



# Sintomas Depressivos em Pessoas Sob Condição de Primeira Privação de Liberdade

Depressive Symptoms in People Under the Condition of First Deprivation of Liberty

Síntomas Depresivos en Personas Bajo Condición de Primera Privación de Libertad

Milena de Andrade Bahiano <sup>a</sup>, André Faro <sup>a</sup>

<sup>a</sup> Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, SE, Brasil

## Resumo

Este estudo teve como objetivo investigar a sintomatologia depressiva e o uso de estratégias de enfrentamento em pessoas presas pela primeira vez no sistema prisional. Participaram do estudo 61 reclusos. Os dados foram coletados por meio de questionário sociodemográfico, de saúde e criminal, além da Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CESD-R) e o inventário *Brief COPE*. Em suma, viu-se nos resultados que 75,4% da amostra apresentaram diagnóstico positivo para sintomas depressivos. Os fatores associados a maiores chances de sintomatologia depressiva na primeira reclusão foram: possuir queixas recentes em saúde e as estratégias de enfrentamento Planejamento e Expressão de Sentimentos. Observou-se que os participantes que relataram queixas atuais de saúde exibiram cerca de cinco vezes mais chances de apresentarem sintomas de depressão na prisão. Os reclusos que utilizaram o Planejamento como estratégia de enfrentamento obtiveram quase que três vezes mais chances de estarem no grupo das pessoas com sintomas depressivos. Já os indivíduos que utilizaram a Expressão de Sentimentos como estratégia obtiveram quase duas vezes mais chances de desenvolverem sintomas positivos de depressão no primeiro aprisionamento.

*Palavras-chave:* depressão, enfrentamento, prisioneiros, prisão, capacidade de ajustamento.

## Abstract

This study aimed to investigate depressive symptoms and the use of coping strategies in people imprisoned for the first time in the prison system. Sixty-one inmates participated in the study. Data were collected through a sociodemographic, health and criminal questionnaire, in addition to the Epidemiological Studies Depression Scale (CESD-R) and the COPE Brief Inventory. In short, we found that 75.4% of the sample had a positive diagnosis for depressive symptoms. Factors associated with higher chances of presenting depressive symptoms in the first reclusion were: having recent health complaints and the use of coping strategies Planning and Sentiment Expression. Participants reporting current health complaints were about five times more likely to have symptoms of depression in prison. Prisoners who used Planning as a coping strategy were almost three times more likely to be in the group of people with depressive symptoms. Participants who used Sentiment Expression as a strategy were almost twice as likely to develop positive symptoms of depression on their first incarceration.

*Keywords:* depression, coping, inmates, prison, adaptive capacity.

---

Endereço para correspondência: Milena de Andrade Bahiano - millahandrade@hotmail.com

Recebido em: 18/05/2024 - Aceito em: 02/04/2025

Editora associada: Jimena de Garay Hernández

Financiamento: A pesquisa relatada no manuscrito foi financiada pela bolsa de mestrado da primeira autora (CAPES) e pela bolsa de produtividade CNPq em pesquisa do segundo autor (Edital 2021-2024).

Agradecimentos: Agradecemos o Grupo de Estudos e Pesquisas em Psicologia da Saúde (GEPPS/UFS), bem como a equipe do Programa de Saúde Prisional (PSP) e demais trabalhadores do Conjunto Penal de Paulo Afonso-BA (CPPA-BA) pelo apoio.



Este artigo da revista Estudos e Pesquisas em Psicologia é licenciado sob uma Licença Creative Commons Atribuição-Não Comercial 3.0 Não Adaptada.

## Resumen

Este estudio tuvo como objetivo investigar los síntomas depresivos y el uso de estrategias de afrontamiento en personas encarceladas por primera vez en el sistema penitenciario. Participaron en el estudio 61 reclusos. Los datos fueron recolectados a través de un cuestionario sociodemográfico, de salud y criminal, además de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CESD-R) y el Inventario *Brief COPE*. Se observó en los resultados que el 75,4% de la muestra tuvo diagnóstico positivo para síntomas depresivos. Los factores asociados a mayores probabilidades de síntomas depresivos fueron: tener problemas de salud recientes y las estrategias de enfrentamiento Planificación y Expresión de Sentimientos. Se observó que los participantes que informaron problemas de salud actuales tenían aproximadamente cinco veces más probabilidades de experimentar síntomas de depresión en prisión. Los reclusos que utilizaron la planificación como estrategia de afrontamiento tenían casi tres veces más probabilidades de estar en el grupo de personas con síntomas depresivos. Las personas que utilizaron la expresión de sentimientos como estrategia tenían casi el doble de probabilidades de desarrollar síntomas positivos de depresión durante su primer encarcelamiento.

*Palabras clave:* depresión, enfrentamiento, prisioneros, prisión, capacidad de ajuste.

De acordo com o último Levantamento Nacional de Informações Penais, até junho de 2024, mais de 660 mil pessoas se encontravam privadas de liberdade no Brasil. Todavia, quase 40% dessa população encarcerada se encontram custodiadas nas prisões em regime provisório e não tendo sido ouvidas ou julgadas pela justiça (Brasil, 2024). Independentemente do tipo de cumprimento de pena no sistema prisional, tanto o recluso primário quanto o reincidente terão que se adaptar e/ou readaptar ao modo de vida imposto pela instituição prisional. Além das regras e normas a serem seguidas e do controle intensivo de todas as suas ações dentro da prisão, a pessoa presa terá que lidar diariamente com um espaço restrito, superpovoado, insalubre e limitador da sua autonomia e privacidade (Afonso, 2012; Hyatt et al., 2024; Colombarioli, 2013; Gonçalves & Gonçalves, 2012).

O impacto da perda de liberdade se constitui um evento altamente estressante para a pessoa presa pela primeira vez e a rotina estabelecida em um ambiente precário e hostil usualmente produz dificuldades de adaptação e afeta negativamente a saúde física e mental do indivíduo (Mojica et al., 2009; Stacer, 2022). De fato, a literatura evidencia que a taxa de prevalência de transtorno mental tem sido maior na população encarcerada do que na população em geral, assim como o sofrimento psicológico ocasionado pelo adoecimento mental na prisão tem sido associado a reincidência criminal (López-Pérez et al., 2018). Quanto à ocorrência de depressão, uma revisão sistemática sobre o contexto prisional indicou que os reclusos apresentaram cerca de quatro vezes mais chances de desenvolverem sintomas e transtornos depressivos na prisão (Fazel & Danesh, 2002).

