



BRUNA DA SILVA GOMES

SAÚDE MENTAL NO SISTEMA PENITENCIÁRIO DE SINOP-MT

**Sinop/MT
2020**

BRUNA DA SILVA GOMES

SAÚDE MENTAL NO SISTEMA PENITENCIÁRIO DE SINOP-MT

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Avaliadora do Departamento de Psicologia, do Centro Universitário - UNIFASIPE, Campus de Sinop-MT, como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Orientadora: Prof.^a Esp. Luiza Alvarenga Marques de Medeiros.

**Sinop/MT
2020**

BRUNA DA SILVA GOMES

SAÚDE MENTAL NO SISTEMA PENITENCIÁRIO DE SINOP-MT

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à banca avaliadora do curso de Psicologia – UNIFASIPE, Campus de Sinop-MT, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Aprovado em _____ de _____ de 2020.

Esp. Luiza Alvarenga Marques de Medeiros
Professora Orientadora
Departamento de Psicologia – UNIFASIPE

XXXXXXXXXX
Professor (a) Avaliador (a)
Departamento de Psicologia – UNIFASIPE

XXXXXXXXXX
Professor (a) Avaliador (a)
Departamento de Psicologia – UNIFASIPE

Esp. Ana Paula Pereira César
Coordenadora do Curso de Psicologia
UNIFASIPE

**Sinop-MT
2020**

DEDICATÓRIA

Dedico esta pesquisa primeiramente a Deus, pois sem ele eu não teria forças para essa longa jornada, a minha família, a minha orientadora, ao meu noivo que sempre me apoiou e aos meus colegas que ajudaram-me na conclusão dessa monografia.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha mãe, meu pai, meu irmão, meu noivo, que me incentivaram nos momentos difíceis e compreenderam a minha ausência enquanto eu me dedicava à realização desta pesquisa;

Agradeço a minha orientadora Luiza A. M. de Medeiros, que me incentivou durante a realização desta pesquisa com todo apoio, dedicação e paciência;

Aos professores, por todos os conselhos, pela ajuda e pela paciência, com a qual guiaram o meu aprendizado;

Aos meus colegas, que convivi intensamente durante os últimos anos, pelo companheirismo e pela troca de experiências, que me permitiram crescer não só como pessoa, mas também como formando;

Agradeço as psicólogas Josiani M. Alves e Laudénice S. Quaresma, que acompanhou toda pesquisa, sempre apoiando e trocando ideias.

“Estava tão envolvido com aquele universo, que abrir mão dele significava admitir passar o resto da existência no convívio exclusivo com pessoas da mesma classe social e com valores semelhantes aos meus, sem a oportunidade de me deparar com o contraditório, com o avesso da vida que levo, com a face mais indigna da desigualdade social, sem ouvir histórias que não passariam pela cabeça do ficcionista mais criativo, sem conhecer a ralé desprezível que a sociedade finge não existir, a escória humana que compõe a legião de perdedores que um dia imaginou realizar seus anseios pela via do crime, e acabou enjaulada num presídio brasileiro”

(Dráuzio Varella)

RESUMO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2014), a saúde mental pode ser definida como equilíbrio emocional entre o meio interno e as vivências externas, refletindo como fator preponderante para administrar o cotidiano do indivíduo em função do seu bem-estar. Sabe-se que, muitos indivíduos que estão no Sistema Penitenciário estão sujeitos a sofrer de algum transtorno mental, como: depressão, ansiedade, estresse. Visto que, as unidades prisionais no Brasil apontam uma realidade que contradiz com o seu modelo, se tornando uma mistura de condições cruéis, degradantes, humilhantes, dentre outros problemas, que assolam as prisões desse país. Esta pesquisa teve como objetivo principal a avaliação e promoção de saúde mental para 20 reeducandos selecionados do raio verde no Sistema Penitenciário de Sinop-MT, Dr. Osvaldo Florentino Leite Ferreira, o “Ferrugem”, situado no Município de Sinop-MT, sendo dividido os grupos através de um sorteio, 10 participantes no grupo de controle e 10 participantes no grupo de intervenção. O levantamento dos dados com os participantes foram coletados sob análise qualitativa, intervenções socioeducativas (palestras sobre saúde mental, ansiedade, autoestima, depressão e estresse), e com a análise quantitativa, utilizando instrumentos de investigação, como: Inventário Beck de Ansiedade (BAI), Inventário de Depressão de Beck (BDI), Inventário de Sintomas de Stress para Adultos (ISSL), nos quais foram avaliados os níveis de ansiedade, depressão e estresse dos participantes envolvidos. Os dados obtidos apontam que a ansiedade no Grupo A (controle) está presente em 33,32% (moderadamente e grave), a depressão em 26,97% (moderado e grave), e o estresse em 40% na fase de resistência. O Grupo B (intervenção) apresentou 32,85% com ansiedade (moderadamente e grave), depressão em 14,27% (moderado e grave), e o estresse com 60% localizados na fase de resistência. Conclui-se que, os transtornos mentais avaliados (ansiedade, depressão e estresse) encontram-se presentes na amostra do Grupo A e Grupo B, revelando que em ambos grupos a ansiedade e estresse se destacam. Logo, o assunto sobre saúde mental despertou aos participantes do Grupo B uma visão minuciosa ao tema, onde muitos começaram a se autoperceber, a se autoanalisar e utilizar as estratégias aplicadas ao decorrer das intervenções. Posto isto, recomenda-se outros estudos que envolva mais a compreensão das implicações e impactos das prisões ao reeducando, como também investir em equipes e profissionais de saúde, para ampliar este assunto no âmbito prisional.

Palavras-chave: Reeducandos. Saúde Mental. Sistema Penitenciário.

ABSTRACT

According to the World Health Organization (2014), mental health can be defined as an emotional balance between the internal environment and the external experiences, reflecting as a beginning factor to manage the individual's daily life according to their well-being. It is known that many individuals who are in the Penitentiary System are subject to suffering from some mental disorder, such as: depression, anxiety, stress. Since, prison units in Brazil point to a reality that contradicts their model, becoming a mixture of cruel, degrading, humiliating conditions, among other problems, that plague that country's prisons. This research had as main objective the evaluation and promotion of mental health for 20 reeducandos selected from the green ray in the Penitentiary System of Sinop-MT, Dr. Osvaldo Florentino Leite Ferreira, "Ferrugem", located in the Municipality of Sinop-MT, being divided the groups through a draw, 10 participants in the control group and 10 participants in the intervention group. The survey of data with the participants was collected under qualitative analysis, socio-educational interventions (lectures on mental health, anxiety, self-esteem, depression and stress), and with quantitative analysis, using research instruments, such as: Beck Anxiety Inventory (BAI), Beck Depression Inventory (BDI), Stress Symptoms Inventory for Adults (ISSI), in which the levels of anxiety, depression and stress of the participants involved were assessed. The data obtained show that anxiety in Group A (control) is present in 33.32% (moderately and severe), depression in 26.97% (moderate and severe), and stress in 40% in the resistance phase. Group B (intervention) showed 32.85% with anxiety (moderately and severely), depression in 14.27% (moderate and severe), and stress with 60% located in the resistance phase. It is concluded that the mental disorders evaluated (anxiety, depression and stress) are present in the sample of Group A and Group B, revealing that in both groups anxiety and stress stand out. Therefore, the subject on mental health aroused the participants of Group B a detailed view of the theme, where many began to self-perceive, self-analyze and use the strategies applied during the interventions. That said, further studies are recommended that involve more understanding of the implications and impacts of prisons when re-educating, as well as investing in teams and health professionals, to expand this issue in the prison environment.

Keywords: Reeducandos. Mental health. Penitentiary system.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Grupo A (Inventário Beck de Ansiedade)	58
Gráfico 2: Grupo A (Inventário Beck de Ansiedade)	59
Gráfico 3: Grupo A (Inventário Beck de Ansiedade)	59
Gráfico 4: Grupo B (Inventário Beck de Ansiedade)	60
Gráfico 5: Grupo B (Inventário Beck de Ansiedade)	61
Gráfico 6: Grupo B (Inventário Beck de Ansiedade)	61
Gráfico 7: Grupo B (Inventário de Depressão de Beck)	62
Gráfico 8: Grupo B (Inventário de Depressão de Beck)	63
Gráfico 9: Grupo A (Inventário de Depressão de Beck)	64
Gráfico 10: Grupo A (Inventário de Depressão de Beck)	64
Gráfico 11: Grupo A - Inventário de Sintomas de Stress para Adultos (ISSL)	65
Gráfico 12: Grupo A - Inventário de Sintomas de Stress para Adultos (ISSL)	66
Gráfico 13: Grupo A - Inventário de Sintomas de Stress para Adultos (ISSL)	67
Gráfico 14: Grupo B - Inventário de Sintomas de Stress para Adultos (ISSL)	68
Gráfico 15: Grupo B - Inventário de Sintomas de Stress para Adultos (ISSL)	68
Gráfico 16: Grupo B - Inventário de Sintomas de Stress para Adultos (ISSL)	69
Gráfico 17: Grupo A - Inventário de Sintomas de Stress para Adultos (ISSL)	70
Gráfico 18: Grupo B - Inventário de Sintomas de Stress para Adultos (ISSL)	70

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Áreas tradicionais, atuais e as mais carentes da Psicologia Jurídica no Brasil.....	26
Figura 2: Evolução Pop. Carcerária.....	41

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Dados sociodemograficos Grupo A.....	57
Tabela 2: Dados sociodemograficos Grupo B.....	57
Tabela 3: Grupo A (Inventário de Ansiedade de Beck).....	75
Tabela 4: Grupo A (Inventário de Depressão de Beck).....	76
Tabela 5: Grupo A (Inventário de Sintomas de Stress para Adultos- ISSL).....	76
Tabela 6: Grupo B (Inventário de Ansiedade de Beck).....	77
Tabela 7: Grupo B (Inventário de Depressão de Beck).....	77
Tabela 8: Grupo B (Inventário de Sintomas de Stress para Adultos- ISSL).....	78

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Primeiro encontro.....	71
Quadro 2: Segundo encontro.....	73
Quadro 3: Terceiro encontro.....	75

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	16
1.1 Problematização	17
1.2 Hipóteses	17
1.3 Justificativa	17
1.4 Objetivos	18
1.4.1 Objetivo Geral.....	18
1.4.2 Objetivos Específicos.....	18
2. REVISÃO DE LITERATURA	19
2.1 Psicologia	19
2.2 História da Psicologia Jurídica	19
2.3 Direitos Humanos	21
2.4 Atuação do Psicólogo no Sistema Prisional	22
2.5 Áreas de atuação do Psicólogo Jurídico	24
2.5.1 Psicologia Jurídica e Direitos Humanos.....	26
2.5.2 Psicologia Jurídica e o Direito da Família.....	26
2.5.3 Psicologia Jurídica e as questões da Infância e Juventude.....	27
2.5.4 Psicologia Jurídica e Direito Penal.....	28
2.5.5 Psicologia Jurídica e Direito Civil.....	28
2.5.6 Psicologia Jurídica do Trabalho.....	29
2.5.7 Psicologia Judicial ou do Testemunho.....	29
2.5.8 Psicologia Penitenciária.....	29
2.5.9 Psicologia Policial e das Forças Armadas.....	30
2.5.9.1 Mediação.....	30
2.5.9.2 Proteção a testemunhas.....	30
2.5.9.3 Formação e Atendimento aos Juízes e Promotores.....	30
2.5.9.4 Vitimologia.....	31
2.5.9.5 Autópsia Psicológica.....	31
2.6 Saúde Mental	31
2.6.1 Estresse.....	34
2.6.2 Ansiedade.....	35
2.6.3 Depressão.....	36
2.7 Lei de Execução Penal (LEP)	37

2.8 Sistema Penitenciário	38
2.8.1 Superlotação carcerária	41
2.8.2 Elevado índice de reincidência.....	42
2.8.3 Condições de vida e de higiene precárias	43
2.8.4 Negação de acesso à assistência jurídica e de atendimento médico, dentário e psicológico aos reclusos	43
2.8.5 Ambiente propício à violência sexual e física, sendo esta ocorrida tanto entre os próprios detentos quanto entre estes e o pessoal carcerário	44
2.8.6 Ociosidade ou inatividade forçada	44
2.8.7 Grande consumo de drogas	45
2.8.8 Efeitos sociológicos e psicológicos negativos produzidos pela prisão	45
2.9 Comportamento Humano e fatores desencadeantes para a ação de delito	46
2.10 Atenção individualizada à pessoa em cumprimento de pena	48
2.11 Atenção grupal à pessoas em cumprimento de pena	48
2.11.1 Grupos terapêuticos	49
2.11.2 Grupos de alvará de soltura ou de extinção final da pena	50
2.11.3 Grupos para progressão de regime e liberdade condicional	50
2.11.4 Grupos para implantação e acompanhamento do desempenho em canteiro de trabalho.....	50
2.11.5 Grupos dos Narcóticos Anônimos (NA) e Alcoólicos Anônimos (AA)	51
2.11.6 Grupos de triagem ou implantação Grupos para saídas temporárias (portarias).....	51
3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	52
3.1. Tipo de Pesquisa	52
3.2. População e Amostra	53
3.3 Coleta de Dados	54
3.4 Instrumentos	55
3.4.1 Inventário Beck de Ansiedade (BAI)	55
3.4.2 Inventário de Depressão de Beck (BDI)	56
3.4.3 Inventário de Sintomas de Stress para Adultos (ISSL)	56
3.4.4 Questionário sociodemográfico.....	57
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	58
4.1 Resultados da testagem primária	58

4.2 Análise dos encontros.....	71
4.3 Resultados comparativos do reteste.....	75
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	79
REFERÊNCIAS.....	81
ANEXO.....	91
APÊNDICE.....	97

1. INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, o assunto sobre saúde mental se tornou comum em diferentes contextos, sendo destacado em escolas, igrejas, trabalhos, comunidades, entre outros meios. Programas relacionados a qualidade da saúde mental da população, já se faz presente em muitos locais, porém quando se trata da saúde mental no Sistema Penitenciário, muitas vezes é tratado como um assunto de aversão.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2014), a saúde mental pode ser definida como equilíbrio emocional entre o meio interno e as vivências externas, refletindo como fator principiante para administrar o cotidiano do indivíduo em função o seu bem-estar. Considerando a Constituição de 1988, a mesma assegura que a saúde é direito de todos e dever do Estado, no qual todas as pessoas devem ter a garantia de viver dignamente. Entretanto, percebe-se claramente que a preocupação com os direitos à saúde dos apenas possuem restrições.

Sabe-se que, muitos indivíduos que estão no Sistema Penitenciário também estão sujeitos a sofrer de algum transtorno mental, como depressão, ansiedade, estresse, enfim, mas os recursos para auxiliá-los são limitados, o que põe em risco ocorrer um desencadeamento de sinais e sintomas depressivos, que somados a toda estrutura do ambiente influenciam diretamente no sujeito que está excluído da sociedade.

As pesquisas que tratam da saúde mental dos reeducandos são relativamente recentes em todo o mundo, influenciadas pelo “Projeto de Saúde no Sistema Prisional” iniciado pela Organização Mundial de Saúde, em 1995, do qual faz parte o documento: “Guia de Saúde nas Prisões”. Diversas pesquisas publicadas pelo órgão, apontam que a maioria dos reeducandos sofrem de algum transtorno mental, mas somente em 1984 com a criação da Lei de Execuções Penais (LEP), o trabalho do psicólogo passou a ser consentido no Sistema Penitenciário, no entanto, o que se vê nos dias de hoje, é que o psicólogo que está inserido nesse meio, não consegue realizar um trabalho eficaz para garantia da saúde mental.

Em vista disso, o presente estudo evidencia a importância da saúde mental nos reeducandos do Sistema Penitenciário de Sinop-MT, no qual será analisada a estrutura da saúde mental dos reeducandos que estão reclusos da sociedade, a fim de contribuir com ações futuras que possam auxiliar na melhoria e manutenção da saúde mental dos mesmos.

