

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

MARIANA FARIAS

IDEAÇÃO E COMPORTAMENTOS SUICIDAS EM MULHERES PRIVADAS DE
LIBERDADE EM UMA UNIDADE PRISIONAL DO ESTADO DO PARANÁ

CURITIBA

2023

MARIANA FARIAS

IDEAÇÃO E COMPORTAMENTOS SUICIDAS EM MULHERES PRIVADAS DE
LIBERDADE EM UMA UNIDADE PRISIONAL DO ESTADO DO PARANÁ

Dissertação apresentada como requisito para a obtenção do título de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná. Área de Concentração Prática Profissional de Enfermagem, linha de pesquisa Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Mariluci Alves Maftum

Coorientador: Prof. Dr. Rafael Haeffner

CURITIBA

2023

FICHA CATALOGRÁFICA

Farias, Mariana

Ideação e comportamentos suicidas em mulheres privadas de liberdade em uma unidade prisional do Estado do Paraná [recurso eletrônico] / Mariana Farias – Curitiba, 2023.

1 recurso online : PDF

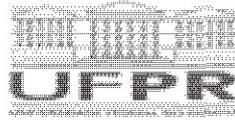
Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2023.

Orientador: Profa. Dra. Mariluci Alves Maftum

Coorientador: Prof. Dr. Rafael Haeffner

1. Enfermagem. 2. Prisões. 3. Ideação suicida. 4. Mulheres. I. Maftum, Mariluci Alves. II. Haeffner, Rafael. III. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

CDD 610.73



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM -
40010-860/57

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação ENFERMAGEM da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a avaliação da dissertação de Mestrado de **MARIANA FARIAS** *temática: IDEIAÇÃO E COMPORTAMENTOS SUICIDAS EM MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE EM UMA UNIDADE PRISIONAL DO ESTADO DO PARANÁ*, sob orientação da Profa. Dra. **MARILECI ALVES MARTINI**, que após terem ouvido a autora e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua **APROVAÇÃO** no ato de defesa.

A concessão do título de mestre está sujeita à homologação pelo Colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções aplicáveis pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

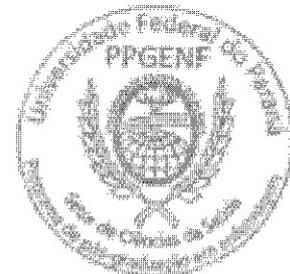
CURITIBA, 04 de Setembro de 2023.

Assinatura Eletrônica
CPF: 07139928 10 48 04 0
MARILECI ALVES MARTINI
Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica
CPF: 11 132000 10 02 1 80 8
FERNANDA CAROLINA CASSTRAND
Avaliador Externo (PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DOS REIS)

Assinatura Eletrônica
CPF: 03010000 10 05 1 16 0
SILVANA PEDRINA REISS ROSSINI SOUZA
Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica
CPF: 11 132000 11 03 28 0
RAFAEL HAEFFNER
Coordenador(a) (INSTITUTO FEDERAL DO PARANÁ)



Av. Prof. Lothário Kleinow, 832, 3º andar - CURITIBA - Paraná - Brasil
CEP 83210-270 - Tel: (41) 3364-3756 - E-mail: ppgeni@ufpr.br

Documento assinado eletronicamente de acordo com o disposto na legislação federal Decreto 8539 de 08 de outubro de 2016.
Consulte e autentique pelo SICA UFPR, com a seguinte identificação: 00000 001 1000

Para autenticar este documento/assinatura, acesse <https://siga.ufpr.br/siga/validar-autenticacao/assinaturas.jsp>
e insira o código 331835

Dedico esse trabalho à minha mãe Marlene Kaled (*in memoriam*), pelo incentivo, carinho, exemplo de pessoa e de superação, por sempre acreditar e me ajudar em toda minha vida. Sempre te amarei!

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus por me conceder força e sabedoria para chegar até esse momento.

Em especial à minha mãe Marlene Kaled (*in memoriam*), minha referência de força e de superação, que sempre incentivou e sonhou com suas duas filhas enfermeiras como mestres.

Aos meus irmãos Sérgio, Paulo e Manuela, pelo apoio, incentivo e ajuda em todos os momentos.

A Marilza, minha tia, que desde a infância me incentivou, apoiou e ajudou em diversos momentos.

À Dr^a Mariluci Alves Maftum, orientadora, que me oportunizou conhecer a pesquisa e aprender como discente e como pessoa. Seus ensinamentos contribuíram em toda minha caminhada discente e profissional.

Ao Dr. Rafael Haeffner, pela coorientação da dissertação, sempre com paciência e olhar acurado para os detalhes.

À Dr^a Silvana Regina Rossi Kissula Souza, Dr^a Nen Nalú Alves das Mercês, Dr^a Fernanda Carolina Capistrano e Dr^a Aline Cristina Zerwes Ferreira, que me acompanharam durante todo o Mestrado bem como por aceitarem compor a banca deste trabalho e por suas contribuições.

Ao Núcleo de Estudo, Pesquisa e Extensão em Cuidado Humano de Enfermagem (NEPECHE) e à doutoranda Manuela Kaled, pelo companheirismo e contribuições.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná (PPGENF), pela oportunidade de aprendizado.

Aos meus colegas e coordenadores de trabalho do DEAPS e SEMSA Pinhais - PR, Viviane, Débora, Jaqueline, Kelly, Taniclaer, Daiane, Valdirene, Marli, Fernanda, Daniele, Bianca, Taysa, Myuriel, Janaína, Cíntia e Rafael, também às equipes da USF Vila Amélia e USF Jardim Karla pelo apoio, incentivo e auxílio para que eu conseguisse continuar a cursar o mestrado.

Ao Departamento Penitenciário do Paraná pela disponibilização dos campos para coleta de dados, em especial à Enfermeira Lillian Zanchetini, pelo apoio durante essa trajetória.

Aos colegas do curso de Mestrado do PPGENF-UFPR, em especial, Midiã Vanessa dos Santos e Dayane Andreatta.

EPÍGRAFE

“Esforça-te e tem bom ânimo.”
JOSUÉ 1:9

RESUMO

A ideação e comportamentos suicidas são considerados um problema de saúde pública. Mulheres privadas de liberdade podem apresentar maior vulnerabilidade para esses comportamentos, considerando as condições no ambiente prisional, a perda de vínculos familiares e os históricos de comorbidades mentais e físicas. Trata-se de um estudo quantitativo transversal, com o objetivo geral de analisar a ideação e os comportamentos suicidas em mulheres privadas de liberdade em uma unidade prisional do Estado do Paraná. A amostra foi por conveniência e constituída de 30 mulheres privadas de liberdade. Os dados foram coletados de maio a agosto de 2022 com aplicação do instrumento *Columbia-Suicide Severity Rating Scale* e de um instrumento elaborado pelos autores. Os resultados foram apresentados de maneira descritiva e inferencial. Da amostra de 30 mulheres, 15 (50,0%) eram da faixa etária de 30 a 49 anos; 15 (50,0%) declararam-se pardas; 18 (60,0%) eram solteiras; 17 (56,7%) estavam desempregadas antes da prisão; 14 (46,7%) apresentavam condição de saúde mental; 21 (70,0%) eram tabagistas; 22 (73,3%) faziam uso de álcool; e 17 (56,7%) fizeram uso de SPA. O motivo da privação de liberdade foi homicídio para 15 (50,0%) participantes. Da amostra, 20 (66,7%) foram vítimas de violência física alguma vez na vida; 17 (56,7%) de violência psicológica; e 14 (46,7%), de violência sexual. Quanto à ideação, 16 (53,3%) mulheres já haviam desejado estar mortas; 19 (63,3%) haviam tido pensamentos suicidas ativos não específicos; 15 (50,0%) haviam tido ideação suicida ativa com algum método (sem plano) sem intenção de agir; 15 (50%) haviam tido ideação suicida ativa com alguma intenção de agir; e 14 (46,7%) havia tido ideação suicida ativa com plano específico e intenção. Durante a privação de liberdade, 12 (40%) apresentaram pensamentos suicidas. Empreenderam comportamentos suicidas durante a vida 16 (53,3%) mulheres; 14 (46,7%) tiveram tentativa efetiva; 6 (20,0%), comportamento autolesivo sem intenção suicida; 8 (26,7%) tiveram tentativa interrompida; 7 (23,3%) tiveram tentativa abortada; 10 (33,3%) realizaram atos ou comportamentos preparatórios; 4 (13,3%) empreenderam tentativas de suicídio durante a privação de liberdade, das quais 3 (10,0%) empreenderam pela primeira vez durante a privação de liberdade. Na análise inferencial, as principais variáveis associadas à ideação e aos comportamentos suicidas foram: ideação suicida antes da privação de liberdade, ideação suicida durante a privação de liberdade, tratamento para condição de saúde mental, vítima de violência sexual, tentativa de suicídio e ideação suicida ativa com algum método (sem plano) sem intenção de agir. Considerando os resultados desta pesquisa e o que é previsto pela equipe de enfermagem no sistema prisional, conclui-se pela importância de avaliar a ideação e os comportamentos suicidas em mulheres privadas de liberdade desde a admissão, na permanência da privação, bem como nos aspectos relacionados à ocorrência de tais comportamentos visando à oferta de cuidados de enfermagem na prevenção, no evento e na reabilitação.

Palavras-chave: enfermagem; prisão; comportamentos suicidas; ideação suicida; mulheres.

ABSTRACT

Suicidal ideation and behaviors are considered a public health problem. Women deprived of their liberty may be more vulnerable to these behaviors, considering the conditions in the prison environment, the loss of family ties and histories of mental and physical comorbidities. This is a cross-sectional quantitative study with the general objective of analyzing suicidal ideation and behaviors in women deprived of their liberty in a prison unit located in the State of Paraná. A convenience sample was used, and it was made up of 30 women deprived of their liberty. Data were collected from May to August 2022 using the *Columbia-Suicide Severity Rating Scale* instrument and another instrument developed by the authors. The results were presented in a descriptive and inferential manner. Of the sample made up of 30 women, 15 (50.0%) were aged between 30 and 49; 15 (50.0%) self-declared as mixed race; 18 (60.0%) were single; 17 (56.7%) were unemployed before the arrest; 14 (46.7%) experienced mental health disorder; 21 (70.0%) were smokers; 22 (73.3%) were alcohol users; and 17 (56.7%) had used some PAS. The deprivation of liberty was caused by homicide for 15 (50.0%) participants. Of the sample, 20 (66.7%) were victims of physical violence at some point in their lives; 17 (56.7%) were victims of psychological violence; and 14 (46.7%) of sexual violence. As for suicidal ideation, 16 (53.3%) women had already wished they were dead; 19 (63.3%) had already had non-specific active suicidal thoughts; 15 (50.0%) had already had active suicidal ideation with a method (not plan) without intent to act; 15 (50%) had already had active suicidal ideation with some intent to act; and 14 (46.7%) had already had active suicidal ideation with a specific plan and intent. During their period of deprivation of liberty, 12 (40%) had suicidal thoughts. 16 (53.3%) women engaged in suicidal behavior during their lifetime; 14 (46.7%) made an actual attempt; 6 (20.0%) had self-injurious behavior without suicidal intent; 8 (26.7%) reported an interrupted attempt; 7 (23.3%) reported an aborted attempt; 10 (33.3%) had made preparations or showed suicidal behavior; 4 (13.3%) made suicide attempts during their period of deprivation of liberty, of which 3 (10.0%) attempted suicide for the first time during their period of deprivation of liberty. In the inferential analysis, the main variables associated with suicidal ideation and behaviors were the following: suicidal ideation before being deprived of their liberty, suicidal ideation during their period of deprivation of liberty, treatment for a mental health disorder, victim of sexual violence, attempted suicide, and active suicidal ideation with a method (not plan) without intent to act. Considering the results of this research and the expectations of the nursing team in the prison system, it can be concluded that it is important to evaluate suicidal ideation and behaviors among women deprived of liberty from the moment they are admitted, during the period in which they are deprived of their liberty as well as the aspects related to the occurrence of such behaviors, aiming to offer nursing care during the prevention process, the episode itself and the rehabilitation process.

Keywords: nursing; prison; suicidal behaviors; suicidal ideation; women.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 –	Distribuição das mulheres privadas de liberdade conforme dados Sociodemográficos e Econômicos. Paraná, 2022.....	38
TABELA 2 –	Distribuição das mulheres privadas de liberdade segundo as condições clínicas de saúde física. Paraná, 2022.....	40
TABELA 3 –	Distribuição das mulheres privadas de liberdade segundo as condições clínicas de saúde em relação à COVID-19. Paraná, 2022.	41
TABELA 4 –	Distribuição das mulheres privadas de liberdade segundo as condições clínicas de Saúde Mental. Paraná 2022.....	42
TABELA 5 –	Caracterização dos transtornos relacionados a substâncias nas mulheres privadas de liberdade. Paraná, 2022.....	43
TABELA 6 –	Caracterização dos aspectos legais das mulheres privadas de liberdade. Paraná, 2022.....	45
TABELA 7 –	Distribuição das mulheres privadas de liberdade segundo histórico de violência. Paraná, 2022.....	47
TABELA 8 –	Distribuição das mulheres privadas de liberdade em relação à ideação suicida conforme o instrumento C-SSRS - Paraná, 2022.....	50
TABELA 9 –	Ideação suicida antes e durante a privação de liberdade - Paraná, 2022.....	51
TABELA 10 –	Distribuição das mulheres privadas de liberdade em relação ao comportamento suicida conforme o instrumento C-SSRS - Paraná, 2022.....	52
TABELA 11–	Tentativa de suicídio antes e durante a privação de liberdade - Paraná, 2022.....	54
TABELA 12–	Análise Univariada das Odds Ratio (OR) das mulheres privadas de liberdade associado aos pensamentos e desejos de estar morto – Paraná, 2022	55
TABELA 13 –	Análise Univariada das Odds Ratio (OR) das mulheres privadas de liberdade associado aos pensamentos suicidas ativos não específicos - Paraná, 2022.....	55
TABELA 14 –	Análise Univariada das Odds Ratio (OR) das mulheres privadas de liberdade associado à ideação suicida ativa com algum método (sem plano) sem intenção de agir - Paraná, 2022	56
TABELA 15 –	Análise Univariada das Odds Ratio (OR) das mulheres privadas de liberdade associado à ideação suicida ativa com alguma intenção de agir, sem plano específico - Paraná, 2022	57

TABELA 16 –	Análise Univariada das Odds Ratio (OR) das mulheres privadas de liberdade associado à ideação suicida ativa com plano específico e intenção - Paraná, 2022	58
TABELA 17–	Análise Univariada das Odds Ratio (OR) das mulheres privadas de liberdade associado à tentativa de suicídio efetiva - Paraná, 2022.....	59
TABELA 18 –	Análise Univariada das Odds Ratio (OR) das mulheres privadas de liberdade associado à intensidade da ideação suicida - Paraná, 2022.....	59

LISTA DE ABREVIATURAS E/OU SIGLAS

a.C	antes de Cristo
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas
C-SSRS	<i>Columbia Suicide Severity Rating Scale</i>
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COVID-19	<i>Coronavirus Disease 2019</i>
DEAPS	Departamento de Atenção Primária à Saúde
DEPEN	Departamento Penitenciário Nacional
DEPPEN	Departamento de Polícia Penal do Estado do Paraná
d.C	depois de Cristo
INFOPEN	Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
NEPECHE	Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Cuidado Humano de Enfermagem
NIMH	<i>National Institute of Mental Health</i>
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAHO	<i>Pan American Health Organization</i>
PPGENF	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNAISP	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional
PNPM	Plano Nacional de Políticas para as Mulheres
PNSSP	Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário
PPL	Pessoa Privada de Liberdade
SEMSA	Secretaria Municipal de Saúde de Pinhais
SISDEPEN	Sistema de Informações do Departamento Penitenciário Nacional
SPA	Substâncias Psicoativas
SPSS	<i>Software Statistical Package for the Social Sciences</i>
<i>Stata</i> versão 12	<i>StataCorp, College Station, Estados Unidos</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFPR	Universidade Federal do Paraná
UNODC	<i>United Nations Office on Drugs and Crime</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
1.2	OBJETIVO GERAL.....	29
1.2.1	Objetivos específicos.....	29
2	MATERIAIS E MÉTODOS	30
2.1	TIPO DE ESTUDO	30
2.2	LOCAL DE ESTUDO	30
2.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA	31
2.4	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	32
2.4.1	<i>Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS)</i>	32
2.4.2	Instrumento para Coleta de Dados - Autoria Própria.....	34
2.5	CAPACITAÇÃO DOS ENTREVISTADORES.....	34
2.6	TESTE PILOTO	35
2.7	COLETA DE DADOS	35
2.8	VARIÁVEIS	36
2.9	ANÁLISE DOS DADOS	36
2.10	ASPECTOS ÉTICOS	37
3	RESULTADOS.....	38
3.1	CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E ECONÔMICA.....	38
3.2	CARACTERIZAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE FÍSICA E MENTAL	40
3.3	CARACTERIZAÇÃO DOS ASPECTOS LEGAIS E PRISIONAIS.....	45

3.4	CARACTERIZAÇÃO DE HISTÓRICO DE VIOLÊNCIA SEXUAL, FÍSICA E PSICOLÓGICA E VIOLÊNCIA PRESENCIADA.....	47
3.5	CARACTERIZAÇÃO E ANÁLISE DA IDEAÇÃO E COMPORTAMENTOS SUICIDAS.....	49
4	DISCUSSÃO	60
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	77
	REFERÊNCIAS	79
	APÊNDICE I – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS - AUTORIA PRÓPRIA.....	87
	APÊNDICE II – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	102
	APÊNDICE III – QUADRO DE VARIÁVEIS.....	105
	ANEXO I – INSTRUMENTO <i>COLUMBIA SUICIDE SEVERITY RATING SCALE</i> - C-SSRS.....	111
	ANEXO II – AUTORIZAÇÃO PARA A UTILIZAÇÃO DO INSTRUMENTO <i>COLUMBIA SUICIDE SEVERITY RATING SCALE</i> - C-SSRS	115
	ANEXO III – CERTIFICADO DO TREINAMENTO PARA A UTILIZAÇÃO DO <i>COLUMBIA SUICIDE SEVERITY RATING SCALE</i> C-SSRS	116
	ANEXO IV – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA.....	118

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, entendem-se por pessoas privadas da liberdade aquelas com idade igual ou superior a 18 anos que estão sob custódia do Estado em caráter provisório ou sentenciadas, cumprindo pena em liberdade ou em regime fechado. Neste sentido, o sistema prisional é definido como todo caminho carcerário, desde a prisão até o cumprimento da pena, incluindo delegacias, casas de custódia, penitenciárias, entre outros (BRASIL, 2014).

Por conseguinte, a população inserida no sistema prisional é constituída por qualquer pessoa que tenha cometido algum tipo de delito e sido sentenciada, que aguarda por um julgamento e, ainda, aquela pessoa considerada caso social, que, mesmo tendo recebido alvará de soltura, permanece no sistema por não ter um local para retornar (BRASIL, 2014).

Historicamente, no sistema prisional, são encontradas características peculiares de acordo com a época. Na antiguidade, as prisões eram locais destinados a aguardar o julgamento ou a execução, pois, dependendo do delito cometido, eram aplicadas penas corporais e financeiras. A estrutura das prisões entre 350 a.C e 456 d.C era constituída por masmorras, calabouços, aposentos em ruínas, torres, conventos abandonados, palácios e outros edifícios. Configuravam-se locais utilizados para torturar, trazer tormento com a intenção de obter confissão (OLIVEIRA, 2016; ESPEN, 2022).

Entretanto, na Idade Média, período entre os anos de 476 e 1453, as prisões passaram a ser destinadas a pessoas que cometiam heresias ou ofensas aos soberanos. As execuções eram sentenciadas pelo clero e pelas autoridades locais, sendo a Igreja considerada a principal autoridade. As formas de execução das penas incluíam enforcamento, amputações, queimar em fogueiras, guilhotinas, queimaduras a ferro, rodas, entre outras formas. Tais execuções eram transformadas em espetáculos para a população, coexistindo, no mesmo local, a dor, o desespero, a crueldade, o sadismo e a compaixão (OLIVEIRA, 2016; ESPEN, 2022).

No final do século XVIII, com a queda do absolutismo, o sistema penal foi se modificando, pois antes a punição era baseada em causar sofrimento à pessoa condenada à pena de morte, então se percebeu que esses métodos eram falhos e

sem eficácia contra a crescente criminalidade. Assim, nas décadas seguintes, foram iniciadas novas estratégias para a contenção de delitos (OLIVEIRA, 2016).

Nos Estados Unidos da América, em 1790, surgiu o sistema filadélfico, que preconizava manter as pessoas privadas de liberdade isoladas, sem contato com pessoas externas e sem direito a trabalhar. A pessoa privada de liberdade tinha que se manter em silêncio, lendo a Bíblia, para poder pensar sobre as atividades criminosas que havia cometido, com a intenção de reinserção social através de castigos físicos, ensinamentos bíblicos e dedicação ao trabalho (OLIVEIRA, 2006).

Já no ano de 1821, no estado de Nova Iorque, teve início o Sistema Auburn, diferente do sistema filadélfico, que permitia às pessoas privadas de liberdade trabalhar e realizar as refeições em um mesmo local, sendo proibidas visitas e atividades físicas. Entretanto, havia a regra do silêncio total, a pessoa privada de liberdade poderia se comunicar somente com a supervisão e autorização de um vigia, caso fosse descumprida essa regra, havia castigos físicos, por caracterizar uma falta disciplinar (OLIVEIRA, 2006).

Ainda no século XIX, teve início o sistema progressivo inglês, e no ano de 1846, com o objetivo de melhorar o ambiente para as pessoas privadas de liberdade, se propôs que a condenação tivesse tempo específico para delito e também pela conduta da pessoa privada. E em 1835, houve o surgimento do sistema irlandês, no qual a pessoa privada de liberdade poderia realizar trabalhos fora das prisões, e se tivesse bom comportamento, poderia ser transferida para uma prisão menos rigorosa (OLIVEIRA, 2006).

Ressalta-se que no Brasil o sistema penitenciário era voltado à exclusão da pessoa da sociedade, sendo esse sistema baseado no sistema progressivo ou irlandês (OLIVEIRA, 2006). Entretanto, no século XX, surge a Constituição Federal do Brasil de 1988, que assegura às pessoas privadas de liberdade o direito ao respeito à sua integridade física e moral. O Capítulo I, que versa sobre os direitos e deveres individuais e coletivos, leciona, no Artigo 5º, que as obrigações e direitos dos homens e das mulheres são iguais, assim como nenhuma pessoa é obrigada a fazer algo a não ser pela lei e ninguém deverá ser submetido a tratamento desumano e em forma de tortura (BRASIL, 1988).

Embora a Constituição Federal preconize tais aspectos, a realidade do sistema prisional pode apresentar celas superlotadas, úmidas, com condições precárias de higiene, com iluminação precária e com pouca circulação de ar,

ocasionando impacto à saúde das pessoas privadas de liberdade, favorecendo o surgimento de agravos de doenças, comprometendo o tratamento destas condições pela dificuldade ao acesso a serviço de saúde no sistema penitenciário (BRASIL, 2014).

Nesse sentido, em 2004, foi instituído o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), com o intuito de garantir os direitos humanos às pessoas privadas de liberdade e também sua inclusão no Sistema Único de Saúde (SUS). Este Plano tem como princípios *“ética, justiça, cidadania, direitos humanos, participação, equidade, qualidade e transparência, sendo esses os princípios básicos das ações de promoção, prevenção e atenção integral à saúde”*. Ressalta-se que algumas das Diretrizes Estratégicas do PNSSP compreendem *“Prestar assistência integral resolutiva, contínua e de boa qualidade às necessidades de saúde da população penitenciária”* (BRASIL, 2004, pg. 13 -14).

No mundo, no ano de 2020, aproximadamente 11 milhões de pessoas estavam privadas de liberdade, segundo o Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crimes (UNODC). Conforme os dados do Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (INFOPEN) de 2019, o Brasil é o terceiro país com a maior população carcerária, se situando em primeiro e segundo lugar os Estados Unidos e a China, respectivamente.

Em 2017, entre os Estados que apresentaram maior lotação nas penitenciárias, o Acre ocupou a primeira posição, na sequência, Pernambuco e Paraná. Em relação à taxa de presos por habitantes, o Paraná apresentou, aproximadamente, 300 prisões por 100.000 habitantes, um total de 40.291 pessoas para 18.723 vagas disponíveis, o que resultava em uma razão de 2,2 presos por vaga (INFOPEN, 2019a). Já no período de julho a dezembro de 2022, 34.187 pessoas estavam privadas de liberdade no estado do Paraná para 28.954 vagas. Em relação à população feminina, 1.674 mulheres estavam privadas de liberdade para um total de 1.657 vagas destinadas a essa população (SISDEPEN, 2023).

Pondera-se que o ambiente prisional por si só apresenta diversos desafios, como a superlotação, obstáculo significativo para um ambiente prisional seguro e saudável, podendo propiciar intenso sofrimento psíquico, transtornos mentais ou o aumento da gravidade destes transtornos. Igualmente alguns tipos de punições, como o isolamento dentro das prisões, podem contribuir para surgir e/ou agravar essa condição de saúde (OLIVEIRA; DAMAS, 2016; UNODC, 2021).

Um estudo feito na Inglaterra com base na análise de prontuários de 26.510 pessoas privadas da liberdade, entre 2004 e 2009, mostrou que, a cada dez pessoas, nove tinham diagnóstico de transtornos mentais, tendo sido registrados 139.195 comportamentos autolesivos, dos quais, 109 cometeram suicídios (HAWTON et al., 2014).

A privação de visitas, a preocupação com os familiares principalmente os filhos, o tempo de confinamento, a superlotação do sistema prisional, problemas econômicos e o não conhecimento da situação prisional podem ocasionar problemas psicológicos como ansiedade, depressão, comportamento autoagressivo e heteroagressivo, abuso de substâncias e suicídio (ABDELAZIZ, 2017).

Os eventos suicidas são considerados emergências no ambiente prisional, sendo necessárias intervenções imediatas, haja vista que o suicídio é entendido como um problema mundial de saúde pública (ABDELAZIZ, 2017; ONU, 2020; WHO, 2021; PAHO, 2023).

O suicídio é uma condição de saúde que remonta à Antiguidade, estando presente em registros históricos desde os povos primitivos. Entre 1046 a.C. e 1006 a.C., registros bíblicos relatam o caso de suicídio de Saul, rei de Israel, em uma batalha contra povos adversários, que, ao se aproximarem para executá-lo, ele se antecipou desferindo contra sua vida com a própria espada (BÍBLIA Sagrada *Online*. 1 Samuel, cap. 31).

Ainda entre os relatos de suicídio na Bíblia Sagrada, o de Judas, que traiu Jesus e o entregou para os príncipes dos sacerdotes por 30 moedas de prata, é constantemente lembrado pelos cristãos até os dias atuais, mais fortemente na semana da Páscoa (BÍBLIA Sagrada *Online*. Mateus, cap. 26, 27; BÍBLIA Sagrada *Online*. Lucas, cap. 22).

Na Idade Média, em algumas regiões da Europa, o corpo da pessoa que cometia suicídio era arrastado na própria cidade por um cavalo até um local destinado a enforcamentos, sendo então pendurado de cabeça para baixo, tendo as mãos amputadas e enterradas separadas do corpo. Proibia-se o enterro em cemitérios a uma pessoa que cometesse suicídio, sendo então enterrada em uma estrada (BOTEGA, 2015).

Em 1750, com a Revolução Industrial, as mudanças que ocorreram afetaram a sociedade e contribuíram para o aumento de problemas de saúde, incluindo transtornos mentais e o suicídio. Os deslocamentos das pessoas da zona rural para

a zona urbana, a aglomeração em determinados locais, a ausência de saneamento básico, o surgimento de doenças, entre outros problemas, contribuíram para o aumento da desigualdade social e para os problemas sociais (BOTEGA, 2015).

Na atualidade, o suicídio é considerado um problema de saúde pública, com consequências nocivas à pessoa e à família. Sabe-se, porém, que os eventos suicidas podem ser frequentemente prevenidos (BOTEGA, 2015; SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017). O suicídio é caracterizado por um comportamento prejudicial a si mesmo, letal, com a intenção de morrer como resultado dessa ação (POSNER et al., 2011; NIMH, 2021).

São entendidos por eventos suicidas aqueles comportamentos com características de autodestruição, com potencial de levar a pessoa a um estado de sofrimento físico e mental, bem como a um desfecho letal. A ideação suicida, conforme a *National Institute of Mental Health* (NIMH), é o ato de pensar, cogitar, refletir ou planejar o suicídio (CDC, 2017; NIMH, 2021). Posner et al. (2011), na criação do instrumento *Columbia Suicide Severity Rating Scale* (C-SSRS), definiram como ideação suicida o desejo de estar morto, pensamentos suicidas ativos não específicos, ideação suicida ativa com um método (sem plano) sem intenção de agir, ideação suicida ativa com plano de agir sem plano específico e ideação suicida ativa com plano e intenção de agir.