O indivíduo exposto ao cárcere tem que mobilizar recursos e estratégias de enfrentamento para lidar com as situações estressoras do encarceramento, a fim de conseguir se ajustar ao meio do modo mais favorável que lhe seja possível. Os recursos de enfrentamento

estão relacionados às características pessoais e ao apoio social percebido pelo recluso. Já as estratégias de enfrentamento estariam atreladas as mudanças cognitivas, comportamentais e emocionais em resposta à vivência do estresse (Afonso, 2012; Carr & Umberson, 2013).

Conforme Lazarus & Folkman (1984) todas as estratégias utilizadas para enfrentar e administrar uma situação de estresse são consideradas válidas e não há uma estratégia de enfrentamento que seja mais assertiva do que a outra. Nessa perspectiva, o principal elemento em questão é a avaliação sobre o evento estressor e a acessibilidade do indivíduo aos recursos e estratégias de enfrentamento (Lazarus & Folkman, 1984). Mas, mesmo que o ambiente prisional proporcione condições idênticas de confinamento a todas as pessoas presas, ainda assim cada indivíduo apresentará processos de ajustamento e de adaptação que serão únicos à sua experiência de privação de liberdade (Afonso, 2012; Gonçalves & Gonçalves, 2012).

Em vista da perda da capacidade de se autogerenciar, é notório que o privado de liberdade – em particular aqueles em condição de primeiro aprisionamento – encontre-se mais vulnerável a um esgotamento e/ou redução desses recursos e estratégias de enfrentamento na prisão (Afonso, 2012; Carr & Umberson, 2013; Colombaroli, 2013). Com isso, a pessoa torna-se mais suscetível ao adoecimento causado por perturbações mentais comuns, especialmente, aqueles de natureza depressiva. O transtorno depressivo se caracteriza pela presença contínua de sintomas emocionais, comportamentais, cognitivos e físicos, os quais podem provocar alterações significativas e limitantes na vida do indivíduo (World Health Organization, 2017).

Para garantir aos privados de liberdade a inserção na rede de atenção à saúde, o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário implantou o Programa de Saúde Penitenciária, que é formado por equipes multiprofissionais mínimas compostas por profissionais da assistência social, psicologia, medicina, enfermagem e odontologia. Entretanto, a realidade tem mostrado que as ações em saúde efetuadas nos presídios se atêm mais às estratégias de redução de danos para o uso de álcool e outras drogas, DST's e imunizações, apesar dos indicadores de transtornos mentais, tuberculose e doenças de pele também serem relevantes (Lermen et al., 2015). Paralelamente a isso, a literatura evidencia que é perceptível que a presença de transtorno mental tem sido mais prevalente em grupos socialmente vulneráveis, o que inclui pessoas privadas de liberdade (Afonso, 2012; Timmer & Nowotny 2021).

Estudos revelaram que jovens, mulheres e idosos em situação de privação de liberdade demandam atenção e tratamento psicológico diferenciado durante o período de encarceramento. Por essa razão, características relativas a cada fase de desenvolvimento de vida devem ser observadas na prisão. Os idosos, por exemplo, devido ao avançado da idade e processo de envelhecimento, já podem começar a apresentar uma certa diminuição do raciocínio e tempo

de reação (Fazel et al., 2016), o que na prisão poderia indicar uma condição de vulnerabilidade devido à falta de controle e reatividade às situações de risco que envolvem o ambiente. Outros estudos também apontaram que os jovens abaixo de trinta anos e as mulheres que eram mães possuíram maiores chances de desenvolverem transtornos depressivos no aprisionamento do que os presos mais velhos e as mulheres que não eram mães (Canazaro & Argimon, 2010; Pinese et al., 2010). Portanto, torna-se interessante entender, a partir da singularidade do indivíduo e a variabilidade em seus modos de adaptação, como essas pessoas em confinamento lidam com os desafios que são impostos pela privação de liberdade.

Em vista disso, compreender a relação da depressão e os processos de enfrentamento utilizados pelo indivíduo em encarceramento pode vir a contribuir com a otimização dos cuidados à saúde mental no contexto do aprisionamento, tanto pela identificação de fatores protetivos que podem auxiliar o custodiado em seu processo de adaptação e ajustamento ao ambiente prisional, quanto pelo mapeamento dos fatores de risco para o desencadeamento do transtorno depressivo (Carr & Umberson, 2013; Pinheiro & Cardoso, 2011). Assim sendo, o objetivo deste estudo foi identificar a ocorrência de sintomatologia depressiva em pessoas presas pela primeira vez no sistema prisional, bem como analisar as estratégias de enfrentamento que foram mais utilizadas por essas pessoas em seu processo de adaptação à nova realidade de vida e condição de primeiro encarceramento.

## **Método**

### **Participantes**

O presente estudo foi desenvolvido em uma unidade prisional de regime fechado na Bahia, com homens que vivenciavam a primeira experiência de aprisionamento no sistema prisional e se encontravam custodiados no regime fechado. A unidade prisional possui capacidade para custodiar 412 internos e no período da coleta de dados haviam 389 pessoas sob custódia. A amostra foi por conveniência e de caráter intencional. A pesquisa foi realizada em dois pavilhões do presídio, a partir do número coletado de pessoas que se encontravam em primeiro aprisionamento. Dessa maneira, 93 pessoas presas pela primeira vez foram identificadas. Dentre os participantes, 25 reclusos (26,9% da amostra) não aceitaram participar da pesquisa, 4 pessoas (4,3%) haviam sido liberadas por alvará de soltura e 3 participantes (3,2%) apresentavam problemas psicológicos (delírios e alucinação) no momento da entrevista,

o que inviabilizou a participação na pesquisa. A amostra final foi composta por 61 homens em primeira experiência de aprisionamento (65,6% da população-alvo).

## **Instrumentos**

Para caracterizar a amostra, foi utilizado um questionário sociodemográfico e de dados criminais, constando de: idade (em anos e, posteriormente, estratificada em: de 18 a 24 anos, 25 a 34 anos e acima ou igual a 35 anos), estado civil (com e sem companheira/o), escolaridade (até o fundamental ou com ensino médio ou mais), religião (sim ou não), tipo de pena (provisório ou sentenciado), atividade laborativa na prisão (sim ou não), assistência jurídica (advogado particular ou defensor público) e problemas de saúde no decurso do aprisionamento (sim ou não). A tipificação do crime foi dividida em crimes contra o patrimônio (roubo e furto), crimes hediondos (estupro, latrocínio e homicídio) e crimes de outra natureza foram classificados na pesquisa como crimes por tráfico de drogas, porte ilegal de armas de fogo e corrupção ativa.