1.1 Problematização

No Sistema Penitenciário, a saúde mental é tratada com irrelevância, pois para muitos da sociedade, o indivíduo que está neste local não é digno de receber nenhum auxílio.

A falta de acesso à serviços que contribua para saúde mental do apenado, e a organização das prioridades nas prisões, pode resultar em diversos problemas à saúde mental, como por exemplo: depressão, ansiedade, suicídio, vícios.

Desse modo, os reeducandos se encontram em situação de vulnerabilidade emocional, devido a inadimplência do estado com as prisões brasileiras, resultando em números alarmantes de doenças mentais.

As questões levantadas para esse tema é que, se faz necessário a assistência à saúde mental, pois com a rotina estabelecida para os indivíduos privados de liberdade, é possível que os mesmos desenvolvam ou amplifiquem estruturas cognitivas limitantes, como pensamentos de desamparo e desamor, as quais lhes favoreçam o desencadeamento de transtornos mentais.

Em vista disso, compete saber: Qual o impacto da presença de saúde mental na estrutura comportamental e emocional dos reeducandos do Sistema Prisional de Sinop?

1.2 Hipóteses:

H1: O impacto da presença de saúde mental na estrutura emocional dos reeducandos é o desenvolvimento de autoestima, acarretando em pensamentos positivos em relação a si mesmo, o outro e o mundo.

H2: O impacto da presença de saúde mental no aspecto comportamental dos reeducandos é a redução da agressividade no meio prisional, e adesão aos mecanismos disciplinares adotados no ambiente.

1.3 Justificativa

A ausência de saúde mental nos reeducandos que se encontram inseridos no Sistema Penitenciário pode ser caracterizada como problemas de Saúde Pública, em virtude que as unidades prisionais no Brasil apontam uma realidade que contradiz com o seu modelo, se tornando uma mistura de condições cruéis, degradantes, humilhantes, dentre outros problemas, que assolam as prisões desse país.

Desta forma, aprofundar este assunto mostra-se necessário tanto com os reeducandos, quanto para a comunidade científica, visto que o ambiente carcerário provoca severos danos emocionais e comportamentais na vida do indivíduo.

Por isso, é importante investigar e promover saúde mental para os reeducandos do Sistema Penitenciário de Sinop, a fim de oferecer melhorias para sua qualidade de vida enquanto está recluso da sociedade, pois, mesmo que o Sistema Prisional se encontra em estado de carência, devido a demanda de reeducandos ser alta, e o número de profissionais para resgatar esse público ser extremamente baixo, é direito de todo indivíduo ter acesso a uma saúde de qualidade.

Portanto, o psicólogo respaldará o seu trabalho no respeito e na promoção da liberdade, da dignidade, da igualdade e da integridade do ser humano, apoiado nos valores que embasam a Declaração Universal dos Direitos Humanos, juntamente com o Código de Ética Profissional do Psicólogo.

1.4 Objetivos

1.4.1 Geral

Avaliar e promover a saúde mental nos reeducandos do Sistema Prisional de Sinop/MT.

1.4.2 Específicos

- Mapear as condições de estresse, depressão e ansiedade dos reeducandos do Sistema Prisional de Sinop;
- Assimilar estratégias psicoeducativas, que favoreçam a atuação do psicólogo no Sistema Prisional;
- Promover a equidade de garantia à saúde mental aos reeducandos do Sistema Prisional de Sinop.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Psicologia

Para que seja compreendido o que é Psicologia Jurídica, é preciso refletir sobre o termo Psicologia, partindo da palavra grega (ψυχή, *psyché*, "alma" - λογία, *logia*, "tratado", "estudo"). O termo Psicologia tem inúmeras definições de acordo com o tempo e as características dos autores, porém o mais partilhado se refere ao estudo da alma (TODOROV, 2012).

A Psicologia Científica nasce com Wilhelm Wundt no século XIX em seu Laboratório de Psicologia Experimental, definindo o roteiro específico de uma nova ciência, formando assim as diversas escolas psicológicas de diferentes abordagens, a partir dos seus discípulos, na qual existem até hoje, correspondem à: Psicanálise, Behaviorismo, Gestalt e Funcionalismo (BOCK, 2001).

No Brasil, a Psicologia formou-se através das Faculdades de Medicina da Bahia e do Rio de Janeiro a partir do território da Medicina no século XIX, tornando-se profissão mediante a aprovação da Lei nº 4119, na virada do século XIX para o século XX, em um período aproximado de 50 anos, considerando como objetivo de trabalho, promover e resgatar o indivíduo como sujeito (BOCK, 2001).

Para a Psicologia, a matéria-prima do homem se representa com suas expressões dos seus comportamentos e sentimentos, somado a sua subjetividade de forma particular, construída a partir de suas vivências, e experiências da vida social e cultural (BOCK, 2001).

No que se refere à Psicologia, é válido ressaltar que no momento atual, a mesma tem contribuído em diversas áreas do conhecimento, inclusive no direito, expandindo a toda sociedade uma gama de possibilidades de análises do comportamento humano e da natureza humana (MARQUES; OLIVEIRA, 2015).

2.2 História Da Psicologia Jurídica

O termo Psicologia Jurídica é utilizado pela primeira vez em 1950 por Emílio Mira Y. Lopez, psicólogo, sociólogo, médico psiquiatra, professor de Psicologia e psiquiatria, ao publicar o Manual de Psicologia Jurídica, no qual apresenta o papel da Psicologia no campo do Direito, onde diz que: “*A Psicologia Jurídica é a Psicologia aplicada ao melhor exercício do Direito*” (MIRA Y LOPEZ, 2011, p. 28).

Segundo Popolo (1996 apud FRANÇA, 2004), a Psicologia Jurídica é uma área da Psicologia que faz a análise dos comportamentos complexos do indivíduo, com o principal interesse em compreender e descrever o papel deste comportamento ao interesse jurídico.

Apesar da Psicologia e do Direito serem vistas como áreas distintas, elas se completam, onde assim, com a relação do conhecimento teórico e prático do Direito, surge a Psicologia Jurídica, reconhecida como profissão com a instituição da Lei da Execução Penal (Lei Federal nº 7.210/84), designada através da Resolução nº 014/ 00 do Conselho Federal de Psicologia (CFP), vinculada com o direito nas áreas: Direito Penal, Direito da Família, Direito da Criança e do Adolescente, Direito Civil, e Direito do Trabalho (BOCK, 2000).

O Direito e a Psicologia tratam do mesmo objeto de estudo: o comportamento humano. Entretanto são analisados de formas diferentes, no qual o Direito procura compreender o comportamento e as condutas do indivíduo, através das Leis e formas de solucionar conflitos de acordo com a sanidade mental, visto que o sujeito é consciente em seguir ou não as regras. Já a Psicologia, procura compreender este mesmo comportamento que o Direito delimita, porém na subjetividade e singularidade de cada indivíduo (TARTARI; SACRAMENTO, 2007).

Para Sônia Altoé (1990 apud LAGO et al. 2009), em seu artigo “Atualidade da Psicologia Jurídica” traz que a primeira aproximação entre a Psicologia e o Direito ocorreu através da Psicologia do testemunho no final do século XIX, aplicada em julgamentos, assessorando os tribunais, declarações das testemunhas, realizando perícias sobre a credibilidade dos testemunhos e as provas de identificação nas rodas de reconhecimento, com o principal objetivo de verificar se há falsas memórias no discurso do indivíduo e verificar a fidedignidade do relato do sujeito envolvido em um processo jurídico.

Segundo Brito (2012), no início a Psicologia Jurídica desenvolvia apenas laudos baseados em diagnósticos, exames e testes psicológicos, com o propósito de ajudar a instituição judiciária a tomar uma decisão. Com o avanço da Psicologia Jurídica no Brasil, a Lei 10.792/2003, provocou mudanças do paradigma pericial inicial, encerrando o exame criminológico obrigatório feito para instruir pedidos de benefícios e reconhecendo oficialmente o parecer da Comissão Técnica de Classificação (CTC), que elaborará programa individualizado da pena privativa de liberdade adequada ao condenado ou preso provisório.

De acordo com Jesus (2001), a Psicologia é capaz de realizar um trabalho que proporcione melhorias dentro do Sistema Prisional, seu saber é de suma importância e visivelmente necessário para atender as diversas demandas existentes dentro do Sistema Prisional, bem como oferecer o apoio psicológico necessário para as condições que o ambiente exige.

2.3 Direitos Humanos

A origem da palavra Direitos Humanos iniciou-se a muito tempo atrás, por volta do século XVIII a.C., na Mesopotâmia (Iraque), na primeira dinastia babilônica com o Código de Hamurabi, como um dos seus direitos do Código, era a Lei de Talião, isto é, o autor de um crime deveria ser punido da mesma maneira que o crime por ele cometido, portando a ideia do “olho por olho, dente por dente”. À vista disso, essas leis foram toleráveis, já que não havia conhecimento sobre o direito à vida ou noção do outro como semelhante de direitos a serem respeitados, sendo que, na maior parte das vezes essas leis eram violentas e o governante agia de forma autoritária (PERRY, 2002).

De acordo com Perry (2002), as punições geralmente eram muito rigorosas, porém com diferenças de classes, ou seja, a punição era mais severa quando prejudicava um nobre do que um plebeu, no qual, a maioria dos crimes, conduzia com a punição de morte. Crimes como: violação de domicílio, rapto de crianças, ajuda a escravos fugitivos, receptação de mercadorias roubadas e falso testemunho.

Logo após, com o marco histórico da passagem da Idade Moderna para Idade Contemporânea no século XVIII, período no qual ocorreu a Revolução Francesa de 1789, tiveram como lema principal: Liberdade, Igualdade e Fraternidade, esse movimento favoreceu a formulação das Constituições das maiorias dos países republicanos, inclusive o Brasil. E então, há exatos 70 anos a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), informou o reconhecimento de que os direitos básicos e as liberdades fundamentais são inerentes a todo ser humano, sendo responsável por avanços na defesa desses direitos em diversas partes do mundo (COMPARATO, 2005).

Bobbio (2004), ressalta que a Declaração dos Direitos Humanos representa que os valores humanos podem ser positivados e fundamentados, refletindo o consenso de que são válidos para toda a humanidade, contribuindo para formar uma comunidade internacional de pessoas livres e iguais, na qual a Declaração dos Direitos Humanos formou-se como resposta, aos anseios da humanidade para uma convivência coletiva harmônica e livre. Acredita que os direitos do homem, são caracterizados por lutas em defesa de novas liberdades contra velhos poderes, e nascidos de modo gradual, não todos de uma vez e nem de uma vez por todas.

Tal normativa confirma o texto descrito na Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), elaborada durante dois anos, com efeitos da Segunda Guerra mundial, onde se encontra 30 artigos, vista como o documento mais traduzido do mundo para mais de 500 idiomas, adotada pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 10 de dezembro de 1948, afirma que toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar, à sua

família, a saúde e o bem-estar, à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários, e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade (DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS, 1948).

Portanto, a Declaração Universal dos Direitos Humanos aprovada unanimemente pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948, com aprovação de 48 Estados Nacionais, com 08 abstenções foi a primeira organização internacional que abrangeu quase a totalidade dos povos da Terra, ao afirmar que “todos os homens nascem livres e iguais em dignidade e direitos” (BOBBIO, 2004b).

Logo depois, a Constituição Republicana Federativa do Brasil, reservou 32 incisos do artigo 5º, os quais tratam das garantias fundamentais de proteção do homem preso. Pois, sabe-se que muitos apenados que se encontram no Sistema Penitenciário se questionam referente aos seus Direitos Humanos, pois para o cidadão que se encontra em privação de liberdade, ele não perde a qualidade de humano, exceto a liberdade de ir e vir, mas todos devem ter seus Direitos Humanos garantidos, porém não é essa a realidade no Sistema Penitenciário no Brasil, sendo uma realidade desumana. (SANTOS; SILVA, 2017).

O desencontro dessas garantias de direitos estabelecidos na Constituição Republicana Federativa do Brasil, se mostra divergente com a prática, no qual em muitas unidades prisionais acontecem inúmeros desrespeitos aos Direitos Humanos como a falta de higiene, a saúde, a segurança, fazendo com que esses direitos não sejam garantidos (FEITOSA, 2019).

Já para a sociedade, esses direitos aos apenados servem unicamente para defender bandidos, criminosos e presos, onde muitos possuem uma cultura punitivista, no qual acreditam que as aplicações dessas ações geram impunidade, tendo uma visão que a justiça só faz se o indivíduo estiver atrás das grades (MACHADO, 2009).

Isto posto, para garantir os direitos dos presos, como previsto na Carta Magna, nas Leis e Tratados Internacionais é responsabilidade do Estado, pois mesmo que o indivíduo estando sob a custódia, isto não o priva de seus direitos fundamentais como pessoa humana, tendo que oferecer as mínimas condições para que o preso possa ser reincido na sociedade, não havendo qualquer distinção de natureza racial, social, religiosa ou política (CASTRO, 2017).

2.4 Atuação do Psicólogo no Sistema Prisional

O surgimento dos primeiros psicólogos no Sistema Penitenciário do País não é recente, ocorre na década de 1960, no Estado do Rio de Janeiro, logo após a regulamentação da profissão

de psicólogo no Brasil (1962), seguindo, inicialmente no interior de manicômios judiciários e no âmbito das Medidas de Segurança (MS) (WRUBEL, 2013).

O Conselho Federal de Psicologia (Resolução CFP nº 13/2007), reconheceu a Psicologia Jurídica como uma área de especialização da Psicologia, onde os profissionais que atuam no Sistema Prisional têm como compromisso, valorizar as condições de vida no presídio, garantir os direitos dos detentos, identificar as dificuldades e promover serviços na rede de atenção médica, jurídica ou psicossocial (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2005).

De acordo com o Código de Ética Profissional do Psicólogo, dado pela Resolução CFP nº. 010/2005, traz como orientação importante, à responsabilização dentre os diversos fazeres da profissão, capacitação técnica e pessoal como um pressuposto principal para assumir atividades profissionais, conforme o Art. 1ª, o psicólogo baseará o seu trabalho no respeito e na promoção da liberdade, da dignidade, da igualdade e da integridade do ser humano, apoiado nos valores que embasam a Declaração Universal dos Direitos Humanos, visando promover a saúde e a qualidade de vida das pessoas e das coletividades e contribuirá para a eliminação de quaisquer formas de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2005).

Cabe ao psicólogo com referência ao Código de Ética Profissional promover o bem-estar e a saúde mental dos indivíduos, sendo agentes modificadores da estrutura social, que podem e devem interferir para que haja uma estrutura social mais dinâmica, reflexiva e humana (GONZAGA, 2002).

O trabalho do psicólogo no Sistema Penitenciário, validou-se através da criação da Lei de Execuções Penais (LEP) em 1984, atribuído perícias e criminologias que eram concebidas a sua função. No entanto, as práticas desenvolvidas por psicólogos no Sistema Prisional, dispõem de inúmeras funções, como: iniciar o processo de avaliação, informá-los sobre o funcionamento da unidade, informá-los sobre seus direitos e de suas famílias, realizar trabalhos com os reeducandos e os familiares, realizar trabalhos com os profissionais que atuam dentro da unidade, fazer avaliações, pareceres, laudos psicológicos, entrevistas, anamnese, testes psicológicos, triagem da pessoa detida (FERNANDES, 2000).

Segundo Brigadão et al. (2009, p. 18), cita que os profissionais deste campo realizam:

- Procedimentos de guarda para o juizado da infância;
- Transferência de presos (as) de unidade;
- Obtenção de benefícios de progressão de regime (de fechado para semiaberto e de semiaberto para aberto);

- Livramento condicional e laboral;
- Encaminhamento dos (as) presos (as) em situação de sofrimento mental para desinternação ou internação psiquiátrica;
 - Determinar se o (a) preso (a) tem condições ou não de retornar à sociedade;
 - Atestar sobre a sanidade mental, como a dependência toxicológica dos (as) presos (as) e a possibilidade ou não do (a) preso (a) realizar trabalhos fora dos muros dos presídios.

