID- 10, 1998)

Deve-se considerar ainda que, no estudo, geralmente os participantes institucionalizados no Hospital de Custodia, possuem patologias associadas, como: F71(Retardo mental moderado), F 19.2 (transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas com foco na síndrome de dependência) e F06.8 (outros transtornos mentais especificados devidos a uma lesão e disfunção cerebral e a uma doença física); F70 (Retardo mental leve) F19.2 e F31(Transtorno afetivo bipolar).

Os Hospitais de Custodia são destinados ao tratamento de pessoas inimputáveis e semi-imputáveis. Os sujeitos inimputáveis são aqueles que, conforme Tílio (2007) não sabem da gravidade e das consequências do ato cometido e passíveis de medida de segurança; os semi-imputáveis são os inimputáveis que cometeram o ato no “intervalo lúcido” devendo cumprir penas diminuídas ou serão submetidos às medidas de segurança.

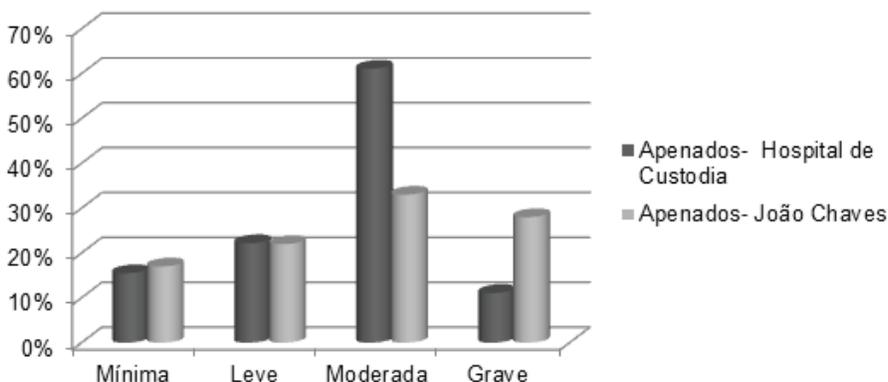
Portanto de acordo com o Código Penal Brasileiro, em relação aos Inimputáveis, tem-se que:

Art. 26- É isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento. (Decreto de lei nº 2.848/40 – BRASIL, 1940).

Portanto, esta realidade envolve cuidados em saúde mental, que conforme a “Lei de saúde mental” - (Lei 1021/01 Art. 3 º) “é responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais.” (BRASIL 2001)

Com relação aos resultados do Inventário de Depressão de Beck (BDI) estes estão representados no gráfico 2. Destaca-se que para a análise de possíveis sintomas de depressão entre os apenados de ambos os grupos, levou-se em consideração a classificação geral dos níveis de depressão do BDI, que correspondem a: 1) leve: quando o indivíduo ainda é capaz de realizar grande parte de suas atividades diárias; 2) moderado: quando o indivíduo começa a apresentar dificuldades no prosseguimento de sua vida cotidiana; 3) grave: quando há marcantes sentimentos de desvalia, baixa auto-estima e ideias suicidas (GIAVONI; MELO; PARENTE; DANTAS, 2008). Também foi levada em consideração a presença de alguns indicadores isolados que foram: tristeza, pessimismo, ideias suicida, irritabilidade, insônia e perda de apetite.

Gráfico 2 – níveis de depressão na amostra de apenados do Hospital de Custódia e em apenados do Complexo Penitenciário Dr João Chaves, Natal RN.



Os níveis de depressão ‘mínimo’ e ‘leve’ foram mais próximos em ambos os grupos de apenados, conforme gráfico 2. Vistos isoladamente, ou seja, por grupo, prevaleceram os níveis moderado (33%) e grave (28%) entre os apenados do Presídio, enquanto que entre os apenados internados no Hospital de Custódia o nível moderado foi o que mais chamou atenção (68%).