Além da ideação, os comportamentos suicidas englobam as tentativas de suicídio, as tentativas interrompidas, as tentativas abortadas e, entre os comportamentos mais graves, está o suicídio. Este último se refere a uma ação concretizada de morte autoinfligida, pois embora seja possível observar indícios que a antecedem, como históricos de ideações e tentativas, é difícil prever sua consumação (POSNER et al., 2011).

Os comportamentos suicidas são classificados em tentativa de suicídio, tentativa de suicídio interrompida, tentativa de suicídio abortada e atos preparatórios e suicídio (POSNER et al., 2011).

A tentativa de suicídio é caracterizada como uma ação dirigida a si mesmo, não fatal e provavelmente prejudicial, com alguma intenção de morte, que pode ou não resultar em lesões e ou em ferimentos. A tentativa de suicídio interrompida compreende um comportamento autolesivo, com intenção de morrer, no entanto, algo ou alguém o interrompeu. Enquanto na tentativa de suicídio abortada, há um

comportamento potencial autolesivo, porém a própria pessoa interrompe antes de ocorrer o dano (POSNER et al., 2011; NIMH, 2021).

Os atos preparatórios de suicídio compreendem a organização de objetos ou o método de como irá cometer o suicídio, como, por exemplo, reunir comprimidos, comprar uma corda, comprar uma arma, pensar no melhor horário para se projetar à frente de um carro, entre outros (POSNER et al., 2011; NIMH, 2021).

Conforme a Lei 13.819, de 26 de abril de 2019, que institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, o suicídio consumado, a tentativa de suicídio e a automutilação, com ou sem ideação suicida, são compreendidos como violência autoprovocada (BRASIL, 2019).

A *World Health Organization* (WHO) explicita que, no ano de 2019, mais de 700 mil pessoas morreram por suicídio, em cada 100 mortes uma foi por suicídio, sendo a quarta causa de mortes entre jovens de 15 a 29 anos, perdendo para acidentes de trânsito, tuberculose e violência interpessoal (WHO, 2021a). Mostra também a prevalência de óbitos por suicídio pelo sexo masculino em países de alta renda em comparação com os países de baixa e média renda (16,5 por 100 mil) e por suicídio pelo sexo feminino em países de baixa e média renda em comparação com os países de alta renda (7,1 por 100 mil) (WHO, 2021b).

Nos Estados Unidos da América, independentemente da raça ou da cor, homens têm índice de suicídio quatro vezes maior em relação às mulheres. Eles utilizam métodos mais agressivos, como, por exemplo, armas de fogo, enforcamento e precipitação de lugares altos, enquanto as mulheres usam frequentemente venenos, medicações e substâncias psicoativas. Contudo, está ocorrendo entre elas aumento de tentativas de suicídio com o uso de armas de fogo (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

A *Pan American Health Organization* (PAHO) no dia 08 de setembro de 2023 traz em sua publicação que, por ano, aproximadamente 100 mil pessoas morrem por suicídio nas Américas, também que houve aumento de 17% nos óbitos por suicídio nas Américas entre 2000 e 2019, sendo a única região da Organização Mundial da Saúde (OMS) a ter um aumento (PAHO, 2023).

No ano de 2019, o Ministério da Saúde publicou o boletim epidemiológico "*Suicídio: tentativas e óbitos por intoxicação exógena no Brasil entre 2007 e 2017*". Ao longo desses 10 anos, houve 470.913 casos de intoxicação exógena no Brasil,

sendo 220.045 (46,7%) casos caracterizados como tentativas de suicídio: 153.745 (69,9%) do sexo feminino e 66.275 (30,1%) do sexo masculino (BRASIL, 2019).

Conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS), os fatores de risco para o comportamento suicida são situação socioeconômica e escolaridade baixa, problemas de relacionamento familiar e social, traumas, violência física e sexual, perdas pessoais, transtornos mentais como depressão e esquizofrenia, abuso de álcool e substâncias, baixa autoestima, orientação sexual, dificuldades para enfrentar os problemas, dificuldade em controlar a impulsividade e a autolesão, visualização de suicídio de uma pessoa e patologias físicas ou dores crônicas (OMS, 2006; SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

Vale ressaltar que uma em cada três pessoas com doenças físicas que necessitam de tratamento médico, como, por exemplo, perda da mobilidade, amputações, dor sem melhora mesmo com uso de medicação, doença renal crônica realizando hemodiálise, doenças/tratamentos que trazem perda do emprego e isolamento social, cometeu suicídio seis meses depois de buscar tratamento ou descobrir a doença. Entretanto, o maior índice de suicídio e tentativa de suicídio está relacionado aos transtornos mentais com 95%: 80% dos casos estão relacionados aos transtornos depressivos; 10% à esquizofrenia; e 5%, à demência ou *delirium*. Ainda, 25% de todas as pessoas com transtornos mentais fazem uso de álcool e têm duplicidade no diagnóstico psiquiátrico (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

Um estudo conduzido em um Centro de Atenção Psicossocial III (CAPS III) no município de Manaus (AM), entre setembro de 2018 e agosto de 2019, com 172 pessoas, 70 (40,7%) homens e 102 (59,3%) mulheres, 52 apresentaram diagnóstico de doenças clínicas. As principais condições clínicas encontradas foram hipertensão arterial sistêmica e diabetes *mellitus*, e das 52 pessoas com diagnóstico, somente 86,5% faziam tratamento clínico. Das 102 mulheres que participaram do estudo, 24 tinham diagnóstico de esquizofrenia, 23 de depressão, 29 de transtorno afetivo bipolar, quatro apresentavam deficiência intelectual, dez apresentavam transtornos de ansiedade, três, transtornos de personalidade, três, transtornos esquizoafetivos, três, tinham psicose orgânica e três nenhum transtorno (FRANÇA et al., 2021).

Destaca-se que o risco de suicídio é de 3 a 12 vezes maior em pessoas com diagnósticos de transtornos mentais do que em pessoas sem esse diagnóstico, sendo que o risco varia dependendo do transtorno mental, da idade, do sexo, se faz tratamento ambulatorial ou se está em internamento. Os principais grupos de risco

correspondem a pessoas com transtornos depressivos, esquizofrenia e abuso de substâncias (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

Outro estudo conduzido em quatro cidades da Região Nordeste do Brasil, entre novembro de 2013 e julho de 2014, com o objetivo de “analisar experiências de mulheres idosas nordestinas com a ideação e tentativa de suicídio”, das 14 mulheres participantes do estudo, todas apresentaram ideação suicida e 12 tentaram suicídio usando veneno. Como histórico de vida dessas mulheres, o estudo mostra como principais fatores a vivência de violências físicas, psicológicas, sexuais e maus tratos, principalmente por companheiros e familiares, assim como depressão pós-parto, solidão e isolamento social (SILVA et al., 2018).

Outro estudo conduzido entre abril e outubro em 2018 em três CAPS AD III na cidade de Curitiba (PR), dos 137 participantes, 112 (81,8%) declararam que em algum momento da vida desejaram estar mortos, pensaram em tirar a própria vida e tiveram ideação suicida. Neste mesmo estudo, 97 (70,8%) apresentaram pensamentos suicidas ativos não específicos; 87 (63,5%) tiveram ideação suicida ativa com algum método, sem plano e sem intenção de agir; 73 (53,3%), ideação suicida com intenção, sem plano específico; e 55 (40,1%) tiveram ideação suicida com plano e intenção, a forma mais grave de ideação suicida (VALE, 2021).

A Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, publicada na Lei 13.819, de 26 de abril de 2019, tem como alguns objetivos a promoção da saúde mental, prevenção da violência autoprovocada, controle de fatores determinantes e condicionantes da saúde mental, garantia do acesso à atenção psicossocial às pessoas com sofrimento psíquico agudo ou crônico, em especial pessoas com histórico de automutilações, ideação suicida e tentativa de suicídio, assim como a abordagem adequada aos familiares e pessoas que estão próximas das vítimas de suicídio, garantindo-lhes assistência psicossocial (BRASIL, 2019).

Confirmando a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) das Nações Unidas reforçam as ações da Agenda 2030 no objetivo três: a meta de saúde e bem-estar com finalidade de reduzir até 2030 a carga de transtornos mentais e a prevenção de mortes por suicídio (BRASIL, 2023).

Para a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), as mulheres são mais suscetíveis à depressão devido às oscilações hormonais, sendo que durante a vida elas têm 10% a 25% de risco à depressão e a

população masculina têm de 5% a 12%, sendo também mais suscetíveis a riscos relacionados à saúde mental (FEBRASGO, 2023).

Ressalta-se que a população feminina é mais vulnerável a diversos tipos de violência durante a vida. Segundo a OMS, uma em cada três mulheres durante a vida sofre violência física ou sexual, tendo como agressores os parceiros e não parceiros, compreendendo 736 milhões de mulheres em todo o mundo. Essas violências geralmente começam na faixa etária entre 15 e 24 anos e podem ter grande impacto na sua saúde mental (OMS, 2021).

O perfil das mulheres privadas de liberdade no Brasil segundo alguns estudos nacionais, é de baixa escolaridade, jovens, solteiras, com filhos e baixa renda (ORMENO et al., 2017; BORGES et al., 2018; ARAÚJO et al., 2020; DALENOGARE et al., 2022).

Para a população feminina privada de liberdade, alguns fatores podem influenciar no adoecimento mental, como a disparidade do cumprimento dos direitos da população feminina quando comparada à masculina e ainda que muitas delas têm um histórico de abusos sexuais e físicos antes da privação de liberdade. Durante o cumprimento da pena, a população feminina passa por diversas situações constrangedoras, como ter sua região íntima revistada por vezes desnecessariamente, ser forçada a se despir, abusos psicológicos e sexuais, humilhações, abandono familiar, o não recebimento de visitas íntimas (BRASIL, 2014; UFSC, 2015; ONU, 2020).

O Ministério da Saúde publicou em 2015 a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM). A PNAISM traz como um dos objetivos gerais a promoção da melhoria da saúde e formas de vida da população feminina brasileira, estando, entre os objetivos específicos, a promoção da atenção à saúde das mulheres no sistema prisional. Já a PNPM tem como objetivo geral “Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres em todas as fases do seu ciclo vital, garantindo os direitos sexuais e os direitos reprodutivos, bem como os demais direitos legalmente constituídos” (BRASIL, 2016, p.16). Como um dos objetivos específicos, está a contribuição para a redução de morbidade e de mortalidade da população feminina do Brasil por causas que podem ser evitadas, em todas as fases da vida, sem discriminação (BRASIL, 2016).

Segundo o Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias do Sistema de Informações do Departamento Penitenciário Nacional (SISDEPEN), dos meses de julho de 2021 a dezembro de 2021, a população total no sistema prisional feminino em todo o Brasil era de 30.625. No Paraná, 1.546 mulheres estavam privadas de liberdade no sistema prisional estadual (SISDEPEN, 2022). Em 2022, dados dos meses de julho a dezembro, no Brasil 642.638 pessoas estavam privadas de liberdade, 27.547 (4,29%) do sexo feminino. Já no Paraná são 34.187, 1.674 (4,9%) do sexo feminino (SISDEPEN, 2023).

Segundo estudos nacionais, o motivo de privação mais frequente é o tráfico de drogas, muito pelo fato de essas mulheres fazerem o transporte de drogas para os seus parceiros, também em razão da baixa escolaridade e do desemprego, assim, para conseguir se sustentar, elas se envolvem em atividades criminosas (ORMENO et al., 2017; ARAÚJO et al., 2020; DALENOGARE et al., 2022).

Conforme o INFOPEN, em seu levantamento de dados no ano de 2016, a cada 100 mil mulheres, 4.645 (4,5%) morreram vítimas de homicídios, 2.396 (2,3%) morreram vítimas de suicídios e 2.471 (2,4%) por causas desconhecidas. Enquanto no sistema prisional, a cada 100 mil, 11 (30,3%) morreram vítimas de homicídios, 10 (27,5%) por suicídios e 5 (13,8%) de causas desconhecidas (INFOPEN, 2019b).

No que concerne ao último levantamento de 2022, no período de julho a dezembro, das 33 mortes de mulheres privadas de liberdade que ocorreram no sistema prisional no Brasil, nove (27,27%) foram por suicídio e no Paraná, o único óbito nesse período foi por suicídio (100%) (SISDEPEN, 2023).

Quando se trata de sistema prisional, as mulheres são mais vulneráveis pela dificuldade de obter cuidados de higiene, atendimento humanizado e eficaz de ginecologia e obstetrícia, acesso à prevenção e ao diagnóstico ao câncer de colo de útero e mama, estando sujeitas a infecções sexualmente transmissíveis e a patologias e suas complicações, comuns na população geral. Outros fatores de vulnerabilidade importantes são a violência física e a violência sexual (UFSC, 2015).

No Brasil, entre os meses de julho e dezembro de 2022, das 2511 mulheres com doenças transmissíveis que estavam privadas de liberdade: 1.413 (56,27%) tinham sífilis; 769 (30,6%), HIV; 182 (7,25%), hepatite; 111 (4,42%), tuberculose; e 36 (1,43%) tinham hanseníase. Já no Paraná, no mesmo período, das 196 mulheres com doenças transmissíveis privadas de liberdade: 147 (75%) tinham sífilis; 40

(20,41%), HIV; 5 (2,55%), hepatite; e 4 (2,04%) tinham tuberculose (SISDEPEN, 2023).

Um estudo conduzido com 80 mulheres privadas de liberdade na Penitenciária Feminina do Distrito Federal - Brasil, em 2015 e 2016, mostrou que 52 (65%) participantes tentaram o suicídio: 14 (27%) tentaram somente uma vez, 13 (25%) tentaram duas vezes, 11 (23%) tentaram três vezes e 14 (27%) tentaram mais de três vezes, sendo que 63 (66%) tentativas ocorreram fora do presídio e 33 (34%) dentro da prisão. As formas de tentativas foram 33 (34%) por enforcamento, 19 (20%) por uso de psicotrópicos, 19 (20%) por ferimento cortante (pulso ou pescoço) e 11 (11%) por precipitação (prédios, casas, viadutos etc.) (ABDELAZIZ, 2017).

Outro estudo foi conduzido com 228 pessoas privadas de liberdade na Penitenciária Estadual Mista Professor Aluísio Ignácio de Oliveira, localizada no Estado de Minas Gerais, no período de maio a julho de 2018, sendo 39 (17,1%) do sexo feminino e 189 (82,9%) do sexo masculino. Os autores mostram que, das 228 pessoas, 48 (21,1%) apresentavam pensamentos suicidas desde o aprisionamento, 17 (35,4%) tiveram pensamentos suicidas uma vez na vida e 80 (35,1%) da população total do estudo fazia uso de medicamentos controlados e 20 (51,3%) das mulheres tinham pensamentos suicidas em comparação com 28 (14,8%) da população masculina (RANUZI et al., 2020).

Em 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) comunicou o surto pelo novo coronavírus como uma “*Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional*”, declarando-o em 11 de março do mesmo ano como pandemia (OPAS, 2020). O coronavírus SARS-CoV-2 causa a COVID-19, doença infecciosa, cujos principais sintomas são fadiga, hipertermia, tosse, dor na garganta, cefaleia, mialgia e calafrios (OPAS, 2020; OPAS, 2021a).

Até 12 de agosto de 2022 no mundo, 585.950.085 pessoas tiveram o diagnóstico confirmado de infecção por COVID-19, tendo 6.425.422 ido a óbito (WHO, 2022). Neste mesmo período, no Brasil, 34.148.131 pessoas foram confirmadas com COVID-19, tendo 681.253 ido a óbito desde o início da pandemia (BRASIL, 2022).

Para a *United Nations Office on Drugs and Crime* (UNODC), os presídios e os locais de privação de liberdade são considerados de alto risco para as pessoas privadas de liberdade se contaminarem com a COVID-19 pela dificuldade de manter

distanciamento físico, sendo a superlotação um dos principais desafios para evitar a transmissão e para tomar medidas de prevenção (UNODC, 2021).

Ao considerar que a pandemia aumentou os fatores de riscos aos comportamentos suicidas pela perda de emprego, falência, dificuldade ao acesso a tratamento de saúde, violências sofridas, abuso físico, abuso sexual, violência psicológica e transtornos, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) solicitou prioridade na prevenção ao suicídio (OPAS, 2021b).

Conforme o Código de Ética de Enfermagem, revisado no ano de 2017, consta na Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº564/2017 a enfermagem como uma ciência, arte e prática social, que tem como essencial a organização e “funcionamentos dos serviços de saúde”, cuja responsabilidade está na promoção e restauração da saúde, proporcionando prevenção de agravos de doenças, trazendo diminuição do sofrimento. Salientando os princípios fundamentais que reiteram como essencial ao exercício da profissão respeitar os direitos humanos, que incluem os direitos:

à vida, à saúde, à liberdade, à igualdade, à segurança pessoal, à livre escolha, à dignidade e a ser tratada sem distinção de classe social, geração, etnia, cor, crença religiosa, cultura, incapacidade, deficiência, doença, identidade de gênero, orientação sexual, nacionalidade, convicção política, raça ou condição social (COFEN, 2017, p. 1).

O mesmo Código de Ética traz os princípios fundamentais da enfermagem, ressaltando que “*A Enfermagem é comprometida com a produção e a gestão do cuidado prestado nos diferentes contextos socioambientais e culturais em resposta às necessidades da pessoa, família e coletividade*” (COFEN, 2017, p.1).

Destarte, o cuidado de enfermagem ultrapassa a realização de procedimentos específicos de enfermagem incluindo curativos, banhos, administração de medicação, entre outros. Não obstante, o cuidado de enfermagem precisa ser focado no ser humano, com suas ações voltadas ao bem-estar da pessoa que está sendo cuidada, buscando entender seus medos, anseios e preocupações, colocando-se no lugar do outro, cuidando para não o julgar independentemente do que a pessoa tenha feito e ter ações empáticas em seus procedimentos (WALDOW, 2015; SANTOS et al., 2017).

Sendo a enfermagem responsável pela elaboração de estratégias de saúde e prevenção de agravos, considera-se relevante desenvolver estudos na temática

ideação e comportamentos suicidas entre mulheres privadas de liberdade, tendo em vista contribuir na produção de conhecimento sobre as características dessa população e, assim, gerar evidências que poderão ser utilizadas na elaboração de estratégias de prevenção para a população estudada, no planejamento do cuidado de enfermagem, no sistema prisional e na abordagem dessas mulheres.

Considerando como objeto deste estudo a “ideação e os comportamentos suicidas em mulheres privadas de liberdade”, foi estabelecida a seguinte questão norteadora: Quais as características da ideação e dos comportamentos suicidas em mulheres privadas de liberdade?

1.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a ideação e os comportamentos suicidas em mulheres privadas de liberdade em uma unidade prisional do Estado do Paraná.

1.1.1 Objetivos específicos

Caracterizar o perfil sociodemográfico, econômico e clínico das mulheres privadas de liberdade em uma unidade do sistema prisional do Estado do Paraná.

Caracterizar o tipo, a gravidade e a intensidade da ideação suicida durante a vida em mulheres privadas de liberdade pela aplicação do *Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS)*.

Caracterizar os comportamentos suicidas durante a vida em mulheres privadas de liberdade pela aplicação do C-SSRS.

Analisar as associações relacionadas ao perfil sociodemográfico, econômico, clínico e legal das mulheres privadas de liberdade com ideação e comportamentos suicidas.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

2.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e transversal.

A pesquisa quantitativa utiliza técnicas estatísticas com a finalidade de obter resultados que evitem possíveis equívocos de análise e interpretação, focaliza limites de grandeza e quantidade dos fatores de situações presentes. Na abordagem quantitativa, os dados coletados são expressos em números, considerando tudo que pode ser quantificável, traduzindo, assim, dados e opiniões em números para serem analisados (HULLEY, 2015).

O estudo descritivo observa o presente, registra e descreve os acontecimentos sem a interferência do pesquisador, aborda o levantamento dos dados e o porquê desses dados, que podem ser apresentados em quatro aspectos: descrição, registro, análise e interpretação dos fenômenos. Neste método, é feita a descrição do acontecimento em um determinado recorte de tempo e espaço (HULLEY, 2015).

O estudo transversal é um tipo de estudo observacional, que visa a analisar a situação de cada indivíduo em um determinado momento, a partir da condição em que se encontra (HULLEY, 2015).

2.2 LOCAL DO ESTUDO

Este estudo foi desenvolvido em uma unidade prisional no Estado do Paraná, que, entre outros serviços, oferece tratamento clínico e psiquiátrico a pessoas privadas de liberdade, condenadas ou presas provisoriamente, do sexo masculino e feminino. Também funciona como unidade de prisão especial, destinada a pessoas em privação de liberdade que tenham direitos especiais, dependendo do cargo ou função exercida, pessoas com ensino superior e pessoas da jurisdição cível (DEPPEN, 2022).

Essa unidade penal é composta por nove galerias, incluindo o Hospital Penitenciário, em que são alojadas pessoas privadas de liberdade com transtornos mentais, com necessidades especiais, presos especiais (pessoas com ensino superior ou policiais), pessoas para tratamentos clínicos e a população feminina.

Sua estrutura física é composta por um almoxarifado, um laboratório de exames laboratoriais, um consultório médico, uma enfermaria, uma sala de emergência, quatro consultórios, uma farmácia, um consultório odontológico, um auditório, duas salas de aula, um consultório para atendimento psicológico e serviço social, uma sala de atendimento pedagógico, uma sala de responsabilidade dos recursos humanos, um refeitório, pátios, uma horta, que é cuidada por uma pessoa privada de liberdade, e um posto policial da Polícia Militar do Paraná.

Na época da coleta de dados a equipe de saúde da unidade penal era composta por cinco enfermeiras: uma enfermeira responsável pela epidemiologia do Sistema Prisional do Estado do Paraná, juntamente com uma técnica de enfermagem, e uma enfermeira responsável pelos agendamentos de exames, de consultas externas e pela solicitação de escolta policial para acompanhar pessoas aprisionadas em consultas e tratamentos externos ao presídio. Outras três enfermeiras e 21 técnicos de enfermagem responsáveis pelo cuidado das pessoas privadas de liberdade, além de uma farmacêutica, uma bioquímica, uma psicóloga, uma dentista, uma auxiliar de saúde bucal e quatro médicos - dois clínicos, uma psiquiatra e um psiquiatra forense.

2.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população total alojada em regime fechado na unidade penal durante o período de coleta dos dados era composta por 732 pessoas privadas de liberdade: 700 homens e 32 mulheres.

A amostra deste trabalho foi constituída por 30 mulheres. À época de submissão do projeto ao Comitê de Ética, havia 59 mulheres na unidade penal, no entanto, no início da coleta de dados para o teste piloto, esse número foi modificado em razão da interdição do setor de saúde local, impedindo a admissão de novas pessoas privadas de liberdade a partir do dia 04 de abril de 2022.

No início da coleta de dados, havia 42 mulheres condenadas e/ou aguardando julgamento, cinco participaram do teste piloto, portanto, não fizeram parte da amostra, houve uma recusa mesmo sendo abordada três vezes e seis perdas por terem recebido alvará de soltura ou transferência para outras unidades prisionais antes de receberem o convite para participar da pesquisa.

A amostra foi estabelecida por conveniência, a qual se dá pelo fato de o pesquisador entrevistar pessoas a quem ele tem fácil acesso e que atendem aos critérios de inclusão da pesquisa. Este tipo de amostragem não apresenta fundamentação matemática ou estatística, sendo dependente somente dos critérios do entrevistador (GIL, 2007; HULLEY, 2015).

Foram incluídas na pesquisa mulheres com 18 anos ou mais, que aceitaram participar do estudo. Os critérios de exclusão foram mulheres com *déficit* cognitivo descrito em prontuário, também informado pela equipe de saúde e pelas policiais penais, mulheres com doenças infecto-contagiosas conforme protocolo de segurança da instituição no momento da coleta de dados, e as que não estivessem na unidade penal no período de coleta, como, por exemplo, estivessem internadas em hospital clínico ou tivessem sido encaminhadas à maternidade para parto, sendo que depois disto elas não mais retornariam à unidade prisional, mas encaminhadas a outras unidades penais.

2.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Para a coleta dos dados, foram utilizados dois instrumentos, o *Columbia-Suicide Severity Rating Scale* (C-SSRS) (ANEXO 1), de Posner et al. (2011), e o outro denominado “Instrumento para Coleta de Dados - Autoria Própria”, elaborado pelas autoras deste projeto para coletar dados sobre aspectos sociodemográficos, socioeconômicos, clínicos e farmacoterapêuticos assim como dados adicionais sobre as características da ideação e dos comportamentos suicidas.

2.4.1 *Columbia-Suicide Severity Rating Scale* (C-SSRS)

O C-SSRS é um instrumento traduzido para o português como Escala de Classificação de Gravidade do Suicídio, que tem como intenção avaliar o risco suicida em adolescentes e adultos. É uma entrevista semiestruturada com perguntas que avaliam a gravidade e a intensidade da ideação suicida, os comportamento e a letalidade da(s) tentativa(s) de suicídio (POSNER et al., 2011; POSNER et al., 2014).

Este instrumento foi elaborado por pesquisadores de três universidades dos Estados Unidos da América (EUA), *Columbia University, University of Pennsylvania*

e *University of Pittsburgh*, em um curso da *National Institute of Mental Health* (POSNER et al., 2011; POSNER et al., 2014).

São quatro as subescalas que avaliam a gravidade e a intensidade da ideação suicida, os comportamento suicidas e a letalidade da(s) tentativa(s) de suicídio.

A primeira subescala, gravidade da ideação, é avaliada em uma escala sequencial de cinco pontos: 1. Desejo de estar morto; 2. Pensamentos suicidas ativos não específicos; 3. Ideação suicida ativa com algum método sem intenção de agir; 4. Ideação suicida ativa com alguma intenção de agir, sem plano específico; e 5. Ideação suicida ativa com plano específico e intenção. Quanto maior a pontuação, maior a gravidade da ideação (POSNER et al., 2011).

A segunda subescala, que avalia a intensidade de ideação, denominada “subescala de intensidade”, compreende cinco itens, cada um avaliado em uma escala sequencial de cinco pontos: frequência, duração, controlabilidade, impedimentos e motivo da ideação. Quanto maior a pontuação, maior a intensidade da ideação (POSNER et al., 2011).

A terceira subescala, que se refere ao comportamento, é classificada em uma escala nominal que inclui tentativas reais, abortadas e interrompidas de suicídio, atos preparatórios e comportamento autolesivo sem intencionalidade de morte (POSNER et al., 2011).

A quarta subescala, que trata da letalidade efetiva ou dos danos físicos, avalia as tentativas reais. A letalidade efetiva é classificada em uma escala sequencial de seis pontos e, no caso de pontuação zero, ausência de danos físicos ou danos físicos muito leves, é feita a avaliação da letalidade potencial das tentativas. A avaliação da letalidade potencial é feita por uma escala sequencial de três pontos, que avalia o comportamento sem probabilidade de causar lesão ou comportamento com probabilidade de acarretar morte, apesar da assistência médica (POSNER et al., 2011).

Para avaliar o instrumento C-SSRS, foram feitos um estudo com 124 adolescentes que tentaram suicídio e estavam em tratamento para prevenção de novas tentativas de suicídio, um estudo com 312 adolescentes com depressão e outro com 237 adultos que estavam no setor de emergência por motivos psiquiátricos (POSNER et al., 2011).

O C-SSRS utiliza na sua avaliação períodos distintos da ideação suicida e dos comportamentos, podendo ser no momento da entrevista ou durante a vida, por exemplo (POSNER et al., 2011). Nesta dissertação, será utilizada a presença de ideação e de comportamentos suicidas durante a vida, independentemente de ter ocorrido antes ou durante a privação de liberdade.

O C-SSRS, para a utilização nesta dissertação, foi autorizado formalmente pela Prof^a Dr^a Kelly Posner, da *Columbia University* (ANEXO 2).

2.4.2 Instrumento para Coleta de Dados - Autoria Própria

Com base na leitura de artigos, os autores elaboraram um instrumento com o intuito de coletar dados de caracterização dos participantes por meio de entrevista e por alguns dados do prontuário. Denominou-se o instrumento como “Instrumento de Coleta de Dados - Autoria Própria” (APÊNDICE 1), com questões agrupadas em sociodemográficas, gestação, ideação e comportamentos suicidas, condições clínicas, condições clínicas mentais, uso de substâncias, violência presenciada, violência física, psicológica e violência sexual e perguntas relacionada à COVID-19.