Posto isto, estes profissionais estão cada vez mais valorizados na área jurídica, por conta aos altos índices de violência, negligência e de encarceramento de pessoas no país. Observa-se, que as técnicas e os conhecimentos teóricos da Psicologia representam importantes recursos para mediar a relação do profissional, com a pessoa que cumpre penas ou que está inserido na área jurídica (BRIGAGÃO et al. 2009).

Para Azevedo (2000), a Psicologia investiga todas as circunstâncias interligadas ao comportamento do indivíduo em relação ao seu delito, seu histórico, escutar de cada uma das partes qual é a sua visão e sua participação naquela história, entre outras formas de avaliação, onde assim o psicólogo promove ao indivíduo juntamente com uma equipe multidisciplinar, planos de intervenção enquanto estiver recluso da sociedade.

Porém, a demanda de reeducandos que estão inseridos neste local é extremamente alta, e as condições carcerárias encontra-se precárias, o que faz o psicólogo passar por diversos desafios contínuos, muita das vezes não exercendo todas as atividades exigidas por sua função. Por este motivo, o psicólogo envolve áreas sociais e da saúde para um trabalho eficaz e menos acumulativo (RAUTER, 2007).

2.5 Áreas de atuação do Psicólogo Jurídico

O campo de atuação do psicólogo no Sistema Prisional é relativamente muito novo. De acordo com Leal (2008), são inúmeras áreas que o Psicólogo Jurídico pode exercer, como: Psicologia Jurídica e as questões da Infância e Juventude; Psicologia Jurídica e o Direito da Família; Psicologia Jurídica e Direito Penal; Psicologia Jurídica e Direitos Humanos; Psicologia Jurídica e Direito Civil; Psicologia Jurídica do Trabalho; Psicologia Judicial ou do Testemunho; Psicologia Penitenciária ; Psicologia Policial e das Forças Armadas; Mediação; Proteção a testemunhas; Formação e Atendimento aos Juízes e Promotores; Vitimologia; Autópsia Psicológica.

Segundo o CRP 18 (2018), todas as penitenciárias e centros de ressocialização de todo o país, conta com um quadro de profissionais com psicólogos em suas equipes de saúde. No Sistema Prisional do Estado de Mato Grosso há 33 psicólogos atuando, tornando-se insuficiente em vista do número de apenados, no qual se encontra na cidade de Sinop-MT, na Penitenciária “Ferrugem”, 03 psicólogos (CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA- CRP 18 MT, 2018).

O psicólogo não atua somente com os reeducandos, realiza ações com os profissionais da equipe, buscando melhorar a forma de intervenção com programas de prevenção e acompanhamento dos tratamentos indicados para cada caso. A população atendida através dos psicólogos que atuam no Sistema Penitenciário, é composta por pessoas privadas de liberdade maiores de 18 anos, do sexo masculino, feminino e população LGBTs (Gay, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transgêneros), além disso, são atendidos os familiares das pessoas privadas de liberdade, servidores da unidade e agentes prisionais quando necessário (FOUCAULT, 2007 apud BENELLI, 2014).

Entretanto, com a falta de investimento por parte da Administração Pública e os custos crescentes do encarceramento, geram com eles a superlotação nas prisões, tornando-se difícil a ressocialização ou até mesmo a reintegração social, em vista que, o Sistema Penitenciário representa princípios de isolamento em relação ao mundo exterior, ao remorso, à submissão, no qual muitos dos apenados reincidem ao crime, pois esse sistema infelizmente extrapola a simples privação de liberdade ao tornar-se um instrumento de modulação da pena (FOUCAULT, 2002).

Enquanto profissional o mesmo pode desenvolver de forma geral práticas como:

- Atendimentos individuais;
- Atendimentos em grupos;
- Atendimentos às famílias;
- Acolhimento de servidores;
- Acompanhamento em visitas sociais;
- Atenção às pessoas com transtornos mentais na unidade prisional;
- Assistência em saúde às pessoas LGBT's nas unidades prisionais;
- Levantamento do perfil laboral nas Unidades Prisionais, entre outras

possibilidades de atuação encontradas.

Segundo Afonso e Senra (2014), conforme o artigo publicado: “*Panorama Histórico Da Regulamentação Da Especialização Em Psicologia Jurídica No Brasil*”, os mesmos definiram na figura abaixo as áreas tradicionais, atuais e as mais carentes.

Figura 1. Áreas tradicionais, atuais e as mais carentes da Psicologia Jurídica no Brasil.

Áreas mais Tradicionais	Áreas mais Atuais	Áreas mais Carentes
Psicologia Criminal	Proteção a Testemunhas	Psicologia Policial/ Militar
Psicologia Penitenciária ou carcerária	Mediação	Proteção de testemunhas
Psicologia Policial/Militar	Dano Psíquico	Psicologia e Direito Civil
Psicologia Jurídica e Direito de Família	Psicologia Jurídica e Direitos Humanos	Psicologia e Direitos Humanos
Psicologia Jurídica e as questões da infância e juventude	Psicologia Jurídica e Magistrados	Psicologia e o atendimento aos juízes e promotores
Psicologia Jurídica e Direito Civil	Vitimologia	Psicologia do Testemunho
Psicologia Jurídica	Psicologia Jurídica e Ministério Público	Autópsia Psíquica
Psicologia do Testemunho		

Fonte: AFONSO, SENRA (2014).

Este levantamento permite observar, que a Psicologia Jurídica no Brasil, atinge quase a totalidade de seus setores, porém as áreas mais carentes também precisam se desenvolver, pois, no campo da Psicologia Jurídica há muito conteúdo científico para desenvolver, o que promoverá maior eficiência na prática (AFONSO; SENRA, 2014).

2.5.1 Psicologia Jurídica e Direitos Humanos

A Psicologia Jurídica vista como uma ciência autônoma, fornece conhecimento que se relacionam com o da área do Direito, somando-se entre elas uma união, onde ambas buscam a preservação da dignidade humana, sendo comum, encontrar uma demanda real com possibilidades de atuação concreta, legítima e necessária com intervenções diretivas (BOOCK, 2002).

A principal função dos psicólogos no âmbito da justiça é auxiliar em questões relativas à saúde mental dos envolvidos em um processo, contribuindo nas áreas da cidadania, violência e Direitos Humanos, no qual é fundamental que ambas se integrem juntas, para construir uma sociedade menos injusta e que tenha como princípio norteador o respeito à dignidade humana. (NOVO, 2018).

2.5.2 Psicologia Jurídica e o Direito da Família

O Direito da Família com o advento da Constituição Federal de 1988, adquiriu uma perspectiva mais abrangente, comportando as novas entidades familiares, na qual a mesma apresenta características que a difere dos demais ramos do Direito Privado. Enquanto algumas

áreas do direito abordam as relações materiais, o Direito da Família mostra a relação com os laços afetivos e emocionais do indivíduo (CONSTITUIÇÃO BRASILEIRA, 1988).

Para Silva (2009), as leis existem para normalizar as relações humanas do indivíduo, entretanto, no caso do Direito de Família, as relações são construídas através do afeto, desejo, sentimento, interesse, vontades e motivações que não estão no âmbito de aplicação do Direito e sim incluída pela Psicologia.

A Psicologia neste contexto trata além da relação do casal, mas principalmente, os aspectos psicológicos que circundam esse ambiente, como os efeitos e consequências psicológicas e comportamentais sobre os filhos. Abordando questões como, separação, atuação do psicólogo na Vara de Família, relação entre Psicologia jurídica e direito, paternidade, legislação, acompanhamento de visitas, perícia, disputa de guarda, atuação do assistente técnico (ALVES, 2013).

A intervenção do psicólogo é buscar uma forma criativa e alternativa para abordar as causas familiares, com práticas de conciliação e da mediação, pois a maioria dos processos pertinentes ao Direito Familiar envolvem a criança, tornando-se a mais vulnerável (BRITO, 1993 apud BRITO, 2012).

2.5.3 Psicologia Jurídica e as questões da Infância e Juventude

A Constituição Federal de 1990 e o Estatuto da Criança e do Adolescente – Lei n. 8.069.90 – (ECA) inauguraram uma nova fase na história para proteção da infância e da juventude no Brasil, na qual a criança e o jovem passaram a serem tratados como sujeitos de direitos, desvinculados da família e da sociedade (Lei n.8.069, de 13 de julho de 1990). Conforme o Art. 4º é dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária. Essa garantia de prioridade compreende:

- a) Primazia de receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias;
- b) Precedência de atendimento nos serviços públicos ou de relevância pública;
- c) Preferência na formulação e na execução das políticas sociais públicas;
- d) Destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção à infância e à juventude.

As varas da Infância e da Juventude oferecem atenção especial às crianças e adolescentes, recebendo processos que envolvem casos de violência contra criança e

adolescente, proteção do filho nos cuidados com a mãe, infância e adolescência e conselho tutelar, supervisão dos casos atendidos na Vara, adoção, crianças e adolescentes desaparecidos, intervenção junto às crianças abrigadas, trabalho com pais, adolescentes com prática infratora, infração e medidas socioeducativas, prevenção e atendimento terapêutico, atuação na Vara Especial. Seu principal objetivo é promover o bem-estar da criança e do adolescente sob a proteção do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), ou seja, assegurando os direitos pertinentes à criança e ao adolescente (ALBERTO et al. 2008).

O psicólogo que atua em Varas de Família ou que realiza trabalhos a ela encaminhados, desenvolve práticas próprias à área da Psicologia Jurídica, seu papel de psicólogo é a atenção na proteção integral, deve considerar a criança e ao adolescente sujeitos de sua história, sujeitos de direitos, protagonistas; tem que atuar em rede, interdisciplinarmente (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2009).

2.5.4 Psicologia Jurídica e Direito Penal

A Psicologia Jurídica é de grande relevância para o Direito Penal, e outros ramos jurídicos, utilizada no âmbito penal somente em casos, como assassinatos em série, crimes altamente violentos, etc. (FOUCAULT, 1974 apud BENELLI, 2014).

A aproximação entre o Direito e a Psicologia é imprescindível, pois a partir das teorias da Psicologia, é possível entender o crime e o criminoso, e assim compreender o ato do delito, ou seja, a descoberta de sua motivação psicológica, a informação forense ao seu respeito, a forma moral do delinquente, as condições sócias- econômicas, buscando não apenas a superfície dos crimes, mas os fatores que o determinam (BARATTA, 2002).

Segundo Arantes (2004), o papel do psicólogo é contribuir para sua efetivação e na busca de possibilidades para o bem-estar e recuperação do indivíduo, atuando como perito para averiguação de periculosidade, das condições de discernimento ou sanidade mental das partes em litígio ou em julgamento, exames de corpo de delito, de esperma, entre outros procedimentos.

2.5.5 Psicologia Jurídica e Direito Civil

O direito civil abrange questões referentes à família, à criança e ao adolescente, mas os trabalhos específicos realizados em varas distintas e a ênfase dada a tais áreas tornou a divisão necessária não somente na atuação, mas em conceituação e discussão teórica, frequentemente, envolve conturbadas relações afetivas, especialmente na separação litigiosa, onde normalmente, os pais digladiam pela guarda dos filhos (CARVALHO, 2009).

Na área do direito civil, o trabalho do psicólogo vincula-se a casos em que são requeridas indenizações em virtude aos danos psíquicos, resultantes há situações traumáticas, como em casos de averiguação de capacidade mental, problemas psicológicos, deficiências e distúrbios psicopatológicos. O profissional de Psicologia também pode atuar em caso de sucessões, verificando se o sujeito autor de um testamento, goza de condições de reger sua vida e tomar as decisões cabíveis ao procedimento (LAGO et al. 2009).

2.5.6 Psicologia Jurídica do Trabalho

Na área jurídica do trabalho, o psicólogo atua como perito em processos trabalhistas, como em casos de acidentes, aposentadorias, avaliando as condições de trabalho e o impacto de possíveis danos psicológicos que comprometem a saúde mental do indivíduo. Cabe ao psicólogo elaborar laudos, no qual irá traduzir, com suas habilidades e conhecimento, a natureza dos processos psicológicos sob investigação (LAGO et al. 2009).

2.5.7 Psicologia Judicial ou do Testemunho

Encontra-se nesta área, à avaliação dos psicólogos sobre a veracidade dos depoimentos das testemunhas e suspeitos, de forma a colaborar com os operadores da justiça, devido as falsas memórias conscientes e inconsistentes que o ser humano é capaz de armazenar, desenvolver e recordar em seu depoimento sobre o mesmo evento (STEIN, 2000).

2.5.8 Psicologia Penitenciária

O trabalho do psicólogo dentro do Sistema Penitenciário brasileiro tem sua história relativamente recente, no qual a Psicologia penitenciária trabalha com indivíduos já condenados ou aguardando julgamento, além de realizar trabalhos com agentes de segurança, atuar na melhora de presídios e resolução de conflitos (FOUCAULT, 1974 apud BENELLI, 2014).

O Conselho Federal de Psicologia (2009), salienta que os psicólogos no campo do sistema prisional, realizam suas ações individualmente, às vezes em duplas com assistentes sociais e discutem os casos, fazem avaliações, pareceres, atendimento psicológico, atendimento psicoterapêutico, diálogo, acolhimento, acompanhamento, orientação, psicoterapia breve, psicoterapia de apoio, acolher e fornecer informações a família, atendimento ambulatorial, e laudos psicológicos com equipes multidisciplinares (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2009).

2.5.9 Psicologia Policial e das Forças Armadas

A Psicologia militar é uma das áreas da Psicologia jurídica, no qual o psicólogo atua com a aplicação de testes, avaliação pericial, na formação geral e específica das polícias (militares, civis e forças armadas), como também disponibiliza o trabalho clínico para os militares e seus dependentes (SALES; SÁ, 2016).

A partir disto, o psicólogo buscará o reestabelecimento biopsicossocial dos sujeitos, objetivando a readequação do comportamento do militar frente às exigências da função, com o amparo da saúde mental, visto que diversos profissionais desta área estão sob carga de alta tensão, desenvolvendo desgaste emocional e físico (BAPTISTA et al. 2005).

2.5.9.1 Mediação

A mediação para o senso comum é um acordo entre as partes como na conciliação, porém, na área jurídica tem uma ênfase modificada. O objetivo da mediação é propiciar a comunicação entre os envolvidos no conflito, de modo que voluntariamente e com autonomia, construam encaminhamentos para a situação, que não necessariamente devem resultar na solução definitiva do conflito e nem na restauração dos vínculos (BIASOTO; VICENTE, 2003).

Segundo Teixeira (2007), a mediação pode ser utilizada tanto no âmbito Cível como no Criminal, sendo que cabe ao mediador ser capaz de entender e compreender a subjetividade inerente a cada uma das partes e gerar a sensação de justiça feita por todas as partes.

O psicólogo jurídico atua nesta área, geralmente ao lado de assistentes sociais ou sociólogos, em escritórios de advocacia e juizados, para esclarecer quais seriam as melhores ações em face de conflitos judiciais, quais as melhores estratégias para dirimir os efeitos psicológicos negativos de uma determinada decisão judicial (FREITAS, 2009).

2.5.9.2 Proteção a Testemunhas

A proteção estatal decorrente a Lei 9.807/99, trata-se do Programa de Apoio e Proteção a Testemunhas, Vítimas e Familiares de Vítimas Ameaçadas (PROVITA), com a adoção de medidas específicas de proteção à integridade física e psicológica de pessoas em situação de ameaça, realizando um trabalho multidisciplinar, composto por profissionais das áreas do direito, Psicologia e assistência social (CONCEIÇÃO; SILVA; TURRA, 2001).