Para avaliar os sintomas depressivos, foi aplicado o construto Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CESD-R). A CESD-R é composta de 20 itens desenvolvidos para mensurar os sintomas depressivos em populações comunitárias. Os entrevistados avaliaram os itens com base nos acontecimentos da semana que precederam a aplicação do instrumento utilizando uma escala *Likert* de quatro pontos. Esse instrumento encontra-se validado e traduzido para o português brasileiro e o ponto de corte para classificação de presença de sintomas depressivos é estabelecido a partir de uma pontuação maior igual a 16 pontos (Van Dam & Earleywine, 2011).

No rastreamento das estratégias de enfrentamento utilizadas pela população em primeiro encarceramento foi utilizado o *Brief COPE* (versão adaptada para o Brasil). A *Brief COPE* é composta por 28 itens, distribuídos em 14 subescalas que englobam: *Coping* ativo, Planejamento, Suporte Instrumental e Suporte emocional, Religiosidade, Reinterpretação Positiva, Autoculpabilização, Aceitação, Expressão de sentimentos, Negação, Autodistração, Desinvestimento emocional, Abuso de Substâncias e Humor (Maroco et al., 2014).

## **Procedimentos e Aspectos Éticos**

A presente pesquisa encontra-se respaldada na resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde-CNS em pesquisa desenvolvida com seres humanos e foi aprovada pelo

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CAAE: 55348816.5.0000.5546) seguindo todos os procedimentos previstos na Legislação Brasileira para a sua validação. Anteriormente à coleta de dados, foi solicitado à direção da unidade prisional a autorização para a realização da pesquisa. Todas as pessoas identificadas como participantes foram individualmente convidadas a participar da pesquisa, bem como foram esclarecidas que a qualquer momento poderiam desistir da sua participação. Desse modo, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi clarificado verbalmente pela pesquisadora principal afim de dirimir possíveis dúvidas quanto aos objetivos da pesquisa. Após a confirmação da participação no estudo, o TCLE era entregue ao agente penitenciário escalonado, para que a assinatura de consentimento pudesse ser coletada e a entrevista e aplicação dos instrumentos iniciada. Os instrumentos também foram aplicados individualmente em salas apropriadas na própria Unidade Prisional (parlatórios), nos respectivos pavilhões onde os reclusos estavam em cumprimento de pena. A coleta de dados foi realizada no período de janeiro a abril de 2017 e o tempo médio de aplicação foi de 40 minutos.

## **Análise de Dados**

Os dados foram analisados por meio do programa estatístico SPSS (versão 25.0). Realizou-se no estudo a análise exploratório-descritiva para verificar as frequências absolutas e percentuais das variáveis não-métricas. Os limites superior e inferior, médias, medianas e desvios-padrão foram calculados para as variáveis métricas. Dois estratos foram criados a partir do ponto de corte estabelecido por a CESD-R, sendo eles: sem sintomas depressivos ( $\leq 16$  pontos) e com sintomas depressivos ( $\geq 16$  pontos). As análises bivariadas foram realizadas a partir dos testes estatísticos qui-quadrado ( $\chi^2$ ) de Pearson, teste t de Student, o intuito foi medir a associação das variáveis sociodemográficas, criminais e de saúde com a variável dependente depressão. Aquelas que exibiram significância estatística bivariada foram selecionadas para inclusão no modelo de regressão logística (método *Backward Stepwise*), aplicada visando à identificação dos principais fatores associados à depressão. O nível de significância estatística foi estabelecido em  $p < 0,05$ . Para a análise do modelo logístico de regressão, avaliaram-se os seguintes indicadores: *Omnibus test*, sendo esperado um valor de  $\chi^2$  significativo; -2 log likelihood (-2ll; a diferença entre valores inicial e final é esperada em maior que 40 pontos),  $R^2$  Nagelkerke (para avaliar a variância explicada do modelo) e o *Hosmer and Lemeshow test*, sendo esperado um  $p$ -valor maior que 0,05.

## Resultados

### Perfil Amostral

A média de idade dos participantes foi de 29,2 anos (Mínimo [Min] = 18,0; Máximo [Max] = 63,0; Desvio-Padrão [DP] = 10,64). Quanto à escolaridade, 59,0% ( $n = 36$ ) dos reclusos afirmaram que estudaram até o ensino fundamental e 41,0% ( $n = 25$ ) relataram ter cursado o ensino médio ou mais (curso superior completo ou incompleto). No que concerne ao estado civil, 50,8% ( $n = 31$ ) referiram estar solteiros e 49,2% ( $n = 30$ ) declararam possuir companheira(o). Grande parte dos reclusos (54,1%  $n = 33$ ) disseram não praticar nenhuma religião. Quando perguntados se havia alguma queixa ou problema de saúde atual 52,5% ( $n = 32$ ) dos entrevistados afirmaram que sim e 47,5% ( $n = 29$ ) disseram que não.

O tempo médio de primeiro aprisionamento da amostra foi de 15,2 meses presos ( $DP = 16,03$ ;  $Min = 1,0$  e  $Max = 78,0$ ). No que diz respeito ao tipo de cumprimento de pena, viu-se que a maioria dos participantes estavam presos no regime provisório 68,9% ( $n = 42$ ), ou seja, aguardavam na prisão o julgamento da justiça e 31,1% ( $n = 19$ ) se encontravam custodiados no regime fechado, já sentenciados e cumprindo pena. Quanto ao exercício de atividades laborativas na prisão, 59,0% ( $n = 36$ ) referiram não exercer nenhuma atividade e 41,0% ( $n = 25$ ) disseram desenvolver algum tipo de trabalho na prisão. Observou-se que 59,0% ( $n = 36$ ) contavam com serviços de defensores públicos e 41,0% ( $n = 25$ ) de advogados particulares. Os crimes que foram imputados e/ou praticados indicaram que 39,3% ( $n = 24$ ) foram acusados ou sentenciados por crimes hediondos (estupro, homicídios e latrocínios), seguido de 37,7% ( $n = 23$ ) de crimes contra o patrimônio (roubo e furto) e 24,6% ( $n = 15$ ) de crimes por tráfico ilícito de drogas, porte ilegal de armas e corrupção ativa.