2.5 CAPACITAÇÃO DOS ENTREVISTADORES

Participaram da coleta de dados do macroprojeto uma doutoranda, uma mestranda e uma enfermeira, para tanto, foi feita, de dezembro de 2021 a fevereiro de 2022, a capacitação dos envolvidos, com o intuito de assegurar ao máximo a uniformidade da aplicação dos instrumentos de coleta.

A capacitação ocorreu em duas etapas: na primeira etapa, os entrevistadores se submeteram a um treinamento *on-line* de 20 horas sobre a aplicabilidade do instrumento quanto à ideação e aos comportamentos suicidas, requisito exigido pelos idealizadores do instrumento C-SSRS (ANEXO 3). Na segunda etapa, foi discutido o Instrumento para coleta de dados de autoria própria e feitas simulações de aplicação dos instrumentos entre os entrevistadores para promover familiaridade com as questões e a temática em estudo.

Ressalta-se que, anteriormente ao início da capacitação, o Instrumento para coleta de dados de autoria própria foi submetido a uma leitura por duas professoras

da UFPR, por uma doutora externa e duas enfermeiras do campo de coleta (uma mestre).

A capacitação de entrevistadores foi feita para a utilização dos dois instrumentos, o Instrumento para coleta de dados de autoria própria e o C-SSRS.

2.6 TESTE PILOTO

O Teste Piloto foi conduzido no Hospital Penitenciário (HP), que faz parte da unidade prisional, no período de 29 de abril a 10 de maio de 2022, mediante a aplicação dos dois instrumentos de coletas de dados a 10 pessoas privadas de liberdade, sendo cinco mulheres e cinco homens, com o intuito de analisar a aplicabilidade das questões quanto à sequência, clareza de linguagem, tempo da entrevista, medidas de segurança a serem tomadas e adequação do local pelos policiais penais para a operacionalização da entrevistas.

Após a aplicação dos instrumentos, foi identificada a necessidade de alterar a sequência de quatro questões para dar início à coleta de dados.

2.7 COLETA DE DADOS

A coleta dos dados ocorreu de 28 de maio de 2022 a 30 de agosto de 2022. Antes, porém, foi feita a vacinação completa das pessoas privadas de liberdade na unidade penal com a participação das entrevistadoras.

Visando à segurança dos entrevistadores e dos participantes, as entrevistas individuais ocorreram com as mulheres com suas mãos algemadas, com a presença da policial penal na distância de um a dois metros, porta aberta, considerando as medidas de segurança estabelecidas pela Unidade Prisional, em um consultório ou enfermaria com uma mesa e uma cadeira para a entrevistada e o entrevistador.

As participantes foram individualmente convidadas a participar da pesquisa com a presença da policial penal, com ciência da equipe de enfermagem, da direção da unidade penal e, àquelas que concordaram, foi lido e entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). No caso de recusa, foram feitas novas abordagens (até três vezes) em diferentes datas, para, somente após, serem consideradas as recusas.

Para iniciar a abordagem dentro da unidade penal, os entrevistadores precisaram comprovar sua vacinação contra a COVID-19, seguir as normas vigentes do Ministério da Saúde e do Estado do Paraná sobre as medidas de prevenção à COVID-19, fazer o uso de máscara cirúrgica e seguir o protocolo do Departamento de Polícia Penal do Estado do Paraná (DEPPEN).

2.8 VARIÁVEIS DO ESTUDO

As variáveis ordinais são apresentadas de forma ordenada em suas classes, já as variáveis nominais de forma não ordenada (HULLEY, 2015).

A variável dependente (desfecho) deste estudo corresponde à presença de ideação e de comportamentos suicidas durante a vida.

As variáveis independentes compreendem 98 perguntas: nove relacionadas aos aspectos sociodemográficos; 13, à condições de saúde física; 20, à condições de saúde mental; 11, aos aspectos legais e criminais; 12, ao histórico de violência física, psicológica e sexual; 28, à ideação e aos comportamentos suicidas durante a vida; e seis sobre ideação e comportamentos suicidas durante a privação de liberdade (APÊNDICE 3).

2.9 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados mediante aplicação dos instrumentos C-SSRS e instrumento próprio foram codificados e inseridos em uma planilha de Excel®, com dupla digitação.

As variáveis analisadas foram sociodemográficas, aspectos legais prisionais, condições de saúde física e mental e comportamentos suicidas. Foram feitas análises descritivas com a utilização de frequências absolutas e relativas para as variáveis categóricas, e média, mediana e amplitude interquartil para as variáveis contínuas.

Na etapa inferencial, foi calculada a *Odds Ratio* (OR) como medida de efeito com intervalo de confiança de 95% (IC95%) da variável dependente “tentativa efetiva de suicídio” em relação às independentes, com a Regressão Logística, tendo sido considerado significativo o valor de $p < 0,05$, com o teste de máxima verossimilhança.

Esses dados foram exportados para o programa *Stata*, versão 12 (*StataCorp, College Station, Estados Unidos*).

2.10 ASPECTOS ÉTICOS

Todos os aspectos éticos foram respeitados de acordo com a Resolução n° 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde e os direitos dos participantes com transtornos mentais. Esta dissertação está inserida no Projeto Ideação e comportamentos suicidas por pessoas privadas de liberdade no sistema prisional do Estado do Paraná, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Paraná (UFPR), sob a inscrição CAAE: 54899521.7.0000.0102, e o parecer n° 5.259.143. O Projeto também foi submetido ao Comitê de Ética do Departamento Penitenciário do Estado do Paraná (DEPEN) e obteve parecer favorável sob o registro n° 18.000.648-6. Antes de iniciar a aplicação dos instrumentos de coleta de dados, foi solicitada aos participantes a assinatura do TCLE (APÊNDICE 2).

3 RESULTADOS

Os resultados deste estudo conduzido com mulheres privadas de liberdade estão apresentados de forma descritiva e com a análise inferencial dos dados, organizados da seguinte forma: 1) Caracterização sociodemográfica e econômica; 2) Caracterização das condições de saúde física e mental; 3) Caracterização dos aspectos legais e prisionais; 4) Caracterização de histórico de violência sexual, física e psicológica; 5) Caracterização e Análise da ideação e comportamentos suicidas. Na sequência, são apresentados os resultados associados aos desfechos: 6) Desejo de estar morto; 7) Pensamentos suicidas ativos não específicos; 8) Ideação suicida ativa com algum método (sem plano) sem intenção de agir; 9) Ideação suicida ativa com alguma intenção de agir, sem planos específico e método; 10) Ideação suicida ativa com plano específico e intenção; e 11) Tentativa efetiva de suicídio e intensidade da ideação.

3.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E ECONÔMICA

Das 30 participantes, 15 (50,0%) eram da faixa etária de 30 a 49 anos; 15 (50,0%) declararam-se pardas; 18 (60,0%), solteiras; 26 (86,7%) tinham filhos; 13 (43,4%) moravam com a família antes da privação de liberdade; e 15 (50,0%) tinham o ensino fundamental incompleto. No que se refere aos aspectos socioeconômicos: 8 (53,3%) apresentavam renda inferior a um salário mínimo; 17 (56,7%) estavam desempregadas antes da privação; e 12 (40,0%) tinham a profissão de serviços gerais e emprego doméstico.

TABELA 1- DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE CONFORME DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E ECONÔMICOS. PARANÁ, 2022 (continua)

IDADE	30 (N)	100 (%)
30-49	15	50,0
18-29	13	43,3
Acima de 50 anos	2	6,7
Total	30	100
RAÇA	30 (N)	100 (%)
Parda	15	50,0
Branca	11	36,6

TABELA 1- DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE CONFORME DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E ECONÔMICOS. PARANÁ, 2022 (conclusão)

Preta	2	6,7
Indígena	2	6,7
ESTADO CONJUGAL	30 (N)	100 (%)
Solteira	18	60,0
Casada	6	20,0
Divorciada	3	10,0
Viúva	2	6,7
Separada	1	3,3
FILHOS	30 (N)	100 (%)
Sim	26	86,7
Não	4	13,3
MORADIA ANTES DA PRIVAÇÃO DE LIBERDADE	30 (N)	100 (%)
Família	13	43,4
Amigos	9	30,0
Sozinha	6	20,0
Companheiros	1	3,3
Outros	1	3,3
ESCOLARIDADE	30 (N)	100 (%)
Ensino fundamental incompleto	15	50,0
Ensino médio completo	6	20,0
Ensino fundamental completo	4	13,3
Superior completo	3	10,0
Sem instrução	2	6,7
RENDA FAMILIAR*	15 (N)	100 (%)
< salário mínimo	8	53,3
> salário mínimo	7	46,7
SITUAÇÃO EMPREGATÍCIA	30 (N)	100 (%)
Desempregada	17	56,7
Empregada	10	33,4
Aposentada	2	6,6
Pensionista	1	3,3
PROFISSÃO	30 (N)	100 (%)
Serviços gerais e emprego doméstico	12	40,0
Operadores de máquina e transporte	5	16,8
Ocupações técnicas e militares	4	13,3
Vendas, produção e apoio administrativo	4	13,3
Nunca Trabalhou	4	13,3
Ocupações Administrativas, gerenciais	1	3,3

FONTE: A autora (2023).

NOTA: *15 pessoas não responderam.

3.2 CARACTERIZAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE FÍSICA E MENTAL

A Tabela 2 traz os dados das condições de saúde física: 9 (30,0%) participantes tinham uma condição crônica; 3 (10,0%) apresentaram alterações endócrinas e metabólicas; 8 (26,7%) faziam tratamento para as condições saúde; 9 (30%) faziam uso de terapêutica medicamentosa; e 2 (6,7%) mulheres estavam em gestação.

TABELA 2 - DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE SEGUNDO AS CONDIÇÕES DE SAÚDE FÍSICA. PARANÁ, 2022

CONDIÇÕES DE SAÚDE FÍSICA	30 (N)	100 (%)
Não	21	70,0
Sim	9	30,0
PRINCIPAIS CONDIÇÕES DE SAÚDE FÍSICA	30 (N)	100 (%)
Endócrinas e metabólicas*	3	10,0
Condições cardíacas	2	6,7
Deficiência física	2	6,7
Infecções sexualmente transmissíveis	1	3,3
Condição hepática	1	3,3
Não se aplica	21	70,0
TRATAMENTO PARA CONDIÇÕES DE SAÚDE FÍSICA	30 (N)	100 (%)
Sim	8	26,7
Não	1	3,3
Não se aplica	21	70,0
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA	30 (N)	100 (%)
Não	21	70,0
Sim	9	30,0
GESTANTE	30 (N)	100 (%)
Não	28	93,3
Sim	2	6,7

FONTE: A autora (2023).

NOTA: *: alteração na tireoide e dislipidemia.

Observa-se na Tabela 3 que, antes do início da pandemia, 6 (20%) mulheres estavam privadas de liberdade, 11 (36,6%) tiveram diagnóstico de COVID-19, 10 (33,3%) apresentaram sintomas, sendo que as perdas de olfato e de paladar foram os sintomas mais referidos por 4 (13,4%) mulheres, 1 (3,3%) ficou internada em

razão da COVID-19, 16 (53,3%) relataram medo de morrer em decorrência da infecção, 16 (53,3%) tiveram familiares com COVID-19 e 9 (30%) tiveram familiares que foram a óbito.

TABELA 3 - DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE SEGUNDO CONDIÇÕES CLÍNICAS DE SAÚDE EM RELAÇÃO À COVID-19. PARANÁ, 2022 (continua)

PRIVAÇÃO DE LIBERDADE ANTES DO INÍCIO DA PANDEMIA	30 (N)	100 (%)
Não	24	80,0
Sim	6	20,0
TIVERAM COVID-19	30 (N)	100 (%)
Não	19	63,4
Sim	11	36,6
SINTOMAS COVID-19	30 (N)	100 (%)
Sim	10	33,3
Não	1	3,3
Não se aplica	19	63,4
PRINCIPAIS SINTOMAS	30 (N)	100 (%)
Perda de paladar ou olfato	4	13,4
Dificuldade para respirar ou falta de ar	1	3,3
Perda da fala, mobilidade ou confusão	1	3,3
Dores e desconfortos	1	3,3
Febre	1	3,3
Cansaço	1	3,3
Outros	1	3,3
Não se aplica	20	66,8
INTERNAÇÃO POR COVID-19	30 (N)	100 (%)
Não	10	33,3
Sim	1	3,3
Não se aplica	19	63,4
MEDO DE MORRER POR COVID-19	30 (N)	100 (%)
Sim	16	53,3
Não	14	46,7
FAMILIARES QUE TIVERAM COVID-19	30 (N)	100 (%)
Sim	16	53,3
Não	12	40,0
Não sabe	2	6,7

TABELA 3 - DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE SEGUNDO CONDIÇÕES CLÍNICAS DE SAÚDE EM RELAÇÃO À COVID-19. PARANÁ, 2022 (conclusão)

ÓBITO POR COVID-19 DE AMIGOS OU FAMILIARES	30 (N)	100 (%)
Não	15	50,0
Família	9	30,0
Não sabe ou não respondeu	4	13,4
Amigos	2	6,7

FONTE: A autora (2023).

Na Tabela 4, observa-se que 14 (46,7%) mulheres apresentaram condição de saúde mental, das quais, 4 (13,3%) apresentaram diagnóstico de depressão, 10 (33,4%) mulheres realizavam tratamento em saúde mental e 10 (33,4%) realizavam terapêutica medicamentosa em saúde mental.

TABELA 4 - DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE SEGUNDO AS CONDIÇÕES DE SAÚDE MENTAL. PARANÁ, 2022 (continua)

CONDIÇÕES DE SAÚDE MENTAL	30 (N)	100 (%)
Não	16	53,3
Sim	14	46,7
DIAGNÓSTICOS DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE MENTAL*	30 (N)	100 (%)
Depressão	4	13,3
Transtorno do humor	3	10,0
Ansiedade generalizada	2	6,7
Transtorno relacionado ao uso de SPA	2	6,7
Esquizofrenia	1	3,3
Psicopatia	1	3,3
Transtorno da Alimentação	1	3,3
Não se aplica	16	53,4
TRATAMENTO PARA SAÚDE MENTAL	30 (N)	100 (%)
Não	20	66,6
Sim	10	33,4
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA EM SAÚDE MENTAL	30 (N)	100 (%)
Não	20	66,6
Sim	10	33,4

FONTE: A autora (2023).

* *Diagnósticos coletados dos prontuários das pessoas privadas de liberdade da unidade, conforme classificação internacional de doenças: F33; F31, F32; F41; F10, F19; F25; F60.2; F56.

Ainda sobre as condições de saúde mental, em relação aos transtornos relacionados a substâncias (TABELA 5): 21 (70,0%) eram tabagistas e 14 (46,7%) começaram o uso entre 10 e 17 anos; 22 (73,3%) faziam uso de álcool e 16 (53,3%) começaram o uso entre 10 e 17 anos. Sobre o tempo de uso, 9 (30%) fizeram uso de álcool entre 2 e 10 anos na vida, 3 (10,0%) referiram ter dificuldade para parar com o uso, 3 (10,0%) estavam em abstinência e 6 (20%) referiram ter fissuras.

Já em relação ao uso de substâncias psicoativas (SPA) ilícitas: 17 (56,7%) referiram ter feito uso alguma vez na vida, 11 (36,7%) começaram o uso entre 9 e 17 anos; 12 (40%) usavam substâncias derivadas da cocaína - 7 (23,3%) usavam cocaína e 5 (16,7%) usavam crack; 6 (20%) tinham dificuldade para parar com o uso; 7 (23,4%) usaram por um período de 3 a 10 anos; 4 (13,4%) referiram abstinência e fissura; e 14 (46,7%) tinham histórico de uso de substâncias na família.

TABELA 5 - CARACTERIZAÇÃO DOS TRANSTORNOS RELACIONADOS A SUBSTÂNCIAS NAS MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE. PARANÁ, 2022 (continua)

USO DE TABACO	30 (N)	100 (%)
Sim	21	70,0
Não	9	30,0
IDADE DE INÍCIO DE USO	30 (N)	100 (%)
10-17 anos	14	46,7
18-29 anos	5	16,6
30-49 anos	2	6,7
Não se aplica	9	30,0
USO DE ÁLCOOL	30 (N)	100 (%)
Sim	22	73,3
Não	8	26,7
IDADE DE INÍCIO DE USO	30 (N)	100 (%)
10-17 anos	16	53,3
18-29 anos	4	13,3
30-49 anos	2	6,7
Não se aplica	8	26,7
TEMPO DE USO	30 (N)	100 (%)
De 2 a 10 anos	9	30,0
De 11 a 25 anos	8	26,7
Menos de 1 ano	5	16,6
Não se aplica	8	26,7

TABELA 5 - CARACTERIZAÇÃO DOS TRANSTORNOS RELACIONADOS A SUBSTÂNCIAS NAS MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE. PARANÁ, 2022 (continuação)

DIFICULDADE PARA PARAR	30 (N)	100 (%)
Não	19	63,3
Sim	3	10,0
Não se aplica	8	26,7
ABSTINÊNCIA	30 (N)	100 (%)
Não	19	63,3
Sim	3	10,0
Não se aplica	8	26,7
FISSURA	30 (N)	100 (%)
Não	16	53,3
Sim	6	20,0
Não se aplica	8	26,7
USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS (SPA) ILÍCITAS	30 (N)	100 (%)
Sim	17	56,7
Não	13	43,3
IDADE DE INÍCIO DE USO	30 (N)	100 (%)
9-17 anos	11	36,7
18-48 anos	5	16,7
Não sabe	1	3,3
Não se aplica	13	43,3
PRINCIPAIS SPA	30 (N)	100 (%)
Cocaína	7	23,3
Crack	5	16,7
Maconha	3	10,0
Outros	2	6,7
Não se aplica	13	43,3
DIFICULDADE PARA PARAR	30 (N)	100 (%)
Não	11	36,7
Sim	6	20,0
Não se aplica	13	43,3
TEMPO DE USO	30 (N)	100 (%)
De 3 a 10 anos	7	23,4
De 11 a 20 anos	4	13,3
De 1 a 2 anos	4	13,3
Menos de 1 ano	2	6,7
Não se aplica	13	43,3
ABSTINÊNCIA	30 (N)	100 (%)
Não	13	43,3
Sim	4	13,4
Não se aplica	13	43,3

TABELA 5 - CARACTERIZAÇÃO DOS TRANSTORNOS RELACIONADOS A SUBSTÂNCIAS NAS MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE. PARANÁ, 2022 (conclusão)

FISSURA	30 (N)	100 (%)
Não	13	43,3
Sim	4	13,4
Não se aplica	13	43,3
HISTÓRICO DE USO DE SUBSTÂNCIA PSICOATIVAS NA FAMÍLIA	30 (N)	100 (%)
Não	16	53,3
Sim	14	46,7

FONTE: A autora (2023).

3.3 CARACTERIZAÇÃO DOS ASPECTOS LEGAIS E PRISIONAIS

Na Tabela 6, para 15 (50,0%) participantes o motivo da privação de liberdade foi o homicídio; 18 (60,0%) estavam há menos de um ano reclusas; 16 (53,3%) eram a primeira privação de liberdade; para 14 (46,7%) mulheres a primeira privação ocorreu nas faixas etárias de 18 a 30 e 31 a 60 anos simultaneamente; 16 (53,3%) tiveram uma privação de liberdade.

Para 2 (6,6%) mulheres, a primeira privação de liberdade ocorreu antes dos 18 anos, sendo o motivo para uma (3,3%) o porte e tráfico de drogas e para a outra (3,3%) furto e roubos; 20 (66,7%) permaneciam com no máximo mais duas pessoas na mesma cela.

Para diminuição da pena, 3 (10,0%) mulheres fizeram cursos ofertados pela própria instituição e parcerias e 7 (23,3%) desenvolveram atividades de manutenção dentro da instituição. Das mulheres privadas de liberdade, 11 (36,7%) tinham histórico familiar de prisão.

TABELA 6 - CARACTERIZAÇÃO DOS ASPECTOS LEGAIS E PRISIONAIS DAS MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE. PARANÁ, 2022 (continua)

MOTIVO DA PRIVAÇÃO DE LIBERDADE	30 (N)	100 (%)
Homicídio	15	50,0
Porte e tráfico de drogas	7	23,3
Brigas	3	10,0
Outros*	3	10,0
Furtos, roubos, não pagamento de pensão	2	6,7

TABELA 6 - CARACTERIZAÇÃO DOS ASPECTOS LEGAIS E PRISIONAIS DAS MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE. PARANÁ, 2022 (continuação)

TEMPO DE PRIVAÇÃO DE LIBERDADE	30 (N)	100 (%)
Menos de 1 ano	18	60,0
De 1 a 2 anos	8	26,7
De 3 a 8 anos	3	10,0
Não sabe	1	3,3
PRIMEIRA VEZ DA PRIVAÇÃO DE LIBERDADE	30 (N)	100 (%)
Sim	16	53,3
Não	14	46,7
IDADE DA PRIMEIRA PRIVAÇÃO DE LIBERDADE	30 (N)	100 (%)
18 aos 30 anos	14	46,7
31 aos 60 anos	14	46,7
Antes dos 18 anos	2	6,6
NÚMERO DE VEZES DE PRIVAÇÃO DE LIBERDADE	30 (N)	100 (%)
1 vez	16	53,3
2 a 4 vezes	11	36,7
5 a 10 vezes	3	10,0
PRIVAÇÃO DE LIBERDADE ANTES DOS 18 ANOS	30 (N)	100 (%)
Não	28	93,4
Sim	2	6,6
MOTIVO DA PRIVAÇÃO	30 (N)	100 (%)
Porte e tráfico de drogas	1	3,3
Furtos, roubos	1	3,3
Não sabe	0	0,0
Não se aplica	28	93,4
QUANTIDADE DE PESSOAS NA MESMA CELA	30 (N)	100 (%)
1 a 3 pessoas	20	66,7
4 a 6 pessoas	8	26,7
7 a 14 pessoas	0	0,0
Não sabe	2	6,6
REALIZAÇÃO DE CURSO DURANTE A PRIVAÇÃO DE LIBERDADE	30 (N)	100 (%)
Não	27	90,0
Sim	3	10,0
REALIZAÇÃO DE ATIVIDADE PARA REDUÇÃO DE PENA	30 (N)	100 (%)
Não	23	76,7
Sim	7	23,3

TABELA 6 - CARACTERIZAÇÃO DOS ASPECTOS LEGAIS E PRISIONAIS DAS MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE. PARANÁ, 2022 (conclusão)

HISTÓRICO FAMILIAR DE PRIVAÇÃO DE LIBERDADE	30 (N)	100 (%)
Não	19	63,3
Sim	11	36,7

FONTE: A autora (2023).

NOTA: Outros*: agressão física, desacato e agressão sexual.

4) CARACTERIZAÇÃO DE HISTÓRICO DE VIOLÊNCIA SEXUAL, FÍSICA E PSICOLÓGICA

A Tabela 7 mostra que 20 mulheres (66,7%) foram vítimas de violência física alguma vez na vida, 8 (26,7%) sofreram violência pela primeira vez com idade entre cinco e 12 anos e 8 (26,7%), entre 18 e 55 anos, sendo que 6 (20%) foram vítimas de seus parceiros. Sobre os sentimentos, 11 (36,7%) verbalizaram se sentir incomodadas ou afetadas em relação à violência física que sofreram.

Da amostra, 17 (56,7%) mulheres sofreram violência psicológica, 7 (23,3%) sofreram violência pela primeira vez foi com idade entre 18 e 55 anos, 4 (13,3%) sofreram violência por pessoas da família, 4 (13,3%), pelos parceiros, e 4 (13,3%), por outras pessoas (patrão, vizinho e policial penal), e 11 (36,7%) se sentiam incomodadas ou afetadas com a violência que sofreram.

Já sobre violência sexual, 14 (46,7%) foram vítimas, para 6 (20,1%) a violência pela primeira vez foi com idades entre quatro e 12 anos, sendo que 6 (20,1%) sofreram violência por desconhecidos. Todas as 14 mulheres (46,7%) que foram vítimas de violência se sentiam incomodadas e afetadas pela violência que sofreram.

TABELA 7 - DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE SEGUNDO HISTÓRICO DE VIOLÊNCIA. PARANÁ, 2022 (continua)

VÍTIMA DE VIOLÊNCIA FÍSICA ALGUMA VEZ NA VIDA	30 (N)	100 (%)
Sim	20	66,7
Não	10	33,3

TABELA 7 - DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE SEGUNDO HISTÓRICO DE VIOLÊNCIA. PARANÁ, 2022 (continuação)

IDADE QUE A VIOLÊNCIA FÍSICA ACONTECEU PELA PRIMEIRA VEZ	30 (N)	100 (%)
5 a 12 anos	8	26,7
18 a 55 anos	8	26,7
13 a 17 anos	4	13,3
Não se aplica	10	33,3
AGRESSOR	30 (N)	100 (%)
Parceiros	6	20,0
Família	5	16,7
Outros*	4	13,3
Amigos	3	10,0
Desconhecidos	2	6,7
Não se aplica	10	33,3
SENTE-SE INCOMODADA OU AFETADA COM A VIOLÊNCIA FÍSICA QUE SOFREU	30 (N)	100 (%)
Sim	11	36,7
Não	9	30,0
Não se aplica	10	33,3
VÍTIMA DE VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA	30 (N)	100 (%)
Sim	17	56,7
Não	13	43,3
IDADE EM QUE A VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA ACONTECEU PELA PRIMEIRA VEZ	30 (N)	100 (%)
18 a 55 anos	7	23,3
5 a 12 anos	5	16,7
13 a 17 anos	4	13,3
Não sabe	1	3,3
Não se aplica	13	43,4
AGRESSOR	30 (N)	100 (%)
Família	4	13,3
Parceiros	4	13,3
Outros**	4	13,3
Desconhecido	3	10,0
Amigos	2	6,7
Não se aplica	13	43,4
SENTE-SE INCOMODADA OU AFETADA COM A VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA QUE SOFREU	30 (N)	100 (%)
Sim	11	36,7
Não	6	20,0
Não se aplica	13	43,3
VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL	30 (N)	100 (%)
Não	16	53,3
Sim	14	46,7

TABELA 7 - DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE SEGUNDO HISTÓRICO DE VIOLÊNCIA. PARANÁ, 2022 (conclusão)

IDADE EM QUE A VIOLÊNCIA SEXUAL ACONTECEU PELA PRIMEIRA VEZ	30 (N)	100 (%)
4 a 12 anos	6	20,1
13 a 17 anos	4	13,3
18 a 62 anos	4	13,3
Não se aplica	16	53,3
AGRESSOR	30 (N)	100 (%)
Desconhecido	6	20,1
Família	4	13,3
Outros***	3	10,0
Amigos	0	0,0
Parceiros	1	3,3
Não se aplica	16	53,3
SENTE-SE INCOMODADA OU AFETADA COM A VIOLÊNCIA SEXUAL QUE SOFREU	30 (N)	100 (%)
Sim	14	46,7
Não	0	0,0
Não se aplica	16	53,3

FONTE: A autora (2023).

NOTA: Outros*: padrasto e polícia. Outros**: patrão, vizinho e polícia penal. Outros***: inquilino, padrasto e pastor.

5) CARACTERIZAÇÃO E ANÁLISE DA IDEAÇÃO E COMPORTAMENTOS SUICIDAS

Durante a vida, 16 (53,3%) mulheres já desejaram alguma vez na vida estar morta ou dormir e nunca mais acordar, 19 (63,3%) tiveram pensamentos suicidas ativos não específicos, 15 (50,0%) tiveram ideação suicida ativa com algum método (sem plano) sem intenção de agir, 15 (50,0%) tiveram ideação suicida ativa com alguma intenção de agir e 14 (46,7%) tiveram ideação suicida ativa com plano específico e intenção, considerada a ideação de maior gravidade.

Sobre a gravidade da ideação, 15 (50,0%) mulheres apresentaram maior *score*, 9 (30,0%) tiveram pensamentos suicidas muitas vezes ao dia, 12 (40%) disseram que esses pensamentos duravam mais de oito horas por dia, 10 (33,4%) não conseguiam controlar seus pensamentos, 8 (26,7%) não deixaram de tentar o suicídio por algo ou alguém e 16 (53,3%) queriam morrer ou tirar a própria vida com a intenção de pôr fim ao sofrimento.