2.5.9.3 Formação e Atendimento aos Juízes e Promotores

Avaliação psicológica na seleção de juízes e promotores, consultoria e atendimento psicológico aos juízes e promotores (MELO, 2000).

2.5.9.4 Vitimologia

Etimologicamente, o léxico “vitimologia” pode ser conceituado como “o estudo da vítima”, já que tal palavra deriva do latim “*victima*”, “*ae*” e da raiz grega “*logo*” (JUNIOR; COSTA, 2012).

A vitimologia visa traçar o perfil da vítima, avaliando seu comportamento e personalidade, no qual cabe ao psicólogo atuante nessa área, traçar o perfil e compreender as reações das vítimas perante a infração penal. Além disso, a vitimologia dedica-se também à aplicação de medidas preventivas e à prestação de assistência às vítimas, visando assim, à reparação de danos causados pelo delito (LAGO et al. 2009).

A intenção é averiguar se a prática do crime foi estimulada pela atitude da vítima, o que pode denotar uma cumplicidade passiva ou ativa para com o criminoso. Para tanto, a análise é feita desde a ocorrência até as consequências do crime (BREGA, 2004).

2.5.9.5 Autópsia Psicológica

Autópsia psicológica é uma estratégia utilizada para delinear as características psicológicas de vítimas de morte violenta, sendo utilizada durante o curso de uma investigação de morte, para auxiliar a determinar o modo de morte de um indivíduo, especialmente em casos duvidosos. Como envolve um método científico de avaliação psicológica, é necessário que pelo menos, uma das pessoas envolvidas nesse trabalho seja psicóloga ou psiquiatra, tendo em vista que pode envolver análise de psicopatologia e diagnóstico (VERAS, 2018).

2.6 Saúde Mental

A conquista da saúde mental no Brasil, alcançou seu sucesso através do movimento de Reforma Psiquiátrica em 1970, percorrendo por inúmeros desafios ao longo dos anos. As denúncias sobre as más condições de tratamento aos doentes internados em hospitais psiquiátricos, aconteceram por meio da mídia e do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), sendo revelado à sociedade, a superlotação de pacientes, episódios de maus-tratos e o número insuficiente de profissionais para atender a demanda (SILVA, 1999 apud PEREIRA; VIANNA, 2009).

No Brasil o direito à saúde foi legalmente reconhecido na Constituição de 1988, que preconiza a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas, que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (CONSTITUIÇÃO BRASILEIRA, 1988).

Porém, no ano de 1989 com o início das lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica, o Presidente da República Paulo Delgado elaborou o projeto de Lei 3.657/89, propondo a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. Entretanto, somente no ano 2001 que a Lei Federal 10.216 formou-se no país pelo Presidente Fernando Henrique Cardoso, declarando *proteção e direitos as pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental* (DELGADO et al. 2001).

A Reforma Psiquiátrica, denominada como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, tornou-se um processo político e social, composto por atores, instituições e forças de diferentes origens, inserida em diversos territórios, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública, no qual avançou com impasses, tensões, conflitos e desafios (BRASIL, 2005).

Posto isto, a expressão sobre saúde mental, deve-se aos desdobramentos que a Reforma Psiquiátrica conquistou, como um movimento social de base ao adotar o lema: “Por uma sociedade sem manicômios”, na qual significou a eliminação progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua transição por outros tipos de equipamentos comunitários, voltados para a inserção social dos usuários, a recuperação de sua cidadania, identidade e condições de sujeitos (PASSOS, 2009).

Em relação ao conceito sobre saúde mental, pode ser definido por diversos autores. Para Gro Harlem Brundtland (2001), o conceito de saúde mental abrange muitas coisas, como: o bem-estar subjetivo, a auto eficácia percebida, a autonomia, a competência, a dependência intergeracional e a autorrealização do potencial intelectual e emocional da pessoa. De modo geral, é importante compreender a saúde mental como o funcionamento mental, pois essa será a base sobre a qual se formará uma compreensão mais completa do desenvolvimento das perturbações mentais e comportamentais.

Lamentavelmente, estima-se que cerca de 450 milhões de pessoas no mundo sofrem de perturbações mentais ou comportamentais, sendo que as perturbações mentais já representam quatro das dez principais causas de incapacidade em todo o mundo. No Brasil, é notório o crescimento de estudos no campo da saúde mental, no entanto, o cenário é pouco explorado e os estudos não tem influenciado o contexto político, onde o Governo Federal dispõe somente 2,3% do orçamento total da saúde em ações específicas de saúde mental, se tornando insuficiente e saturado com a necessidade explícita de se alterar (TRAPÉ; CAMPOS, 2017).

Atualmente no Brasil, a rede de saúde mental pode ser constituída por diversos dispositivos assistenciais, seguindo os critérios populacionais e demandas dos municípios, que prestam serviços de atenção à crise, permitindo aos pacientes com transtornos mentais: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Centros de Referência de Saúde Mental (CERSAMs), Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), leitos em hospitais gerais, ambulatórios, como programas de volta para casa (COSTA, 2014).

A partir destes programas e outros tipos de serviços substitutivos, que têm surgido no país, os mesmos são regulamentados pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 e integram a rede do Sistema Único de Saúde, o SUS. Essa portaria reconheceu e ampliou o funcionamento e a complexidade dos CAPS, que têm a missão de dar um atendimento diuturno às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Embora a promoção de saúde mental se apresente em muitas localidades, ainda há discriminação da sociedade sobre o verdadeiro impacto que a saúde mental pode provocar no indivíduo, provocando desde problemas cognitivos, comportamentais e sociais. Visto que, com o auxílio da Organização Mundial de Saúde (OMS), publicou-se a Classificação Internacional das Doenças (CID-10), determinando a classificação e codificação das doenças, sendo válido ressaltar que deve ser lançado em todos os países, campanhas de educação e sensibilização do público sobre a saúde mental (BRUNDTLAND, 2001).

A saúde no Sistema Penitenciário passou a ser reconhecida de forma positiva no ano de 2003, em decorrência a grande necessidade de buscar soluções aos problemas relacionados à saúde dos indivíduos em situação de reclusão. Formou-se o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), instituído pela Portaria Interministerial nº 1.777 de 09 de setembro de 2003, sendo semelhante aos princípios e as diretrizes do SUS (BRASIL, 2005).

A fim de, promover a assistência à saúde do preso, os estabelecimentos prisionais deverão ser dotados de espaço físico, sendo organizado conforme estabelece a Resolução nº 14, de 11 de novembro de 1994 no artigo 16º, dispondo enfermaria com cama, material clínico, instrumental adequado, a produtos farmacêuticos indispensáveis para internação médica ou odontológica de urgência, também determina a existência de dependências para observação psiquiátrica e cuidados toxicomânicos, unidade de isolamento para doenças infecto contagiosas, porém embora previsto em lei, nem sempre essa descrição é uma realidade nos espaços prisionais (BRASIL, 2005).

Isto é, a equipe de saúde que atua no Sistema Penitenciário é composta, preferencialmente pelos seguintes profissionais, cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), com uma carga horária mínima recomendada de 20 horas semanais, entre médico, enfermeiro, odontólogo, psicólogo, assistente social e auxiliar ou técnica de enfermagem (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Segundo o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (2005), constitui como princípios básicos para assegurar a promoção, prevenção e atenção integral à saúde, tais:

- Ética: não só na concepção da honra, da integridade, da credibilidade, mas, sobretudo, do compromisso;
- Justiça: para dar a cada um aquilo que é seu, princípio este que deve valer para todas as pessoas: brancas ou negras, ricas ou pobres, homens ou mulheres, privadas ou não de liberdade;
- Cidadania: na perspectiva dos direitos civis, políticos, sociais e republicanos;
- Direitos Humanos: ideal comum a ser atingido por todos os povos e todas as nações;
- Referencial constante de homens e mulheres que buscam uma vida em comum mais humana, com dignidade, sem discriminação, sem violência e sem privações;
- Participação: entendida como a conquista de espaços democráticos. Equidade: a virtude de reconhecer as diferenças e os direitos de cada um;
- Qualidade: na concepção da eficiência, da eficácia e, essencialmente, da efetividade significa estar plenamente comprometido;
- Transparência: tida como base de uma gestão que precisa prestar contas às pessoas às quais se destinam os programas, os projetos e as ações sociais.

2.6.1 Estresse

A partir da experiência do apenado em privação de liberdade, o mesmo é posto a uma série de frustração no ambiente prisional, resultando a reações psicológicas, no qual pode desenvolver o estresse. Considera-se estresse, o conjunto de reações fisiológicas que podem levar à um desequilíbrio no organismo, afetando sua saúde e a qualidade de vida, sendo classificado no CID-10: F 43 (LIPP, 2001).

Segundo o estudo realizado por Nurse, Woodcock e Ormsby (2003) na Inglaterra, apresentaram fatos que o ambiente da prisão, resulta em sentimentos de raiva, ansiedade e

frustração, no qual quando estão isolados por períodos longos, é comum o uso de remédios e outras drogas, como meio de lidar com o encarceramento (ANDOLHE et al. 2015).

“O estresse tem consequências fisiológicas, psicológicas e comportamentais que são mediadas pela percepção, com foco na susceptibilidade do indivíduo, cujas intervenções são dirigidas para o desenvolvimento de estratégias individuais de enfrentamento” (REIS, FERNANDES e GOMES, 2010, p. 715).

Com as regras, regime de governo das prisões, sem o apoio psicossocial e as condições serem as mais precárias, à saúde mental dos presos têm recebido uma pobre assistência, o que faz o Sistema Penitenciário perder todo o sentido do objetivo, que atribuiria para a reabilitação e ressocialização (DAMAS; OLIVEIRA, 2013).

2.6.2 Ansiedade

A ansiedade é o processo de defesa e proteção de nossa espécie. Desde o nascimento da humanidade, o homem vem enfrentando uma série de desafios, e aqueles que possuíam um sistema de vigília mais preciso, são os que sobreviveram até hoje. Portanto, podemos associar a ansiedade a mentes ágeis e perspicazes e que conseguem “prever” situações de risco e programar a defesa diante delas. Segundo Dalgarrondo (2008), a ansiedade é um sentimento que pode ajudar o indivíduo, alertando-o para evitar punições ou evitar futuras frustrações, tendo valor adaptativo para os humanos.

Segundo a OMS (Organização Mundial da Saúde), a ansiedade é um sentimento de medo, angústia, caracterizado por um desconforto consequente de uma antecipação de algo desconhecido, estranho ou perigoso. Convém abordar que a ansiedade está entre os transtornos mentais que mais acometem os indivíduos privados de liberdade, pois o indivíduo privado de sua liberdade, do seu convívio social, depende de outras pessoas e convive com pessoas desconhecidas, no qual pode ser alvo deste transtorno reconhecido no CID 10-F41 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993).

Quando a ansiedade representa emoções desconfortáveis, torna-se uma doença mental o indivíduo se sente ansioso, sendo afetado de maneira física, emocional, comportamental e cognitiva, provocando mudanças no modo de pensar, sentir e se comportar. Clark e Beck (2014) afirmam alguns efeitos comuns da ansiedade:

- Sintomas físicos: frequência cardíaca aumentada; palpitações; falta de ar; respiração rápida; dor ou pressão no peito; sensação de asfixia; vertigem; tontura; sudorese; calores; calafrios; náusea; estômago embrulhado; diarreia; tremores; estremecimento; formigamento ou dormência nos braços, pernas; fraqueza; desequilíbrio; sensação de desmaio; tensão muscular; rigidez; boca seca.

- Sintomas cognitivos: medo de perder o controle, de ser incapaz de enfrentar; medo de dano físico ou de morte; medo de “enlouquecer”; medo de avaliação negativa dos outros; pensamentos, imagens ou lembranças assustadoras; percepções de irrealidade ou alheamento; baixa concentração, confusão, distraibilidade; estreitamento da atenção, hipervigilância para perigo; memória fraca; dificuldade de raciocínio, perda de objetividade.
- Sintomas comportamentais: evitação de sinais ou situações de ameaça; fuga, escape; busca de segurança, reasseguramento; desassossego, agitação, andar nervosamente de um lado para o outro; hiperventilação; paralisia, imobilidade; dificuldade para falar.
- Sintomas emocionais: sentir-se nervoso, tenso, irritado; sentir-se assustado, temeroso, aterrorizado; ser irascível, apreensivo, alvoroçado; ser impaciente, frustrado.

2.6.3 Depressão

A depressão vem sendo caracterizada como o “mal do século” no mundo inteiro, por meio de sintomas persistentes de tristeza e perda de interesse geral, provocando uma grande incapacidade e morte prematura.

Para Monteiro e Coutinho (2007), os mesmos compartilham que a depressão atinge o organismo, comprometendo o sujeito fisicamente, alterando seu humor, pensamento, modificando a maneira de como ele percebe o mundo e sua realidade, gerando um sentimento de desprazer pela vida (MONTEIRO; COUTINHO, 2007).

A avaliação dos sintomas é de fato muito importante, não só no sentido do acompanhamento ou da evolução da resposta em estudos sobre a eficácia das intervenções terapêuticas. A avaliação dos sintomas, no caso da depressão, é imprescindível para a elaboração do diagnóstico, por mais operacionalizado que estejam os critérios diagnósticos, tais como o DSM-IV (APA, 1994) ou a CID-10 (OMS, 1992).

Segundo Thompson (2010), as principais categorias de sintomas depressivos são:

- Sintomas relacionados ao Humor: tristeza, perda de interesse e/ou prazer, crises de choro, variação diurna do humor.
- Sintomas Vegetativos ou Somáticos: alterações no sono (insônia ou hipersonia), no apetite e no peso; há perda de libido, obstipação e fadiga.
- Sintomas Motores: inibição ou retardo, agitação, inquietação.
- Sintomas Sociais: apatia, isolamento, incapacitação para o desempenho das tarefas cotidianas.
- Sintomas Cognitivos: desesperança, desamparo, idéias de culpa (que podem

chegar a delírios de culpa em depressões psicóticas) e de suicídio, indecisão, perda de insight, isto é, do reconhecimento de que está doente.

- Sintomas ligados à Ansiedade: ansiedade psíquica, somática e fóbica.
- Sintomas geradores de Irritabilidade: hostilidade, auto e heterodirigida. A autoagressão, associa-se com o risco de suicídio.

2.7 Lei de Execução Penal (LEP)

A Lei de Execução Penal Brasileira (Lei 7.210/84) foi criada no ano de 1984, sendo vista como uma das mais avançadas do mundo, com objetivo de desenvolver medidas que restabeleçam e contribuem para a reintegração do sujeito ao convívio social e a sentença da decisão criminal, como de acordo com o Art. 1º: “a execução penal tem por objetivo efetivar as disposições de sentença ou decisão criminal, e proporcionar condições para a harmônica integração social do condenado e do internado” (BRASIL, 1984).

A lei é aplicada ao preso provisório e ao preso pela justiça eleitoral e militar, quando estiver recolhido em estabelecimento ordinário, no qual oferece assistência ao preso (assistência material, à saúde, jurídica, educacional, social e religiosa). No entanto, sua realidade não possui nenhuma compatibilidade com o objetivo proposto e desenvolvido pela LEP (BRASIL, 2003).

A Lei de Execução Penal assegura ao preso os seus devidos direitos, como pode-se citar: direitos políticos, direitos a assistência, educação, religião e outros. E, ao relacionarmos a LEP com a Constituição Federal de 1988, observamos que como direitos fundamentais, a CF afirma:

Art. 5º, XLVII - não haverá penas:

- a) de morte, salvo em caso de guerra declarada, nos termos do Art. 84, XIX;
- b) de caráter perpétuo;
- c) de trabalhos forçados;
- d) de banimento;
- e) cruéis;

Para Mirabete (2008), a finalidade da execução não é só condenar o sujeito e reprimi-lo, mas possibilitar condições o auxiliem enquanto estiver recluso da sociedade, além de protegê-lo, para que assim seja possível reintegrá-lo novamente na sociedade. Entretanto, cabe a sociedade compreender os objetivos da execução penal com o apenado, não havendo distinção racial, religiosa, social ou política.