### Dados sobre a Depressão e o Enfrentamento

Os participantes pontuaram em média 25 pontos na escala de rastreamento ( $M = 25,6$ ;  $DP = 13,05$ ), indicando que 75,4% ( $n = 46$ ) da amostra, apresentavam diagnóstico positivo para sintomas depressivos no primeiro aprisionamento. A Tabela 1 e a Tabela 2 detalham as médias e desvios-padrão dos sintomas e itens da escala de depressão da CESD-R. Os itens relativos à dificuldade para iniciar o sono ( $M = 2,5$ ;  $DP = 1,52$ ), sobre o cansaço ( $M = 2,4$ ;  $DP = 1,23$ ) e sentir-se deprimido ( $M = 2,2$ ;  $DP = 1,40$ ) apresentaram as maiores médias no rastreamento dos sintomas depressivos. Viu-se, também, que os itens da escala com as menores médias foram

querer se machucar ( $M = 0,1$ ;  $DP = 0,18$ ), dormir mais do que o de costume ( $M = 0,1$ ;  $DP = 0,28$ ) e sentir-se como uma pessoa má ( $M = 0,2$ ;  $DP = 0,54$ ). As sintomatologias depressivas mais prevalentes na amostra foram a Tristeza ( $M = 5,9$ ;  $DP = 3,80$ ) e o Sono ( $M = 4,5$ ;  $DP = 2,64$ ), ao passo que a Culpa ( $M = 0,6$ ;  $DP = 0,93$ ) se mostrou como o sintoma de depressão menos prevalente.

**Tabela 1**

*Análise Descritiva da Pontuação dos Itens da CESD-R*

Itens da CESD-R	M (DP)
<b>1. Eu tive pouco apetite</b>	2,0 (1,57)
<b>2. Eu não consegui me livrar da tristeza</b>	1,8 (1,56)
<b>3. Eu tive dificuldade de manter a concentração no que estava fazendo</b>	1,0 (1,16)
<b>4. Eu me senti deprimido(a)</b>	2,2 (1,40)
<b>5. Meu sono esteve agitado</b>	2,0 (1,54)
<b>6. Eu me senti triste</b>	1,9 (1,48)
<b>7. Eu não consegui começar as coisas</b>	1,0 (1,29)
<b>8. Nada me fez feliz</b>	1,9 (1,51)
<b>9. Eu me senti uma pessoa má</b>	0,2 (0,54)
<b>10. Eu perdi interesse em minhas atividades usuais</b>	1,2 (1,19)
<b>11. Eu dormi muito mais do que de costume</b>	0,1 (0,28)
<b>12. Eu senti que me movimentava muito devagar</b>	1,5 (1,25)
<b>13. Eu me senti agitado(a)</b>	1,4 (1,37)
<b>14. Eu desejei estar morto(a)</b>	0,6 (1,23)
<b>15. Eu quis me machucar</b>	0,1 (0,18)
<b>16. Eu estive cansado(a) o tempo todo</b>	2,4 (1,23)
<b>17. Eu não gostei de mim mesmo(a)</b>	0,4 (0,70)
<b>18. Eu perdi muito peso, sem tentar perder</b>	1,2 (1,38)
<b>19. Eu tive muita dificuldade pra pegar no sono</b>	2,5 (1,52)
<b>20. Eu não consegui manter o foco nas coisas importantes</b>	1,0 (1,17)

*Notas.* M = Média. DP = Desvio Padrão.

**Tabela 2***Análise Descritiva dos Sintomas de Depressão Avaliados pela CESD-R*

Sintomas de depressão avaliados pela CESD-R (itens somados)	M (DP)
<b>1. Tristeza (2, 4 e 6)</b>	5,9 (3,80)
<b>2. Anedonia (8 e 10)</b>	3,0 (2,29)
<b>3. Apetite (1 e 18)</b>	3,0 (2,54)
<b>4. Sono (5,11 e 19)</b>	4,5 (2,64)
<b>5. Pensamento (3 e 20)</b>	1,9 (2,10)
<b>6. Culpa (9 e 17)</b>	0,6 (0,93)
<b>7. Cansaço (7 e 16)</b>	3,4 (1,96)
<b>8. Agitação (12 e 13)</b>	2,8 (2,05)
<b>9. Ideação Suicida (14 e 15)</b>	0,6 (1,28)

Notas. M = Média. DP = Desvio Padrão.

Nas subescalas da *BriefCOPE*, as três estratégias de enfrentamento que foram mais utilizadas pelas pessoas presas foi o *Coping Ativo* ( $M = 2,2$ ;  $DP = 1,30$ ), Expressão de Sentimentos ( $M = 2,4$ ;  $DP = 1,22$ ) e a Autodistração ( $M = 2,1$ ;  $DP = 1,14$ ). Já as estratégias menos utilizadas foram Humor ( $M = 1,5$ ;  $DP = 1,00$ ), a Reinterpretação Positiva ( $M = 1,1$ ;  $DP = 1,15$ ) e a Aceitação ( $M = 1,5$ ;  $DP = 1,00$ ).

### **Análise das Relações Bivariada entre a Sintomatologia Depressiva, Perfil Amostral e Estratégias de Enfrentamento**

Dentre as variáveis relativas ao perfil amostral, somente a variável “queixas de saúde” mostrou associação significativa com a sintomatologia depressiva. Dentre as pessoas com queixas recentes de saúde, 87,5% ( $n = 28$ ) estavam aquelas com diagnóstico de rastreamento positivo na CESD-R ( $\chi^2 = 5,306$ ;  $p = 0,036$ ).

Quanto às estratégias de enfrentamento, o teste *t* de *Student* indicou que na estratégia Planejamento, indivíduos que tiveram pontuação até 16 na CESD-R pontuaram, em média, 1,2 ( $DP = 0,68$ ), ao passo que aqueles com pontuação acima de 16 tiveram média mais alta, de 1,9 ( $DP = 1,22$ ) ( $t = -2,933$ ;  $p = 0,005$ ). Já na estratégia Autoculpabilização, indivíduos sem o diagnóstico de depressão pontuaram mais baixo ( $M = 1,0$ ;  $DP = 1,00$ ) que aqueles que exibiram diagnóstico positivo ( $M = 1,7$ ;  $DP = 0,92$ ) ( $t = -2,716$ ;  $p = 0,009$ ). A estratégia Aceitação também apontou que os reclusos sem sintomas depressivos tiveram menor pontuação ( $M = 1,1$ ;  $DP = 0,96$ ) do que aqueles com presença de sintomatologia depressiva ( $M = 1,6$ ;  $DP = 0,85$ ) ( $t$

= -2,067;  $p = 0,043$ ). Por fim, na estratégia Expressão de Sentimentos, os indivíduos que não apresentaram diagnóstico de depressão pontuaram em média 1,7 ( $DP = 1,23$ ) e os com diagnóstico positivo tiveram uma média de 2,6 ( $DP = 1,14$ ) ( $t = -2,521$ ;  $p = 0,014$ ).