TABELA 8 - DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE EM RELAÇÃO À IDEIAÇÃO SUICIDA CONFORME O INSTRUMENTO C-SSRS - PARANÁ, 2022 (continua)

DESEJO DE ESTAR MORTA	30 (N)	100 (%)
Sim	16	53,3
Não	14	46,7
PENSAMENTOS SUICIDAS ATIVOS NÃO ESPECÍFICOS	30 (N)	100 (%)
Sim	19	63,3
Não	11	36,7
IDEAÇÃO SUICIDA ATIVA COM ALGUM MÉTODO (SEM PLANO) SEM INTENÇÃO DE AGIR	30 (N)	100 (%)
Sim	15	50,0
Não	15	50,0
IDEAÇÃO SUICIDA ATIVA COM ALGUMA INTENÇÃO DE AGIR, SEM PLANO ESPECÍFICO	30 (N)	100 (%)
Sim	15	50,0
Não	15	50,0
IDEAÇÃO SUICIDA ATIVA COM PLANO ESPECÍFICO E INTENÇÃO	30 (N)	100 (%)
Sim	14	46,7
Não	16	53,3
GRAVIDADE DA IDEAÇÃO	30 (N)	100 (%)
1	2	6,7
2-3	4	13,3
4-5	15	50,0
Não se aplica	9	30,0
FREQUÊNCIA	30 (N)	100 (%)
< 1 vez por semana	5	16,7
1 vez por semana	3	10,0
2 a 5 vezes por semana	2	6,7
Todos os dias	1	3,3
Muitas vezes ao dia	9	30,0
Não se aplica	10	33,3
DURAÇÃO	30 (N)	100 (%)
Menor que um minuto	7	23,3
1 a quatro horas	1	3,3
4 a 8 horas	0	0,0
> 8 horas	12	40,0
Não se aplica	10	33,4
CONTROLABILIDADE	30 (N)	100 (%)

TABELA 8 - DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE EM RELAÇÃO À IDEIAÇÃO SUICIDA CONFORME O INSTRUMENTO C-SSRS - PARANÁ, 2022 (conclusão)

Controle dos pensamentos com facilidade	7	23,3
Controle dos pensamentos com pouca dificuldade	1	3,3
Controle do pensamento com dificuldade	1	3,3
Controle do pensamento com muita dificuldade	1	3,3
Não consegue controlar os pensamentos	10	33,4
Não se aplica	10	33,4
RAZÕES PARA NÃO COMETER SUICÍDIO (família, religião ou dor da morte)	30 (N)	100 (%)
Essas razões, com certeza, a impediram;	7	23,3
Essas razões, provavelmente, a impediram;	2	6,6
Não tem certeza de que essas razões a impediram;	0	0,0
Essas razões, provavelmente, não a impediram;	3	10,0
Essas razões, com certeza, não a impediram; e	8	26,7
Não se aplica ao seu caso	10	33,4
RAZÕES PARA IDEIAÇÃO	30 (N)	100 (%)
Com certeza para chamar atenção, se vingar ou provocar a reação de outras pessoas;	1	3,3
Sobretudo para chamar atenção, se vingar ou provocar reação de outras pessoas;	0	0,0
Tanto para chamar atenção, se vingar ou provocar reação de outras pessoas como para acabar com o sofrimento;	3	10,0
Sobretudo para acabar com o sofrimento;	0	0,0
Com certeza para acabar com o sofrimento; e	16	53,3
Não se aplica ao seu caso.	10	33,4

FONTE: A autora (2023).

A Tabela 9 mostra que 16 (53,3%) verbalizaram ideação suicida antes da privação de liberdade, 12 (40%) apresentaram ideação suicida durante a privação de liberdade, 3 (10%) disseram que os pensamentos começaram na unidade penal, 12 (40%) tiveram cinco ou mais vezes ideação suicida durante a privação de liberdade.

TABELA 9 - IDEIAÇÃO SUICIDA ANTES E DURANTE A PRIVAÇÃO DE LIBERDADE - PARANÁ, 2022 (continua)

IDEIAÇÃO SUICIDA ANTES DA PRIVAÇÃO DE LIBERDADE	30 (N)	100 (%)
Sim	16	53,3
Não	14	46,7
IDEIAÇÃO SUICIDA DURANTE A PRIVAÇÃO DE LIBERDADE	30 (N)	100 (%)
Sim	12	40,0
Não	18	60,0

TABELA 9 - IDEIAÇÃO SUICIDA ANTES E DURANTE A PRIVAÇÃO DE LIBERDADE - PARANÁ, 2022 (conclusão)

PENSAMENTOS COM INÍCIO NA UNIDADE PENAL	30 (N)	100 (%)
Sim	3	10,0
Não	16	53,3
Não se aplica	11	36,7
QUANTIDADE DE VEZES QUE TEVE IDEIAÇÃO SUICIDA DURANTE A PRIVAÇÃO DE LIBERDADE	30 (N)	100 (%)
Uma vez	0	0,0
Duas vezes	1	3,3
Cinco ou mais vezes	12	40,0
Não se aplica	17	56,7

FONTE: A autora (2023).

Já a Tabela 10 traz o comportamento suicida durante a vida conforme a aplicação do C-SSRS: 16 (53,3%) mulheres empreenderam comportamentos suicidas, sendo que 14 (46,7%) delas tiveram tentativa efetiva; 6 (20,0%); comportamento autolesivo sem intenção suicida; 8 (26,7%), tentativa interrompida; 7 (23,3%), tentativa abortada; 10 (33,3) realizaram atos preparatórios; 14 (46,7%) tiveram algum dano físico em decorrência da tentativa; e 15 (50%) das tentativas poderiam resultar em morte mesmo com a existência de assistência médica.

TABELA 10 - DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE EM RELAÇÃO AO COMPORTAMENTO SUICIDA CONFORME O INSTRUMENTO C-SSRS - PARANÁ, 2022 (continua)

COMPORTAMENTOS SUICIDAS	30 (N)	100 (%)
Sim	16	53,3
Não	14	46,7
TENTATIVA EFETIVA	30 (N)	100 (%)
Sim	14	46,7
Não	16	53,3
COMPORTAMENTO AUTOLESIVO SEM INTENÇÃO SUICIDA	30 (N)	100 (%)
Sim	6	20,0
Não	24	80,0
TENTATIVA INTERROMPIDA	30 (N)	100 (%)
Sim	8	26,7
Não	22	73,3

TABELA 10 - DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE EM RELAÇÃO AO COMPORTAMENTO SUICIDA CONFORME O INSTRUMENTO C-SSRS - PARANÁ, 2022
(conclusão)

TENTATIVA ABORTADA	30 (N)	100 (%)
Sim	7	23,3
Não	23	76,7
ATOS PREPARATÓRIOS	30 (N)	100 (%)
Sim	10	33,3
Não	20	66,7
LETALIDADE EFETIVA/DANOS FÍSICOS	30 (N)	100 (%)
Sim	14	46,7
Não	0	0,0
Não se aplica	16	53,3
LETALIDADE POTENCIAL	30 (N)	100 (%)
Sim	15	50,0
Não	0	0,0
Não se aplica	15	50,0

FONTE: A autora (2023).

A Tabela 11 traz que idade da primeira tentativa de suicídio foi mais frequente entre 20 e 49 anos para 7 (23,3%) mulheres; para 8 (26,7%), o principal método de tentativa de suicídio foi intoxicação exógena por medicamentos; 13 (43,4%) referiram pensamento suicida antes da tentativa de suicídio; 8 (26,6%) não buscaram atendimento nos 30 dias que antecederam a tentativa ou não estavam em tratamento em um serviço de saúde; 4 (13,4%) estavam sob efeito de álcool e/ou SPA na tentativa de suicídio; e 8 (26,6%) tinham histórico de tentativas de suicídio na família.

Das tentativas de suicídio, 4 (13,3%) empreenderam tentativas de suicídio durante a privação de liberdade, das quais, 3 (10%) realizaram esse ato pela primeira vez na vida durante a privação de liberdade e 2 (6,7%) tentaram suicídio cinco vezes ou mais durante a privação de liberdade.

TABELA 11 - TENTATIVA DE SUICÍDIO ANTES E DURANTE A PRIVAÇÃO DE LIBERDADE - PARANÁ, 2022 (continua)

IDADE DA PRIMEIRA TENTATIVA DE SUICÍDIO	30 (N)	100 (%)
20 a 49 anos	7	23,3
10 a 18 anos	5	16,7
Não sabe	2	6,7
Não se aplica	16	53,3
MÉTODO UTILIZADO NA TENTATIVA DE SUICÍDIO	30 (N)	100 (%)
Intoxicação por medicamentos	8	26,7
Enforcamento	4	13,3
Arma branca	2	6,7
Não se aplica	16	53,3
PENSAMENTOS E PLANOS DE TIRAR A PRÓPRIA VIDA ANTES DA TENTATIVA DE SUICÍDIO	30 (N)	100 (%)
Sim	13	43,4
Não	1	3,3
Não se aplica	16	53,3
TRATAMENTO EM UM SERVIÇO DE SAÚDE 30 DIAS ANTES DA TENTATIVA DE SUICÍDIO	30 (N)	100 (%)
Não	8	26,6
Sim	5	16,7
Não sabe/não respondeu	17	56,7
SOB EFEITO DE ÁLCOOL OU DE ALGUMA SUBSTÂNCIA PSICOATIVA EM ALGUMA DAS TENTATIVAS DE SUICÍDIO	30 (N)	100 (%)
Não	10	33,3
Sim	4	13,4
Não se aplica	16	53,3
HISTÓRICO FAMILIAR DE TENTATIVA DE SUICÍDIO	30 (N)	100 (%)
Não	21	70,0
Sim	8	26,7
Não sabe/não respondeu	1	3,3
TENTATIVA DE SUICÍDIO DURANTE A PRIVAÇÃO DE LIBERDADE	30 (N)	100 (%)
Não	10	33,3
Sim	4	13,4
Não se aplica	16	53,3
PRIMEIRA TENTATIVA DURANTE A PRIVAÇÃO DE LIBERDADE	30 (N)	100 (%)
Não	11	36,7
Sim	3	10,0
Não se aplica	16	53,3

TABELA 11 - TENTATIVA DE SUICÍDIO ANTES E DURANTE A PRIVAÇÃO DE LIBERDADE - PARANÁ, 2022 (conclusão)

QUANTIDADE DE TENTATIVAS DURANTE A PRIVAÇÃO DE LIBERDADE	30 (N)	100 (%)
Cinco vezes ou mais	2	6,7
Uma vez	1	3,3
Duas vezes	1	3,3
Não se aplica	26	86,7

FONTE: A autora (2023).

A Tabela 12 mostra que as condições que apresentaram associação significativa com o desejo de estar morto foram ideação suicida durante a privação de liberdade 10 (1,64 - 60,9) ao $p < 0,01$ e pessoas que sofreram violência física com OR de 9,3 (1,51 - 57,65) ao $p < 0,01$.

TABELA 12 - ANÁLISE UNIVARIADA DAS ODDS RATIO (OR) DAS MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE ASSOCIADO AOS PENSAMENTOS E DESEJO DE ESTAR MORTA - PARANÁ, 2022

IDEAÇÃO SUICIDA DURANTE A PRIVAÇÃO DE LIBERDADE	OR (I.C.95%)	Valor p
Sim	10 (1,64 - 60,9)	<0,01
Não	1	
VIOLÊNCIA FÍSICA	OR (I.C.95%)	Valor p
Sim	9,3 (1,51 - 57,65)	<0,01
Não	1	

FONTE: A autora (2023).

A Tabela 13 mostra que as condições que apresentaram associação significativa com os pensamentos suicidas ativos não específicos foram situação empregatícia, desempregada com OR de 7,58 (1,30 - 43,92) ao $p 0,02$, pessoas que fazem tratamento de saúde mental com OR de 6,56 (1,25 - 34,20) ao $p 0,02$ e desejo de estar morto com OR de 12,6 (1,99 - 79,4) ao $p 0,007$.

TABELA 13 - ANÁLISE UNIVARIADA DAS ODDS RATIO (OR) DAS MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE ASSOCIADO AOS PENSAMENTOS SUICIDAS ATIVOS NÃO ESPECÍFICOS - PARANÁ, 2022 (continua)

SITUAÇÃO EMPREGATÍCIA	OR (I.C.95%)	Valor p
Empregada	1	0,02
Desempregada	7,58 (1,30 - 43,92)	
TRATAMENTO DE SAÚDE MENTAL	OR (I.C.95%)	Valor p

TABELA 13 - ANÁLISE UNIVARIADA DAS ODDS RATIO (OR) DAS MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE ASSOCIADO AOS PENSAMENTOS SUICIDAS ATIVOS NÃO ESPECÍFICOS - PARANÁ, 2022 (conclusão)

Sim Não	6,56 (1,25 - 34,20) 1	<0,02
DESEJO DE ESTAR MORTA	OR (I.C.95%)	Valor p
Sim Não	12,6 (1,99 - 79,4) 1	0,007

FONTE: A autora (2023).

A Tabela 14 mostra que as variáveis associadas na análise univariada com a Ideação suicida ativa com algum método (sem plano) sem intenção de agir são pessoas com ideação suicida antes da privação de liberdade com OR de 26 (3,68 - 183,41) ao p 0,001, pessoas que tiveram tentativas efetivas com OR de 26 (3,68 - 183,4) ao p 0,001 e atos preparatórios com OR de 21 (2,15 - 204,6) ao p 0,009.

TABELA 14 - ANÁLISE UNIVARIADA DAS ODDS RATIO (OR) DAS MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE ASSOCIADO À IDEAÇÃO SUICIDA ATIVA COM ALGUM MÉTODO (SEM PLANO) SEM INTENÇÃO DE AGIR - PARANÁ, 2022

IDEAÇÃO SUICIDA ANTES DA PRIVAÇÃO DE LIBERDADE	OR (I.C.95%)	Valor p
Sim Não	26 (3,68 - 183,41) 1	0,001
TENTATIVA EFETIVA	OR (I.C.95%)	Valor p
Sim Não	26 (3,68 - 183,4) 1	0,001
ATOS PREPARATÓRIOS	OR (I.C.95%)	Valor p
Sim Não	21 (2,15 - 204,6) 1	0,009

FONTE: A autora (2023).

A Tabela 15 mostra que as variáveis associadas na análise univariada com a Ideação suicida ativa com alguma intenção de agir, sem plano específico, foram pessoas com ideação suicida antes da privação de liberdade com OR de 26 (3,68 - 183,41) ao p 0,001, pessoas com ideação suicida durante a privação de liberdade com OR de 13 (2,07 - 81,47) ao p 0,006, pessoas em tratamento para condição de saúde mental com OR de 9,7 (1,59 - 59,69) ao p 0,01, pessoas em uso de medicação para condição de saúde mental com OR de 13 (1,40 - 133,84) ao p 0,02, vítimas de violência sexual com OR de 11 (1,99 - 60,57) ao p 0,006, pessoas que

tiveram tentativas efetivas com OR de 91 (7,34 - 1126,89) ao p 0,000 e pessoas que tiveram ideação suicida ativa com algum método (sem plano) sem intenção de agir com OR de 196 (11,12 - 3453,72) ao p 0,000.

TABELA 15 - ANÁLISE UNIVARIADA DAS ODDS RATIO (OR) DAS MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE ASSOCIADO À IDEAÇÃO SUICIDA ATIVA COM ALGUMA INTENÇÃO DE AGIR, SEM PLANO ESPECÍFICO - PARANÁ, 2022

IDEAÇÃO SUICIDA ANTES DA PRIVAÇÃO DE LIBERDADE	OR (I.C.95%)	Valor p
Sim Não	26 (3,68 - 183,41) 1	0,001
IDEAÇÃO SUICIDA DURANTE A PRIVAÇÃO DE LIBERDADE	OR (I.C.95%)	Valor p
Sim Não	13 (2,07 - 81,47) 1	0,006
TRATAMENTO DE SAÚDE MENTAL	OR (I.C.95%)	Valor p
Sim Não	9,7 (1,59 - 59,69) 1	0,01
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA EM SAÚDE MENTAL	OR (I.C.95%)	Valor p
Sim Não	13 (1,40 - 133,84) 1	0,02
VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL	OR (I.C.95%)	Valor p
Sim Não	11 (1,99 - 60,57) 1	0,006
TENTATIVA EFETIVA	OR (I.C.95%)	Valor p
Sim Não	91 (7,34 - 1126,89) 1	0,000
IDEAÇÃO SUICIDA ATIVA COM ALGUM MÉTODO (SEM PLANO) SEM INTENÇÃO DE AGIR	OR (I.C.95%)	Valor p
Sim Não	196 (11,12 - 3453,72) 1	0,000

FONTE: A autora (2023).

A Tabela 16 mostra que as condições associadas na análise univariada com a ideação suicida ativa com plano específico e intenção são o desemprego com OR de 16 (1,66 - 163,42) ao p 0,01, pessoas com ideação suicida antes da privação de liberdade com OR de 18,0 (2,75 - 117,55) ao p 0,003, pessoas com ideação suicida durante a privação de liberdade com OR de 7,0 (1,47 - 41,21) ao p 0,01, pessoas em

tratamento para condição em saúde mental com OR de 7,0 (1,28 - 46,36) ao p 0,02, vítimas de violência sexual com OR de 7,0 (1,48 - 37,90) ao p 0,01, tentativas de suicídio efetiva com OR de 42,0 (5,11 - 345,10) ao p 0,001, tentativa de suicídio interrompida com OR de 15,0 (1,53 - 146,54) ao p 0,02 e atos preparatórios com OR de 27,0 (2,70 - 269,45) ao p 0,005.

TABELA 16 - ANÁLISE UNIVARIADA DAS ODDS RATIO (OR) DAS MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE ASSOCIADO À IDEIAÇÃO SUICIDA ATIVA COM PLANO ESPECÍFICO E INTENÇÃO - PARANÁ, 2022

SITUAÇÃO EMPREGATÍCIA	OR (I.C.95%)	Valor p
Empregada	1	
Desempregada	16 (1,66 - 163,42)	0,01
Aposentada	18 (0,75 - 427,29)	0,07
IDEAÇÃO SUICIDA ANTES DA PRIVAÇÃO DE LIBERDADE	OR (I.C.95%)	Valor p
Sim	18,0 (2,75 - 117,55)	0,003
Não	1	
IDEAÇÃO SUICIDA DURANTE A PRIVAÇÃO DE LIBERDADE	OR (I.C.95%)	Valor p
Sim	7,0 (1,47 - 41,21)	0,01
Não	1	
TRATAMENTO PARA CONDIÇÃO DE SAÚDE MENTAL	OR (I.C.95%)	Valor p
Sim	7,0 (1,28 - 46,36)	0,02
Não	1	
VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL	OR (I.C.95%)	Valor p
Sim	7,0 (1,48 - 37,90)	0,01
Não	1	
TENTATIVA EFETIVA	OR (I.C.95%)	Valor p
Sim	42,0 (5,11 - 345,10)	0,001
Não	1	
TENTATIVA INTERROMPIDA	OR (I.C.95%)	Valor p
Sim	15,0 (1,53 - 146,54)	0,02
Não	1	
ATOS PREPARATÓRIOS	OR (I.C.95%)	Valor p
Sim	27,0 (2,70 - 269,45)	0,005
Não	1	

FONTE: A autora (2023).

A Tabela 17 mostra que as condições com associação significativa à tentativa efetiva de suicídio foram pessoas com ideação suicida antes da privação de liberdade com OR de 56,0 (5,16 - 614,90) ao p 0,001, pessoas com ideação suicida na privação de liberdade com OR de 17 (2,66 - 114,84) ao p 0,003 e fazendo tratamento para condição de saúde mental com OR de 21,0 (2,23 - 210,11) ao p 0,008.

TABELA 17 - ANÁLISE UNIVARIADA DAS ODDS RATIO (OR) DAS MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE ASSOCIADO À TENTATIVA DE SUICÍDIO EFETIVA - PARANÁ, 2022

IDEAÇÃO SUICIDA ANTES DA PRIVAÇÃO DE LIBERDADE	OR (I.C.95%)	Valor p
Sim Não	56,0 (5,16 - 614,90) 1	0,001
IDEAÇÃO SUICIDA DURANTE A PRIVAÇÃO DE LIBERDADE	OR (I.C.95%)	Valor p
Sim Não	17 (2,66 - 114,84) 1	0,003
TRATAMENTO PARA CONDIÇÃO DE SAÚDE MENTAL	OR (I.C.95%)	Valor p
Sim Não	21,0 (2,23 - 210,11) 1	0,008

FONTE: A autora (2023).

A Tabela 18 mostra que as condições que apresentaram associação significativa com a intensidade da ideação suicida foram tentativas efetivas OR de 17,3 (1,38 - 216,60) ao p 0,02.

TABELA 18 - ANÁLISE UNIVARIADA DAS ODDS RATIO (OR) DAS MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE ASSOCIADO À INTENSIDADE DA IDEAÇÃO SUICIDA - PARANÁ, 2022

TENTATIVA EFETIVA	OR (I.C.95%)	Valor p
Sim Não	17,3 (1,38 - 216,60) 1	0,02

FONTE: A autora (2023).

4 DISCUSSÃO

Considera-se, tendo como referência a literatura, que, entre as pessoas privadas de liberdade, as mulheres apresentam frequência maior de comportamentos suicidas em relação aos homens. Diversos fatores anteriores e durante o período de privação podem contribuir para o surgimento de tais comportamentos, como, por exemplo, a fisiologia da mulher, as influências socioculturais, a forma de lidar com os problemas e emoções em relação ao homem, principalmente inseridos no sistema prisional (ORMENO et al., 2017; CARVALHO et al., 2021; ANBESAW et al., 2022; VANHAESEBROUCK et al., 2022).

No que concerne aos aspectos sociodemográficos, o maior número de mulheres neste estudo tinha de 30 a 49 anos, semelhante a resultados de outros estudos sobre comportamentos suicidas no sistema prisional (AYHAN et al., 2017; VANHAESEBROUCK et al., 2022).

Especificamente na Região Sul e Sudeste, no Paraná, entre os meses de julho e dezembro de 2022, 515 (33,8%) das 1.674 mulheres privadas de liberdade tinham idade entre 30 e 45 anos (SISDEPEN, 2023). No entanto, um estudo conduzido por Ormeno et al. (2017) com 152 mulheres privadas de liberdade no interior de São Paulo apresentou uma média menor (28,9 anos) do que a encontrada neste estudo.

Além de diversos fatores externos, a idade pode estar associada aos comportamentos suicidas (CARVALHO et al., 2021). A faixa etária de 30 a 49 anos é considerada vulnerável para comportamentos suicidas, segundo o último boletim brasileiro de lesões autoprovocadas e suicídios (BRASIL, 2021).

A maioria das mulheres entrevistadas se declarou parda. Esses dados estão em consonância com o Levantamento Nacional do Sistema Prisional Brasileiro do ano de 2022, cujos dados mostram que 50,5% da população feminina privada de liberdade no Brasil se declarou parda, confirmando os estudos nacionais (ORMENO et al., 2017; MONTANHA, BOTELHO, SILVA, 2022; SISDEPEN, 2023). No entanto, conforme levantamento regional no Paraná, 36,5% se declarou parda (SISDEPEN, 2023). Esses dados podem ser influenciados por questões culturais e regionais, pois algumas mulheres nasceram em outras regiões do Brasil, mas sua privação ocorreu no Paraná (ORMENO et al., 2017; MONTANHA, BOTELHO e SILVA, 2022).

A maioria das participantes relatou estar solteira, ter filhos e morar com a família antes da privação. Esses dados apresentam semelhança com outros estudos em que o perfil sociodemográfico das mulheres privadas de liberdade apresenta estado conjugal de solteira e com filhos (ORMENO et al., 2017; CARVALHO et al., 2021; ANBESAW et al., 2022; MONTANHA, BOTELHO, SILVA, 2022).

Antes da privação, neste estudo, as mulheres residiam com os filhos e demais membros da família. Além da perda de vínculos com os filhos e demais familiares, estas mulheres podem vivenciar a privação de liberdade de forma diferente da população masculina. Homens geralmente mantêm os vínculos familiares, pois a maioria deles continua recebendo visitas dos familiares e cônjuges. No entanto, as mulheres podem ter esses vínculos rompidos, pois muitas perdem seus parceiros, e seus familiares não vão visitá-las. E o rompimento dos vínculos com familiares, parceiros e filhos pode potencializar sentimentos de perda e tristeza, como também ideação suicida (ORMENO et al., 2017).

A exemplo dos estudos de Ormeno et al., 2017, Araújo et al., 2020 e Anbesaw et al., 2022, a maior parcela das participantes cursou somente o ensino fundamental incompleto. Neste sentido, Anbesaw et al., 2022 traz que a baixa escolaridade pode contribuir para a falta de formação profissional e, conseqüentemente, para a dificuldade de inserção no mercado de trabalho. Porém, diferentemente da amostra deste estudo, um estudo realizado na França mostrou que 39,1% das pessoas privadas de liberdade que morreram por suicídio tinham cursado o ensino superior, por outro lado, aspectos socioculturais podem influenciar no perfil sociodemográfico de determinada região (VANHAESEBROUCK et al., 2022).

A maior parcela da amostra estava desempregada antes da privação de liberdade, tendo sido observada uma associação da ideação ativa com plano específico e intenção com pessoas que estavam desempregadas. Estudos nacionais e internacionais trazem maior frequência de desemprego antes da privação de liberdade, o que pode contribuir para comportamentos de risco e práticas ilícitas (ORMENO et al., 2017; AYHAN et al., 2017; VANHAESEBROUCK et al., 2022).

As profissões mais frequentes relatadas pelas participantes foram de serviços gerais e emprego doméstico com renda familiar de menos de um salário mínimo. Mulheres com baixa escolaridade e com dificuldade de conseguir emprego precisam ser sustentadas por um parceiro ou familiar e, ainda para conseguir sustentar a

família, estão mais expostas a vivências de diferentes tipos de violência e/ou a práticas de atos ilícitos (ORMENO et al., 2017; ARAÚJO et al., 2020).

Além das questões socioeconômicas, as condições clínicas e físicas são fatores que podem agravar a saúde física e mental da pessoa. As principais condições encontradas neste estudo foram alterações endócrinas e metabólicas. Fato semelhante a estudos nacionais com mulheres privadas de liberdade, em que comorbidades endócrinas, metabólicas e cardíacas foram as mais frequentes (FURTADO et al., 2021; SERRA et al., 2022). Conforme a Sociedade Brasileira de Endocrinologia, o diagnóstico de hipotireoidismo pode potencializar alterações de humor, como depressão. Existe uma relação entre transtornos de humor e alterações no eixo hipotálamo-hipófise-tireoide (HHT), e essas alterações também podem ser identificadas em pessoas com alterações endócrinas (SBEM, 2017; CUNHA et al., 2022).

As condições clínicas transmissíveis podem gerar agravos à saúde da pessoa, conforme a UNODC (2019), existindo mais casos de HIV, tuberculose e hepatites na população prisional em relação à população geral em razão do histórico de comportamentos de risco. Em um estudo que avaliou 14 casos de suicídios de pessoas privadas da liberdade em uma penitenciária na Região Sul do Brasil, um suicídio foi cometido após a pessoa receber o diagnóstico por HIV, a informação do diagnóstico, associada com outros fatores como depressão, ambiente prisional, pode potencializar esse comportamento (CHIES et al., 2022).

Outro aspecto é a necessidade de atendimentos especializados que são articulados com a Rede de Saúde, esse manejo pode ser prejudicado devido aos cuidados para essa população em atendimentos externos. Um estudo que avaliou a articulação da Rede de Atenção à Saúde e Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) com uma Equipe de Atenção Básica Prisional (EABp) em uma penitenciária feminina na Região Sul apresentou as principais dificuldade dos atendimentos externos no SUS, como demora de agendamento de consultas, despreparo da RAPS com pessoas privadas de liberdade com transtornos mentais em relação à adaptação do ambiente terapêutico extramuro, como uso de algemas, vigilância e armamento de fogo (SCHULTZ et al., 2020).

A dificuldade de acesso a serviços de saúde e a condições insalubres do ambiente prisional pode contribuir para agravos à saúde da pessoa (FURTADO et al., 2021; SERRA et al., 2022). A falta de tratamento ou a não adesão ao tratamento

pode gerar consequências como morte súbita, alteração visual, amputações de membros e Acidente Vascular Encefálico (AVE) (SERRA et al., 2022).

Nesse estudo, duas mulheres estavam em gestação e, neste sentido, um estudo conduzido em uma penitenciária feminina com amostra de 42 mulheres gestantes identificou que 18 apresentavam sentimentos de tristeza e frustração por estarem grávidas como também com o possível rompimento de vínculo com a criança após o nascimento (MEDEIROS et al., 2022). Segundo a Lei de Execução Penal (LEP), até os seis meses, a mulher, no sistema prisional, tem direito de permanecer com o filho para amamentar, após esse período, mãe e filho são separados (BRASIL, 1984).

Não somente pelo afastamento do filho, mas a culpa que a mulher sente por estar grávida neste ambiente, a sua exclusão pela sociedade e a inexistência de responsável pela tutela são fatores que podem trazer várias consequências psicológicas, mentais e físicas (SAPKOTA et al., 2022). Além de, às vezes, sentir falta de orientações sobre cuidados durante a gestação, parto e pós-parto, amamentação, alimentação e estar sozinha durante o parto e pós-parto pode intensificar o sofrimento psíquico nessas mulheres (SAPKOTA et al., 2022).