De acordo com a Lei de Execução Penal (Art.11), é dever do Estado, objetivando prevenir o crime e orientar o retorno à convivência em sociedade, assistências que abrangem múltiplos aspectos:

a) assistência material (fornecimento de alimentação, vestuário e instalações higiênicas ao preso e ao internado – CF Art. 12, LEP);

b) assistência à saúde (de caráter preventivo e curativo, compreende atendimento médico, farmacêutico e odontológico – Art. 14, caput, Lei de Execuções Penais);

c) assistência jurídica (destinada aos presos e aos internados sem recursos financeiros para constituir advogado – Art. 15, Lei de Execuções Penais);

d) assistência educacional (compreende a instrução escolar e a formação profissional do preso e do internado – art. 17, Lei de Execuções Penais);

e) assistência social (tem por finalidade amparar o preso e o internado e prepará-los para o retorno à liberdade – Art. 22, Lei de Execuções Penais);

f) assistência religiosa (de cunho facultativo, respeitando a liberdade de culto, será prestada aos presos e aos internados, permitindo sê-lhes a participação nos serviços organizados no estabelecimento penal, bem como a posse de livros de instrução religiosa – Art. 24)

A Lei de Execução Penal de fato possui direitos que visam a ressocialização e que protegem a não reincidência do indivíduo. A lei é abrangente e bastante clara no tocante a humanização e dignidade da pessoa que cometeu determinado delito, oferecendo através do direito a sua garantia (BRASIL, 2003).

Entretanto, com todos esses direitos expostos pela LEP, destaca-se que se bem aplicadas na prática, pode ser possível ressocializar os presos. Porém, é uma atividade que demanda uma série de fatores e de extrema cautela, marcado por lutas e confrontos diários, diante da cultura prisional imposta, e por questionamentos sobre a prática pericial do exame criminológico (MONTEIRO, 2016).

2.8 Sistema Penitenciário

O Sistema Penitenciário Brasileiro iniciou-se com a implementação de cadeias públicas, pois com o crescimento das cidades e da população, a criminalidade se ampliava gradativamente, tendo por base, o isolamento e a privação de contato. Porém, a mídia retrata o presídio de forma tanto sensacionalista, sendo que o Sistema Prisional brasileiro está muito distante da prisão ideal, visto que se apresenta de forma precária (LEMGRUBER, 2000).

Segundo Lima (2011), o Sistema Penitenciário no Brasil é visto por muitos cidadãos, como um depósito de dejetos humanos desde o século XIX, se tornando um sistema precário,

sem compromisso com os direitos dos apenados, apresentando uma realidade desumana, atuando como um local de violência, superlotação, falta de espaço para os presos, mistura entre os condenados e os que esperam julgamento, doenças, homicídios, estupros, decapitação em vida, este é o cenário do Sistema Penitenciário brasileiro em muitos estados nos dias de hoje.

Como diz Foucault, em *Microfísica do Poder* (2014, p. 131-132): “Desde 1820, constata-se que a prisão, longe de transformar os criminosos em gente honesta, serve apenas para fabricar novos criminosos ou para afundá-los ainda mais na criminalidade”.

A crise do Sistema Penitenciário brasileiro não é uma contingência da atualidade, e sim uma continuidade de um longo processo histórico. A superlotação dos presídios, o descaso da sociedade e o desinteresse político em apresentar soluções para o problema, não têm apresentado resultados suficientes, prova disso é o grande volume de reincidência (ALVIM; OLIVEIRA, 2014).

Entre as deficiências e os problemas marcantes do Sistema Penitenciário Brasileiro, Machado (2009), cita:

- Superlotação carcerária;
- Elevado índice de reincidência;
- Condições de vida e de higiene precárias;
- Negação de acesso à assistência jurídica e de atendimento médico, dentário e psicológico aos reclusos;
- Ambiente propício à violência sexual e física, sendo esta ocorrida tanto entre os próprios detentos quanto entre estes e o pessoal carcerário;
- Ociosidade ou inatividade forçada;
- Grande consumo de drogas;
- Efeitos sociológicos e psicológicos negativos produzidos pela prisão.

No Sistema Penitenciário é comum abordar a palavra “Ressocialização”. Mas o que vem a ser esta palavra no Sistema Penitenciário?

O modelo ressocializador propugna, portanto, pela neutralização, na medida do possível, dos efeitos nocivos inerentes ao castigo, por meio de uma melhora substancial ao seu regime de cumprimento e de execução e, sobretudo, sugere uma intervenção positiva no condenado que, longe de estigmatizá-lo com uma marca indelével, o habilite para integrar-se e participar da sociedade, de forma digna e ativa, sem traumas, limitações ou condicionamentos especiais (MOLINA, 1998, p. 383).

Um de muitos, dos trabalhos do psicólogo é ressocializar o apenado à sociedade, a ressocialização tem como característica a reinserção social da pessoa que cometeu a infração (MOLINA, 1998).

Porém, para Baratta (1997 apud SILVA, 2003), o mesmo discorda do termo ressocialização, pois para ele, este termo descreve o condenado como um indivíduo “anormal e inferior que deveria ser readaptado à sociedade”, no qual defende o uso do termo reintegração social, pois para ele, esse processo facilitaria a comunicação e interação entre a prisão e a sociedade, onde as pessoas presas se identificariam na sociedade e a sociedade se reconheceria no preso.

Segundo Mirabete (2008), o sistema carcerário tem a função de ressocializar e reabilitar o indivíduo ao convívio social, mas com o modelo das prisões brasileiras, está se fazendo com que os indivíduos, se desenvolvam para a prática de outros crimes, devido as circunstâncias encontradas no ambiente que estão inseridos. Diante a este cenário, tais condições acabam resultando em rebeliões entre os apenados, entre a mais conhecida no Brasil, o massacre do Carandiru em 1992, que resultou a morte de 111 apenados e cerca de 130 feridos, como símbolo de um possível fracasso e desrespeito aos Direitos Humanos.

Adams (1994 apud SALLA, 2006), define rebelião como protestos por parte de indivíduos ou grupos de presos, solicitando mudanças e recursos para prisão. De acordo com o Código Penal - Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940, é definido como Motim de presos, no Art. 354 – “Amotinarem-se presos, perturbando a ordem ou disciplina da prisão”.

Contudo, as rebeliões podem se caracterizar em outras formas, como por exemplo, a reorganização de poder entre os grupos criminosos que usam a rebelião como instrumento de acertos de contas para matar os rivais, onde assim os apenados comandam ações criminosas de dentro dos presídios, e infelizmente a gestão do sistema não tem controle a todas informações advindas neste contexto (SALLA, 2006).

Conforme o mais recente relatório do Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (INFOPEN), no ano de 2016, divulgado em 25/04/16, pelo Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN) do Ministério da Justiça (MJ), no Mato Grosso se tem a estimativa de que a população penitenciária chegou a 10.138 pessoas em dezembro de 2014. Somando o total, 55,95% (5.672) provisórios, e o restante não tiveram condenação em primeiro grau de jurisdição, encontra-se cerca de 9.570 homens contra 568 (5,6%) mulheres, provocando um grave problema com a superlotação no Estado (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 2014).

Segundo o CRP18, no Estado de Mato Grosso há um total de 55 unidades penais, sendo 44 Cadeias Públicas, das quais 04 são Penitenciárias Masculinas, 01 Penitenciária Feminina, 05 Cadeias Públicas Femininas, 03 correspondem a Centros de Detenções Provisórias, 01 Colônia Agrícola, 01 Centro de Custódia da Capital, 05 Penitenciárias e 02 Centros de

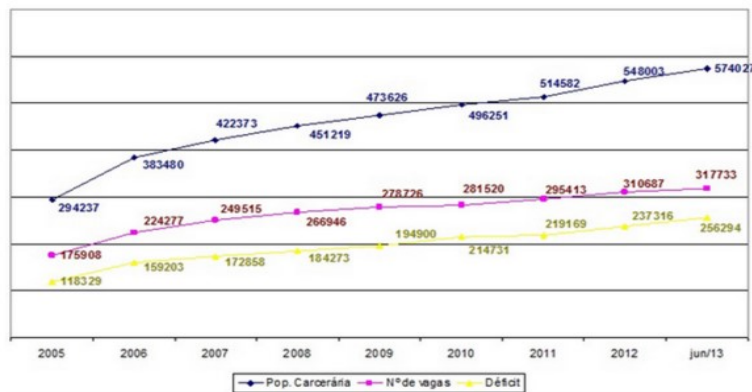
Ressocialização, sendo que na cidade de SINOP-MT é composto por 01 penitenciária, na qual se chama “Ferrugem” (DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO NACIONAL, 2007).

Entretanto, o Estado atua com descaso no desenvolvimento de fiscalização e implementação de programas, projetos e políticas sociais junto aos apenados, contribuindo assim, para o agravamento da questão prisional no país, dificultando possíveis soluções para os inúmeros problemas que afetam as unidades penais brasileiras (MACHADO, 2009).

2.8.1 Superlotação Carcerária

A superpopulação carcerária está se tornando um grande desafio a ser corrigido, visto que o índice da criminalidade vem formando um número maior de presos no Brasil, sendo responsável por rebeliões, mortes, fugas. De acordo com o Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (INFOPEN) e produzido pelo Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN), o Brasil ocupa o quarto lugar no ranking mundial com 622.202 presos, perdendo apenas dos EUA, (2,2 milhões), da China (1,6 milhões) e Rússia (740 mil). (TAVOLIERE, DELGADO, 2016).

Figura 2: Evolução Pop. Carcerária



Fonte: ANDRADE, FERREIRA (2015).

Entre as causas da superlotação está o descumprimento dos direitos do preso que são regulamentados pela Lei 7210, de 1984, (Lei de Execuções Penais), no qual a lei preconiza que os estabelecimentos penais devem ser preenchidos de detentos conforme a estrutura e finalidade. Apesar disso, a mídia, a sociedade e o poder público não se despertam para investir em soluções, a fim de superar estes problemas, apenas reforçam em retirar o indivíduo do convívio social, já que isto gera um grande gasto para o Estado (NETO; FRANZ, 2011).

Segundo Senna (2008), a superlotação dificulta a separação dos presos considerados perigosos e dos que cometeram crimes leves, onde ambos convivem juntos por falta de espaço,

desrespeitando o princípio constitucional da LEP, onde assim não é possível trabalhar a ressocialização.

Para Thompson (2000, p. 22), as finalidades da prisão são: “*confinamento, ordem, punição, intimidação particular, geral e regeneração*”. Essas finalidades representam apenas a um processo de exclusão social dos detentos e à desumanização do ser social.

2.8.2 Elevado Índice de Reincidência

O Código Penal Brasileiro conforme o Art. 63, prescreve que ocorre a reincidência quando o agente comete novo crime depois de transitar em julgado a sentença que, no País ou no estrangeiro, o tenha condenado por crime anterior, no qual a reincidência pode ocorrer logo após a volta ao convívio social, seja em dias ou meses, como também pode ocorrer em anos posteriores (Lei nº 2.848 de 07 de Dezembro de 1940).

Segundo Capdevila e Puig (2009), a reincidência criminal pode ser conceituada de seis maneiras distintas:

- Reincidência por autoculpa: que considera nova prática de crime declarada pelo mesmo indivíduo.
- Reincidência policial: que é estabelecida por novo registro de crime do mesmo indivíduo na polícia.
- Reincidência penal: que supõe o processamento penal do mesmo indivíduo por nova prática de crime.
- Reincidência judicial: que envolve nova condenação do mesmo indivíduo por nova prática de crime.
- Reincidência penitenciária: que ocorre quando há segundo ingresso na prisão do mesmo indivíduo por nova prática criminal.
- Reincidência jurídica: que é o segundo processamento do mesmo indivíduo por nova prática de crime do mesmo título do Código Penal.

Sabe-se que o sistema não tem conseguido alcançar sua meta de recuperar e reintegrar o detento à sociedade, no qual os índices de reincidência estão entre os maiores do mundo, entretanto, são poucos estudos científicos sobre o assunto em nosso país. As informações no ano de 2014 sobre a reincidência no Brasil, apontou um aumento de 70% dos indivíduos que reincidem ao crime (FEITOSA, 2019).

Segundo Bittencourt (1997 apud BOBBIO, 2004), o cárcere produz no recluso uma prisionalização, trata-se de uma espécie de aculturação, de normas ou formas de vida que o

interno se adapta, pois não tem alternativa. Normalmente, são formas de vida diretamente opostas ao sistema de valores da sociedade, as quais tendem a dificultar extremamente o alcance do objetivo ressocializador.

Essa questão da reincidência, representa o fracasso do esforço social pela ressocialização dos infratores e a consolidação da sua exclusão, por isso há uma necessidade em investir na compreensão desse fenômeno para conhecer e compreender as variáveis dos sujeitos que reincidem a prática do crime, onde será possível aplicar estratégias mais eficazes de reintegração social (SOUTO; MENEZES, 2016).

2.8.3 Condições de vida e de higiene precárias

A questão da saúde é tratada por vários documentos setoriais como: o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional, e a Lei de Execução Penal. Porém, sabe-se que a qualidade de vida do preso está precária, os tornando vulneráveis para contraírem qualquer tipo de doença psicológica ou física (PIRES, 2010).

Segundo a Lei de Execução Penal (LEP) em seus artigos 12 e 14, o preso ou internado, terá assistência material em se tratando de higiene, a instalações higiênicas e acesso a atendimento médico, farmacêutico e odontológico. Contudo, a realidade atual não é bem assim, pois muitos dos presos estão submetidos a péssimas condições de higiene.

Para o Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN, 2007), infelizmente as prisões no Brasil está um caos, são sujas, apresentam falta de luz, ventilação, alimentação inadequadas, noites mal dormidas por falta de espaço e maus tratos, contribuindo para o agravamento da condição de saúde dessa população.

2.8.4 Negação de acesso à assistência jurídica e de atendimento médico, dentário e psicológico aos reclusos

De acordo a Constituição de 1988, o Estado tem dever de assegurar a assistência jurídica integral a todos os necessitados. No entanto, a falta de assistência jurídica adequada, provoca preocupação no indivíduo que está recluso da sociedade, causando aflições e sofrimentos psíquicos, pois muitos que estão ali, não conseguem informações sobre o andamento do seu processo, sem o acompanhamento de defensores públicos, estendendo assim o seu tempo no Sistema Penitenciário (CONSTITUIÇÃO BRASILEIRA, 1988).

O Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), fomenta a responsabilização conjunta das políticas sociais de saúde e de segurança. Sua proposta é garantir

ações integrais de saúde, enfatizando, além da assistência, a prevenção e a promoção de saúde às populações masculina, feminina e psiquiátrica privadas de liberdade (BRASIL, 2005).

O atendimento externo a UBS prisional, muita das vezes não faz jus a sua função, no qual à encaminhamentos que não ocorrem ou são realizados em tempo não razoável em função da ausência de escolta, veículo ou combustível para o deslocamento, bem como dificuldades organizacionais de triagem dos casos, agendamento de consultas e outros procedimentos, favorecendo a vulnerabilidade destas pessoas privadas de liberdade em organizar grupos com violência para garantir seus direitos (BATISTA et al. 2019).

Quanto à saúde dentária, o tratamento odontológico na prisão resume-se à extração de dentes, e há um grande número de presos portadores de distúrbios mentais, de câncer, hanseníase e com deficiências físicas (paralíticos e semiparalíticos). As doenças mais comuns são as do aparelho respiratório, como: a tuberculose e a pneumonia, como também alto índice de hepatite e de doenças venéreas em geral, a AIDS (LEMOS, 2007).