Não foram constatadas diferenças estatisticamente significativas entre o aparecimento de sintomas de depressão e as outras variáveis assinaladas no estudo (faixa etária, escolaridade, possuir companheira (o), religião, tipo de pena, tipificação do crime, atividade laborativa na prisão e assistência jurídica), bem como com as demais estratégias de enfrentamento ( $p > 0,05$ ). A Tabela 3 especifica os resultados encontrados entre a depressão e as subescalas das estratégias de enfrentamento.

**Tabela 3**

*Média e Desvio Padrão da Pontuação Encontrada nas Subescalas das Estratégias de Enfrentamento da BriefCOPE*

Estratégias de Enfrentamento	Sem sintomas	Com sintomas	<b>t (p-valor)</b>
	depressivos	depressivos	
	(n = 15)	(n = 46)	
	<b>M (DP)</b>	<b>M (DP)</b>	
Coping Ativo	2,6 (1,35)	2,0 (1,26)	1,344 (0,184)
Planejamento	1,2 (0,68)	1,9 (1,21)	-2,933 (0,005)
Suporte Instrumental	1,5 (1,35)	2,2 (0,94)	-1,699 (0,106)
Suporte Emocional	1,8 (1,14)	1,8 (1,08)	-0,80 (0,937)
Religião	1,7 (0,89)	1,8 (1,04)	-0,457 (0,649)
Reinterpretação Positiva	0,7 (1,27)	1,3 (1,08)	-1,565 (0,123)
Autoculpabilização	1,0 (1,00)	1,8 (0,92)	-2,716 (0,009)
Aceitação	1,1 (0,96)	1,6 (0,85)	-2,067 (0,043)
Expressão de sentimentos	1,7 (1,23)	2,6 (1,14)	-2,521 (0,014)
Negação	1,5 (1,35)	2,1 (1,18)	-1,643 (0,106)
Autodistração	1,7 (0,97)	2,2 (1,16)	-1,582 (0,119)
Desinvestimento Comportamental	1,9 (1,24)	2,1 (1,03)	-0,746 (0,458)
Abuso de substâncias	1,7 (0,89)	1,9 (1,18)	-0,804 (0,424)
Humor	1,5 (0,83)	1,5 (1,04)	-0,185 (0,854)

Notas. M = Média. DP = Desvio Padrão. t = teste t de Student. p-valor = significância estatística.

## Análise da Regressão Logística das Variáveis do Perfil Amostral e Estratégias de Enfrentamento para a Classificação da CESD-R

Na análise da regressão logística, os valores avaliados revelaram que o modelo final alcançado foi satisfatório [ $\chi^2 = 16,731$  ( $p < 0,001$ ),  $R^2$  Nagelkerke = 0,357 com 35,7% de variância explicada);  $-2LL$  final = 11,289; *Omnibus test*:  $\chi^2 = 16,731$  ( $p < 0,001$ ); *Hosmer & Lemeshow test*:  $p = 0,957$ ], sendo a solução final capaz de prever corretamente 82,0% dos casos pesquisados.

No modelo, viu-se que as pessoas presas que apresentaram queixas atuais de saúde no período do primeiro aprisionamento exibiram cerca de cinco vezes mais chances de demonstrarem sintomas depressivos na prisão ( $O.R. = 5,1$ ;  $p = 0,036$ ). No que concerne às estratégias de enfrentamento, as pessoas que fizeram uso da estratégia Planejamento tiveram em torno de duas vezes e meia mais chances para a presença de sintomatologia depressiva ( $O.R. = 2,6$ ;  $p = 0,018$ ) e as pessoas que fizeram uso da estratégia Expressão de Sentimentos tiveram quase que duas vezes mais chances de apresentarem sintomas depressivos ( $O.R. = 1,8$ ;  $p = 0,051$ ), sendo este último um resultado limítrofe no que se refere à significância estatística. As demais variáveis (*Coping* Ativo, Suporte Instrumental, Suporte Emocional, Religião, Reinterpretação Positiva, Autoculpabilização, Aceitação, Negação, Autodistração, Desinvestimento Comportamental, Abuso de substâncias e Humor) não foram estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ). A Tabela 4 indica resultados encontrados na análise da regressão logística.

**Tabela 4**

*Resultados da Regressão Logística para o Acometimento de Sintomatologias Depressivas (CESD-R) das Pessoas sob Condição de Primeira Privação de Liberdade no Sistema Prisional*

Variáveis	B	SE B	Wald ( $\chi^2$ )	p-valor	OR	95% IC
Ter queixa de saúde (sim)	1,632	0,777	4,410	0,036	5,1	1,1 - 23,5
BC Planejamento	0,941	0,399	5,568	0,018	2,6	1,2 - 5,6
BC Expressão de sentimentos	0,580	0,297	3,819	0,051	1,8	0,9 - 3,2

Notas.  $\chi^2 = 16,731$  ( $p < 0,001$ ).  $R^2$  Nagelkerke = 0,357 (35,7% de variância explicada).  $\Delta -2ll = 11,289$ . *Omnibus test*:  $\chi^2 = 16,731$  ( $p < 0,001$ ). *Hosmer & Lemeshow test*:  $p = 0,957$ . Capacidade preditiva correta do modelo =

82,0%. BC = item da escala do BriefCOPE. p-valor = significância estatística; OR = razão de chances (Odds Ratio). IC 95% = intervalo de confiança de 95%.

## Discussão

O objetivo do estudo foi investigar a ocorrência de sintomatologia depressiva em pessoas sob primeiro aprisionamento no sistema prisional, bem como analisar as estratégias de enfrentamento utilizadas por essas pessoas em seu processo de adaptação e condição de primeiro encarceramento. Nesta pesquisa foi visto que a maioria dos reclusos se encontravam nas faixas etárias entre 18 e 24 anos de idade. O Relatório de Informações Penais - RELIPEN, apesar de não especificar a relação da faixa etária e a condição de aprisionamento (presos primários ou reincidentes), já havia evidenciado, em meados de 2024, que 30% da população prisional do Brasil possuía entre 18 e 24 anos (Brasil, 2024), fato, portanto, que se alinha com o perfil dos participantes desta pesquisa.