No que concerne à COVID-19 uma parcela da amostra deste estudo teve esse diagnóstico, sendo um dos principais sintomas a perda do paladar e do olfato, tendo uma participante sido internada. Em 2020, essa preocupação aumentou, segundo o Relatório emergencial da UNODC, pois o surgimento da COVID-19 e o risco de propagação no ambiente prisional se tornaram alarmantes, considerando o perfil clínico dessa população, incluindo a prevalência de condições clínicas transmissíveis e não transmissíveis, além da superlotação e do ambiente insalubre (UNODC, 2020).

A pandemia da COVID-19 trouxe várias consequências físicas e mentais para a população mundial, tendo ido a óbito milhões de pessoas em todo mundo (WHO, 2022). Neste estudo, mais da metade da amostra declarou medo de morrer por COVID-19, além da preocupação com familiares diagnosticados com essa condição de saúde e o medo de ir a óbito. Em estudos nacionais e internacionais, houve aumento de ideação e de tentativa de suicídio durante o período da pandemia dentro e fora do sistema prisional (GÉTAZ et al., 2021; ROCHA et al., 2022), diferentemente deste estudo, em que não houve este aumento, no entanto as consequências da

COVID-19 ainda estão sendo estudadas a curto e longo prazo (GÉTAZ et al., 2021; ROCHA et al., 2022).

Os dados observados neste estudo sobre a saúde mental apresentam maior frequência de diagnósticos para depressão. Considera-se que o maior índice de suicídio e de tentativa pode estar relacionado aos transtornos mentais. Um estudo internacional conduzido em uma penitenciária na Etiópia com 288 pessoas privadas de liberdade mostrou que 111 (38,5%) tinham diagnóstico de depressão, sendo que tinham cinco vezes mais chance de apresentar comportamentos suicidas (ANBESAW et al., 2022).

A depressão pode ocorrer por questões de *déficit* de neurotransmissores como a serotonina, causando desânimo e sentimentos de tristeza profunda (VANHAESEBROUCK et al., 2022). Um estudo nacional com 228 pessoas, sendo 39 mulheres, mostrou que mulheres com depressão tinham 21% de chances de empreender tentativas de suicídio (RANUZI et al., 2020). Esses dados confirmam estudos internacionais em que pessoas privadas de liberdade com histórico de depressão e ansiedade eram mais prevalentes e mais suscetíveis a comportamentos suicidas do que aquelas que não tinham histórico dessas comorbidades (AYHAN et al., 2017; ALEMAYEHU, 2019; ANBESAW et al., 2022; VANHAESEBROUCK et al., 2022).

A maior parte das mulheres com condições de saúde mental estava em tratamento. Em um estudo internacional com 235 registros de pessoas privadas de liberdade que cometeram suicídio, 112 (57,4%) faziam tratamento de saúde mental e 114 (58,5%), terapêutica medicamentosa (VANHAESEBROUCK et al., 2022). Um estudo nacional conduzido com 137 pessoas de uma população vulnerável n=137 mostrou que pessoas que consideravam extremamente importante o tratamento em saúde mental foram mais propensas a tentativas de suicídio (FERREIRA et al., 2022).

Neste estudo, houve associação da ideação suicida e tentativa com pessoas que faziam tratamento de saúde mental, podendo-se compreender que pessoas que já estavam em tratamento podem apresentar um histórico de sofrimento psíquico, além de consequências adquiridas por causa de problemas no uso de álcool e demais substâncias. Como também a percepção da necessidade do tratamento, gerando angústia e preocupação durante sua privação (FERREIRA et al., 2022; VANHAESEBROUCK et al., 2022).

Neste estudo, entre as mulheres que haviam feito uso do cigarro durante a vida, menos da metade fez o primeiro uso do cigarro entre dez e 17 anos de idade. Esses dados são consonantes com outros estudos em que prevalece o uso de tabaco durante a vida por pessoas privadas de liberdade, podendo também esse uso estar acompanhado do uso de álcool e de outras substâncias (MONTANHA, BOTELHO, SILVA, 2022), sendo que o uso de tabaco pode apresentar risco para suicídio, segundo um estudo internacional (AYHAN et al., 2017).

Houve maior frequência do uso de álcool durante a vida e maior ocorrência da idade de primeiro uso entre dez e 17 anos. Um estudo nacional com mulheres privadas de liberdade no Centro-Oeste do Brasil mostra maior incidência do uso de álcool e seu primeiro uso no início da adolescência (MONTANHA, BOTELHO e SILVA, 2022).

Em relação aos transtornos relacionados a substâncias (TRS), a cocaína foi a substância psicoativa (SPA) com maior frequência de uso nesse estudo, seguido pelo crack e maconha. Estudos nacionais com mulheres privadas de liberdade também mostraram maior uso de cocaína e maconha (ORMENO et al., 2017; MONTANHA, BOTELHO e SILVA, 2022). A cocaína e derivados podem gerar dependência e tolerância na pessoa, necessitando de doses maiores para o efeito desejado, além das alterações comportamentais em casos de maior gravidade como agressividade, humor deprimido e sentimentos de frustração e desânimo (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017; VALE et al., 2022).

A literatura nacional e internacional mostra relação entre os transtornos relacionados a substâncias e o comportamento suicida (RYLAND et al., 2020; ROCHA et al., 2022). Pessoas privadas de liberdade (PPL) que faziam uso de substâncias tiveram 2,83 vezes mais chances de apresentar comportamento suicida em comparação com pessoas que não faziam uso de substâncias. Adicionalmente, outro aspecto é estar sob efeito da substância durante a tentativa. Nesse sentido, as pessoas que fazem uso de SPA podem apresentar repetidos episódios de alterações comportamentais em razão dos efeitos da intoxicação aguda, causando alucinações, sentimentos de perseguição e alterações de humor, o que pode potencializar comportamentos suicidas (RYLAND et al., 2020; VANHAESEBROUCK et al., 2022). Estudos nacionais e internacionais mostraram que pessoas que faziam uso de SPA e de tabaco apresentavam maior risco de suicídio (AYHAN et al., 2017; ORMENO et al., 2017; ANBESAW et al., 2022; VANHAESEBROUCK et al., 2022).

Neste estudo, menos da metade das mulheres que faziam uso de SPA relataram quadros de abstinência e fissura. Estudo com mulheres privadas de liberdade sobre o uso de substâncias e o encarceramento mostrou que 50% utilizavam psicofármacos para insônia e alteração do humor. A privação de liberdade é considerada um fator de sofrimento psíquico que, em associação com quadros de abstinência e de fissura, pode potencializar comportamentos suicidas (LIMA, 2019).

O início precoce e o tempo maior de uso podem gerar consequências à saúde física e mental da pessoa. Neste estudo, a idade de primeiro uso variou entre nove e 17 anos de idade, confirmando outros estudos em que o primeiro uso foi na adolescência. Além do comportamento de risco, transtornos mentais como depressão, esquizofrenia e ansiedade podem estar relacionados ao uso de SPA e, conseqüentemente, a comportamentos suicidas (ORMENO et al., 2017; MONTANHA, BOTELHO, SILVA, 2022).

Observa-se neste estudo que homicídio foi o motivo de privação de liberdade para metade das mulheres, diferentemente de outros estudos nacionais conduzidos com mulheres privadas de liberdade em que a predominância das prisões foi por tráfico de drogas. No que concerne aos aspectos legais, o tipo de delito pode resultar em idelações de maior intensidade e tentativas de suicídio (ORMENO et al., 2017; ARAÚJO et al., 2020; DALENOGARE et al., 2022).

Outro estudo internacional conduzido na única penitenciária feminina em Hunan, na China, com 2.709 mulheres, mostrou que mulheres que cometeram crimes violentos como homicídio e crimes sexuais tinham mais comportamentos suicidas, sendo que da amostra, 31,6% cometeram suicídio. Essa evidência pode estar relacionada a sentimentos de culpa, vergonha e estigmas relacionados ao tipo de crime (ZHONG et al., 2019).

O tempo de privação pode ser um fator de risco, principalmente no início e, neste estudo, a maior frequência foi de menos de um ano. Um estudo conduzido em uma penitenciária na França com dados de prontuários de 235 pessoas privadas de liberdade que foram a óbito por suicídio, sendo 5,1% mulheres, mostrou que a taxa de suicídio foi 6,4 vezes maior durante a primeira semana de encarceramento do que no tempo restante na prisão (VANHAESEBROUCK et al., 2022). O comportamento suicida no início da privação pode ser devido ao impacto de estar preso, à dificuldade de se adaptar, ao rompimento de vínculos familiares e ao sentimento de humilhação (FURTADO et al., 2021).

Neste estudo, foi mais frequente a primeira privação de liberdade, similar a um estudo conduzido com 707 pessoas privadas de liberdade em uma penitenciária da Guiana Francesa, em que 363 pessoas estavam privadas de liberdade pela primeira vez, tendo 39 apresentado ideação suicida (AYHAN et al., 2017). A adaptação ao ambiente prisional, a separação familiar, o recebimento de notícias sobre a situação jurídica podem contribuir para sentimentos de frustração e desânimo no ambiente prisional (AYHAN et al., 2017; CHEIS et al., 2022).

No entanto, o histórico de privação de liberdade antes dos 18 anos pode diminuir as chances de ideação suicida (RANUZI et al, 2020). Neste estudo, duas (6,6%) mulheres estiveram privadas de liberdade antes dos 18 anos, sendo que o motivo foi porte e tráfico de drogas, furtos e roubos. Em relação à reincidência após os 18 anos, um estudo com população privada de liberdade mostrou que 84,4% (119) dos reincidentes não apresentaram ideação suicida. O conhecimento e a adaptação ao ambiente prisional podem ser fatores de proteção (RANUZI et al, 2020).

No que concerne à lotação das celas, neste estudo a maior parte da amostra estava com uma ou mais duas pessoas na mesma cela. O isolamento pode ser um fator de risco para comportamentos suicidas. Um estudo realizado com 235 prontuários de pessoas privadas de liberdade que cometeram suicídio em uma unidade prisional na França identificou que 34,5% das que cometeram suicídio estavam sozinhas na cela. Pessoas privadas de liberdade esperam a saída do companheiro de cela antes de empreender a tentativa de suicídio (VANHAESEBROUCK et al., 2022). Estar sozinho em uma cela é fator de risco para tentativa de suicídio, tendo em vista que muitas pessoas aguardam seus colegas de cela saírem para executar uma ação contra si, pois estar com mais pessoas pode inibir essa ação, como também outra pessoa da mesma cela pode impedir a execução do comportamentos suicidas. No entanto, a superlotação da cela e as condições insalubres podem ser fatores negativos para a saúde mental e física da pessoa (RYLAND et al., 2020; SCHERER et al., 2020).

Neste estudo, o número de mulheres que realizavam alguma atividade laboral ou educacional para diminuição do tempo de reclusão foi pequeno. A remissão de pena pode proporcionar à pessoa privada de liberdade acesso ao trabalho e à educação (CORREA, 2023). No entanto, um estudo realizado com 228 pessoas, sendo 39 mulheres reclusas em uma penitenciária estadual mista em Minas Gerais,

apresentou que pessoas que desenvolviam atividades para remissão de pena tinham maior propensão à ideação suicida. Pode-se justificar que aspectos estressantes como revistas rigorosas, rotinas de horário de trabalho dentro do ambiente prisional, poucas vagas para esse tipo de atividade, cobrança devida à perda da remissão por falta média e grave podem gerar sentimentos de preocupação e desmotivação (RANUZI et al, 2020).

O histórico familiar de privação de liberdade desta amostra foi menor em comparação com um estudo feito com 152 mães encarceradas no interior de São Paulo, em que 68,42% tiveram histórico prisional familiar, sendo que pessoas que foram separadas dos pais/cuidadores quando criança pelo fato de estarem presas apresentavam tentativas de suicídio. Esse aspecto pode ser evidenciado pela perda de vínculo durante a infância e adolescência com os pais, sentimento de abandono e a vivência em ambientes de violência (ORMENO et al., 2017).

Atualmente, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), aproximadamente 736 milhões de mulheres são vítimas de violência física e sexual durante a vida, sendo uma em cada três mulheres, e os agressores são parceiros e não parceiros, e uma em cada quatro mulheres entre 15 e 24 anos sofreu violência por seus parceiros (OPAS, 2021c).

Neste estudo, observou-se associação entre ideação suicida e pessoas que sofreram violência física. Mais da metade das mulheres foram vítimas de violência física, com a idade da primeira violência sofrida entre cinco e 12 anos e 18 a 55 anos, e o agressor mais referido foi o parceiro e mais da metade das mulheres se sentiram incomodadas e afetadas com essa vivência.

Um estudo realizado com 152 mães encarceradas no interior de São Paulo traz que 63,8% das mulheres que foram vítimas de violência física pelos parceiros na fase adulta e 67,1% que referiram ter sofrido punição física por parte dos pais na infância empreenderam tentativas de suicídio (ORMENO et al., 2017).

Este estudo é similar a um estudo conduzido com mulheres idosas no Nordeste do Brasil, cuja maioria foi vítima de violência física na infância, na adolescência e na fase adulta praticada por pessoas da família ou por companheiros. Essas mulheres apresentavam mais sintomas depressivos, ideação e comportamentos suicidas (SILVA et al., 2018). Pessoas privadas de liberdade que foram vítimas de violência física são mais propensas a comportamentos suicidas (AYHAN et al., 2017; VANHAESEBROUCK et al., 2022).

Este estudo mostra que a maioria das mulheres referiu ter sofrido violência psicológica, cujos agressores foram familiares, parceiros e outras pessoas, sendo a idade mais frequente da primeira violência na fase adulta e a maioria se sentiu incomodada e afetada com a violência sofrida. Diferentemente, um estudo conduzido com mães encarceradas traz que 28,29% delas haviam sofrido violência psicológica por algum membro da família (ORMENO et al., 2017).

Já sobre a violência sexual, 46,7% das mulheres foram vítimas e o agressor desconhecido, a idade da primeira violência mais frequente foi entre quatro e 12 anos, e todas as mulheres que foram vítimas referiram incômodo e se sentiam afetadas. Um estudo com 152 mães privadas de liberdade mostrou que 15,7% delas foram vítimas de violência sexual e, na sua maioria, o agressor era um membro da família (ORMENO et al., 2017). Noutro estudo realizado com idosas no Nordeste do Brasil, a maior parcela das mulheres que foram vítimas de violência sexual tinham como principal agressor alguém da família ou o parceiro (SILVA et al., 2018).

Ter sido vítima de violência sexual e psicológica na infância e ter sofrido violência pelo parceiro mostrou propensão à tentativa de suicídio em estudos nacionais e internacionais (ORMENO et al., 2017; AYHAN et al., 2017; SILVA et al., 2018; VANHAESEBROUCK et al., 2022).

Neste estudo, percebeu-se associação de pessoas que tiveram ideação suicida ativa com algum método (sem plano) sem intenção de agir, pessoas que tiveram tentativas efetivas, pessoas com pensamentos suicidas durante a privação de liberdade, pessoas com pensamentos suicidas antes da privação de liberdade e com ideação suicida ativa com plano específico e intenção por, terem sido vítimas de violência sexual.

A violência pode trazer sofrimento psíquico e influenciar na saúde das mulheres, favorecendo o aumento de depressão, transtorno de ansiedade, gravidez não planejada, infecções sexualmente transmissíveis, risco de lesões, entre outros agravos à saúde (OPAS, 2021c).

Neste estudo, observou-se associação da ideação suicida de maior gravidade com os pensamentos suicidas antes da privação de liberdade na vida. Apresentar pensamentos suicidas com um plano específico e intenção de perpetrar a tentativa pode ser considerado um preditor para os comportamentos suicidas (FERREIRA et al., 2022). Entretanto, a ideação pode estar associada ao histórico de violência

familiar, a histórico de tentativas anteriores e a transtornos mentais (GUTIÉRREZ et al., 2015; SILVA et al., 2017; FERREIRA et al., 2022).

A maior parte das mulheres da amostra desejaram estar mortas ou dormir e nunca mais acordar e tiveram pensamentos suicidas ativos não específicos na vida. Um estudo que utilizou o instrumento C-SSRS, feito com 137 pessoas com transtornos relacionados ao uso de SPA em três CAPS AD na Região Sul do Brasil, mostrou que durante a vida 81,8% das pessoas desejavam estar mortas e 70,8% tiveram pensamentos suicidas ativos não específicos (VALE et al., 2023).

Entretanto, outro estudo conduzido com 451 estudantes universitários de uma Universidade na Região Nordeste do país, com o mesmo instrumento, apresentou uma porcentagem menor, 39,5% desejaram estar mortas ou dormir e nunca mais acordar e 29,3% tiveram pensamentos suicidas ativos não específicos (GALVÃO et al., 2021).

A ideação suicida ativa com algum método (sem plano) sem intenção de agir e a ideação suicida ativa com intenção de agir sem plano específico durante a vida foram identificadas na metade da amostra deste estudo, diferentemente de um estudo em que essas reações foram mais frequentes em mais da metade da amostra (VALE et al., 2023). Já sobre a ideação suicida ativa com plano específico e intenção de agir, neste estudo menos da metade das participantes apresentou dados consonantes com a literatura (VALE et al., 2023).

Em outro estudo conduzido com 14 mulheres idosas no Nordeste do Brasil de 2013 a 2014 sobre ideação e tentativa de suicídio, todas tiveram ideação suicida durante a vida (SILVA et al., 2017). A ideação suicida pode variar de um pensamento de morrer à elaboração de um plano específico para essa ação contra si, compreendendo como um aspecto de sofrimento psíquico, podendo antever um comportamento suicida (POSNER et al., 2011; GUTIÉRREZ et al., 2015; SILVA et al., 2017).

Sobre a frequência da ideação, a maioria referiu pensar muitas vezes ao dia, frequência similar aos dados da literatura (VALE et al., 2023). Em um estudo com pessoas privadas de liberdade, a frequência das ideações foi de cinco ou mais vezes ao dia (RANUZI et al., 2020). A frequência da ideação suicida é evidenciada na literatura como um preditivo para comportamentos suicidas (CZYZ et al., 2018; FERREIRA et al., 2022).

Neste estudo, mais da metade da amostra apresentou ideação suicida desde pensamentos passivos a extremos como planos e maior intensidade. Observou-se associação da intensidade suicida com as tentativas efetivas. Em relação à duração e ao controle dos pensamentos suicidas na amostra, a duração mais frequente foi de mais de oito horas por dia e a maioria não conseguia controlar esses pensamentos, diferentemente de outros estudos em que a frequência era de pensamentos passageiros, sendo possível controlá-los (GALVÃO et al., 2021; VALE et al., 2023).

Alguns fatores de proteção podem prevenir a ideação e comportamentos suicidas como vínculos familiares, religião e crianças na família. Neste estudo a maioria relatou que essas razões não as impediram de tentar cometer suicídio, diferentemente de outros estudos em que a religião, família e/ou dor da morte, com certeza impediram essa ação. Esse sentimento pode ser compreendido pela intensidade do sofrimento psíquico e pela necessidade de dar fim ao sofrimento vivenciado (GALVÃO et al., 2021; VALE et al., 2023).

Assim, a razão para a tentativa de suicídio mais frequente neste estudo foi com certeza pôr fim ao sofrimento, semelhante a outros estudos (GALVÃO et al., 2021; VALE et al., 2023).

Mais da metade desta amostra referiu pensamentos suicidas antes da privação de liberdade e 40% os tiveram durante a privação e, destes, 10% a primeira vez ocorreu na privação.

Um estudo com 288 pessoas privadas de liberdade (PPL) na Etiópia mostrou que 36 (12,5%) tiveram ideação suicida e 22 (7,6%) apresentavam ideação suicida com planos para a tentativa de suicídio antes da privação. Esses pensamentos podem ser relacionados a históricos de violência vivenciados na vida, a transtornos mentais ou a traumas (ANBESAW et al., 2022).

No entanto, um estudo com 228 pessoas privadas de liberdade em uma penitenciária mista no Estado de Minas Gerais apontou que 21,1% das pessoas apresentaram ideação suicida durante a privação de liberdade (RANUZI et al., 2020). Assim, o ambiente prisional e a ociosidade neste ambiente podem favorecer esses pensamentos e, ainda, o local de isolamento pode ser fator de risco para comportamentos suicidas (CZYZ et al., 2018; RANUZI et al., 2020).

A maior parte das pessoas da amostra teve mais de cinco vezes ideação suicida durante a privação. Esse dado é diferente do estudo em que 35,4% das

peças privadas de liberdade apresentaram uma vez ideação suicida na prisão (RANUZI et al., 2020).

Ainda, neste estudo, o desejo de estar morto e a ideação suicida ativa com plano específico e intenção apresentaram associação com ideação suicida durante a privação. Receber notícias de condenação, tempo de prisão, perdas de vínculos familiares e condições de saúde podem gerar sentimentos de desânimo e fomentar comportamentos suicidas (SCHERER et al., 2020; SCHULTZ et al., 2020b; SANTOS et al., 2023). A ideação de maior intensidade pode estar relacionada com a entrada no ambiente prisional, o isolamento súbito, o medo do futuro como aguardar a condenação ou sua adaptação ao ambiente prisional (ZHONG et al., 2019).

Observa-se que mais da metade da amostra apresentou comportamentos suicidas durante a vida e, entre eles, pouco menos da metade fez uma tentativa de suicídio efetiva. Entrementes, um estudo conduzido em três CAPS AD na cidade de Curitiba em 2018 com pessoas com transtornos relacionados ao uso de substâncias em tratamento mostrou que 51,8% empreenderam tentativas de suicídio efetivas durante a vida (FERREIRA et al., 2022).

Ainda, um estudo feito com 14 mulheres idosas no Nordeste do Brasil no ano de 2013 e 2014 mostrou que 12 delas empreenderam tentativa de suicídio durante a vida por intoxicação exógena como método e que sete empreenderam essas tentativas três a mais vezes (SILVA et al., 2018).

No que concerne aos demais comportamentos suicidas, mais de um quinto das participantes tiveram uma tentativa abortada durante a vida, diferentemente de um estudo feito com 451 universitários com o instrumento C-SSRS, em que 15,1% tiveram uma tentativa de suicídio abortada (GALVÃO et al., 2021). Não somente a ideação, mas comportamentos suicidas como tentativas abortadas e interrompidas podem ser um preditor para as tentativas de suicídio efetivas (FERREIRA et al., 2022).

Neste estudo menos de um terço da amostra teve uma tentativa interrompida. Um estudo com 137 pessoas que estavam em tratamento em um CAPS AD, que utilizou o instrumento C-SSRS, mostrou que 27 pessoas tiveram uma tentativa interrompida, tendo também feito uma tentativa efetiva (FERREIRA et al., 2022).

Neste estudo, a ideação suicida ativa com plano específico e intenção apresentou associação com tentativa interrompida. No que se refere ao tipo de ideação, considera-se essa ideação de maior gravidade e, conseqüentemente, uma

maior propensão a comportamentos suicidas, como tentativas ou até mesmo o suicídio (VALE et al., 2023).

Um quinto da amostra teve comportamento autolesivo sem intenção suicida durante a vida, semelhante a um estudo feito com o instrumento C-SSRS, em que 12,2% dos participantes tiveram esse comportamento (GALVÃO et al., 2021).

Um terço da amostra fez atos preparatórios durante a vida, diferentemente de um estudo em que 12,3% teve esses mesmos comportamentos durante a vida (GALVÃO et al., 2021).

Foram observadas associação da ideação suicida ativa com algum método (sem plano) sem intenção de agir, ideação suicida ativa com alguma intenção de agir, sem planos específicos ou método, e ideação suicida ativa com plano específico e intenção com pessoas que fizeram atos preparatórios.

Neste estudo, os métodos utilizados nas tentativas apresentaram um *score* de letalidade significativo. De modo similar a outros estudos, o método utilizado para tentativa de suicídio em alguns casos resultou em internamento nos setores de emergência, enfermaria e até atendimento em unidades de terapia intensiva, pois em alguns casos, se não tivesse havido atendimento da equipe de saúde, provavelmente a pessoa evoluiria a óbito (MOURA et al., 2022; VANHAESEBROUCK et al., 2022).

Considera-se que na literatura homens apresentam maior letalidade por suicídio, em contrapartida, mulheres apresentam maior frequência de tentativas. A letalidade masculina pode ser devida à maior força física para empreender uma tentativa e à acessibilidade aos meios de tentativas mais letais (RANUZI et al., 2020; MOURA et al., 2022).

A idade da primeira tentativa de suicídio de maior frequência foi entre 20 e 49 anos, semelhante aos dados da literatura nacional em que a maior parcela também foi nessa faixa etária. Muitas das tentativas ocorreram por problemas familiares, socioeconômicos, conjugais, históricos de violência e traumas (SILVA et al., 2017; MOURA et al., 2022).

Observa-se que o principal método utilizado pelas participantes foi a intoxicação exógena por medicamentos. Dados semelhantes a um estudo realizado com registros de 838 atendimentos pré-hospitalares pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) mostraram que entre as pessoas que tentaram suicídio de julho de 2015 a dezembro de 2018, sendo 60,9% mulheres, das quais 72,9%

fizeram tentativas de suicídio com o método de intoxicação por medicamentos e pesticidas (MOURA et al., 2022), diferentemente de outro estudo conduzido com mulheres idosas, em que o método de tentativa de suicídio foi por veneno (SILVA et al., 2018).

Conforme outros estudos durante as tentativas de suicídio, os principais métodos utilizados dentro das celas envolviam enforcamento, seguido de envenenamento, justificando esses métodos pelos recursos disponíveis dentro das celas (ANBESAW et al., 2022). Confirmando os métodos utilizados antes da privação de liberdade, a população feminina utiliza métodos de menor letalidade que os homens, como a intoxicação exógena com medicamentos, e o uso desse método pode ocorrer pela maior facilidade de acesso e armazenamento dos medicamentos, no entanto, homens utilizam formas mais letais como enforcamento e arma de fogo (VANHAESEBROUCK et al., 2022).

Das 14 mulheres que tentaram suicídio, 13 tinham pensamentos e planos de tirar a própria vida antes da tentativa de suicídio. Estudo com pessoas que tentaram suicídio mostra que antes da tentativa efetiva a pessoa teve ideação suicida ativa, com plano de tirar a própria vida (FERREIRA et al., 2022).

Menos de um quinto da amostra estava em tratamento em um serviço de saúde 30 dias antes da tentativa de suicídio. Diferentemente de um estudo feito com 1443 usuários da Atenção Primária de Saúde (APS) em Passo Fundo (RS), com o objetivo de “estimar a prevalência de tentativa de suicídio entre usuários da APS”, em que 45,8% dos usuários haviam passado por atendimento de saúde em um mês ou menos e 63,6% estavam fazendo uso contínuo de medicamentos (AGUIAR et al., 2022).

No que se refere às tentativas fora da prisão, quatro pessoas neste estudo relataram estar sob efeito do álcool durante as tentativas. Um estudo com dados de 838 atendimentos pelo SAMU mostrou que as pessoas que tentaram suicídio com maior frequência haviam feito uso do álcool nas tentativas de suicídio (MOURA et al., 2022). Considera-se que o efeito de uma substância como o álcool no organismo pode gerar alterações comportamentais e potencializar comportamentos suicidas de forma impulsiva (FERREIRA et al., 2022).

Neste estudo, 26,7% da amostra tinha na família uma pessoa que havia tentado suicídio. Semelhante a um estudo conduzido com 1443 usuários da APS em

Passo Fundo (RS) em que 27,4% dos usuários tinham alguém na família que havia tentado suicídio (AGUIAR et al., 2022).

Da amostra, 46,7% empreenderam tentativas de suicídio antes da privação de liberdade. Considera-se um quantitativo semelhante das tentativas de suicídio durante a vida de pessoas privadas de liberdade com a literatura (ORMENO et al., 2017; RANUZI et al., 2020; VANHAESEBROUCK et al., 2022). Um estudo mostra que mais de 30% das mulheres privadas de liberdade apresentaram uma tentativa de suicídio antes da privação (ORMENO et al., 2017). Outro estudo com mulheres privadas de liberdade identificou que as tentativas antes da privação foram em maior número do que no ambiente prisional (CARVALHO et al., 2021).

Sobre as tentativas durante a privação, apenas quatro pessoas as cometeram nesse estudo, destas, três haviam tentado pela primeira vez. Evidências internacionais apresentam tentativas de suicídio durante a privação de liberdade. Um estudo internacional com população privada de liberdade mostrou que 24,6% desta população tentou suicídio durante a privação (VANHAESEBROUCK et al., 2022). Porém, na literatura nacional, são insuficientes os estudos atualizados sobre ideação e tentativa de suicídio neste ambiente, sendo que compreender esses fatores pode contribuir para a prevenção de suicídio (ORMENO et al., 2017; RANUZI et al., 2020).