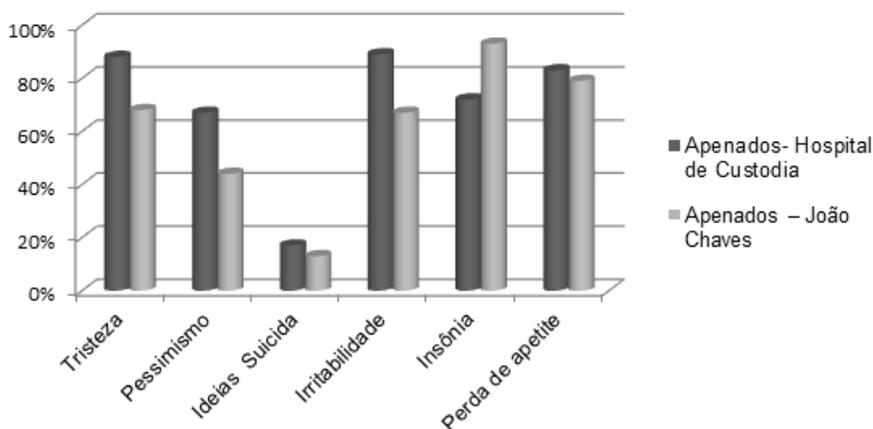
Assim, verifica-se que o nível ‘grave’ teve mais expressão, entre aqueles que cumpriam penas no presídio comum; fato que pode levar à discussão da própria realidade do sistema prisional brasileiro, pois, conforme Thompson (1976), a prisão subjuga o apenado ao comando de uma estrutura bastante rígida e uma rotina autocrática,

com orientação de preservar a ordem, a disciplina, evitar fugas e motins; para isto a organização penitenciária submete o recluso e veta quaisquer possibilidades do exercício de sua autonomia. Tais atitudes institucionais podem estar estreitamente relacionadas aos estados depressivos. Mas, por outro lado, embora presente, o índice foi baixo em relação ao total da amostra, e isso nos remete ao estudo de Araújo, Nakana e Gouveia (2009) que também encontraram baixos níveis de sintomas de depressão e ansiedade em apenados; assim, os autores concluíram que, embora considerados transtornos comuns na população, esses não tiveram alta prevalência entre os encarcerados, pois a presença de depressão não parece estar relacionada ao meio, mas sim às percepções do indivíduo.

Também é interessante discutir que o nível de ‘depressão grave’ entre apenados do presídio comum foi maior do que daqueles apenados com diagnóstico psiquiátrico. Tais resultados podem ser justificados pela ausência de atendimento psiquiátrico na Instituição comum, como existe nos apenados do Hospital de Custódia, os quais já são medicados.

A seguir, é descrita a análise isolada de cada indicador de depressão do BDI, como tristeza, pessimismo, ideias suicidas, irritabilidade, insônia e perda de apetite, consideradas variáveis relevantes para identificar depressão (conforme gráfico 3).

Gráfico 3: Indicadores isolados de depressão na amostra de apenados do Hospital de Custodia e em apenados do Complexo Penitenciário Dr João Chaves, Natal RN



É possível observar pelo gráfico 3 que todos os indicadores, com exceção da 'insônia', apresentaram-se pouco mais elevado entre os apenados internos no hospital de custódia do que entre aqueles apenados do presídio comum; aspecto que demonstra, que mesmo recebendo medicação, a presença de indicadores da depressão se fazem presentes. Também é possível observar a presença relativamente marcante de 'tristeza', 'pessimismo', 'insônia', 'perda de apetite' e 'irritabilidade' entre os apenados de ambos os grupos estudados.

A tristeza foi um dos indicadores de depressão que esteve presente nos apenados do Hospital de Custódia em escores relevantes variando entre 1 e 3 (88%); já entre os apenados sem diagnóstico psiquiátrico o sintoma tristeza esteve presente em 68%. Considera-se, portanto, que os sentimentos de 'tristeza' assim como os de alegria colore o fundo afetivo da vida psíquica normal; porém, a tristeza constitui-se na resposta humana universal às situações de perda, derrota, desapontamento e outras adversidades. Isto nos remete às considerações de Ormessano e Gaglietti (2009) bem como Del Porto (1999) de que os sujeitos que estão em privação de liberdade muitas vezes demonstram a falta que sentem do mundo, lembranças que guardam do tempo em que ainda desfrutavam de liberdade e de pequenos acontecimentos do cotidiano de pessoas livres. Acresce-se que também sentem saudades e demonstram preocupação com o sofrimento da família pela sua ausência, e das amizades interrompidas.

O 'pessimismo' também foi um indicador relevante, pois se obteve escore de 67% entre os apenados do Hospital de Custódia e 44% entre os apenados sem diagnóstico psiquiátrico. Sobre o pessimismo, é importante salientar que este é um sintoma presente em episódios depressivos, segundo o CID 10 (1998) e é lembrado por Matos, Matos e Matos (2006) por sua presença em um dos dois grupos de sintomas, como: i) humor triste, diminuição do interesse e do prazer e (...), ii) pessimismo, diminuição da auto-estima, ideação de ruína e/ou culpa, pensamentos e atos suicidas, diminuição ou aumento de apetite, diminuição ou aumento do sono, diminuição da atenção e concentração, alteração da atividade psicomotora, lentidão ou agitação.