No estudo viu-se que a ampla maioria da amostra foi identificada com sintomas positivos de depressão na prisão. Resultados semelhantes também foram observados em outros estudos que evidenciaram um elevado percentual da ocorrência de depressão em pessoas privadas de liberdade e sob custódia em presídios e penitenciárias (Beyen et al., 2017; Canazaro & Argimon, 2010; Timmer & Nowotny, 2021). De acordo com a literatura os transtornos mentais têm sido mais prevalentes na população prisional do que na população em geral (Constantino et al., 2016). Contudo, o que ocorre na prisão é que a presença de sintomas e transtornos depressivos podem implicar em problemas de adaptação à nova situação de vida e, com isso, ampliar a chance de adoecimento físico e mental diverso ao recluso durante o seu processo de privação de liberdade.

A detecção precoce de problemas de saúde permite que o adoecimento seja identificado em sua fase inicial, minimizando-se, assim, uma série de prejuízos que poderiam ser evitados a partir da identificação precoce de uma doença. Dessa maneira, rastrear e diagnosticar à doença se constituem como estratégias importantes no processo de detecção precoce de qualquer perturbação mental. Além de prevenir o uso desnecessário de medicamentos, isso ajuda a diminuir gastos em saúde (Mihalopoulos et al., 2021). Conforme mencionado por Fazel et al. (2016), a presença de perturbações mentais no período de encarceramento pode aumentar em duas vezes as chances do indivíduo ser ferido por outras pessoas, assim como eleva as chances das pessoas presas se envolverem em conflitos, violação de regras e circunstâncias de perigo no aprisionamento.

No que concerne aos sintomas depressivos rastreados pela CESD-R, viu-se que a Tristeza e o Sono foram os sintomas mais encontrados na pesquisa. Outro estudo realizado no Brasil mostrou resultados similares em sua investigação, indicando que os presos novatos na prisão apresentaram mais sentimento de tristeza, queixas de insônia e preocupações com a saúde do que os presos antigos (Araújo et al., 2009). O sono na prisão é dificultado por uma série de eventos perturbadores como a falta de privacidade e ócio, presença contínua de ruídos, iluminação acentuada (ou não), desconforto com as acomodações e local para dormir (Randall et al., 2018). O tipo de regime (provisório ou sentenciado) e o ambiente prisional superpovoado também podem interferir na qualidade do sono (Dewa et al., 2017; Randall et al., 2018). Na prisão, a dificuldade para dormir também pode incidir em condutas impulsivas, agressivas e de raiva, além de aumentar as solicitações da equipe de saúde prisional quanto a essa queixa específica de saúde (Randall et al., 2018). Logo, tais dados sugerem no presente estudo que a dificuldade de ajustamento do indivíduo, quanto aos fatores relativos à essas queixas em saúde, podem ter influído significativamente na ocorrência da tristeza e da insônia como sintomas importantes de depressão nos participantes da amostra.

No modelo de regressão logística, foram identificados sintomas significativos de depressão nas pessoas em primeiro aprisionamento que relataram queixas recentes de saúde e utilizaram as estratégias de enfrentamento Planejamento e Expressão de Sentimentos. Os participantes que relataram possuir alguma queixa atual de saúde demonstraram cerca de cinco vezes mais chances de apresentarem sintomatologia depressiva no primeiro encarceramento. Esse achado se configura um dado importante, pois sinaliza a relação existente entre o estado de saúde autorrelatado (por exemplo, tanto queixar-se de sintomas físicos, como sofrimento psicológico) e a maior ocorrência de pessoas em primeira reclusão com sintomas depressivos. Um estudo realizado no Nepal também evidenciou que o transtorno depressivo foi mais presente em reclusos que autoavaliaram a saúde como ruim do que nos indivíduos que a relataram como boa (Shrestha et al., 2017).

A partir deste dado, comprehende-se que as queixas de saúde referidas pelas pessoas detidas, quaisquer que sejam elas (falta de ar, cansaço, dificuldade para dormir, tristeza, entre outras), necessitam ser investigadas com cautela por psicólogos e demais profissionais que estejam envolvidos na atenção à saúde de quem se encontra privado de liberdade. Isso se defende a fim de que o sofrimento psíquico ocasionado pelo estresse prolongado e dificuldades no processo de ajustamento não se agravem no decurso do aprisionamento ou em seu retorno ao convívio social. No entanto, a efetivação desse cuidado esbarra em desafios estruturais do sistema prisional, dentre eles, a escassez de profissionais de saúde, a alta demanda direcionada

às equipes reduzidas e as precárias condições das unidades prisionais, frequentemente insalubres e adoecedoras. Mesmo com investimentos na ampliação das equipes, a desumanização e a despersonalização inerentes ao cárcere seguem impactando a saúde mental dos presos. Diante desse cenário, torna-se essencial discutir alternativas ao modelo punitivo vigente, incluindo a prevenção da criminalidade e a adoção de penas alternativas, conforme destaca o Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2021).

Quanto ao uso das estratégias de enfrentamento, a literatura indica que no Planejamento os indivíduos tendem a planejar ou pensar maneiras de limitar ou remover o evento estressor (Maroco et al., 2014) e consequentemente se ajustar melhor ao meio. No presente estudo, as pessoas que utilizaram o Planejamento como estratégia de enfrentamento obtiveram quase que três vezes mais chances de estarem no estrato das pessoas com sintomas depressivos na amostra. Talvez, pelo fato dessas pessoas estarem em sua primeira experiência de encarceramento no sistema prisional e em meio ao início de um severo processo adaptativo, a presença de sintomas depressivos tenha se agravado na amostra.

A prisão, como uma instituição total, aparta o indivíduo do convívio com a sociedade mais ampla e passa a regular e limitar às suas ações, o que implica dificuldades de adaptação à nova realidade de vida (Goffman, 1988). Dessa maneira, entende-se que uma das razões para explicar a relação da depressão com a estratégia Planejamento seria o fato de que, na prisão, a pessoa presa dispõe de poucos ou nenhum recurso para concretizar uma ação efetivamente por conta própria. O recluso, apesar de planejar, não consegue pôr em prática às estratégias planejadas, tornando-o mais suscetível ao acometimento de sintomas depressivos durante o confinamento na prisão, já que a frustração se torna quase que inevitável diante da não concretização de seus ensejos para tentar limitar ou remover o elemento estressor.