Quanto às primeiras tentativas durante a privação, principalmente no início da privação, elas podem ser justificadas em razão dos primeiros dias de reclusão, das lembranças do crime, da rejeição familiar, da perda de vínculo social e do novo ambiente em que a pessoa está inserida. Um estudo realizado na França com pessoas privadas de liberdade, que foram a óbito por suicídio, mostrou que 11,9% dos 235 reclusos que foram a óbito estavam na primeira semana de aprisionamento e 8,5% foram a óbito no primeiro mês após a privação de liberdade (VANHAESEBROUCK et al., 2022).

Em relação à quantidade de tentativas de suicídio durante a privação, duas mulheres tentaram cinco ou mais vezes. A prevalência de aproximadamente 20% de risco para comportamentos suicidas é encontrada em estudo internacional com a mesma população, tentar mais de uma vez pode ter como causas o tempo de reclusão, as mudanças que ocorrem com o tempo de condenação e as notícias recebidas durante o isolamento (ZHONG et al., 2019).

Ainda, em relação aos preditores das tentativas de suicídio na prisão, um estudo apresentou pessoas que tinham históricos de tentativas antes da privação de

liberdade e perpetraram tentativas durante a privação. É importante destacar que o histórico de tentativas anteriores é sinalizado como um fator de risco para uma próxima tentativa, pois muitos que têm histórico de tentativas podem tentar novamente (CHEN , 2017; WHO, 2022).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, foi possível identificar a ideação e comportamentos suicidas das mulheres privadas de liberdade e o seu perfil sociodemográfico, econômico e clínico, sendo mulheres solteiras, com baixa escolaridade, morando com familiares e com filhos, a maioria fazia ou fez uso de tabaco, álcool e substâncias psicoativas, também foram vítimas de violência física, psicológica e sexual, e o homicídio foi o motivo de privação de liberdade para metade da amostra.

A ideação suicida foi referida pela maioria das participantes com início antes da privação de liberdade. Ressalta-se que mulheres que foram vítimas de violência sexual, que estavam desempregadas antes da privação, com ideação suicida antes da privação, com ideação suicida durante a privação de liberdade, em tratamento para condição em saúde mental, que já haviam feito tentativas de suicídio efetiva e tentativa de suicídio interrompida também feito atos preparatórios, também tiveram associação com ideação suicida ativa com plano específico e intenção sendo a maior gravidade da ideação suicida, segundo o C-SSRS.

Os comportamentos suicidas foram mais presentes durante a vida anterior à privação de liberdade. Neste estudo, porém, a privação de liberdade pode ser um fator desencadeador desses comportamentos em razão das condições em que as pessoas privadas de liberdades estão suscetíveis.

Para as mulheres privadas de liberdade, a ideação e comportamentos suicidas podem ser mais frequentes, em razão das condições insalubres em que vivem, da falta de visita, do abandono por parte dos familiares, do sentimento de vergonha, culpa e sentimentos dos familiares principalmente dos filhos.

É necessário na admissão dessas mulheres nas unidades prisionais fazer, por parte da equipe de enfermagem, uma avaliação das condições de saúde física e mental, com a intenção de identificar ideação e comportamentos suicidas, para sua prevenção e cuidado neste ambiente.

Esse estudo pode contribuir nas políticas públicas que atendam essas mulheres privadas de liberdade com a intenção de prevenir a ideação e comportamentos suicidas. Sendo que conhecer as características desta população e os aspectos relacionados à tentativa de suicídio pode contribuir para o planejamento de futuras ações de intervenção, promoção e prevenção do suicídio a esta população estigmatizada e em constante crescimento.

Como limitações, destaca-se o fato de as entrevistas terem sido feitas na presença da policial penal a um ou dois metros de distância como medida de segurança; a unidade penal no período da coleta estar sob interdição, sendo assim, não recebendo novas pessoas privadas de liberdade, podendo apenas sair PPL transferidos para outra unidade penal e/ou receber alvará de soltura.

Também no período de coleta de dados, a unidade penal passou por uma interdição, ficando impedida de admitir novas pessoas privadas de liberdade, tendo havido alvará de soltura e transferência para outras unidades.

Quando se observou que a pessoa apresentava indicativos de comportamentos suicidas durante a entrevista, era feito um comunicado verbal à policial penal e à equipe de enfermagem visando à prevenção de futuras tentativas de suicídio.

REFERÊNCIAS

- ABDELAZIZ J.S. **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.** 2017. 62f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade de Brasília, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Distrito Federal, 2017.
- AGUIAR, R. A. *et al.* Tentativa de suicídio: prevalência e fatores associados entre usuários da Atenção Primária à Saúde. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. Rio de Janeiro, RJ, v. 71, n. 2, Apr-Jun 2022. DOI. 10.1590/0047-2085000000379.
- ALEMAYEHU, F.; AMBAW, F.; GUTEMA, H. Depression and associated factors among prisoners in Bahir Dar Prison, Ethiopia. **BMC Psychiatry**, United Kingdom, 19, n. 88, 2019. Disponível em: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-019-2071-1>. Acesso em: 10 junho 2023.
- AYHAN, G. *et al.* Suicide risk among prisoners in French Guiana: prevalence and predictive factors. **BMC Psychiatry**, United Kingdom, 17, n.156, 2017. Disponível em: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-017-1320-4>. Acesso em: 13 maio 2023.
- ANBESAW, T.; TSEGAW, M.; ENDRA, A. Suicidal behavior and associated factors among prisoners at Dessie town correctional institution, Dessie, Ethiopia. **BMC Psychiatry**, United Kingdom, 22, n. 656, 2022. Disponível em: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-022-04306-2>. Acesso em: 13 maio 2023.
- ARAÚJO, M. M. *et al.* Assistência à saúde de mulheres encarceradas: análise com base na Teoria das Necessidades Humanas Básicas. **Esc. Anna. Nery**, Rio de Janeiro, 24, v. 3, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0303>. Acesso em: 10 junho 2023.
- BÍBLIA Sagrada On-line. **Josué**. 2023. Disponível em: <https://www.bibliaonline.com.br/acf/js/1/9>. Acesso em 31 de outubro de 2022.
- BÍBLIA Sagrada On-line. **Mateus**. 2022. Disponível em: <https://www.bibliaon-line.com.br/acf/mt/26>. Acesso em 30 de abril de 2022.
- BÍBLIA Sagrada On-line. **Mateus**. 2022. Disponível em: <https://www.bibliaonline.com.br/acf/mt/27>. Acesso em 30 de abril de 2022.
- BÍBLIA Sagrada On-line. **Lucas**. 2022. Disponível em: <https://www.bibliaonline.com.br/acf/lc/22>. Acesso em 30 de abril de 2022.
- BÍBLIA Sagrada On-line. **Samuel**. 2022. Disponível em: <https://www.bibliaonline.com.br/acf/1sm/31>. Acesso em 30 de abril de 2022.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição**: República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Presidência da República. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário**. Brasília, DF: Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde no Sistema Penitenciário. Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, 2004. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_pnssp.pdf. Acesso em 02 de junho de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos**. Brasília, DF, 12 de dez 2012.

BRASIL. Ministério da saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP)**. Brasília, DF: Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação de Saúde no Sistema Prisional, 2014. Disponível em: <http://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2016/06/Cartilha-PNAISP.pdf>. Acesso em 15 de setembro de 2021.

BRASIL. Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República. **Monitoramento e Acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres 2013-2015 (PNPM)**, 2016, p. 14-16. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/central-de-conteudos/publicacoes/publicacoes/2015/pnaism_pnpm-versaoweb.pdf. Acesso em 07 de maio de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Suicídio: tentativas e óbitos por intoxicação exógena no Brasil, 2007 a 2016**. Boletim Epidemiológico. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde, Volume 50. Brasília, DF: 2019. Disponível em : <https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2019/julho/17/2019-014-Publicacao-02-07.pdf>. Acesso em 28 de agosto de 2021.

BRASIL. Coronavírus Brasil. **Painel de controle da COVID-19**. Painel coronavírus. 12 ago 2022. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br>. Acesso em 12 de agosto de 2022.

BORGES, A. P. *et al.* Perfil socioeconômico e sexual de mulheres privadas de liberdade. **Revista de Enfermagem UFPE On-line**, v. 12, n. 7, 2018. DOI. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i7a231408p1978-1985-2018>.

CARVALHO, E. R. O. *et al.* Self-injury and suicide attempt in incarcerated women: prevalence and risk factors. **Research, society and development**, Vargem Grande Paulista - SP, v. 7, n. 10, 2021. DOI. 10.33448/rsd-v10i7.15788.

CDC. Centers for Disease Control and Prevention. **Preventing Suicide: A Technical Package of Policy, Programs, and Practices**. Division of Violence Prevention National Center for Injury Prevention and Control Centers for Disease Control and Prevention. Atlanta, Georgia, 2017. Disponível em: <https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/suicideTechnicalPackage.pdf>. Acesso em 05 de setembro de 2021.

CHIES, L. A. B. Suicídios em prisões: Um estudo dos acórdãos do Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul. **Dilemas: Revista De Estudos De Conflito E Controle Social**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, 2022. DOI: <https://doi.org/10.4322/dilemas.v15n1.40035>.

COFEN. Resolução Código de Ética de Enfermagem 0564/2017 de 06 de Dezembro de 2017. **Conselho federal de enfermagem**. Brasília, DF, 06 de dez. 2017. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/12/ANEXO-RESOLU%C3%87%C3%83O-COFEN-N%C2%BA-564-2017.pdf>. Acesso em 20 de abril de 2022.

COREN-PR. Conselho regional de enfermagem do Paraná. **Coren PR interdita serviço de enfermagem do Complexo Médico Penal de Pinhais**. 05 de julho de 2022. Disponível em: <https://www.corenpr.gov.br/portal/noticias/1529-coren-pr-interdita-servico-de-enfermagem-do-complexo-medico-penal-de-pinhais>. Acesso em 07 de setembro de 2022.

CRM-PR. Conselho regional de medicina do estado do Paraná. **CRM-PR interdita eticamente o Complexo Médico Penal de Pinhais**. 04 de abril de 2022. Disponível em: <https://www.crmpr.org.br/CRMPR-interdita-eticamente-o-Complexo-Medico-Penal-de-Pinhais-11-57521.shtml>. Acesso em 07 de setembro de 2022.

CORRÊA, M. A aplicação da remição de pena pela leitura: Discursos e práticas. **Dilemas: Revista De Estudos De Conflito E Controle Social**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, 2023. DOI: <https://doi.org/10.4322/dilemas.v16.52185>.

CUNHA, Í. Í. B. R. *et al.* Relação entre a função tireoidiana e o Transtorno Depressivo Maior (TDM): uma revisão integrativa de literatura. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista - SP, v. 11, n. 12, e599111235270, 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i2.35270>.

DALENOGARE, G. *et al.* Mulheres, prisões e liberdade: experiências de egressas do sistema prisional no Rio Grande do Sul, Brasil. **Ciência saúde coletiva**, v. 27, n. 12, Dez. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320222712.11462022>.

DEPPEN. Departamento de polícia penal do estado do Paraná. **Complexo Médico-Penal**. 2022. Disponível em: <https://www.deppen.pr.gov.br/Endereco/Complexo-Medico-Penal-CMP>. Acesso em 15 de abril de 2022.

ESPEN. Escola de Formação e Aperfeiçoamento Penitenciário. **A história das prisões e dos sistemas de punições**. Disponível em:

<http://www.espen.pr.gov.br/Pagina/historia-das-prisoas-e-dos-sistemas-de-punicoes>. Acesso 15 de abril de 2022.

FRANÇA, J.O.N. et al. Prevalência de comorbidades clínicas em portadores de transtornos mentais acompanhados no Centro de Atenção Psicossocial. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v.4, n.1, p.1325-1342 Jan/Feb. 2021. Disponível em: <https://brazilianjournals.com/ojs/index.php/BJHR/article/view/23221/18661>. Acesso em 03 de setembro de 2022.

FEBRASGO. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. **Mulheres têm risco maior de apresentar episódios depressivos, quando comparadas aos homens, alerta FEBRASGO**. 06 Setembro 2023. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/1730-mulheres-tem-risco-maior-de-apresentar-episodios-depressivos-quando-comparadas-aos-homens-alerta-febrasgo>. Acesso em: 12 set. 2023.

FERREIRA, A. C. Z. et al. Tentativa de suicídio por pessoas com transtornos relacionados ao uso de substâncias em tratamento. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 26, 2022. DOI. <https://doi.org/10.35699/2316-9389.2022.38798>

FURTADO, A. E. et al. Mental health of women in deprivation of liberty: their perception. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista - SP, v. 10, n. 11, e398101119820, 2021. DOI. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i11.19820>.

GÉTAZ, L. et al. Suicide attempts and Covid-19 in prison: Empirical findings from 2016 to 2020 in a Swiss prison. **Psychiatry-Research**, v. 303, 2021. DOI. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.114107>.

GALVÃO, A. P. F. C. et al. Avaliação do risco de suicídio: Um estudo entre universitários da área da saúde. **Research, Society and Development, Vargem Grande Paulista - SP**, v. 10, n.9, e 19210917943, 2021. DOI. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i9.179431>.

INFOPEN. Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (Atualização). Organização: Thandara Santos. Colaboração: Marlene Inês da Rosa [et al.]. Brasília: **Ministério da Justiça e Segurança Pública**. Departamento Penitenciário Nacional, 2019a. Disponível em: <http://antigo.depen.gov.br/DEPEN/depen/sisdepen/infopen>. Acesso em 11 de maio de 2022.

INFOPEN. Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias. **Ministério da Justiça e Segurança Pública**. Departamento Penitenciário Nacional. Relatório Temático sobre Mulheres Privadas de Liberdade - Junho de 2017. Consultor e Organização: Marcos Vinicius Moura Silva. Brasília, 2019b. Disponível em: [copy_of_Infopenmulheresjunho2017.pdf](http://antigo.depen.gov.br/DEPEN/depen/sisdepen/infopen/copy_of_Infopenmulheresjunho2017.pdf) (depen.gov.br). Acesso em 23 de agosto de 2021.

HAWTON, K. et al. Self-harm in prisons in England and Wales: an epidemiological study of prevalence, risk factors, clustering, and subsequent suicide. **Lancet**, v. 383,

p1147-1154, Mar. 2014. DOI. 10.1016/S0140-6736. Acesso em 11 de setembro de 2021.

HULLEY, S.B., et al. Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica. 3. ed. Porto Alegre: **Artmed**, 2015.

LIMA, S.S. O cuidado aos usuários de drogas em situação de privação de liberdade. **PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, 2019. DOI. <https://doi.org/10.1590/s0103-73312019290305>.

MEDEIROS, A. B. et al. Representações sociais da maternidade para mulheres em privação de liberdade no sistema prisional feminino. **Ciência saúde coletiva**, v. 27, n. 12, Dez. 2022. DOI. <https://doi.org/10.1590/1413-812320222712.11522022>.

MONTANHA, S. M.; BOTELHO, C.; SILVA, A. M. C. Prevalência e fatores associados ao tabagismo em mulheres privadas de liberdade, numa prisão, Centro-Oeste do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n.12, Dez. 2022. DOI. <https://doi.org/10.1590/1413-812320222712.09242022.7>.

MOURA, E. H. *et al.* Atendimento pré-hospitalar às tentativas de suicídio: um estudo transversal. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 71, n. 2, Apr-Jun. 2022. DOI. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000358>.

NIMH. National Institute of Mental Health. U.S. Department of Health and Human Services. **National Institutes of Health**. Suicide. USA, 2021. Disponível em: <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/suicide>. Acesso em 05 de setembro de 2021.

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

OLIVEIRA, H. S. M. O carácter ressocializador da atividade laborativa. **Toledo prudente**, 2006. Disponível em: <http://intertemas.toledoprudente.edu.br/index.php/ETIC/article/viewFile/1176/1125>. Acesso em 15 set 2023.

OMS. Organização Mundial de Saúde. Departamento de Saúde Mental e de Abuso de Substâncias. Gestão de Perturbações Mentais e de Doenças do Sistema Nervoso Organização Mundial de Saúde. **Prevenção do Suicídio, um Recurso para Conselheiros**. Genebra, 2006. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/media/counsellors_portuguese.pdf. Acesso em 01 de setembro de 2021.

ONU. Organização das Nações Unidas. **Pandemia agravou a situação de mais de 700 mil prisioneiras no mundo**. Genebra, ONU, 2020. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2020/07/1720391>. Acesso em 05 de julho de 2021.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Histórico da pandemia de COVID-19**. 2020. Disponível em:

<https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>. Acesso em 13 de agosto de 2022.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Folha informativa sobre COVID-19**. 2021a. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19>. Acesso em 13 de agosto de 2022.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Após 18 meses de pandemia de COVID-19, OPAS pede prioridade para prevenção ao suicídio**. Washington, DC, 9 de setembro de 2021. 2021b. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/9-9-2021-apos-18-meses-pandemia-covid-19-opas-pede-prioridade-para-prevencao-ao-suicidio>. Acesso em 06 de agosto de 2022.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Devastadoramente generalizada: 1 em cada 3 mulheres em todo o mundo sofre violência**. 2021 c. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/9-3-2021-devastadoramente-generalizada-1-em-cada-3-mulheres-em-todo-mundo-sofre-violencia>. Acesso em: 10 jul. 2023.

ORMENO, G. R.; SANTINI, P. M.; WILLIAMS, L. C. A. Fatores de risco e proteção vivenciados por mães encarceradas ao longo da vida. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v.17, n.2, p. 514-534, maio/ago. 2017. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812017000200006&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 10 maio 2023.

PAHO. Pan American Health Organization. **Suicide prevention must be a priority: PAHO Director**. 8 Sep 2023. Washington, DC, September 8, 2023. Disponível em: <https://www.paho.org/en/news/8-9-2023-suicide-prevention-must-be-priority-paho-director>. Acesso em: 12 de setembro de 2023.

POSNER, K. *et al.* The Columbia- Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. **American Psychiatric Association**, Arlington, v. 168, n. 12, p. 1266-77, 2011. Disponível em: 10.1176 / appi.ajp.2011.10111704. Acesso em 20 de setembro de 2021.

POSNER, K. *et al.* From uniform definitions to prediction of risk: the Columbia Suicide Severity Rating Scale approach to suicide risk assessment. In: CANNON, K.E.; HUDZIK, T. J. **Suicide: phenomenology and neurobiology**. Switzerland: Springer International Publishing, 2014. p. 59-84.

RANUZI, C. *et al.* Suicidal thinking, depression, and religiosity in a freedom-deprived population. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2020. 28 e 3368. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/VrKQrQPqWVqFYvFfPbdMNtN/?lang=pt>. DOI. 10.1590/1518-8345.3713.3368.

ROCHA, D. M. *et al.* Comportamento suicida durante a pandemia da COVID-19: aspectos clínicos e fatores associados. **Acta Paul Enferm**, São Paulo - SP, v. 35, 2022. DOI. 10.37689/acta-ape/2022AO027177.

SAPKOTA, D. *et al.* Navigating pregnancy and early motherhood in prison: a

thematic analysis of mothers' experiences. **Health & Justice**, v. 10, n. 32, 2022. DOI. <https://doi.org/10.1186/s40352-022-00196-4>.

SANTOS, A. G. et al. O cuidado em enfermagem analisado segundo a essência do cuidado de Martin Heidegger. **Revista Cubana de Enfermería**. Vol 33, N. 3 (2017). Disponível em: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1529/295>. Acesso em 04 de setembro de 2022.

SANTOS, T. C. Q. C. *et al.* Desesperança em mulheres privadas de liberdade e sua correlação com sintomas de depressão e ansiedade. **Enfermería Global**, Múrcia - ES, n. 70, Abril 2023.

SISDEPEN. Secretaria Nacional de Políticas Penais. Dados estatísticos do sistema penitenciário. 13º ciclo de coleta (dados obtidos entre julho e dezembro de 2022). **Ministério da Justiça e da Segurança Pública**, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/senappen/pt-br/servicos/sisdepen>. Acesso em: 05 jul. 2023.

SCHULTZ, Á.L.V. *et al.* Limites e desafios para o acesso das mulheres privadas de liberdade e egressas do sistema prisional nas Redes de Atenção à Saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, 2020a. DOI. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300325>.

SCHULTZ, Á.L.V.; DOTTA, R. M.; DIAS, M. T. G. Mulheres privadas de liberdade no sistema prisional: interface entre saúde mental, serviços sociais e vulnerabilidade. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 19, n. 2, p. 1-15, jul-dez. 2020b. DOI. <https://doi.org/10.15448/1677-9509.2020.2.36887>.

SERRA, R. M. *et al.* Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis no sistema prisional: um desafio para a saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 12, p. 4475-4484, dez. 2022. DOI. <https://doi.org/10.1590/1413-812320222712.10072022>.

SILVA, R. M. *et al.* Suicidal ideation and attempt of older women in Northeastern Brazil. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 71, 2018. DOI. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0413>.

DEPARTAMENTO DE TIREOIDE DA SBEM. Doenças Tireoidianas e Depressão. Disponível em: <https://www.tireoide.org.br/doencas-tireoidianas-e-depressao/>. Acesso em: 16 jul. 2023.

UNODC. United Nations Office on Drugs and Crime. **Prevenção e Medidas de Controle nas Prisões**. 2021. Disponível em: <https://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/covid19/preveno-e-medidas-de-controle---prises.html>. Acesso em 06 de agosto de 2022.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA (UFSC). Programa de Valorização da Atenção Básica. Centro de Ciências da Saúde. Curso de Atenção à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade – Modalidade a Distância. **Atenção à saúde da mulher privada da liberdade**. Universidade Federal de Santa Catarina; Organizadores: Carmem Regina Delzio et al. Florianópolis: Universidade Federal

de Santa Catarina, 2015. 52 p. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/7427/1/Saude_Mulher.pdf. Acesso em 28 de agosto de 2021.

VANHAESEBROUCK, A. *et al.* Characteristics of persons who died by suicide in prison in France: 2017–2018. **BMC Psychiatry**, United Kingdom, 22, n. 11, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03653-w>. Acesso em: 10 maio 2023.

VALE, C. C. F. **Ideação suicida em pessoas em tratamento nos Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas III de Curitiba**. 2021. 122 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2021. Disponível em: <<https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/71850/R%20-%20D%20-%20CAIRO%20CEZAR%20DA%20FONSECA%20VALE.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em 08 de março de 2022.

ZHONG, S. *et al.* Mental Health Problems, History of Drug Use, and Violent Offending Are Associated With Increased Suicide Risk in Imprisoned Females. **Frontiers in psychiatry**, v. 10 , Jun. 2019. DOI. 10.3389/fpsy.2019.00395.

WALDOW, V.R. Enfermagem: a prática do cuidado sob o ponto de vista filosófico. **Investig Enferm**. Imagen Desarr. 2015;17(1):13-25. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.IE17-1.epdc>. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/1452/145233516002.pdf>. Acesso em 04 de setembro de 2022.

WHO. World Health Organization. **One in 100 deaths is by suicide**. WHO guidance to help the world reach the target of reducing suicide rate by 1/3 by 2030. WHO, 2021a. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/17-06-2021-one-in-100-deaths-is-by-suicide>. Acesso em 12 de setembro de 2023.

WHO. World Health Organization. **Global Health Estimates. Suicide worldwide in 2019**. WHO, 2021b. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>. Acesso em 28 de agosto de 2021.

WHO. World Health Organization. **WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard**. 2022. Disponível em: <https://covid19.who.int/>. Acesso em 12 de agosto de 2022.

APÊNDICE 1 - INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS - AUTORIA PRÓPRIA



PROJETO IDEACÃO E COMPORTAMENTO SUICIDA EM PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE EM UM SISTEMA PRISIONAL

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS - AUTORIA PRÓPRIA

Quando o entrevistado optar por não responder a uma pergunta, escrever "Não respondeu" (777); Não se aplica (999); Quando não souber será (111111).

BLOCO 1 - IDENTIFICAÇÃO DA ENTREVISTA

Número da entrevista: _____ Horário do início: _____ Horário do término: _____

Nome _____

Idade: _____ Local de coleta: _____

Coletador: _____

BLOCO 2 - SOCIOECONÔMICO

1. Sexo	se: _____	2. Qual é a sua idade? (Se sexo masculino, pule para a questão 4.)	ida: _____
1. Feminino 2. Masculino		_____	
3. Você está grávida? (Se sim, pule para a questão 17.)	ge: _____	4. De qual cor ou raça você se considera?	cra: _____

1. Sim 2. Não		1. Branca 2. Preta	3. Parda 4. Amarela	5. Indígena 6. Não Sabe	
5. Qual seu estado conjugal atual?					
1. Solteiro	2. Casado	3. Separado	4. Viúvo	5. Divorciado	6. União estável (vivendo como casado) 7. Outros: _____
6. Até que ano você estudou?					
1. Sem instrução	2. Ensino fundamental incompleto	3. Ensino fundamental completo	4. Ensino médio incompleto	5. Ensino médio completo	6. Ensino superior incompleto
7. Qual sua profissão?					