2.8.5 Ambiente propício à violência sexual e física, sendo esta ocorrida tanto entre os próprios detentos, quanto entre estes e o pessoal carcerário

Na prisão, dentre várias outras garantias que são desrespeitadas, o preso sofre principalmente com a prática de violência sexual, torturas, extorsões e agressões físicas (ASSIS, 2007).

Essas agressões geralmente partem tanto dos outros presos que lideram a cela, pelo fato de existir a “lei do mais forte”, como também dos próprios agentes da administração prisional. Os abusos e as agressões cometidas por agentes penitenciários e por policiais ocorrem principalmente, depois de rebeliões ou tentativas de fuga, no qual acreditam ser uma correção para os presos (ASSIS, 2007).

2.8.6 Ociosidade ou inatividade forçada

A ociosidade dos detentos se mostra como um grave problema a ser enfrentado. Na prática no Sistema Penitenciário, a ociosidade forçada é quando o indivíduo é proibido de realizar sua atividade laboral, sendo que na execução da pena privativa de liberdade, é disponível trabalho para os apenados, como: trabalho artesanal, serviço de limpeza do presídio, cozinha e outros, onde a finalidade deste trabalho é de proporcionar prestígios ao preso, como um meio educador e produtivo de condição de dignidade humana, porém este trabalho está à disposição de pouquíssimos indivíduos (RAMALHO, 2008).

2.8.7 Grande consumo de drogas

O consumo de drogas no Sistema Penitenciário do Brasil é um problema que está sendo visto como um ciclo vicioso, frequentemente questionado através das mídias, sobre a facilidade de fazer este consumo e encontrar o tráfico de drogas neste ambiente. A entrada de diversos materiais ilícitos, como: aparelhos de celular, radiotransmissores, favorecem a ação deste crime (CABRAL, 2015).

Em vista disso, a segurança que auxilia a monitorar a entrada desses materiais ilícitos está sendo insuficiente, no qual é comum encontrar a própria corrupção dos funcionários que levam para dentro das cadeias, sendo necessário um maior investimento em equipamentos de segurança, como: detectores de metal, espectrômetros e scanner, na tentativa de acabar com este problema (SOARES, 2002).

2.8.8 Efeitos sociológicos e psicológicos negativos produzidos pela prisão

A gravidade dos efeitos sociológicos e psicológicos relacionados ao indivíduo que está recluso da sociedade é alarmante, influenciando em um efeito de prisionização. Para Barrocal (2016), esse processo faz com que os mesmos desenvolvam novos hábitos, adquirem uma aceitação de posição social inferior, adoção na linguagem particular, acumulação na memória de uma infinidade de fatos concernentes à organização prisional, desejo de conseguir um bom trabalho no interior do presídio, entre outros, no qual desenvolvem uma ideologia criminal no indivíduo e faz com que se aprofundam em atitudes antissociais.

Já para Goffman (2008), a pena privativa de liberdade impõe ao indivíduo uma série de desvios em sua moral, visto como humilhantes, no qual desenvolvem identidades diferentes em razão a perda do nome, sendo substituído por números ou apelidos, a perda absoluta de espaços e momentos de intimidade, aos diferentes grupos sociais que convivem. Muito dos apenados, seguem para uma adaptação e começa a se identificar com os objetivos institucionais ou, visa o aproveitamento máximo dos benefícios possíveis no ambiente interno, ou também para uma alienação profunda, que torna o indivíduo indiferente a quase tudo que não lhe toque o corpo.

Nesse sentido, entre outros efeitos das penas privativas de liberdade está presente os problemas psicológicos. Mora (1978 apud BITTENCOURT, 2010, p. 200), diz que: “Os que sofrem as penas privativas de liberdade por um longo período, apresentam uma série de quadros que evidenciam claro matiz “paranoide”. A partir desses transtornos, muitos desenvolvem quadro de depressão, falta de apetite, comportamento agressivo, inclusive a ideia de suicídio.

De modo geral, os efeitos sociológicos, psicológicos são sinais que a Lei de Execução Penal de 1984, não cumpre com seu papel, seguindo com esta marca que o Sistema Penitenciário não ressocializa o indivíduo, tendo como consequência a reincidência que faz o processo todo se tornar inválido e inútil (FONSECA, 2004).

2.9 Comportamento Humano e fatores desencadeantes para a ação de delito

Atualmente, a sociedade vem demonstrando preocupação sobre o verdadeiro sentido de justiça, no qual, muitos se questionam sobre as causas que desencadeiam a ação para o delito. Em vista disso, é preciso recapitular o século XIX, onde Lombroso (2010), tornou-se o principal fundador da Escola Positiva, etapa científica da criminologia, ao lado de Enrico Ferri e Raffaele Garofalo, surgindo como crítica à Escola Clássica, oportunizando uma mudança radical na análise do delito (LOMBROSO, 2010).

Para Lombroso (2010), os fatores desencadeantes para o delito se dividem em diversas áreas: psicológicas, psíquicas, biológicas, físicas, acredita que o criminoso é um ser não desenvolvido e que todos os criminosos têm em comum certas deformidades, como ósseas, odores diferenciados e alguns outros fatores psicológicos.

Apesar disso, a Escola Clássica possuía uma perspectiva de teorias vingativas, religiosas, rejeitando qualquer ciência humana e social, na qual acredita que o criminoso tem livre arbítrio para suas decisões, se tornando responsável por suas escolhas, onde centralizavam na figura do crime. Diante o princípio da Escola Clássica acredita-se que a personalidade ou a realidade do autor do crime não interfere, pois, o crime é individual, sendo decisivo o fato do crime e não o autor (GARCÍA, 2013).

Em oposição a Escola Clássica que se encontrava em calamidade por não conseguir controlar a criminalidade, surge então a Escola Positiva no século XIX, com Cesare Lombroso, Enrico Ferri e Raffaele Garofalo, trazendo consigo a ciência explicativa, buscando o causalismo do comportamento criminoso, se tornando uma escola determinista, no qual a escola acredita que o homem está sujeito a lei da causalidade e seus atos são consequências internas e externas, que dão diretriz à vontade (NASCIMENTO, 2013).

As ideias da Escola Positiva se fundavam no determinismo biológico, negando o livre arbítrio, considerando que não havia liberdade de escolha diante da força biológica que impulsiona o sujeito à criminalidade, restando à Justiça Penal a função de defender a sociedade contra o criminoso. Assim, a Escola Positiva defende que antes de se estudar o crime, deve-se estudar o criminoso (NASCIMENTO, 2013).

Logo assim, Lombroso (2010), criou sua teoria do delinquente nato, formulada com base em resultados de mais de quatrocentas autópsias de delinquentes e seis mil análises de delinquentes vivos. O mesmo apontava as seguintes características corporais do homem delinquente: protuberância occipital, órbitas grandes, testa fugidia, arcos superciliares excessivos, zigomas salientes, prognatismo inferior, nariz torcido, lábios grossos, arcada dentária defeituosa, braços excessivamente longos, mãos grandes, anomalias dos órgãos sexuais, orelhas grandes e separadas. Apontou características anímicas, que são: insensibilidade à dor, tendência a tatuagem, cinismo, vaidade, crueldade, falta de senso moral, preguiça excessiva, caráter impulsivo.

Segundo Cristiano Menezes (2013), o delinquente é examinado em suas interdependências sociais, como unidade biopsicossocial e não de uma perspectiva biopsicopatológica, onde a preocupação das investigações se deslocou principalmente para a conduta delitativa, para a vítima e para o controle social.

Quanto as causas da criminalidade, estas são formadas por fatores exógenos que envolvem as más companhias, socioeconômicos, sociofamiliares e socioeducacionais e endógenos, já os fatores endógenos são fatores inerentes ao organismo e estabelecem a receptividade do indivíduo (FARIAS, 2008).

Para Farias (2008), esses fatores podem influenciar o indivíduo a emitir uma ação delituosa, pois muitos não têm acesso à uma educação adequada, à uma estrutura familiar, à falsa representação de realidade, onde assim buscam em más companhias o conforto de um afeto, no entanto esta é uma análise a ser verificada pela vitimologia.

O criminologista brasileiro, Orlando Soares (1986), em seu livro "CRIMINOLOGIA", falando de "Fatores Criminógenos" e "Fenômenos Sociais", declara: "considera-se fator aquilo que pelas suas características ou condições, contribui ou concorre para um resultado, isto é, torna viável o efeito, servindo-se de nexos, entre este e a causa, relacionando-os naturalmente". Mas, assim como em Matemática, um só fator não dá produto, o caráter criminoso não resulta de um só fator (NEIS, 2008).

Por fim, vale ressaltar que de acordo com dados do Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (INFOPEN), a população carcerária brasileira tem como perfil: homens (75%), adultos jovens de 18 a 29 anos (56%), negros (67%), solteiros (57%), com escolaridade de ensino fundamental incompleto (53%) e que cometeram crimes do tipo tráfico, roubo ou furto (59%). Esses dados podem denotar o retrato de uma sociedade desigual, desde a sua constituição (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 2014).

2.10 Atenção individualizada à pessoa em cumprimento de pena

Segundo o Conselho Federal de Psicologia (2009), a atenção individualizada é realizada pelos psicólogos juntamente com a pessoa em cumprimento de pena privativa de liberdade, relaciona-se a qualquer tipo de atendimento psicológico, tais como: psicoterapêutico, acolhimento, acompanhamento, orientação, psicoterapia breve, psicoterapia de apoio, diálogo, atendimento ambulatorial, entre outros (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2009).

Os atendimentos individuais são solicitados tanto pelo próprio apenado através de bilhetes ou cartas, como também pelos familiares ou pelos funcionários da instituição prisional. Esses atendimentos têm como objetivo compreender o apenado, promovendo saúde mental, bem-estar e a garantia dos seus Direitos Humanos. Além disso, há casos determinados por ações judiciais que exigem a ação de atendimentos ou acompanhamentos para avaliação do apenado de acordo com sua necessidade (FERNANDES, 2000).

A resistência do Estado e da própria sociedade em desrespeito ao indivíduo que volta ao convívio social é alarmante, inúmeras pessoas que buscam oportunidades ao saírem do Sistema Penitenciário, acabam reincidindo aos crimes, as vezes não conseguem nenhum auxílio familiar e muito menos do Estado. Como também, há em penitenciárias diversas doenças, na qual a sociedade caracteriza como justo não tratarem os condenados, ou os que estão à espera do julgamento, pois muitos dos que julgam, consideram que o indivíduo que está neste âmbito, escolheu este tipo de vida (NASCIMENTO, 2000).

A busca por atendimentos individuais, muitas das vezes é em relação ao conflito pessoal exposto pelo indivíduo, em relação a angústia, sofrimentos, aflições, problemas de relacionamentos, adoecimentos de ordem emocional, entre outros. A partir disto, é realizado a entrevista, observando a vontade do indivíduo para o trabalho de orientação psicológica, sendo que este procedimento atende melhor o sujeito, quando o mesmo está disposto a aceitar a intervenção (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2009).

2.11 Atenção grupal a pessoas em cumprimento de pena

Segundo Bechelli e Santos (2005), o trabalho com os grupos proporciona aos participantes um espaço de reflexão, no qual salienta que todo e qualquer comportamento têm um significado que deve ser avaliado. O recurso que o psicólogo prepara para facilitar essa tarefa do grupo é a própria associação livre, sem censura das ideias verbalizadas ou das atitudes dos integrantes, onde assim o paciente estará envolvido na terapia, assumindo responsabilidade com o grupo e desenvolvendo compreensão tanto consigo, quanto com os outros.

Assim que o grupo cria um vínculo com os participantes, os mesmos tornam-se mais envolvidos e comprometidos entre si, compartilham ideias, trocam suas experiências, oferecem espontaneamente apoio, esclarecimentos e interpretações uns aos outros. De forma geral, este trabalho em grupo proporciona aos mesmos: treinamento das habilidades sociais do apenado; promove o resgate de papéis sociais, familiares e profissionais; promove a interação positiva entre os membros do grupo através do compartilhamento de preocupações, problemas e dificuldades; evita evasões, fugas, infrações disciplinares (FERREIRA, 2011).

Segundo Ferreira (2011), a formação dos grupos é realizada através da demanda do contexto de cada unidade penal, onde nem todas as ações dos psicólogos estão especificadas na LEP, nos quais muitos exercem atividades diferenciadas, voltadas para os internos de sua própria unidade, sendo possível realizar diversos tipos de trabalhos em grupo, como:

- a) Grupos terapêuticos.
- b) Grupos de alvará de soltura ou de extinção final da pena.
- c) Grupos para progressão de regime e liberdade condicional.
- d) Grupos para implantação e acompanhamento do desempenho em canteiro de trabalho.
- e) Grupos dos Narcóticos Anônimos (NA) e Alcoólicos Anônimos (AA).
- f) Grupos de triagem ou implantação Grupos para saídas temporárias (portarias).

2.11.1 Grupos terapêuticos

A prática de intervenção psicossocial restabeleceu há quase duas décadas no Brasil, pois antes o modelo de atendimento psicólogo era focado na psicoterapia individual. (FERREIRA, 2011).

Segundo o Conselho Federal de Psicologia (2009), em relação à atenção grupal, identifica-se diversas abordagens teóricas e práticas que são usadas pelos psicólogos com múltiplos objetivos, entre eles, o estabelecimento do vínculo de confiança entre o terapeuta, o grupo e o indivíduo. Estes atendimentos grupais, podem ser solicitados pelos apenados, funcionários, familiares ou profissionais do campo (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2009).

Para Moreno (1999 apud GULASSA, 2007) em relação aos grupos terapêuticos, é necessário investir na interação e no relacionamento interpessoal para tratar de problemas psíquicos e sociais, com os membros em grupo. Através das forças grupais é possível encontrar a cura, não pela atuação do terapeuta.

De acordo, com o autor Vieira-Silva (2000), o trabalho com grupos aborda questões de ordem afetiva, sendo compreendida em termos de emoções e sentimentos, como também ocorrem contradições, momentos de apatia, dificuldade e de constante negociação, nesse contexto ocorre o processo de produção das identidades, aproximando as experiências grupais das subjetivas.

Tavares e Menandro (2004), pontuam que é necessário compreender as condições que os levaram ao encarceramento, trazendo uma reflexão sobre a realidade da exclusão social destes sujeitos. Deste modo, o trabalho com grupos, pode motivar à uma nova construção da identidade individual e coletiva entre os sujeitos, assim como, de seus vínculos afetivos, permitindo aos sujeitos participantes ressignificarem suas experiências.

2.11.2 Grupos de alvará de soltura ou de extinção final da pena

Para Ferreira (2011), esse grupo promove sessões aos sentenciados que estão prestes a ganhar a liberdade, para se expressar e discutir seus medos, expectativas e anseios, bem como prepará-los para possíveis dificuldades da vida em liberdade. Com o advento da extinção final da pena, pode-se trabalhar com o egresso a sua desvinculação definitiva do Sistema Penitenciário.

2.11.3 Grupos para progressão de regime e liberdade condicional

Esse tipo de grupo deverá ser realizado de forma interdisciplinar, ou seja, com a participação dos setores jurídico, do serviço social e da educação, pois é através deste grupo que o psicólogo irá abordar com os presos que estão prosseguindo à um regime mais brando ou em liberdade condicional, as informações sobre as condições postas pelo juiz, focando em questões da insegurança, expectativa, conflitos e inserindo discussões de temas correlacionados com a realidade social do preso (FERREIRA, 2011).

2.11.4 Grupos para implantação e acompanhamento do desempenho em canteiro de trabalho

O principal objetivo deste grupo é proporcionar aos participantes um espaço para a reflexão sobre a importância do trabalho na vida do ser humano, trocando experiências que elevam sua autoestima. Destacando os diversos benefícios do trabalho, que além de sua independência, promove a autodisciplina, proporciona novas relações interpessoais, e em última análise, a cidadania, reforçando que essa atividade deve estar articulada ao setor de produção, responsável pelos canteiros de trabalho das unidades (FERREIRA, 2011).