Por outro lado, no ambiente prisional, caso sejam considerados os detentos reincidantes, talvez o uso dessa estratégia de enfrentamento possa não resultar em tanta frustração e adoecimento mental como pode gerar aos presos primários. Os reincidentes na prisão, de certo modo, já possuem conhecimento de como a rotina firmada pela instituição prisional e por seus pares é limitante e cerceadora da capacidade do indivíduo em se autogerenciar (Colombaroli, 2013). Assim, a contínua frustração de planejar e/ou pensar estratégias para enfrentar à adversidade da situação – algo que se constatou nesta pesquisa –, e não obter resultados positivos, parece ter o poder de acarretar às pessoas em primeiro confinamento um maior risco para o acometimento de depressão na prisão.

Viu-se, também, que os reclusos primários que utilizaram a estratégia de enfrentamento Expressão de Sentimentos aumentaram em quase duas vezes à probabilidade de estarem no

grupo das pessoas com sintomatologia depressiva. Essa estratégia é entendida como a consciência emocional que se adquire sobre o estresse vivenciado e a divisão desses sentimentos com os outros (Maroco et al., 2014). Como forma de aliviar as tensões ocasionadas pelo evento estressor, em tese, essa seria uma estratégia de enfrentamento que proporcionaria ao indivíduo a oportunidade de externar seus sentimentos e preocupações, como resultado, a pessoa apresentaria um melhor ajustamento à situação estressora. Contudo, a prisão, como um espaço de confinamento, força os indivíduos a conviverem uns com os outros em um ambiente continuadamente permeado por um clima de desconfiança, agressividade e violência constantes (Colombaroli, 2013).

Ademais, mesmo o aprisionado vivenciando a dor da perda de liberdade, da privacidade e de estar inserido em um lugar superpovoado e opressor, a ele não é permitido o direito de manifestar o seu descontentamento, sob o risco de ser taxado como indisciplinado e ameaçador à segurança do sistema prisional (Karam, 2011). Em relação à convivência com as outras pessoas presas, nota-se uma situação semelhante, visto que expressões de sentimentos e angústias podem ser confundidas no encarceramento como um sinal de fraqueza e fragilidade, ainda mais nesse ambiente presumidamente machista. Talvez, para o privado de liberdade, um dos poucos momentos de demonstração de seus afetos e sentimentos possa ser motivado pela presença dos familiares nos dias de visita, ainda que, sob a vigilância atenta dos seus pares e da unidade prisional. Diante destes fatos, não é custoso compreender que o uso da Expressão de Sentimentos como estratégia de enfrentamento tenha aumentado as chances de adoecimento por sintomas positivos de depressão nas pessoas em experiência de primeiro encarceramento no sistema prisional.

### **Considerações Finais**

Este estudo trouxe achados considerados relevantes sobre a associação da presença de sintomas depressivos com as queixas atuais de saúde e o uso de estratégias de enfrentamento em reclusos primários. Constatou-se elevada ocorrência de sintomas de depressão e os participantes que afirmaram possuir queixas recentes de saúde tiveram mais chances de estarem no grupo das pessoas com sintomatologia depressiva. Além disso, as pessoas que fizeram uso das estratégias de enfrentamento Planejamento e Expressão de Sentimentos também obtiveram maior chance de apresentarem sintomas positivos de depressão na prisão. De modo geral, comprehende-se que os resultados encontrados podem ser considerados significativos para o entendimento da ocorrência de depressão e processo de ajustamento dessas pessoas.

Algumas limitações desta investigação precisam ser consideradas. Em primeiro lugar, o estudo foi realizado com participantes de apenas uma unidade prisional, o que não é o suficiente para permitir generalizações sobre os achados para toda a população carcerária. Além disso, em segundo lugar, a pesquisa realizada foi de corte transversal e os instrumentos de rastreamento utilizados foram de autorrelato e sem confirmação por meio de diagnóstico clínico, o que torna o estudo, em certa medida, passível do viés de desejabilidade social, dado que os participantes podem tentar distorcer às suas respostas para que sugiram uma ideia de maior ou menor sofrimento psicológico.

Finalmente, devido ao elevado risco para o desenvolvimento de perturbações mentais comuns e de problemas de ajustamento na prisão, sugere-se estudos longitudinais e com uso de instrumentos mais precisos ao diagnóstico da depressão. Ademais, recomenda-se a execução de investigações mais aprofundadas acerca da utilização de estratégias de enfrentamento no ambiente prisional em futuras pesquisas, a exemplo de um possível estudo com detentos reincidientes. Assim, a partir de trabalhos deste tipo, espera-se que os cuidados prestados à saúde da pessoa presa possam ser, cada vez mais, baseados em evidências e efetivados por intervenções mais congruentes com a realidade do ambiente estressor da prisão.

## Referências

Afonso, L. P. V. (2012). *Adaptação à prisão: estudo das relações entre os processos de coping, “marcadores” de bem-estar e ajustamento psicológico* [Dissertação de mestrado]. Universidade do Minho, Braga. Recuperado em 18 de maio de 2024, de <https://hdl.handle.net/1822/24269>

Araújo, F. A. F. M., Nakano, T. C., & Gouveia, M. L. A. (2009). Prevalência de depressão e ansiedade em detentos. *Avaliação Psicológica*, 8(3), 381-390. Recuperado em 18 de maio de 2024, de [https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-04712009000300010&script=sci\\_arttext](https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-04712009000300010&script=sci_arttext)

Beyen, T. K., Dadi, A. F., Dachew, B. A., Muluneh, N. Y., & Bisetegn, T. A. (2017). More than eight in every nineteen inmates were living with depression at prisons of Northwest Amhara Regional State, Ethiopia, a cross sectional study design. *BMC Psychiatry*, 17(1), 31. <http://doi.org/10.1186/s12888-016-1179-9>. PMid:28103840.

Brasil. Secretaria Nacional de Políticas Penais. (2024). *Relatório de informações penais - RELIPEN 2024: 1º semestre de 2024*. Brasília: SENAPPEN. Recuperado em 18 de maio

de 2024, de <https://www.gov.br/senappen/pt-br/servicos/sisdepen/relatorios/relipen/relipen-1-semestre-de-2024.pdf>

Canazaro, D., & Argimon, I. I. L. (2010). Características, sintomas depressivos e fatores associados em mulheres encarceradas no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 26(7), 1323-1333. <http://doi.org/10.1590/S0102-311X2010000700011>. PMid:20694358.