8. Qual sua situação empregatícia na época em que foi preso?					
1. Empregado	2. Desempregado	3. Aposentado	4. Afastado pelo INSS	5. Pensionista	6. Outros: _____
9. Qual a renda atual da sua família?					
R\$ _____ 111111. Não sabe			rasf _____		
10. Qual o valor em dinheiro foi seu último salário antes de ser preso?					
R\$ _____ 111111. Não sabe			111111. Não sabe		
11. Você tem filhos? (Se não, pule para a questão 13.)					
1. Sim		2. Não			
12. Quantos filhos? (Considerar filhos biológicos e adotados)					
tf: _____					
13. Com quem você morava antes de ser preso?					
1. Sozinho	2. Família	3. Amigos	4. Companheiro	5. Outros: _____	
ec: _____					
esc: _____					
prof: _____					
prof1: _____					
sitec: _____					
etefp: _____					
qufi: _____					
mor: _____					

14. Em que país você nasceu?		nac: _____					
1. Brasil	2. Estrangeiro	Qual: _____					
15. Em qual cidade você morava antes da privação de liberdade?							
1. Capital	2. Interior	Cidade: _____					
16. Em qual Estado você morava antes da privação de liberdade?							
1. Acre (AC)	2. Alagoas (AL)	3. Amapá (AP)	4. Amazonas (AM)	5. Bahia (BA)			
6. Ceará	7. Espírito Santo	8. Goiás	9. Distrito Federal (DF)	10. Maranhão			
11. Mato Grosso	12. Mato Grosso do Sul	13. Minas Gerais (MG)	14. Pará (PA)	15. Paraíba (PB)			
16. Paraná (PR)	17. Piauí (PI)	18. Pernambuco (PE)	19. Rio de Janeiro (RJ)	20. Rio Grande do Norte (RN)			
21. Roraima (RR)	22. Rio Grande do Sul (RS)	23. Santa Catarina (SC)	24. São Paulo (SP)	25. Sergipe (SE)			
26. Tocantins (TO)	27. Rondônia						
GESTANTE							
(Se sexo masculino ou não grávida, pule para a questão 28)							
17. Primeira gestação? (Se sim, pule para a questão 22.) (Não se esquecer de considerar aborto como gestação)		prige: _____	18. Quantas gestações anteriores? (Não se esquecer de considerar aborto como gestação).				
1. Sim	2. Não		1. uma	2. duas	3. três	4. quatro	5. cinco ou mais
19. A gravidez aconteceu depois de estar privada de liberdade?		gestpl: _____	20. Houve complicações nas gestações, partos ou puerpérios anteriores? (Se não, pule para a questão 22).				
1. Sim	2. Não		1. Sim	2. Não			
			hcgcs: _____				

21. Quais?		qhcgcs: _ _
1. Hipertensão gestacional 2. Diabetes gestacional	3. Pré-eclâmpsia 4. Eclâmpsia	5. Alteração na tireoide 6. Depressão
		7. Outros _____
22. Na gestação atual você apresenta complicações ou alguma doença gestacional?		acges: _ _
1. Sim 2. Não		
23. Quais?		qacges: _ _
1. Hipertensão gestacional 2. Diabetes gestacional	3. Pré-eclâmpsia 4. Eclâmpsia	5. Alteração na tireoide 6. Depressão
		7. Outros _____
24. Com quanto tempo de gestação você teve o diagnóstico da gravidez atual ?		qtgea: _ _
1. Um mês 2. Entre dois e três meses	3. No quarto mês	4. Entre cinco e seis meses 5. Acima do sétimo mês
25. Está fazendo o pré-natal?	rprn: _____	26. Quando você começou a fazer o pré-natal?
1. Sim 2. Não		1. Antes de estar privada da liberdade 2. Durante a privação da liberdade
27. Com quanto tempo de gestação você começou a fazer o pré-natal?		qtrprn: _ _
1. Um mês 2. Dois meses 3. Três meses	4. Quatro meses 5. Cinco meses	6. Seis meses 7. Sete meses 8. Oito meses ou mais

(DEPOIS DE RESPONDER, VOLTE PARA A QUESTÃO 4).			
ANTES DO BLOCO 3, FAZER AS PERGUNTAS DA ESCALA DE AVALIAÇÃO DO RISCO DE SUICÍDIO DO COLÚMBIA (C-SSRS).			
BLOCO 3 - IDEACÃO E COMPORTAMENTO SUICIDA			
IDEACÃO SUICIDA			
(Se as perguntas nº 1 e 2 do Colúmbia forem não e houver comportamento suicida, pule para a questão 32). (Se as perguntas nº 1 e 2 do Colúmbia forem não e não houver comportamento suicida, pule para a questão 40).			
28. Você teve pensamentos suicidas antes de ser preso?	vpadp: ____	29. Você teve pensamentos suicidas depois que foi preso?	vpsdp: ____ ____
1. Sim 2. Não		1. Sim 2. Não	
30. Esses pensamentos foram iniciados na prisão?	epinp: ____	31. Quantas vezes você teve pensamentos suicidas depois que foi preso?	qvpsp: ____ ____
1. Sim 2. Não		1. Uma vez 2. Duas vezes 3. Três vezes 4. Quatro vezes 5. Cinco ou mais vezes	
TENTATIVA DE SUICÍDIO			
(Se no C-SSRS ao entrevistado teve tentativa efetiva e/ou tentativa abortada e/ou interrompida, fazer as perguntas a seguir).			
32. A primeira tentativa de suicídio foi na prisão? (Se não, pule para a questão 39).	Vtnap: ____	33. Você tentou o suicídio depois que foi preso?	tsdqp: ____ _
1. Sim 2. Não		1. Sim 2. Não	
34. Quantas vezes você tentou o suicídio depois que foi preso?	qvfsp: ____	35. Que idade você tinha quando tentou o suicídio pela primeira vez?	itspv: ____ _

1. Uma vez 4. Quatro vezes	2. Duas vezes 5. Cinco ou mais vezes	3. Três vezes ou mais vezes	1. _____ 111111. Não sabe	qmts: _____
36. Qual método você utilizou na(s) tentativa(s) de suicídio?				
1. Medicamentos 4. Arma branca 7. Explosivos 10. Precipitações 13. Outros: _____	2. Envenenamento por produtos químicos 5. Arma de fogo 8. Afogamento por água 11. Drogas	3. Intoxicação por gases 6. Fogo 9. Enforcamento 12. Álcool	Qual: _____	qmts1: _____ qmts2: _____ qmts3: _____
37. Você tinha pensamentos e planos de tirar a própria vida antes de ter tentado o suicídio? (Se não, pule para a questão 39)	pens: _____	38. Nos 30 dias que antecederam à sua tentativa de suicídio mais grave (letal), você buscou atendimento ou estava recebendo tratamento em um serviço de saúde?	1. Sim 2. Não	tss: _____
1. Sim 2. Não				
39. Você estava sob efeito de álcool ou outras drogas em algumas das tentativas de suicídio?	afts: _____	40. Alguém da sua família já tentou o suicídio?	1. Sim Quem: _____ 2. Não	edsp: _____
1. Sim 2. Não Qual? _____				
BLOCO 4- CONDIÇÕES CLÍNICAS				
41. Está fazendo tratamento clínico no momento?	eftcm: _____	42. Você utiliza algum medicamento de uso contínuo?		muc: _____
1. Sim 2. Não		1. Sim 2. Não		
43. Alguma vez, um profissional de saúde disse que você tinha alguma das condições de saúde a seguir? (Se não, pule para a questão 45).				cond: _____

<p>1. Hipertensão Arterial Sistêmica 2. Diabetes 3. Cardiopatias 4. Deficiência física Qual: _____ 5. Infecção Sexualmente Transmissível. Qual: _____ 6. Outros: _____</p>	<p>7. Condições hepáticas 8. Condições renais 9. Condições autoimunes 10. Condições pulmonares</p>	<p>11. Condições vasculares 12. Condições neurológicas 13. Condições ginecológicas 14. Condições digestivas 15. Não</p>	<p>cond1: ____ cond2: ____ cond3: ____ cond4: ____</p>
<p>44. E para qual dessas condições de saúde citadas você está fazendo tratamento? (Se não, pule para a questão 45).</p>			
<p>1. Hipertensão Arterial Sistêmica 2. Diabetes 3. Cardiopatias 4. Deficiência física Qual: _____ 5. Infecção Sexualmente Transmissível. Qual: _____ 6. Outros: _____</p>	<p>7. Condições hepáticas 8. Condições renais 9. Condições autoimunes 10. Condições pulmonares</p>	<p>11. Condições vasculares 12. Condições neurológicas 13. Condições ginecológicas 14. Condições digestiva 15. Não 16. Não está fazendo tratamento</p>	<p>etdon1: _ etdon2: ____ etdon3: ____ etdon4: ____</p>
<p>BLOCO 5- CONDIÇÕES CLÍNICAS MENTAIS</p>			
<p>45. Alguma vez, algum profissional de saúde informou que você tinha algum transtorno mental? (Se não, pule para a questão 47)</p>			
<p>1. Sim Qual: _____ 2. Não</p>			
<p>46. Você tem mais de um transtorno mental? (Comorbidade mental)</p>			
<p>1. Sim. Qual? _____</p>	<p>2. Não</p>	<p>3. Não Sabe</p>	<p>cm: _____</p>
<p>47. Faz algum tratamento para saúde mental? (Se não, pule para a questão 49)</p>			
<p>1. Sim 2. Não 3. Não sabe</p>			
<p>ftps: _____</p>			
<p>tm: _____</p>			

48. Faz uso de medicamentos para saúde mental?	fum: _____	49. Alguém na sua família tem algum transtorno mental?	afm: _____
1. Sim. Qual? _____ 2. Não 3. Não sabe		1. Sim Quem? _____ Não Sabe 2. Não 3.	
BLOCO 6 - USO DE SUBSTÂNCIAS			
50. Você já fez ou faz uso de álcool? (Se não, pule para a questão 57).	ual: _____	51. Quantas doses de álcool por dia você bebe?	quds: _____
1. Sim 2. Não 3. Não Sabe		1. Uma doses 2. Duas doses 3. Três doses 4. Mais de 4 doses	
52. Que idade você tinha quando iniciou o uso de álcool?	qivti: _____	53. Você tem quantos anos de uso de bebida alcoólica?	qual: _____
_____ 3. Não Sabe		_____ 3. Não Sabe	
54. Tem problema em parar de tomar bebida alcoólica?	tppb: _____	55. Está em abstinência de bebida alcoólica?	abs: _____
1. Sim 2. Não		1. Sim 2. Não	
56. Sente fissura no momento?	sfss: _____	57. Alguém da sua família faz ou fez uso de bebida alcoólica?	afudr: _____
1. Sim 2. Não		1. Sim Quem: _____ 2. Não 3. Não sabe	
58. Você já fez uso de outras drogas? (Se não, pule para a questão 65)	udr: _____	59. Se sim, qual substância?	qsub: _____
1. Sim 2. Não		1. Álcool 2. Cocaína 3. Crack 3. Maconha 5. Sedativos 6. Opióides 7. Outros: _____	qsub1: _____ qsub2: _____ qsub3: _____

60. Que idade você tinha quando se iniciou no uso de outras drogas?	qivus: ____	61. Durante quantos anos você fez uso de drogas?	qausdr: ____
_____ 111111. Não Sabe		_____ 111111. Não Sabe	
62. Tem problema em parar com o uso de drogas?	tpud: ____	63. Está em abstinência de drogas?	avsdr: ____
1. Sim 2. Não		1. Sim 2. Não	
64. Sente fissura no momento?	fssdr: ____	65. Alguém da sua família faz ou fez uso de drogas?	afudr: ____
1. Sim 2. Não		1. Sim Quem: _____ 2. Não 111111. Não sabe	
66. Faz uso de cigarro? (tabaco) (Se não, pule para a questão 68).	futb: ____	67. Idade em que começou a fazer uso do tabaco?	iutba: ____
1. Sim 2. Não		_____	
BLOCO 7 - LEGAL			
68. Por que você está privado da liberdade?			
1. Porte de drogas	7. Furtos e roubos	9. Sequestro	ppv: ____
2. Tráfico de drogas	8. Briga	10. Outros _____	ppv1: ____ ppv2: ____ ppv3: ____
3. Homicídio		11. Organização de Facção	
4. Feminicídio			
69. Qual é a forma da sua privação de liberdade?		70. Há quanto tempo você está privado de liberdade?	qtpl: ____
1. Medida de Segurança	qefppi: ____	_____	
4. Outros _____			
71. É a primeira vez que está privado da liberdade? (Se sim, pule para a questão 74).		72. Com que idade você foi preso pela primeira vez?	cqivpp: ____
	pvpv: ____		

1.Sim 2. Não		_____ 111111. Não sabe	
73. Quantas vezes você já foi preso?	qvar: _____	74. Quantas pessoas estão presas com você na sua cela?	qpac: _____
_____ 111111. Não sabe			
75. Você faz ou já fez algum curso aqui no presídio?			curs: _____
1. Sim. 2. Não	Qual(is)? _____		
76. Você faz alguma atividade para redução da pena?	trab: _____	77. Você já foi preso antes dos 18 anos? (Se não, pule para a questão 79).	premr: _____
1. Sim. 2. Não	Qual? _____	1.Sim 2. Não	
78. Por qual motivo você foi preso antes dos 18 anos?			pvpa: _____
1. Porte de drogas 2. Tráfico de drogas	3. Homicídio 4. Femicídio	5. Crimes sexuais 6. Não pagamento de pensão	7. Furtos e roubos 8. Briga
		9. Sequestro 10.Outros _____	11. Organização de Facção
79. Alguém da sua família já esteve preso?			aflep: _____
1.Sim 2. Não ()	Quem: _____		
BLOCO 8 - VIOLÊNCIA PRESENCIADA			
80. Você já viu alguém ser agredido fisicamente?(Se não, pule para a questão 82).			vsagr: _____
1.Sim 2. Não			
81. Onde?			ovsagr: _____

1. Na cela	2. No pátio do presídio	3. Outro local do presídio	4. Fora da prisão	5. Em casa	6. Outros _____	ovsagr1: _____	
82. Você já viu alguém sendo morto? (Se não, pule para a questão 84). ** Se a participante responder NÃO nas questões 80 e 82, pular para a questão 85**							
1. Sim 2. Não							
83. Onde?							
1. Na cela	2. No pátio do presídio	3. Outro local do presídio	4. Fora da prisão	5. Em casa	6. Outros _____	ovjasm: _____	
84. Você se lembra do ocorrido?							
			vloc: _____	85. Você encontrou dificuldade para esquecer o ocorrido?			
1. Sim 2. Não			1. Sim 2. Não				
BLOCO 9- VIOLÊNCIA FÍSICA, PSICOLÓGICA E SEXUAL							
(As questões sobre violência sexual ficaram por último em razão do impacto que poderão trazer à entrevistada)							
86. Você já foi vítima de violência física? (Se não, pule para a questão 90).		viofis: _	87. Que idade você tinha? (Se houve mais de uma vez, considerar somente a primeira vez).				qidv: _____
1. Sim 2. Não		1. Que idade: _____					
88. Quem foi o agressor?							
1. Família		2. Amigos		3. Parceiro		4. Outros: _____	
89. Você ainda se sente incomodado ou afetado com a violência que sofreu?							
1. Sim 2. Não							
						vdeocs: _____	

90. Você já foi vítima de violência psicológica? (Se não, pule para questão 94). 1. Sim 2. Não	witp: _____	91. Que idade você tinha? (Se houve mais de uma vez, considerar somente a primeira vez). idade: _____	ivpsic: _____
92. Quem foi o agressor?			
1. Família 2. Amigos 3. Parceiro 4. Outros: _____			
93. Você ainda se sente incomodado ou afetado com a violência que sofreu?			
1. Sim 2. Não			
94. Você já foi vítima de violência sexual? (Se não, pule para a questão 98)	vitse: _____	95. Que idade você tinha? (Se houve mais de uma vez, considerar somente a primeira vez). idade: _____	qidvds: _____
1. Sim 2. Não			
96. Quem foi o agressor?			
1. Família 2. Amigos 3. Parceiro 4. Outros: _____			
97. Você ainda se sente incomodado ou afetado com a violência que sofreu?			
1. Sim 2. Não			
BLOCO 10 - COVID-19			
98. Você estava preso antes do início da pandemia?		plpan: _____	99. Você teve Covid? (Se não, pule para a questão 104)
1. Sim 2. Não		1. Sim Quantas vezes: _____ 2. Não	
cov: _____			

100. Você apresentou algum sintoma? (Se não, pule para a questão 102)		sintco: ____
1. Sim 2. Não		
101. Quais?		qsintco: ____
1. Perda de paladar ou olfato	5. Dores e desconfortos	9. Febre
2. Dificuldade para respirar ou falta de ar	6. Dor de cabeça	10. Cansaço
3. Perda da fala, mobilidade ou confusão	7. Dores de garganta	11. Tosse
4. Irritações na pele ou descoloração dos dedos dos pés ou das mãos	8. Olhos vermelhos ou irritados	12. Dores no peito
13. Diarreia		14. Outros: _____
qsintco1: ____		qsintco2: ____
qsintco3: ____		qsintco4: ____
qsintco5: ____		
102. Você chegou a ficar internado em hospital por causa da Covid? (Se não, pule para questão 102).	intco: ____	103. Em que setor?
1. Sim 2. Não		1. Pronto Socorro (PS)
		2. Enfermaria
		3. Unidade de Terapia Intensiva (UTI)
		4. Outros setores: _____
104. Você teve medo de morrer em razão da Covid?	memo: ____	105. Alguém da sua família teve Covid?
1. Sim 2. Não		1. Sim
		2. Não
		11111. Não sabe
106. Alguém da sua família ou algum amigo foi a óbito em razão da Covid?		afoco: ____
1. Família	2. Amigos	3. Outros
4. Não	5. Não sabe	
107. O que foi pior para você na pandemia estando preso?		pippl: ____
1. Não receber visitas	4. Usar a máscara	7. Nada foi pior
2. Medo de pegar Covid	5. Não poder ficar no pátio	
3. Medo de alguém da família pegar Covid	6. Outros: _____	

<p>(Perguntar somente se houve ideiação ou comportamento suicida)</p> <p>108. Você se sentiu mais ansioso, nervoso, com medo, raiva, com pensamentos suicidas na pandemia? .</p>	<p>anrps:_____</p>	<p>109. Você já foi vacinado contra a Covid? (Se não, encerre a entrevista).</p>	<p>vcov:_____</p>
<p>1. Sim 2. Não</p>		<p>1. Sim 2. Não 3. Não sabe</p>	
<p>110. Qual vacina?</p>	<p>qvac:_____</p>	<p>111. Quantas doses da vacina?</p>	<p>dvac:_____</p>
<p>1. Sim Qual? _____ 2. Não 3. Não sabe</p>		<p>1. Sim 2. Não Quantas doses: _____ + 3. Não sabe</p>	
<p>BLOCO 11 - CONSULTA AO PRONTUÁRIO</p>			
<p>112. Qual transtorno? (Confirmar a resposta no prontuário)</p>			
<p><u>F10 - Transtornos Mentais e Comportamentais Causados pelo Uso de Álcool</u> <u>F11 - Transtornos Mentais e Comportamentais Causados pelo Uso de Opiáceos</u> <u>F12 - Transtornos Mentais e Comportamentais Causados pelo Uso de Canabinoides</u> <u>F13 - Transtornos Mentais e Comportamentais Causados pelo Uso de Sedativos e Hipnóticos</u> <u>F14 - Transtornos Mentais e Comportamentais Causados pelo Uso da Cocaína</u> <u>F15 - Transtornos Mentais e Comportamentais Causados pelo Uso de Outros Estimulantes, Inclusive a Cafeína</u> <u>F16 - Transtornos Mentais e Comportamentais Causados pelo Uso de Alucinógenos</u> <u>F17 - Transtornos Mentais e Comportamentais Causados pelo Uso de Fumo</u></p>	<p><u>F25 - Transtornos Esquizoafetivos</u> <u>F28 - Outros Transtornos Psicóticos Não Orgânicos</u> <u>F29 - Psicose Não Orgânica Não Especificada</u> <u>F30 - Episódio Maníaco</u> <u>F31 - Transtorno Afetivo Bipolar</u> <u>F32 - Episódios Depressivos</u> <u>F33 - Transtorno Depressivo Recorrente</u> <u>F34 - Transtornos de Humor (afetivos) Persistentes</u> <u>F38 - Outros Transtornos do Humor (afetivos)</u> <u>F39 - Transtorno do Humor (afetivo) Não Especificado</u> <u>F40 - Transtornos Fóbico-Ansiosos</u></p>	<p>qtm: _____ qtm1: _____ qtm2: _____ qtm3: _____ qtm4: _____</p>	

<p><u>F18 - Transtornos Mentais e Comportamentais Causados pelo Uso de Solventes Voláteis</u></p> <p><u>F19 - Transtornos Mentais e Comportamentais Causados pelo Uso de Múltiplas Drogas e pelo Uso de Outras Substâncias Psicoativas</u></p> <p><u>F20 - Esquizofrenia</u></p> <p><u>F21 - Transtorno Esquizotípico</u></p> <p><u>F22 - Transtornos Delirantes Persistentes</u></p> <p><u>F23 - Transtornos Psicóticos Agudos e Transitórios</u></p> <p><u>F24 - Transtorno Delirante Induzido</u></p>	<p>F41 - Outros Transtornos Ansiosos</p> <p>F42 - Transtorno Obsessivo-Compulsivo</p> <p>F43 - "Reações ao "stress"" Grave e Transtornos de Adaptação"</p> <p>F44 - Transtornos Dissociativos (de Conversão)</p> <p>F45 - Transtornos Somatoformes</p> <p>F48 - Outros Transtornos Neuróticos</p> <p>F50 - Transtornos da Alimentação</p> <p>Outros _____</p>
--	---

APÊNDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Nós, a pesquisadora professora Mariluci Alves Maftum, doutoranda Manuela Kaled e mestranda Mariana Farias do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Paraná, estou(s) convidando o (a) Senhor(a) a participar de um estudo intitulado "Ideação e comportamentos suicidas por pessoas privadas de liberdade no sistema prisional do Estado do Paraná" - Estudo Quantitativo. O qual se justifica pela possibilidade de produzir evidências científicas que poderão subsidiar cuidados de enfermagem de acordo das necessidades dessa população.

a) O objetivo desta pesquisa é avaliar a ideação e o comportamento suicida durante a vida por pessoas com privação de liberdade inseridas em sistema prisional; caracterizar o perfil sociodemográfico e econômico, clínico e terapêutico por pessoas com privação de liberdade em sistema prisional; avaliar a ideação suicida por pessoas com privação de liberdade em sistema prisional pela aplicação do *Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS)*; determinar a tentativa de suicídio durante a vida por pessoas com privação de liberdade em sistema prisional e analisar as associações das variáveis relacionadas ao perfil sociodemográfico e econômico, clínico e terapêutico de pessoas com privação de liberdade em sistema prisional com o desfecho: ideação e comportamento suicida durante a vida.

b) Caso, você participe desta pesquisa, será necessário responder a algumas perguntas dirigidas, o que levará aproximadamente 40 minutos.

c) Para tanto você deverá comparecer, após autorização do profissional da segurança ao ambulatório de Enfermagem da unidade prisional, local em que se realizam os cuidados de enfermagem na unidade prisional da pesquisa.

d) É possível que experimente algum desconforto, principalmente relacionado a recordar as situações que você viveu;

e) Alguns riscos relacionados ao estudo podem ser relembrar e/ ou verbalizar situações vivenciadas por você de maneira desagradável. Entretanto, todas as medidas relacionadas à sua privacidade e conforto, bem como os esclarecimentos pertinentes serão garantidos.

f) Os benefícios esperados com essa pesquisa estão relacionados a contribuir com a manutenção do estado de saúde das pessoas privadas de liberdade e melhorar a prevenção da ideação e comportamentos suicidas, embora nem sempre você seja diretamente beneficiado por sua participação neste estudo.

Participante da Pesquisa e/ou Responsável Legal (rubrica)
 Pesquisador Responsável ou quem aplica o TCLE (rubrica)
 Orientador (rubrica)

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da UFPR | CEP/SD Rua Padre Camargo, 285 | 1º andar | Alto da Glória | Curitiba/PR | CEP 80060-240 | cometica.saude@ufpr.br – telefone (041) 3360-7259

Aprovado pelo Comitê em Ética e Pesquisa em Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da UFPR
 Processo CEP/SD nº: 3.384/2022
 Data de aprovação: 16/03/2022

2

g) Os pesquisadores Marlucci Alves Maftum, Aline Cristina Zerwes Ferreira, Fernanda Carolina Capistrano, Manuela Katad e Mariana Farias, responsáveis por este estudo poderão ser localizados no Programa de Pós- Graduação em Enfermagem - UFPR, Av. Perf. Lothário Meissner, 632, 3º andar, Curitiba/PR, pelo telefone (41) 3361-3756 e (41) 99848-0806, de segunda a sexta-feira em horário comercial e pelo e-mail maftum@ufpr.br ou manuelakatedi@ufpr.br, para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo. em caso de emergência você também pode me contatar Marlucci Alves Maftum, neste número, em qualquer horário pelo telefone (41) 3361-3756 e (41) 99848-0806.

h) Sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado. O seu tratamento no ambulatório de enfermagem na unidade prisional está garantido e não será interrompido caso você desista de participar.

i) As informações deste estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas (pesquisador responsável e pesquisadores colaboradores da pesquisa). No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade.

j) O material obtido - questionário e dados do prontuário - será utilizado unicamente para essa pesquisa e serão destruídos / descartados - os materiais físicos serão destruídos por máquina de cortar o papel e os arquivos digitais serão excluídos permanentemente dentro de cinco anos.

k) As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e você não receberá qualquer valor em dinheiro.

l) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

m) Considerando que o tema abordado durante a pesquisa possa trazer recordações não agradáveis, a condução da entrevista acontecerá observando e respeitando essas emoções. Caso você apresente algum risco para suicídio será encaminhado para atendimento com a equipe de enfermagem da unidade prisional que encaminhará para o médico psiquiatra forense da unidade.

Participante da Pesquisa ou seu Responsável Legal (rubrica);
Pesquisador Responsável ou quem aplica o TCE (rubrica);
Orientador (rubrica);

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da UFPR | CEP/SCD Rua Pedro Colombo, 235 | 1º andar | ABC da UFPR | Curitiba/PR | CEP 80960-340 | contato.cep@ufpr.br – Telefone (41) 3361-3258

Material produzido em âmbito acadêmico e científico em nome do Conselho de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR
Pesquisador Responsável: Marlucci Alves Maftum
Data de aprovação: 04/07/2021

3

n) Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo e-mail cometica.saude@ufpr.br e/ou telefone 41-3360-7259, das 08:30h às 11:00h e das 14:00h às 18:00h. O Comitê de Ética em Pesquisa é um órgão colegiado multi e transdisciplinar, independente, que existe nas instituições que realizam pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil e foi criado com o objetivo de proteger os participantes de pesquisa, em sua integridade e dignidade, e assegurar que as pesquisas sejam desenvolvidas dentro de padrões éticos (Resolução nº 466/12 Conselho Nacional de Saúde).

o) Para prevenção da transmissão do Coronavírus serão seguidas as medidas de proteção durante as entrevistas, será respeitado o distanciamento entre você e as pesquisadoras, uso de álcool em gel para higienização das mãos e uso obrigatório de máscaras.

Eu, _____, li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e o objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim.

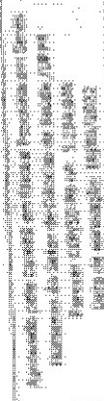
Eu concordo, voluntariamente, em participar deste estudo.

Pinhais, ____ de _____ de _____

[Assinatura do Participante de Pesquisa ou Responsável Legal]

Eu declaro ter apresentado o estudo, explicado seus objetivos, natureza, riscos e benefícios e ter respondido da melhor forma possível às questões formuladas.

[Assinatura do Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE]



APÊNDICE 3 - QUADRO DE VARIÁVEIS

Variável	Descrição
1. Idade	Idade em anos.
2. Raça	Cor considerada pela entrevistada.
3. Estado conjugal	Solteira, casada, união estável, separada ou divorciada.
4. Filhos	Sim ou não, quantidade de filhos.
5. Moradia antes da privação de liberdade	Com quem morava antes da privação.
6. Escolaridade	Fundamental, ensino médio, superior.
7. Renda familiar*	Valor mensal.
8. Situação empregatícia	Empregado; Desempregado; Aposentado; Afastado pelo INSS
9. Profissão	Serviços gerais e emprego doméstico, operadores de máquina e transporte, ocupações técnicas e militares vendas, produção e apoio administrativo, nunca trabalhou, ocupações administrativas, gerenciais
10. Condições de saúde física	Sim ou não.
11. Principais condições de saúde física	Tipos de condições de saúde física.
12. Tratamento para condições de saúde física	Sim ou não.
13. Terapia medicamentosa	Sim ou não.
14. Gestante	Sim ou não.
15. Privação de liberdade antes do início da pandemia	Sim ou não.
16. Tiveram Covid-19	Sim ou não.
17. Sintomas Covid-19	Sim ou não.
18. Principais sintomas	Tipos de sintomas de Covid-19.

19. Internação por covid-19	Sim ou não.
20. Medo de morrer por covid-19	Sim ou não.
21. Familiares que tiveram covid-19	Sim ou não.
22. Óbito por covid-19 de amigos ou familiares	Sim ou não.
23. Condições de saúde mental	Sim ou não.
24. Diagnósticos das condições de saúde mental	Tipos de condições de saúde mental.
25. Tratamento para saúde mental	Sim ou não.
26. Terapia medicamentosa	Sim ou não.
27. Uso de tabaco	Sim ou não.
28. Idade de início de uso	Idade que iniciou o uso de tabaco.
29. Uso de álcool	Sim ou não.
30. Idade de início de uso	Idade que iniciou o uso.
31. Tempo de uso	Tempo em anos de uso.
32. Dificuldade para parar	Sim ou não.
33. Abstinência	Sim ou não.
34. Fissura	Sim ou não.
35. Uso de SPA	Sim ou não.

36. Idade de início de uso	Idade que iniciou o uso.
37. Principais SPA	Tipos de SPA .
38. Dificuldade para parar	Sim ou não.
39. Tempo de uso	Tempo em anos de uso.
40. Abstinência	Sim ou não.
41. Fissura	Sim ou não
42. Histórico de uso de substância psicoativas na família	Sim ou não.
43. Motivo da privação de liberdade	Porte de drogas; Homicídio ; Crimes sexuais; Furtos e roubos; Tráfico de drogas; Feminicídio; Não pagamento de pensão ; Latrocínio; Outros.
44. Tempo de privação de liberdade	Tempo de privação em anos.
45. Primeira vez da privação de liberdade	Sim ou não.
46. Idade da primeira privação de liberdade	Idade da primeira privação.
47. Número de vezes de privação de liberdade	Quantidade de vezes que ficou privada de liberdade.
48. Privação de liberdade antes dos 18 anos	Sim ou não.
49. Motivo da privação	Porte de drogas; Homicídio ; Crimes sexuais; Furtos e roubos; Tráfico de drogas; Feminicídio; Não pagamento de pensão ; Latrocínio; Outros.
50. Quantidade de pessoas na mesma cela	Quantidade de pessoas que estavam na mesa cela.
51. Realização de curso durante a privação de liberdade	Sim ou não.
52. Realização de atividade para redução de pena	Sim ou não.
53. Histórico familiar de privação de liberdade	Sim ou não.

54. Vítima de violência física	Sim ou não.
55. Idade que a violência aconteceu pela primeira vez	Idade que sofreu a violência física pela primeira vez.
56. Agressor	Parceiro, familiar, desconhecido e outros.
57. Sente incomodado ou afetado com a violência que sofreu	Sim ou não.
58. Vítima de violência psicológica	Sim ou não.
59. Idade que a violência aconteceu pela primeira vez	Idade que sofreu a violência psicológica pela primeira vez.
60. Agressor	Parceiro, familiar, desconhecido e outros.
61. Sente incomodado ou afetado com a violência que sofreu	Sim ou não.
62. Vítima de violência sexual	Sim ou não.
63. Idade que a violência aconteceu pela primeira vez	Idade que sofreu a violência sexual pela primeira vez.
64. Agressor	Parceiro, familiar, desconhecido e outros.
65. Sente incomodado ou afetado com a violência que sofreu	Sim ou não.
66. Desejo de estar morto	Sim ou não.
67. Pensamentos suicidas ativos não-específicos	Sim ou não.
68. Ideação suicida ativa com algum método (sem plano) sem intenção de agir	Sim ou não.
69. Ideação suicida ativa com alguma intenção de agir, sem plano específico	Sim ou não.
70. Ideação suicida ativa com plano específico e intenção	Sim ou não.
71. Gravidade da ideação	1, 2-3,4-5, não se aplica.
72. Frequência	< 1 vez por semana ; 1 vez por semana; 2 a 5 vezes por semana; todos os dias; muitas vezes ao dia; não se aplica.