2.11.5 Grupos dos Narcóticos Anônimos (NA) e Alcoólicos Anônimos (AA)

Destina-se aos que têm pedido de inclusão no AA ou NA pelo juiz, e também quando são observadas às necessidades de inclusão pelo setor psicossocial, setores técnicos ou de segurança, no qual esses grupos podem ser conduzidos por membros das entidades (NA e AA), ou através de outro servidor da unidade, qualificado para tal atividade. Dispõe encontros semanais, cabendo ao psicólogo o encaminhamento, suporte técnico e posterior acompanhamento dos participantes quando necessário, e em casos de egressos, faz-se o encaminhamento aos recursos existentes nas redes sociais (FERREIRA, 2011).

2.11.6 Grupos de triagem ou implantação Grupos para saídas temporárias (portarias)

Objetivo deste grupo é de promover o acolhimento do apenado ao ingressar na unidade penal, bem como traçar um plano para o cumprimento da pena e aderência a seu tratamento penal (FERREIRA, 2011).

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Esta pesquisa teve como objetivo, relatar os aspectos encontrados da realidade vivenciada dos reeducandos que estão inseridos no Sistema Penitenciário de Sinop em comprometimento à sua saúde mental.

3.1 Tipo de Pesquisa

A investigação científica pertence a um “conjunto de procedimentos intelectuais e técnicos” (Gil, 1999, p. 26), de modo, que seus objetivos foram atingidos através de métodos científicos. Considera-se, quanto à natureza deste projeto de pesquisa, o uso de forma aplicada, com a finalidade de gerar conhecimentos, onde foram evidenciados com os reeducandos e profissionais da rede de saúde mental do Sistema Penitenciário de Sinop, a importância da saúde mental para os internos.

Posto isso, a pesquisa foi aplicada como método quantiqualitativo, em que Gil (2002), define como pesquisa quantitativa a capacidade de traduzir números, opiniões e informações, classificando-as e analisando-as. Já a pesquisa qualitativa, o autor define a relação da subjetividade do indivíduo, que não pode ser traduzido por números. Deste modo, a problemática exposta por esta pesquisa, propiciou uma análise quantiqualitativa, levando em consideração a avaliação e análise dos níveis de estresse, depressão e ansiedade dos reeducandos, e uma observação psicossocial voltada à saúde mental.

Para a realização deste projeto de pesquisa, os objetivos são definidos em pesquisa descritiva. De acordo com Gil (2002), consiste em descrever como as características de determinada população, fenômeno, ou estabelecimento de relações em suas variáveis. Portanto, o objetivo da pesquisa foi de promover e avaliar a saúde mental dos reeducandos do Sistema Prisional de Sinop-MT, visto que buscou identificar os fenômenos e as características encontradas neste meio, como: os transtornos psicológicos, as estratégias de atuação do psicólogo, no qual serão entendidas através do procedimento de intervenção e instrumentos de investigação a serem descritos no item 3.4.

Quanto aos procedimentos técnicos, esta pesquisa adotou para seu projeto, o método bibliográfico, que para Gil (2002), é formado a partir de material já publicado, elaborado principalmente por livros, artigos de periódicos e atualmente com material disponibilizado na internet, formando assim, o embasamento teórico para a coleta de dados. A revisão de literatura neste projeto de pesquisa teve como busca de dados, através de artigos científicos (SCIELO),

livros do acervo pessoal da pesquisadora, livros em pdf, trabalhos de conclusão de curso, utilizando as palavras-chave: saúde mental, reeducandos, atuação do psicólogo, psicologia jurídica e sistema prisional.

Por fim, foi utilizado para a pesquisa de campo, o levantamento como procedimento técnico, que para Gil (2002), consiste na interrogação direta do sujeito cujo comportamento se deseja conhecer, para que assim, mediante análise quantitativa, obtenha-se as conclusões correspondentes aos dados coletados. Desta forma, utilizou-se os instrumentos para investigação das condições de estresse, depressão e ansiedade com os reeducandos, com a perspectiva de atender os objetivos da pesquisa.

3.2 População e Amostra

O presente projeto de pesquisa foi realizado na unidade do Sistema Penitenciário de Sinop-MT Dr. Osvaldo Florentino Leite Ferreira, o “Ferrugem”, localizado na Estrada da Angela, km 5,5, Zona Rural, na cidade de Sinop - Mato Grosso, com os reeducandos selecionados do raio verde que estão reclusos da sociedade. O Sistema Penitenciário de Sinop-MT é composto atualmente por 896 reeducandos.

Como critérios de inclusão da amostra foram selecionados para esta pesquisa, 20 reeducandos alfabetizados do raio verde, no qual é composto por 191 reeducandos, apresentando comportamento disciplinado, levando em conta que entre os selecionados, os mesmos cometeram crimes considerados de baixa periculosidade como: violência doméstica, violência contra criança, tráfico, estupro e pedofilia, de acordo com a classificação de periculosidade da unidade, sendo selecionados conforme recomendações das psicólogas responsáveis pela unidade. Todos os demais reeducandos que não se encontrarem reclusos no raio verde da unidade prisional de Sinop, ou seja, que não estiverem cumprindo pena por crimes considerados de baixa periculosidade, mesmo que apresentem comportamento disciplinado não foram alvos desta pesquisa, caracterizando assim os critérios de exclusão.

Para a amostra selecionada pela unidade prisional, dividiu-se os participantes em dois grupos, sendo o grupo (A) de controle e o grupo (B) de intervenção. Cada grupo foi composto por 10 participantes, no qual ambos receberão a aplicação do Inventário de Ansiedade de Beck, Inventário de Depressão de Beck, Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Marilda Lipp e o questionário semidirigido a serem descritos no item 3.4, deste capítulo. Ao final da pesquisa foram avaliados os resultados do grupo (A) de controle e o grupo (B) de intervenção,

possibilitando a pesquisadora mensurar as variáveis e os níveis dos transtornos psicológicos existentes na amostra, como: ansiedade, depressão e estresse entre os dois grupos.

3.3 Coleta de dados e procedimentos

Para a realização desta pesquisa é necessário enfatizar que a mesma teve início após a análise e aprovação do protocolo de pesquisa submetido ao Comitê de Ética de Sinop-MT. O material coletado é de uso exclusivo da pesquisadora, sendo usado apenas para fins acadêmicos, garantindo assim a preservação dos participantes.

Para a realização desta pesquisa, a pesquisadora realizou encontros na unidade prisional de Sinop-MT, realizando a coleta de dados primários e secundários, que ocorreu no período de 20 de outubro a 07 de novembro/2020, sendo no período matutino com duração de 02 horas por encontro, realizado nas quartas-feiras.

Com o auxílio e acompanhamento da psicóloga da unidade, a pesquisadora realizou uma reunião inicial, apresentando aos participantes as informações pertinentes à pesquisa, bem como oficializou o convite aos mesmos, que foram selecionados pela equipe interna do sistema considerando aspectos de bom comportamento e baixa periculosidade.

Após a leitura e explicação detalhada do TCLE – Termo de Livre Consentimento Esclarecido, os participantes foram orientados quanto divisão do grupo em dois grupos, definido por sorteio, sendo o grupo (A) de controle e o grupo (B) de intervenção, sendo realizado em uma caixa com 10 letras (A) e 10 letras (B), onde para efetivar o sorteio aleatoriamente, cada um retirou de dentro da caixa, as referidas letras sem que haja visualização, e assim foram definidos os grupos.

Após a definição dos 2 grupos, o grupo de controle (A) participou da avaliação, fase de coleta de dados primária, preencherão os 3 inventários/questionários (ansiedade, depressão e estresse) propostos na pesquisa no início do processo, bem como o grupo B.

Logo após o preenchimento dos 3 questionários realizados pelos dois grupos, apenas o grupo de intervenção (B), participou da coleta de dados secundária composta de 4 encontros distribuídos ao longo de 4 dias consecutivos, com a duração média de 2 horas cada encontro, cujos os temas serão: *1º encontro* – saúde mental, *2º encontro* – estresse e depressão; *3º encontro* – ansiedade; *4º encontro* – autoestima.

Ao término da coleta de dados secundária, os dois grupos repetiram a avaliação com o preenchimento dos 3 questionários/inventários da pesquisa, concluindo assim oficialmente a coleta de dados necessárias para análise da presente pesquisa.

Estando as coletas de dados oficialmente concluídas, o grupo controle (A) participou de 01 encontro temático de palestras relacionadas a prevenção da saúde mental, nos mesmos moldes do que foi oferecido ao grupo de intervenção (B), a fim de garantir o mesmo direito aos benefícios da pesquisa a todos os participantes.

A aplicação dos inventários (Inventário de Ansiedade de Beck; Inventário de Depressão de Beck; Inventário de Sintomas de Stress para Adultos) nos participantes procedeu de forma coletiva, conforme procedimento psicológico padrão para aplicação de testes, bem como a realização das palestras, entretanto, foi seguido rigorosamente as medidas de segurança adotadas pela unidade prisional, a fim de garantir o controle e propagação do COVID-19, sendo respeitado procedimentos de higienização, uso de máscara, distanciamento e demais medidas adotadas pela unidade e pelos órgãos de saúde local.

Por medidas de segurança à integridade física e à saúde dos reeducandos devido às condições oferecidas pela pandemia do COVID-19, os encontros propostos priorizaram o distanciamento social e a ausência de contato físico entre os participantes, porém possibilitou a aquisição de recursos psicológicos, como: a autoaceitação e entendimento das problemáticas pessoais por meio da psicoeducação.

Os resultados obtidos na reavaliação, foram apresentados individual e verbalmente aos participantes da pesquisa e, posteriormente analisados por meio de dados estatísticos e relatórios de observação, sobre as condições de saúde mental dos reeducandos que compuserem a amostra.

3.4 Instrumentos

Os instrumentos de pesquisa são fundamentais para que o pesquisador levante dados, avaliando o alcance das ações de intervenções realizadas.

3.4.1 Inventário Beck de Ansiedade (BAI)

O Inventário Beck de Ansiedade (BAI) foi criado por Beck, Steer e Garbin (1988), como uma escala auto aplicativa para medir a intensidade de sintomas ansiosos, sendo validado no Brasil, por Cunha (2001).

Composto por 21 itens, cada um com quatro alternativas indicando graus crescentes de cada sintoma, esses itens são referentes à dormência ou formigamento, sensação de calor, tremores nas pernas, incapacidade de relaxar, medo que aconteça o pior, atordoamento ou tontura, palpitação ou aceleração do coração, dificuldade de equilíbrio, sentimento aterrorizado, nervosismo, sensação de sufocação, tremores nas mãos, tremores no corpo, medo de perder o

controle, dificuldade de respirar, medo de morrer, comportamento assustado, indigestão ou desconforto no abdômen, sensação de desmaio, rosto afogueado e suor. (CUNHA, 2001).

O nível de ansiedade é classificado como: de 0 a 10 = mínimo, 11 a 19 = leve, 20 a 30 = moderado, 31 a 63 = grave (SOBREIRA, 2018). O tempo de aplicação é de cerca de cinco a dez minutos, faixa etária de 17 a 80 anos de idade.

3.4.2 Inventário de Depressão de Beck (BDI)

O Inventário de Depressão de Beck (BDI) foi desenvolvido originariamente por Beck, Ward, Mendelson, Mock e Erbaugh (1961). A partir do Inventário Beck de Depressão (BDI) é possível identificar o transtorno de Depressão, apresentando uma escala de 21 itens, cada um com quatro alternativas, indicando graus crescentes de depressão, centrando-se em assertivas que expressam, sintomas físicos e cognições típicas de pacientes deprimidos.

Os 21 itens se referem à tristeza, pessimismo, sentimento de fracasso, insatisfação, culpa, punição, auto-aversão, autoacusações, ideias suicidas, choro, irritabilidade, retraimento social, indecisão, mudança na autoimagem, dificuldade de trabalhar, insônia, fatigabilidade, perda de apetite, perda de peso, preocupações com a saúde, perda da libido.

Os níveis de sintomas são classificados de acordo com a pontuação total obtida: de 0 a 11 = mínimo, de 12 a 19 = leve, de 20 a 35 = moderado e de 36 a 63 = grave (SOBREIRA, 2018). Pode ser aplicado desde os 10 anos até 60 anos, sendo individual ou coletivo, com tempo de aplicação de 05 a 10 minutos.

3.4.3 Inventário de Sintomas de Stress para Adultos (ISSL)

O Inventário de Sintomas de Stress para Adultos (ISSL) de Lipp (2001), fornece uma medida objetiva da sintomatologia do estresse em jovens acima de 15 anos e adultos. Sua aplicação leva aproximadamente 10 minutos e pode ser realizada individualmente ou em grupos de até 20 pessoas, não sendo necessário ser alfabetizado, pois os itens podem ser lidos para a pessoa.

O Instrumento é formado por três categorias referentes às fases do estresse. O primeiro quadro, composto de 15 itens refere-se aos sintomas físicos ou psicológicos que a pessoa tenha experimentado nas últimas 24 horas. O segundo, composto de dez sintomas físicos e cinco psicológicos, está relacionado aos sintomas experimentados na última semana. E o terceiro quadro, composto de 12 sintomas físicos e 11 psicológicos, refere-se a sintomas experimentados no último mês (LIPP, 2001).

Alguns dos sintomas que aparecem no quadro 1, voltam a aparecer no quadro 3, mas com intensidade diferente. No total, o ISSL apresenta 37 itens de natureza somática e 19 psicológicas, sendo os sintomas muitas vezes repetidos, diferindo somente em sua intensidade e seriedade. A fase 3 (quase-exaustão) é diagnosticada na base da frequência dos itens assinalados na fase de resistência (LIPP, 2001).

3.4.4 Questionário Sociodemográfico

Questionário dirigido para o levantamento e definição do perfil sociodemográfico dos participantes.

Tabela 1: Dados sociodemograficos Grupo A

IDADE	ESCOLARIDADE	ESTADO CIVIL	TEMPO DE RECLUSÃO
30	Fundamental incompleto	Solteiro	10 meses
20	Fundamental incompleto	Solteiro	6 meses
33	Fundamental incompleto	Casado	2 anos e 9 meses
34	Superior incompleto	Casado	1 ano e 8 meses
23	Ensino médio incompleto	Solteiro	2 anos e 9 meses
37	Ensino médio incompleto	Solteiro	2 anos e 9 meses
24	Ensino médio completo	Casado	1 ano e 6 meses
26	Fundamental incompleto	Solteiro	3 anos e 4 meses
44	Fundamental incompleto	Solteiro	4 anos e 3 meses
31	Fundamental incompleto	Solteiro	1 ano e 5 meses

Fonte: Própria (2020).