Carr, D., & Umberson, D. (2013). The social psychology of stress, health, and coping. In J. DeLamater, & A. Ward (Eds.), *Handbook of social psychology* (pp. 465-490). Cham: Springer. [http://doi.org/10.1007/978-94-007-6772-0\\_16](http://doi.org/10.1007/978-94-007-6772-0_16)

Colombaroli, A. C. M. (2013). *Efeitos sociológicos e psicológicos do cárcere*. Diritto.it. Recuperado em 18 de maio de 2024, de <https://www.diritto.it/efeitos-sociologicos-e-psicologicos-do-carcere/>

Conselho Federal de Psicologia. (2021). *Referências técnicas para atuação de psicólogas (os) no Sistema Prisional*. Brasília: CFP. Recuperado em 18 de maio de 2024, de <https://site.cfp.org.br/publicacao/referencias-tecnicas-para-psicologas-os-no-sistema-prisonal/>

Constantino, P., Assis, S. G., & Pinto, L. W. (2016). O impacto da prisão na saúde mental dos presos do estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(7), 2089-2100. <http://doi.org/10.1590/1413-81232015217.01222016>. PMid:27383343.

Dewa, L. H., Hassan, L., Shaw, J. J., & Senior, J. (2017). Trouble sleeping inside: a cross-sectional study of the prevalence and associated risk factors of insomnia in adult prison populations in England. *Sleep Medicine*, 32, 129-136. <http://doi.org/10.1016/j.sleep.2016.12.018>. PMid:28366324.

Fazel, S., & Danesh, J. (2002). Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *The Lancet*, 359(9306), 545-550. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)07740-1](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)07740-1). PMid:11867106.

Fazel, S., Hayes, A. J., Bartellas, K., Clerici, M., & Trestman, R. (2016). Mental health of prisoners: prevalence, adverse outcomes and interventions. *The Lancet. Psychiatry*, 3(9), 871-881. [http://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30142-0](http://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30142-0). PMid:27426440.

Goffman, E. (1988). *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Barueri: LTC.

Gonçalves, L. C., & Gonçalves, R. (2012). Agressividade, estilo de vida criminal e adaptação à prisão. *Psicologia USP*, 23(3), 559-584. <http://doi.org/10.1590/S0103-65642012005000013>

Hyatt, J. M., Andersen, S. N., & Van Tiem, B. (2024). Perceptions of incarcerated people: prison conditions, public health, and justice in the United States. *Journal of Public Health Policy*, 45, 446-459. <https://doi.org/10.1057/s41271-024-00496-z>

Karam, M. L. (2011). Psicologia e sistema prisional. *Revista EPOS*, 2(2), 1-17. Recuperado em 18 de maio de 2024, de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2178-700X2011000200006](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-700X2011000200006)

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company. Recuperado em 18 de maio de 2024, de [https://scholar.google.com/scholar\\_lookup?title=+Stress+appraisal+and+coping&author=Lazarus+R.&author=Folkman+S.&publication\\_year=1984](https://scholar.google.com/scholar_lookup?title=+Stress+appraisal+and+coping&author=Lazarus+R.&author=Folkman+S.&publication_year=1984)

Lermen, H. S., Gil, B. L., Cúnico, S. D., & Jesus, L. O. (2015). Saúde no cárcere: análise das políticas sociais de saúde voltadas à população prisional brasileira. *PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva*, 25(3), 905-924. <http://doi.org/10.1590/S0103-73312015000300012>

López-Pérez, B., Deeprose, C., & Hanoch, Y. (2018). Prospective mental imagery as its link with anxiety and depression in prisoners. *PloS ONE*, 13(3), e0195929. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0191551>. PMid:29543833.

Maroco, J., Campos, J. B., Bonafé, F. S., Vinagre, M. D. G., & Pais-Ribeiro, J. (2014). Adaptação transcultural Brasil-Portugal da escala *Brief COPE* para estudantes do ensino superior. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15(2), 300-313. Recuperado em 18 de maio de 2024, de <https://www.redalyc.org/pdf/362/36231460001.pdf>

Mihalopoulos, C., Chatterton, M. L., & Vos, T. (2021). Cost-effectiveness evidence of mental health prevention and promotion interventions: a systematic review of economic evaluations. *PLoS Medicine*, 18(5), e1003600. <http://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003600>. PMid:33974641.

Mojica, C., Saenz, D., & Rey-Anaconda, C. A. (2009). Riesgo suicida, desesperanza y depresión en internos de un establecimiento carcelario colombiano. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38(4), 681-692. Recuperado em 18 de maio de 2024, de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v38n4/v38n4a09.pdf>

Pinse, C. S., Furegato, A. R., & Santos, J. L. (2010). Demographic and clinical predictors of depressive symptoms among incarcerated women. *Annals of General Psychiatry*, 9, 34. <http://doi.org/10.1186/1744-859X-9-34>. PMid:20819216.

Pinheiro, I., & Cardoso, J. (2011). Vulnerabilidade ao stress prisional e ao risco de suicídio na população reclusa: estudo exploratório. *Psiquiatria, Psicologia & Justiça*, 12(4), 5-25.

Randall, C., Nowakowski, S., & Ellis, J. G. (2018). Managing acute insomnia in prison: evaluation of a “one-shot” Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia (CBT-I) intervention. *Behavioral Sleep Medicine*, 17(6), 827-836. PMid:30289290.

Shrestha, G., Yadav, D. K., Sapkota, N., Baral, D., Yadav, B. K., Chakravartty, A., & Pokharel, P. K. (2017). Depression among inmates in a regional prison of eastern Nepal: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 17(1), 348. <http://doi.org/10.1186/s12888-017-1514-9>. PMid:29061132.

Stacer, M. J. (2022). Incarcerated men’s perceptions of the prison environment: an exploratory study. *Midwest Social Sciences Journal*, 25(1), 9. <https://doi.org/10.22543/0796.251.1059>

Timmer, A., & Nowotny, K. M. (2021). mental illness and mental health care treatment among people with criminal justice involvement in the United States. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 32(1), 397-422. <http://doi.org/10.1353/hpu.2021.0031>. PMid:33678704.

Van Dam, N. T., & Earleywine, M. (2011). Validation of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale-Revised (CESD-R): pragmatic depression assessment in the general population. *Psychiatry Research*, 186(1), 128-132. <http://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.08.018>. PMid:20843557.

World Health Organization – WHO. (2017). *Depression and other common mental disorders: global health estimates*. Geneva: WHO. Recuperado em 18 de maio de 2024, de <https://www.who.int/publications/i/item/depression-global-health-estimates>