No indicador 'insônia' obteve-se 93% entre os apenados do presídio João Chaves e 72% entre os apenados do Hospital de Cus-

todia, podendo este último ter a hipótese de ser menor por estar relacionado ao uso de medicamentos; já com relação à insônia entre detentos de presídios comuns, Araújo, et al (2009) apontaram que estes sujeitos sentem muitas dificuldades em terem noite de sono tranquila, sendo que o sono lhes é sempre agitado, com perturbações, resultando em noites mal dormidas. Esses mesmos autores descreveram também a ‘perda de apetite’ em seu estudo; e, tal como no presente estudo em que obtivemos o indicador ‘perda de apetite’ em 83% entre os internos do Hospital de Custódia e 79% entre os do presídio comum, Araújo, et al (2009) a indicaram como um problema considerável dentro do sistema prisional, pois os presos têm deficiências na alimentação que os é ofertada, surgindo problemas de saúde, além de estarem sempre suscetíveis a doenças.

Com relação à ‘Irritabilidade’ observou-se que esta teve índices consideravelmente altos entre os internos do Hospital de Custódia (89%) e 67% entre os do presídio. Assim, cabe destacar que este é um indicativo importante para o diagnóstico de depressão (LIMA, 2004). Isso, pois esse indicador é observado como sendo um humor disfórico, que consiste em irritação e mau humor durante longos períodos; pessoas são irritadiças, reclamam e também apresentam baixa auto-estima. A OMS (2002) apontou que na depressão, a irritabilidade também aparece como uma resposta no sentido de evitar o contato com o estímulo aversivo.

Observa-se ainda no mesmo Gráfico 3, que a ideação suicida surgiu na amostra de ambos os grupos de apenados, ainda que em baixa porcentagem (17% na amostra do Hospital de Custódia e 13% na do presídio). É interessante lembrar que a ocorrência de suicídios em prisões representa um problema com sérias implicações sociais, legais e éticas e é preocupante em escala mundial, pois a taxa de mortes entre os reclusos parece ser mais elevada do que na população em geral. Esse fato deve-se a uma maior morbidade da população reclusa, visto que esta se encontra isolada da sociedade, inserida num meio degradante, com cuidados de saúde precários, e envolvida em comportamentos de risco (LLOYD, 1990; PINHO; GONÇALVES; MOTA, 1997; TABORDA; CHALUB; ABDALLA F.º, 2004;). Também Negrelli (2006) ao estudar as características biopsicossociais do preso em instituições prisionais do Rio Grande do Sul, verificou

vários fatores que se relacionavam com o risco à prática suicida; entre esses fatores, a autora detecta presença de doença mental em (68,8%).

Considerações finais

O presente estudo buscou avaliar a presença de sintomatologia depressiva em dois grupos de apenados no sistema prisional, sendo estes institucionalizados em um Hospital de Custódia com diagnóstico psiquiátrico e apenados do sistema penitenciário comum, sem diagnóstico psiquiátrico.

Os principais resultados trouxeram um perfil dessa pequena amostra que corroborou com os estudos anteriores, pois revelaram em ambos os grupos, indivíduos com baixa escolarização, que estavam presos por roubo e homicídio predominantemente, com idades até 30 anos. Além disso, os internos no Hospital de Custódia tiveram predominância de diagnóstico de Transtornos mentais por uso de múltiplas drogas e outras substâncias psicoativas, além de retardo mental leve. Aspectos que já demonstram que essas são pessoas, mesmo fora das instituições penais estariam à margem da sociedade.

No que diz respeito aos níveis de depressão, segundo a Escala Beck, prevaleceram os níveis moderado e grave entre os apenados do Presídio comum, e entre os internados no Hospital de Custódia o nível moderado foi o maior (68%). Esses níveis de depressão foram compreendidos pela ausência de atenção em saúde mental na instituição comum, diferente do existente entre os apenados do hospital de custódia, uma vez que esses são medicados. Os indicadores da depressão, tais como a irritabilidade, a tristeza e a insônia tiveram índices altos em ambos os grupos, enquanto que o menor indicador foi a ideia suicida.

Com esses resultados, sugerem-se estudos com amostras maiores e estratificadas em presídios comuns, tendo em vista a degradante situação do sistema prisional brasileiro. Também se levanta a reflexão de que *“por detrás das grades”* a depressão pode ser um agravante desta conduta humana; e, reconhecendo aquilo que foi anunciado pelo Conselho Federal de Psicologia, que *“para superar os ciclos viciosos, é preciso tratar os desiguais sociais desigualmente, reconhecendo essa condição como determinante das suas possibilidades de existência no mundo”* (p. 09).