73. Duração	Menor que um minuto; 1 a quatro horas; 4 a 8 horas; > 8 horas; não se aplica.
74. Controlabilidade	Controle dos pensamentos com facilidade; controle dos pensamentos com pouca dificuldade; controle do pensamento com dificuldade; controle do pensamento com muita dificuldade; não consegue controlar os pensamentos; não se aplica.
75. Razões para não cometer suicídio (família, religião ou dor da morte)	Essas razões, com certeza, o/a impediram; Essas razões, provavelmente, o/a impediram; Não tem certeza de que essas razões o/a impediram; Essas razões, provavelmente, não o/a impediram; Essas razões, com certeza, não o/a impediram; Não se aplica ao seu caso
76. Razões para ideação	Com certeza para chamar a atenção, se vingar ou provocar a reação de outras pessoas; Sobretudo para chamar a atenção, se vingar ou provocar a reação de outras pessoas; Tanto para chamar a atenção, se vingar ou provocar a reação de outras pessoas como para acabar com o sofrimento; Sobretudo para acabar com o sofrimento; Com certeza para acabar com o sofrimento; Não se aplica ao seu caso
77. Ideação suicida antes da privação de liberdade	Sim ou não.
78. Ideação suicida durante a privação de liberdade	Sim ou não.
79. Ideação com início na unidade penal	Sim ou não.
80. Quantidade de vezes que teve pensamentos suicidas durante a privação de liberdade	Uma vez; Duas vezes; Cinco ou mais vezes; Não se aplica.
81. Comportamentos suicidas	Sim ou não.
82. Tentativa efetiva	Sim ou não.
83. Comportamento autolesivo sem intenção suicida	Sim ou não.
84. Tentativa interrompida	Sim ou não.
85. Tentativa abortada	Sim ou não.
86. Atos preparatórios	Sim ou não.
87. Comportamento suicida durante no momento da entrevista	Sim ou não.
88. Letalidade efetiva/danos físicos	Sim ou não.
89. Letalidade potencial	Sim ou não.

90. Idade da primeira tentativa de suicídio	Idade que cometeu a primeira tentativa de suicídio.
91. Método utilizado na tentativa de suicídio	Tipos de métodos utilizados para tentativa de suicídio.
92. Pensamentos e planos de tirar a própria vida antes da tentativa de suicídio	Sim ou não.
93. Tratamento em um serviço de saúde, 30 dias antes da tentativa de suicídio	Sim ou não.
94. Sobre efeito de álcool ou alguma substância psicoativa em alguma das tentativas de suicídio	Sim ou não.
95. Histórico familiar de tentativa de suicídio	Sim ou não.
96. Tentativa de suicídio durante a privação de liberdade	Sim ou não.
97. Primeira tentativa durante a privação de liberdade	Sim ou não.
98. Quantidade de tentativas durante a privação de liberdade	Cinco vezes ou mais; Uma vez; Duas vezes; Não se aplica.

ANEXO 1 - COLUMBIA SUICIDE SEVERITY RATING SCALE (C-SSRS)

**ESCALA DE AVALIAÇÃO DO RISCO
DE SUICÍDIO DE COLUMBIA
(C-SSRS)**

Base de partida/Versão de triagem

Versão de 14/01/2009

***Posner, K.; Brent, D.; Lucas, C.; Gould, M.; Stanley, B.; Brown, G.; Fisher, P.;
Zelazny, J.; Burke, A.; Oquendo, M.; Mann, J.***

Aviso:

Esta escala se destina a ser utilizada por indivíduos que receberam treinamento em sua administração. As perguntas contidas na Escala de Avaliação do Risco de Suicídio de Columbia são sugestões de investigação. Acima de tudo, a determinação da presença de ideação ou comportamento suicida depende do julgamento do indivíduo que administra a escala.

*As definições dos eventos com comportamento suicida desta escala são baseadas nas definições utilizadas em **The Columbia Suicide History Form**, desenvolvido por John Mann, MD, e Maria Oquendo, MD, Conte Center for the Neuroscience of Mental Disorders (CCNMD), New York State Psychiatric Institute, 1051 Riverside Drive, New York, NY, 10032. (Oquendo M. A., Halberstam B. & Mann J. J., Risk factors for suicidal behavior: utility and limitations of research instruments. In M.B. First [Ed.] Standardized Evaluation in Clinical Practice, págs. 103 -130, 2003.)*

Para a reprodução do C-SSRS, entre em contato com Kelly Posner, Ph.D., New York State Psychiatric Institute, 1051 Riverside Drive, New York, New York, 10032; contato para pedidos e treinamento posnerk@nyspi.columbia.edu

© 2008 The Research Foundation for Mental Hygiene, Inc.

IDEAÇÃO SUICIDA		
<p><i>Faça as perguntas 1 e 2. Se as respostas para ambas forem negativas, passe para a seção "Comportamento Suicida".</i></p> <p><i>Se a resposta para a pergunta 2 for "sim", faça as perguntas 3, 4 e 5. Se a resposta para a pergunta 1 e/ou 2 for "sim", preencha a seção abaixo "Intensidade da ideação".</i></p>		Durante a vida - Momento em que ele/ela se sentiu com maior tendência suicida
<p>1. Desejo de estar morto/a</p> <p>VOCÊ DESEJOU ESTAR MORTO/A OU DESEJOU PODER DORMIR E NUNCA MAIS ACORDAR?</p> <p>Caso sim, descreva:</p>	<p>Sim Não</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	
<p>2. Pensamentos suicidas ativos não-específicos</p> <p>VOCÊ JÁ PENSOU REALMENTE EM SE MATAR?</p> <p>Caso sim, descreva:</p>	<p>Sim Não</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	
<p>3. Ideação suicida ativa com algum método (sem plano) sem intenção de agir</p> <p>VOCÊ TEM PENSADO EM COMO PODERIA FAZER ISSO?</p> <p>Caso sim, descreva:</p>	<p>Sim Não</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	
<p>4. Ideação suicida ativa com alguma intenção de agir, sem plano específico</p> <p>VOCÊ TEVE ESSES PENSAMENTOS E TEVE ALGUMA INTENÇÃO DE COLOCÁ-LOS EM PRÁTICA?</p> <p>Caso sim, descreva:</p>	<p>Sim Não</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	
<p>5. Ideação suicida ativa com plano específico e intenção</p> <p>VOCÊ JÁ COMEÇOU A ELABORAR OU JÁ ELABOROU OS DETALHES DE COMO SE MATAR? VOCE PRETENDE EXECUTAR ESSE PLANO?</p> <p>Caso sim, descreva:</p>	<p>Sim Não</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	
INTENSIDADE DA IDEAÇÃO		
<p><i>As seguintes características devem ser avaliadas levando em consideração o tipo de ideação mais intenso (i.e. os itens 1 a 5 da seção anterior, sendo 1 o menos intenso e 5 o mais intenso). Pergunte o momento em que ele / ela estava se sentindo com maior tendência suicida.</i></p> <p>Durante a vida Ideação mais intensa:</p> <p style="text-align: center;"> <u>Tipo nº (1-5)</u> <u>Descrição da ideação</u> </p>		MAIS INTENSA
<p>Frequência</p> <p>QUANTAS VEZES VOCÊ TEVE ESSES PENSAMENTOS?</p> <p>(1) Menos de uma vez por semana (2) Uma vez por semana (3) 2-5 vezes por semana (4) Todos os dias ou quase todos os dias (5) Muitas vezes por dia</p>		—
<p>Duração</p> <p>QUANDO VOCÊ TEM ESSES PENSAMENTOS, QUANTO TEMPO ELES DURAM?</p> <p>(1) Passageiros - alguns segundos ou minutos (2) Menos de 1 hora / algum tempo (3) 1-4 horas / muito tempo (4) 4-8 horas / a maior parte do dia (5) Mais de 8 horas / persistentes ou contínuos</p>		—
<p>Controlabilidade</p> <p>VOCÊ PÔDE PARAR DE PENSAR EM SE MATAR OU DE QUERER MORRER SE VOCÊ QUISESSE ?</p> <p>(1) É capaz de controlar os pensamentos facilmente (2) Pode controlar os pensamentos com pouca dificuldade (3) Pode controlar os pensamentos com alguma dificuldade (4) Pode controlar os pensamentos com muita dificuldade (5) É incapaz de controlar os pensamentos (0) Não tenta controlar os pensamentos</p>		—

<p>Razões para não cometer suicídio. HÁ COISAS - ALGO OU ALGUÉM (P. EX., FAMÍLIA, RELIGIÃO, DOR DA MORTE) - QUE O/A IMPEDIRAM DE QUERER MORRER OU DE COLOCAR EM AÇÃO SUA IDEIA DE COMETER SUICÍDIO?</p> <p>(1) Essas razões, com certeza, o/a impediram de cometer suicídio (2) Essas razões, provavelmente, o/a impediram (3) Não tem certeza de que essas razões o/a impediram</p> <p>(4) Essas razões, provavelmente, não o/a impediram (5) Essas razões, com certeza, não o/a impediram (6) Não se aplica ao seu caso</p>	<p>—</p>
<p>Razões para ideação QUE TIPOS DE RAZÃO VOCÊ TEVE PARA PENSAR EM QUERER MORRER OU SE MATAR? FOI PARA ACABAR COM O SOFRIMENTO OU PÔR FIM À MANEIRA COMO VOCÊ ESTAVA SE SENTINDO (EM OUTRAS PALAVRAS, VOCÊ NÃO CONSEGUIA CONTINUAR A VIVER COM ESSE SOFRIMENTO OU COMO VOCÊ ESTAVA SE SENTINDO) OU FOI PARA CHAMAR A ATENÇÃO, SE VINGAR OU PROVOCAR A REAÇÃO DE OUTRAS PESSOAS? OU AMBOS?</p> <p>(1) Com certeza para chamar a atenção, se vingar ou provocar a reação de outras pessoas (2) Sobretudo para chamar a atenção, se vingar ou provocar a reação de outras pessoas (3) Tanto para chamar a atenção, se vingar ou provocar a reação de outras pessoas como para acabar com o sofrimento.</p> <p>(4) Sobretudo para acabar com o sofrimento (você não conseguia continuar a viver com esse sofrimento ou como você estava se sentindo) (5) Com certeza para acabar com o sofrimento (você não conseguia continuar a viver com esse sofrimento ou como você estava se sentindo) (6) Não se aplica ao seu caso</p>	<p>—</p>

<p>COMPORTAMENTO SUICIDA (Marque um "X" em todos os itens que se aplicam, caso sejam eventos distintos. É necessário perguntar sobre todos os tipos de comportamento suicida)</p>	<p>Durante a vida</p>
<p>Tentativa efetiva:</p> <p>VOCÊ COMETEU UMA TENTATIVA DE SUICÍDIO? VOCÊ FEZ ALGUMA COISA PARA SE FERIR? VOCÊ FEZ ALGUMA COISA PERIGOSA QUE PODERIA TER MATADO VOCÊ? O QUE VOCÊ FEZ? VOCÊ ____ COMO UMA MANEIRA DE PÔR FIM À SUA VIDA? VOCÊ QUERIA MORRER (NEM QUE FOSSE SÓ UM POUQUINHO) QUANDO VOCÊ ____? VOCÊ ESTAVA TENTANDO PÔR UM FIM À SUA VIDA QUANDO VOCÊ ____? OU VOCÊ PENSOU QUE ERA POSSÍVEL TER MORRIDO COM ____?</p> <p>OU VOCÊ FEZ ISSO UNICAMENTE POR OUTRAS RAZÕES / SEM QUALQUER INTENÇÃO DE SE MATAR (COMO PARA ALIVIAR O ESTRESSE, SENTIR-SE MELHOR, GANHAR SIMPATIA OU PARA FAZER QUALQUER OUTRA COISA ACONTECER)? (Comportamento autolesivo sem intenção suicida). Caso sim, descreva:</p> <p>O/A paciente se engajou em um comportamento autolesivo não suicida?</p>	<p>Sim Não</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Nº total de tentativas efetivas</p> <p>_____</p> <p>Sim Não</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>Tentativa interrompida:</p> <p>HOUVE ALGUMA VEZ EM QUE COMEÇOU A FAZER ALGUMA COISA PARA PÔR FIM À SUA VIDA, MAS ALGUÉM OU ALGUMA COISA O/A IMPEDIU ANTES QUE VOCÊ REALMENTE FIZESSE ALGO? Caso sim, descreva:</p>	<p>Sim Não</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Nº total de tentativas interrompidas</p> <p>_____</p>

Tentativa abortada: HOUVE ALGUMA VEZ EM QUE VOCÊ COMEÇOU A FAZER ALGUMA COISA PARA TENTAR PÔR FIM À SUA VIDA, MAS VOCÊ MESMO/A PAROU ANTES DE EFETUAR A AÇÃO? Caso sim, descreva:	Sim Não <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N° total de tentativas abortadas _____
Atos ou comportamentos preparatórios: VOCÊ DEU ALGUM PASSO EM DIREÇÃO A COMETER UMA TENTATIVA DE SUICÍDIO OU A PREPARAR-SE PARA SE MATAR (TAL COMO REUNIR PÍLULAS, ADQUIRIR UMA ARMA, DAR PERTENCES DE VALOR OU ESCREVER UM BILHETE SUICIDA)? Caso sim, descreva:	Sim Não <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Comportamento suicida: Presença de comportamento suicida durante o período de avaliação.	Sim Não <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
RESPONDER SOMENTE PARA TENTATIVAS EFETIVAS	Data da tentativa mais letal:
Letalidade efetiva / Danos físicos: 0. Ausência de danos físicos ou danos físicos muito leves (escoriações superficiais). 1. Danos físicos leves (p. ex., letargia da fala, queimaduras de primeiro grau, sangramentos leves, entorses). 2. Danos físicos moderados; necessidade de cuidados médicos (p. ex., consciente, porém sonolento/a, um tanto responsivo/a, queimaduras de segundo grau, sangramento de vasos importantes). 3. Danos físicos relativamente graves; necessidade de hospitalização e provavelmente de cuidados intensivos (p. ex., coma com reflexos intactos, queimaduras de terceiro grau em menos de 20% do corpo, perda excessiva de sangue, porém recuperável, fraturas extensas). 4. Danos físicos graves; necessidade de hospitalização com cuidados intensivos (p. ex., coma sem reflexos, queimaduras de terceiro grau em mais de 20% do corpo, perda excessiva de sangue com sinais vitais instáveis, dano maior a regiões vitais). 5. Morte	<i>Inserir código</i> _____
Letalidade potencial: RESPONDER SOMENTE SE LETALIDADE EFETIVA = 0 Letalidade provável da tentativa efetiva mesmo se não houve nenhum dano físico (os exemplos a seguir, apesar de não apresentarem dano físico efetivo, têm um potencial de letalidade muito elevado: colocou a arma na boca e puxou o gatilho, mas a arma não disparou e por isso não houve dano físico; deitou no trilho do trem com este se aproximando, mas saiu do trilho antes do trem passar). 0 = Comportamento sem probabilidade de acarretar lesão 1 = Comportamento com probabilidade de acarretar lesão, mas não de causar morte 2 = Comportamento com probabilidade de acarretar morte apesar da existência de assistência médica	<i>Inserir código</i> _____

ANEXO 2 - AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DO INSTRUMENTO

RE: Universidade Federal do Paraná - Brasil---Manuela Kaled Caixa de entrada X**Posner, Kelly (NYSPI)** <Kelly.Posner@nyspi.columbia.edu>

sex., 8 de out. 18:54



para mim, Kelly, Natalya ▾

Dear Researchers:

We are delighted that you are interested in using the C-SSRS in your research. You have permission to use the scale for prospective monitoring of suicidal ideation and behavior in your non-funded research study. Below are the instructions for accessing the different versions of the scale and training. For additional information on the use of the scale in clinical trials and research studies, please refer to: <http://cssrs.columbia.edu/the-columbia-scale-c-ssrs/cssrs-for-research/> For an up-to-date summary of representative studies, please consult our [Summary of Evidence](#) document.

Suicide is a global public health problem with 70% of suicides happening in low- and middle-income countries. Historically, one of the biggest obstacles to prevention has been a lack of common language in thinking and speaking about suicide. The C-SSRS has been shown to successfully address this issue both domestically and around the globe, in various communities and across settings. Our work is dedicated to empowering all members of communities—regardless of their level of education, profession, age and gender, religious or cultural background—in overcoming the fear when addressing suicide. Our mission is to light the way in suicide prevention by making the C-SSRS easily available to all users worldwide.

We would love to partner with you in this mission by offering to assist with the following:

- Live training and education specific to various audiences across all public health (in-person conference presentations; webinars; videoconferences).
- Policy- and protocol-writing assistance focusing on implementation and sustained use of suicide screening.
- Consultation on implementation of the C-SSRS tailored to the needs of individual communities or large systems.
- Research consultation (study design/methodology; program design and evaluation).
- Linguistic and psychometric validation of the scale in specific populations.
- Technical, academic, and publicity writing.
- Media appearances.

Please let us know if you would like to connect via telephone or videoconference to further discuss any of these opportunities.

Best of luck to you with your work!

Kind regards,

Certificado de conclusão

CERTIFICA QUE

MARIANA FARIAS

participou da atividade educacional intitulada

RFMH-A028a - A Formação C-SSRS – Português - V.1.1 - Formação Inicial

Este é o componente de treinamento que contém a apresentação em vídeo e 8 estudos de caso para você revisar. Apresentado por Kelly Posner, PHD -Copyright- Research Foundation for Mental Hygiene -RFMH. O certificado de conclusão é válido por no máximo 2 anos.

sobre

Quinta-feira, 18 de janeiro de 2018, 7h06 CST

Certificado de conclusão

CERTIFICA QUE

MARIANA FARIAS

participou da atividade educativa intitulada

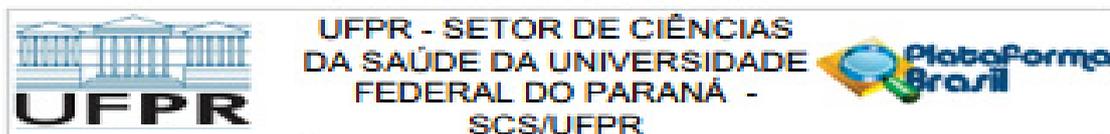
RFMH-A028a - O Treinamento C-SSRS – Português - V.1.2 - Treinamento de Atualização

Este é o componente de treinamento que contém a apresentação em vídeo e 8 estudos de caso para você revisar. Apresentado por Kelly Posner, PHD -Copyright- Research Foundation for Mental Hygiene -RFMH. O certificado de conclusão é válido por no máximo 2 anos.

em

terça-feira, 28 de dezembro de 2021 CST

ANEXO 4 - PARECER COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: IDEIAÇÃO E COMPORTAMENTOS SUICIDAS EM PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE NO SISTEMA PRISIONAL DO ESTADO DO PARANÁ

Pesquisador: Mariluci Alves Maftum

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 54899521.7.0000.0102

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - UFPR

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.204.045

Apresentação do Projeto:

Trata-se de pesquisa do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - UFPR que visa avaliar a ideação e os comportamentos suicidas em pessoas privadas de liberdade em um sistema prisional do Estado do Paraná. Trata-se de um estudo quantitativo, epidemiológico, observacional e de desenho transversal. O estudo será realizado no Complexo Médico-Penal do Paraná – CMP (antigo Manicômio Judiciário).

Os participantes serão recrutados utilizando o sorteio aleatório, por meio de uma lista de detentos a ser fornecida pelo Chefe da Segurança com a relação de presos por local/galeria em que está alocado. Serão incluídas na pesquisa as pessoas privadas de liberdade e excluídas aquelas que no momento do sorteio não estiverem presentes no local durante o recrutamento.

Para o recrutamento, o entrevistador fará o convite de participação acompanhado pelo policial penal. Para a comunicação com cada detento será seguidos os protocolos de segurança estabelecidos no local, deste a entrevista será feita em uma sala com mesa e cadeira acompanhado do policial penal.

Com o intuito de assegurar a qualidade da coleta de dados, será feito um teste piloto para avaliar

Endereço: Rua Padre Camargo, 385 - 1º andar

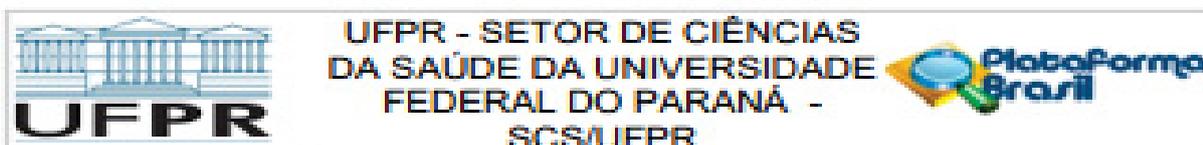
Bairro: Alto da Glória

CEP: 85.050-240

UF: PR **Município:** CURITIBA

Telefone: (41) 3363-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Protocolo: S 264.045

a aplicabilidade dos instrumentos. O local para o teste piloto será o Hospital Penal do CMP, com capacidade aproximada para alojar 50 detentos em tratamento clínico ou quarentena, estes, portanto, não compõem a população de regime fechado.

Será realizada uma capacitação para a equipe de coleta de dados sobre a aplicação dos instrumentos a serem utilizados, bem como, das especificidades da população e do local da pesquisa. A princípio participarão das entrevistas uma enfermeira Doutoranda em Saúde Mental pela UFPR, uma enfermeira Especialista em Saúde Mental e um enfermeiro que trabalha em um presídio de segurança máxima no estado do Paraná.

Objetivo da Pesquisa:

Caracterizar o perfil sociodemográfico e econômico, clínico e terapêutico de pessoas com privação de liberdade em sistema prisional;

Avaliar a ideação e os comportamentos suicidas durante a vida em pessoas com privação de liberdade em sistema prisional pela aplicação do Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS);

Analisar as associações das variáveis relacionadas ao perfil sociodemográfico e econômico, clínico e terapêutico de pessoas com privação de liberdade em sistema prisional com o desfecho: ideação e comportamento suicida durante a vida.

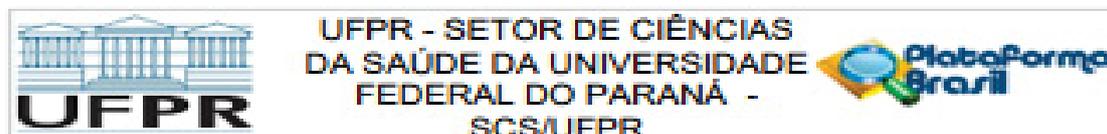
Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os benefícios indicados envolvem a contribuição científica da manutenção do estado de saúde das pessoas privadas de liberdade.

Esta pesquisa possui risco do participante em relembrar e/ou verbalizar situações que tenham sido vivenciadas por ele de maneira desagradável, entretanto, todas as medidas relacionadas à sua privacidade e conforto, bem como os esclarecimentos pertinentes serão garantidos.

Considerando que o tema abordado durante a pesquisa possa trazer recordações não agradáveis, a condução da entrevista acontecerá observando e respeitando essas emoções. Como também caso se observe que algum participante apresente algum risco para suicídio será encaminhado para atendimento com a equipe de enfermagem da unidade prisional. Outro aspecto a ser considerado é a presença obrigatória do policial penal, por se tratar do protocolo de segurança,

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar
Bairro: Alto da Glória **CEP:** 80.060-340
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3360-7259 **E-mail:** cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: S.204.045

deste modo, para responder certas questões o participante pode não se sentir confortável, contudo, procurar-se-á evitar e minimizar ao máximo esse constrangimento.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não há

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos apresentados a contento

Recomendações:

Não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando que todas as adequações propostas por este colegiado foram atendidas, sou de parecer favorável a aprovação ética do projeto.

Favor inserir em seu TCLE e TALE o número do CAAE e o número deste Parecer de aprovação, para que possa aplicar aos participantes de sua pesquisa, conforme decisão da Coordenação do CEP/SD de 13 de julho de 2020.

Envio de relatórios parciais a cada seis meses. Modelo e manual de submissão disponíveis na aba Emendas e Relatórios, sub-aba Relatórios da página do CEP. www.cometica.ufpr.br

Considerações Finais a critério do CEP:

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais(a cada seis meses de seu parecer de aprovado) e final, sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO. Demais alterações e prorrogação de prazo devem ser enviadas no modo EMENDA. Lembrando que o cronograma de execução da pesquisa deve ser atualizado no sistema Plataforma Brasil antes de enviar solicitação de prorrogação de prazo.

Emenda – ver modelo de carta em nossa página: www.cometica.ufpr.br (obrigatório envio).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar

Bairro: Alto da Glória

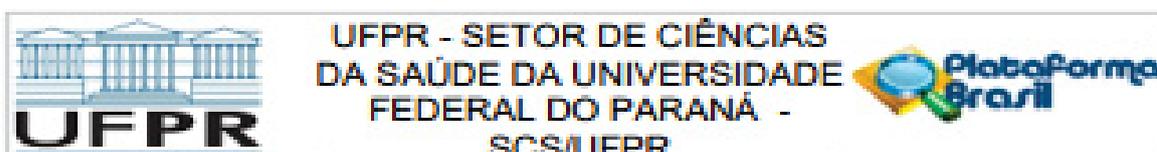
UF: PR

Telefone: (41)3360-7259

Município: CURITIBA

CEP: 80.060-240

E-mail: cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 5.264.045

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1862338.pdf	06/03/2022 11:59:11		Aceito
Outros	Carta_comecao_parecer.docx	06/03/2022 11:56:33	Mariuci Alves Maftum	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_consentimento_tcle_corrigido.docx	06/03/2022 11:55:12	Mariuci Alves Maftum	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado_corrigido.docx	06/03/2022 11:54:11	Mariuci Alves Maftum	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_consentimento_tcle.docx	10/01/2022 20:06:13	Mariuci Alves Maftum	Aceito
Outros	carta_encaminhamento_csp.pdf	10/01/2022 20:05:22	Mariuci Alves Maftum	Aceito
Outros	autorizacao_acesso_prontuario.pdf	10/01/2022 20:04:26	Mariuci Alves Maftum	Aceito
Outros	Termo_de_Sigilo_depem.pdf	10/01/2022 20:03:26	Mariuci Alves Maftum	Aceito
Outros	check_list2021.pdf	31/12/2021 14:40:00	Mariuci Alves Maftum	Aceito
Outros	Solicitacao_acesso_dados.pdf	31/12/2021 14:25:03	Mariuci Alves Maftum	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Detalhado_2021.docx	31/12/2021 14:06:36	Mariuci Alves Maftum	Aceito
Outros	declaracao_compromisso_da_equipe.pdf	31/12/2021 13:52:50	Mariuci Alves Maftum	Aceito
Outros	analise_merito.pdf	09/12/2021 14:14:15	Mariuci Alves Maftum	Aceito
Outros	Extrato_ata_Colegiado.pdf	09/12/2021 14:06:56	Mariuci Alves Maftum	Aceito
Declaração de concordância	Coparticipante_DEPEN.pdf	09/12/2021 14:05:19	Mariuci Alves Maftum	Aceito
Folha de Rosto	Folha_Rosto.pdf	09/12/2021 13:57:29	Mariuci Alves Maftum	Aceito

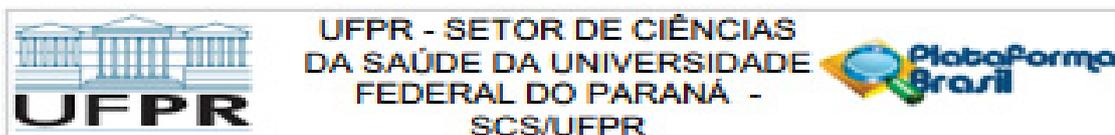
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Padre Camargo, 265 - 1º andar
 Bairro: Alto da Glória CEP: 80.060-240
 UF: PR Município: CURITIBA
 Telefone: (41) 3360-7259 E-mail: cometica.usubs@ufpr.br



Continuação do Protocolo: S.299.045

CURITIBA, 16 de Março de 2022

Assinado por:
IDA CRISTINA GUBERT
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Pedro Camargo, 285 - 1º andar
Bairro: Alto da Glória **CEP:** 80.060-240
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41) 3360-7259 **E-mail:** cometica.saude@ufpr.br