Referências

- ALMEIDA, K. M.; MORENO, D. H. Quadro clínico dos subtipos do espectro bipolar. In: MORENO RA, MORENO DH. (Orgs.) **Da psicose maniaco-depressiva ao espectro bipolar**. São Paulo: Lemos Editorial, p.141-50, 2005.
- ANDRADE, L.R.S. Latrocínio: Crime contra o patrimônio ou contra a vida? **Rev. Pensar**, Fortaleza, v.2, n. 2, p.242-47, Ago, 1993.
- ARAÚJO, F. A.; NAKANO, T. C.; GOUVEIA, M.L.A. Prevalência de Depressão e Ansiedade em Detentos. **Avaliação Psicológica**, v.8, n.3, p. 381-390, 2009
- BADGER LW, de GRUY, F.V, HARTMAN J, PLANT MA, LEEPER J, ANDERSON R, et al. Patient presentation, interview content, and the detection of depression by primary care physicians. **Psychosomatic Medicine**, v.56, n.2, p. 128–135, 1994
- BIRMAN, J. **Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.
- BRASIL, **Decreto de Lei nº 10.216./01**. de 06 de abril de 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm . Acesso em 03 nov 2012.
- BRASIL. Decreto de lei nº 2.848, de 7 de Dezembro de 1940. **Código Penal Brasileiro**, 1940. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/103275/codigo-penal-decreto-lei-2848-40> . Acesso em 03 de Novembro, 2012.
- BRASIL, Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. **Sistema Penitenciário no Brasil: dados consolidados**, 2008, 55p. Disponível em: <http://www.justica.gov.br/seus-direitos/politica-penal/transparencia-institucional/estatisticas-prisional/anexos-sistema-prisional/dadosconsolidados2008.pdf> . Acesso em 06 mar 2015.
- BUSSATTO F^o. G. **Fisiopatologia dos Transtornos Psiquiátricos**. São Paulo: Atheneu, 2006.
- CID-10 **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas**. **Porto Alegre: Artes Médicas, 1998**.
- CFP. Conselho Federal de Psicologia. **Falando Sério sobre prisões, prevenção e segurança pública**: proposta do Conselho Federal de Psicologia para o enfrentamento da crise do sistema prisional. Conselho federal de psicologia, Ed. Brasília Rádio Center, 2008. Disponível em: http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2008/12/cartilha_falando_serio.pdf . Acesso em 12 mar 2015
- COUTINHO, M.L.; GONTIÉS, B.; ARAUJO, L.F.; SÁ, R.C.N. Depressão, um sofrimento sem fronteira: representações sociais entre crianças e idosos. **Revista Psico-USF**, v. 8, n. 2, p. 183-192, Jul./Dez., 2003.

CUNHA, J. **Manual em português das Escalas Beck**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001

DEL PORTO, J. A.. Conceito e diagnóstico. **Rev. Bras. Psiquiatr., São Paulo**, v. 21, **supl. 1**, p. 06-11, May 1999. disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44461999000500003&lng=en&nrm=iso. acesso 20 Ag. 2015.

DREWES, S.B.T. As Políticas públicas de educação escolar no Brasil. In: BONETTI, L.W. (Org.) **Educação, exclusão e cidadania**. Ijuí: UNIJUI, 1997.

ESTEVEES, F.C.; GALVAN, A.L. Depressão numa contextualização contemporânea. **Aletheia**, Canoas, n. 24, p. 127-135, dez. 2006

. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942006000300012&lng=pt&nrm=iso. acesso em 20 mai. 2015.

FRÁGUAS, Jr. R; RAMADAN ZBA; PEREIRA, A.N.E; WAJNGARTEN, M. Depression with irritability in patients undergoing coronary artery bypass graft surgery: the cardiologist's role. **Gen. Hosp. Psychiatry**, v. 22, n. 5, p. 365-374, 2000.

FREIXO, M. **Prisões, crime organizado e exército de esfarrapados**, 2009. Disponível em: <https://www2.mp.pa.gov.br/sistemas/gcsbsites/upload/60/Pris%C3%83%C2%B5es,%20crime%20organizado%20e%20ex%C3%83%C2%A9rcito%20de%20esfarrapados.pdf>

Acesso em 04 nov. 2012.

FUKS, M. P. Mal estar na contemporaneidade e patologias decorrentes. **Psicanálise e Universidade, São Paulo**, n 9 e 10, jul/dez, p. 63-78, 1999.

GIAVONI, A. MELO, G.F; PARENTE, I; DANTAS, G. Elaboração e validação da Escala de Depressão para Idosos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 975-982, May 2008.

LIMA, D. Depressão e doença bipolar na infância e adolescência. **J. Pediatria** (Rio Janeiro), v.80, n.2, **suppl**, p. 11-20, 2004

LLOYD, C. **Suicide and self-injury in prison**: a literature review. Home Office Research and Planning Unit Report. Ldon: Her Majesty's Stationery, 1990

MONTEIRO, F.R; COUTINHO, M.P.L. Sintomatologia depressiva em adolescentes do ensino médio: um estudo das representações sociais. **Psicologia Ciência e Profissão**, v.27, n.2, p.224-235, 2007.

MATOS, E.G.; MATOS, T.M.G.; MATOS, G.M.G. Depressão melancólica e depressão atípica: aspectos clínicos e psicodinâmicos. **Estud. psicol.** (Campinas), v. 23, n. 2, p. 173-179, Jun 2006.

NEGRELLI, A.M. **Suicídio no sistema carcerário: análise a partir do perfil biopsicossocial do preso nas instituições prisionais do Rio Grande do Sul**. 103 fls. Dissertação (Mestrado em Ciências Criminais), Faculdade de Direito, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2006

OLIVEIRA, S. L. **Tratado de metodologia científica**. São Paulo: Ed. Pioneira-Thomson, Learning , 2002.

OLIVEIRA, H.C. A falência da política carcerária brasileira. **III Jornada Internacional de Políticas Públicas. Questão social e desenvolvimento no século XXI**. Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 28 a 30 de Ag 2007. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIII/html/Trabalhos/EixoTematicoF/7747d19a7e9a8726e4faHilderline.pdf>

OMS - Organização Mundial da Saúde. **Relatório mundial da saúde. Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Apresentação da edição portuguesa. Lisboa: Ministério da Saúde, Direcção-Geral da Saúde, 2002. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42390/4/WHR_2001_por.pdf . Acesso em 22 mar 2015.

ORMESSANO, G.; GAGLIETTI, M. Educação estética e direito: interpretação de prosas e poesias de apenados. Conexão. **Comunicação e Cultura**, UCS, Caxias do Sul, vol. 8, n. 16, p.159-178, 2009.

GIAVONI, A.; MELO, G.F; PARENTE, I; DANTAS, G. Elaboração e validação da Escala de Depressão para Idosos. **Cad. Saúde Pública**, v.24, n.5, p. 975-82, 2008.

PINHO, M. C.; GONÇALVES, R. A.; MOTA, V. A propósito de 4 ou 5 suicídios em homicidas detidos. **Revista Psiquiátrica F. M. P.** III, Série (XIX), p. 40, 1-2 jan./jun. 1997.

PORTO, P.; HERMOLIN, M.; VENTURA, P. Alterações neuropsicológicas associadas a depressão. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v.4, n.1, p.63-70, 2002.

RODRIGUES, W.C. **Metodologia Científica**. Peracambi: FAETEC/ IST, 2007.

SEVERINO, A.J **Metodologia do trabalho científico**. São Paulo: Cortez, 2011.

SILVA, M.C. F; FUREGATO, A.R. F; COSTA Jr., M.L. Depressão: pontos de vista e conhecimento de enfermeiros da rede básica de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.11, n.1, p.7-13, 2003.

TABORDA, J. G.V., CHALUB, M., ABDALLA F^o. E. **Psiquiatria Forense**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

TENG, C.T; HUMES, E.C.; DEMETRIO, F. N. Depressão e Comorbidades Clínicas. **Rev. psiquiatr. clínica**. [online], v.32, n.3, p.149-159, 2005. Disponível em: <http://www.scielo>.

br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-608320050003000007&lng=en&nrm=iso .
Acesso em 13 abr 2015.

TILIO, R. "A querela dos direitos": loucos, doentes mentais e portadores de transtornos e sofrimentos mentais. **Paidéia**, v.17, n.37, p.195-206, 2007.

THOMPSON, A. F. G. **A Questão penitenciária**. Petrópolis: Vozes, 1976

TRINDADE, I. M. F. Todos na escola: o discurso da modernidade. **Ciências & Letras**, (Porto Alegre), n. 23 e 24, p. 27-55, 1998.

VERSIANI, M. Depressão: uma doença crônica. **Revista Ciência Hoje/Psiquiatria**, v.34, n.201, p.34-37, 2004.

Contato dos autores:

Barbara Fernandes dos Santos – email: barbara_guama@hotmail.com

Sara Gabrielle Vicente da Silva – email: saragabrielle7@gmail.com

Nilton Soares Formiga – email: nsformiga@yahoo.com

Ionara Dantas Estevam – email: ionaradantas@gmail.com

Recebido em: 10 dez 2014

Aceito em 03 setembro 2015