Tabela 2: Dados sociodemograficos Grupo B

IDADE	ESCOLARIDADE	ESTADO CIVIL	TEMPO DE RECLUSÃO
30	Ensino médio completo	Solteiro	1 ano e 2 meses
26	Fundamental incompleto	Solteiro	3 anos e 8 meses
27	Ensino médio incompleto	Solteiro	1 ano e 11 meses
35	Fundamental incompleto	Solteiro	2 anos e 8 meses
28	Fundamental incompleto	Solteiro	4 anos
20	Ensino médio incompleto	Solteiro	1 ano e 11 meses
38	Fundamental completo	Solteiro	1 ano e 6 meses
55	Nunca estudou	Solteiro	6 anos e 8 meses
53	Nunca estudou	Solteiro	2 anos e 8 meses
38	Fundamental incompleto	Solteiro	10 meses

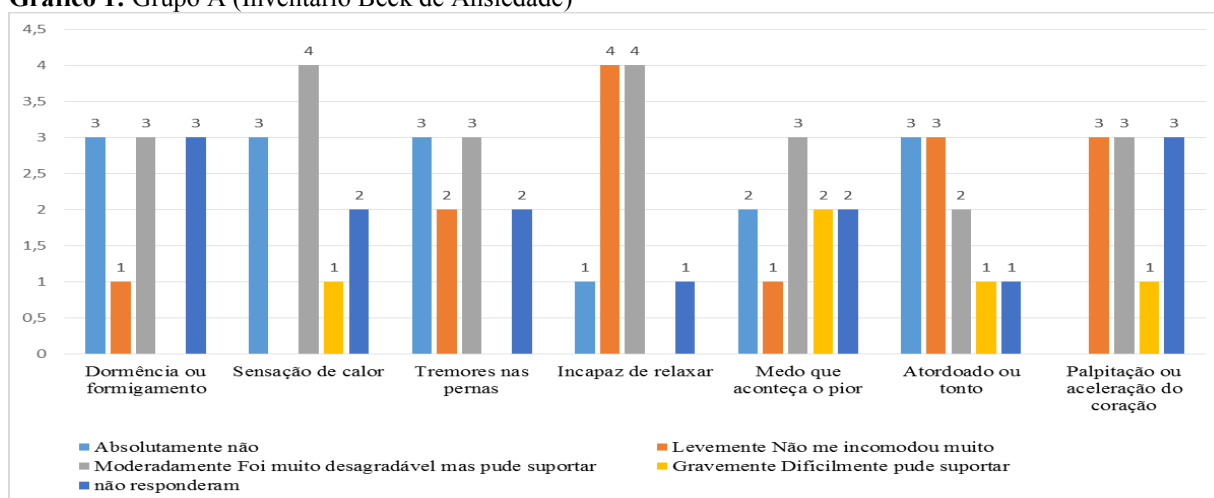
Fonte: Própria (2020).

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este capítulo apresenta os resultados da pesquisa, relacionado aos sintomas avaliados com a aplicação do Inventário Beck de Ansiedade, Inventário Beck de Depressão, Inventário de Sintomas de Stress Para Adultos De Lipp. As amostras de avaliação incluem o Grupo A (controle) e o Grupo (B) intervenção.

4.1 Resultados da testagem primária

Gráfico 1: Grupo A (Inventário Beck de Ansiedade)

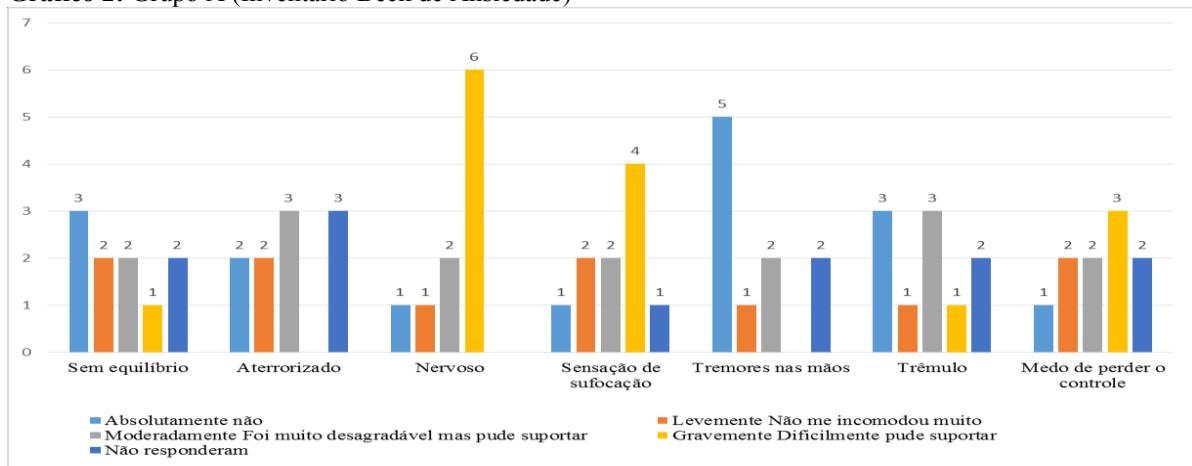


Fonte: Própria (2020).

Os resultados obtidos na análise do Gráfico 1, com o Grupo A, a partir do Inventário Beck de Ansiedade (BDI), possibilitou notar que os sintomas de ansiedade, se classificam em 31,43% dos 10 participantes da amostra, nos quais responderam (moderadamente foi muito desagradável, mas pode suportar).

Em sequência 21,43% da amostra assinalou como absolutamente não, para os sintomas de ansiedade avaliado, 20% assinalou como levemente não me incomodou muito, 20% não responderam e 7,14% se posicionaram com a opção de gravemente dificilmente pode suportar para os sintomas do gráfico 1.

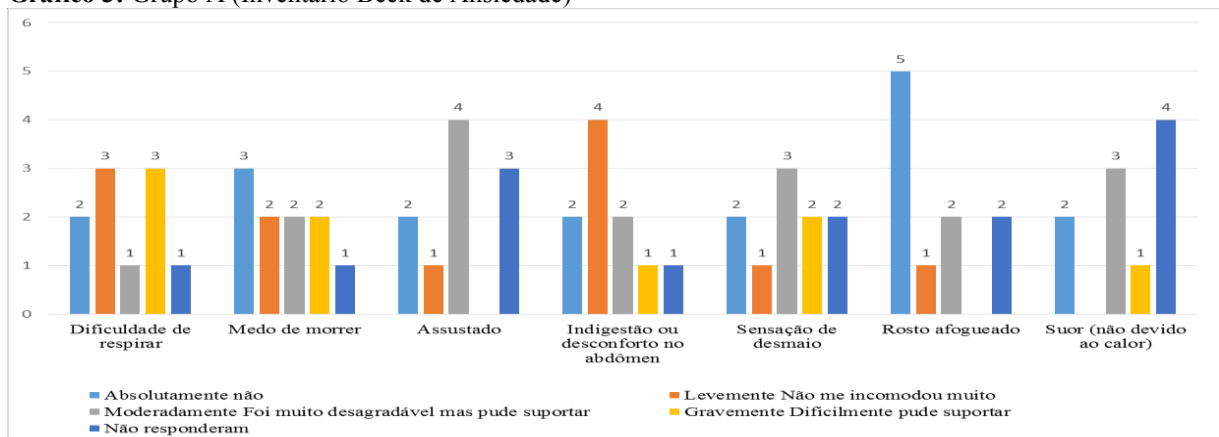
De acordo com a pesquisa de Clark e Beck (2012), a ansiedade altera aspectos cognitivos, afetivos, fisiológicos e comportamentais, que podem ser motivados por medos reais ou imaginários e não são previsíveis ou controláveis. Ou seja, o sintoma proeminente na análise quantitativa do gráfico 1, é medo que aconteça o pior, pode-se ser relacionado ao ambiente composto de regras e normas punitivas, e a sensação de calor é o efeito fisiológico causado pelo medo.

Gráfico 2: Grupo A (Inventário Beck de Ansiedade)

Fonte: Própria (2020).

De acordo com o Gráfico 2, os resultados obtidos no Grupo A, indicam que 22,9% assinalaram a opção absolutamente não para os sintomas do gráfico 2, sendo que, 22,9% assinalou como moderadamente foi muito desagradável mas pode suportar. Foi possível perceber que entre os 10 participantes do grupo A, 21,43% assinalaram gravemente dificilmente pode suportar, 17,14% não responderam, encerrando com 15,7% levemente não me incomodou muito.

Segundo a análise quantitativa do gráfico 2, observam-se os sintomas proeminentes, quais sejam sensação de sufocação, medo de perder controle e nervoso. Ainda de acordo com Clark e Beck (2012), o nervosismo e a sensação de sufocação, se encontram na área afetiva em decorrência aos estímulos cognitivos e fisiológicos, possibilitando o indivíduo sentir estes sintomas. Como também, definem, que o medo de perder o controle está relacionado aos sintomas cognitivos de pensamentos automáticos negativos ou crenças negativas.

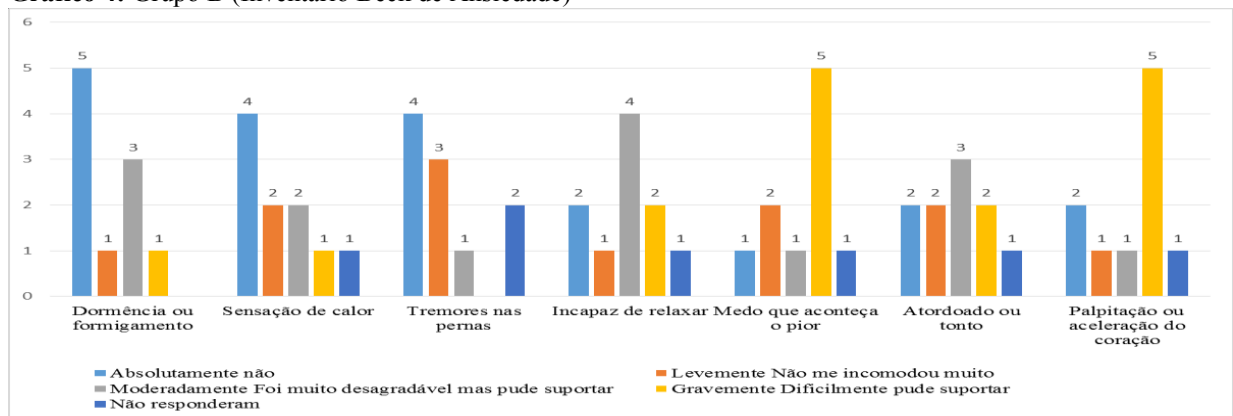
Gráfico 3: Grupo A (Inventário Beck de Ansiedade)

Fonte: Própria (2020).

Segundo os resultados descritos no Gráfico 3, referente ao Grupo A, compreende que, 25,71% da amostra não apontou sintomas de ansiedade, assinalando absolutamente não. Nota-se, que 24,3% da amostra assinalou a incidência de sintomas como moderadamente foi muito desagradável mas pude suportar. É possível destacar que, entre os 10 participantes, 20% não responderam, 17,14% assinalou como levemente não me incomodou muito, e apenas 12,9% indicou gravemente dificilmente pude suportar no gráfico 3.

A partir da análise quantitativa do gráfico 3, pode-se observar que o sintoma considerado absolutamente incapaz de incomodar, como por exemplo, o rosto afogueado, não se destaca na amostra. No entanto, 50% da amostra manifestou a presença da sensação de desmaio, visto que para Beck, o exame dos sintomas descritos pelo paciente, fornece um padrão das queixas autorrelatadas, evidenciando as queixas somáticas, no qual favorece a realização de um diagnóstico diferencial (CUNHA, 2001).

Gráfico 4: Grupo B (Inventário Beck de Ansiedade)



Fonte: Própria (2020).

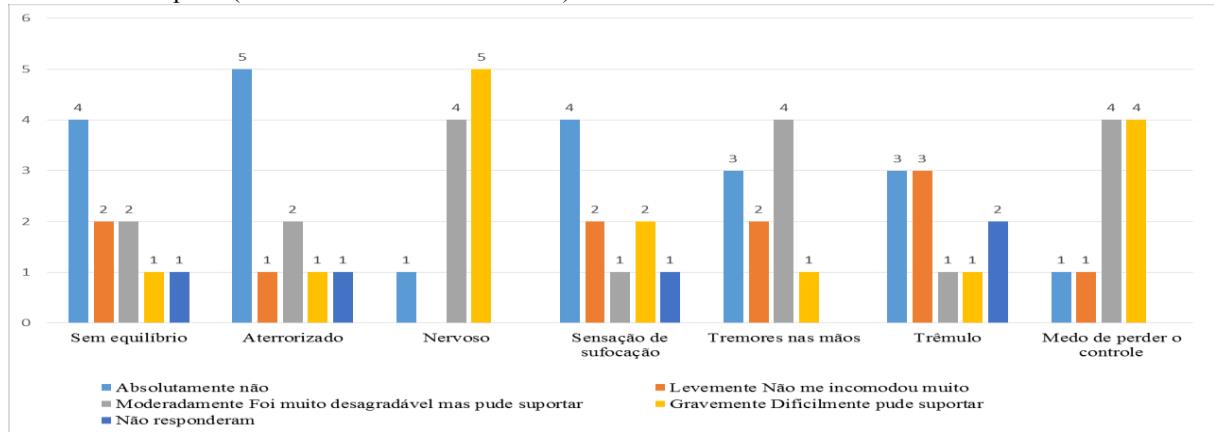
Com base no Gráfico 4, analisou-se os sintomas de ansiedade a partir do Inventário Beck de Ansiedade (BDI), que conforme o resultado da coleta da amostra, é possível notar que os sintomas citados no gráfico 4, não se destacaram entre os 10 participantes do Grupo B, apontando um percentual de 28,6% respondendo absolutamente não.

Consequentemente, destaca-se que 22,9% da amostra do Grupo B, assinalou como gravemente dificilmente de suportar, 21,43% assinalou a opção de moderadamente foi muito desagradável mas pude suportar, 10% não responderam e 17,14% assinalou levemente não me incomodou muito no gráfico 4.

A análise do gráfico 4, chama à atenção para os sintomas proeminentes da ansiedade considerados como medo que aconteça o pior, incapaz de relaxar e palpitação ou aceleração do coração. Cunha, Streb & Serralta (1997), ressalta que ao verificar a intensidade da ansiedade

dos pacientes, é sempre conveniente considerar que a sobreposição de sintomas em pacientes ansiosos é muito frequente (CUNHA, 2001).

Gráfico 5: Grupo B (Inventário Beck de Ansiedade)

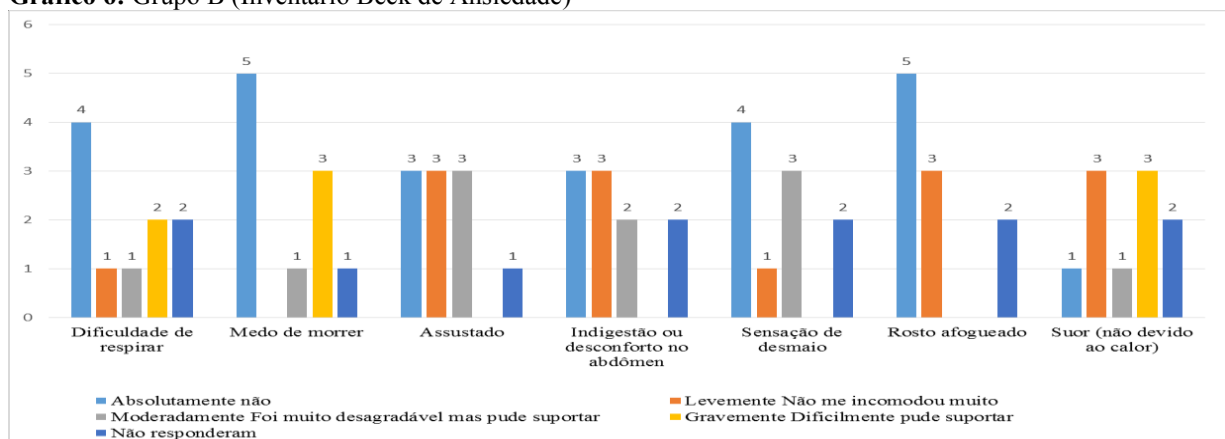


Fonte: Própria (2020).

Analisando o resultado da amostra do Gráfico 5, referente ao Grupo B, é possível notar que os sintomas de ansiedade foram avaliados com 30% em absolutamente não, 25,71% como moderadamente foi muito desagradável mas pode suportar, 7,14% não responderam e 15,7% marcou como levemente não me incomodou muito. Nota-se que 21,43% da amostra assinalou como gravemente dificilmente pode suportar no gráfico 5.

Em relação aos sintomas que mais se destacaram na amostra, encontra-se o medo de perder o controle e o nervosismo. O desenvolvimento do BAI (Inventário Beck de Ansiedade), visa representar os critérios diagnósticos do DSM-III para o diagnóstico de transtornos de ansiedade, pode-se dizer ainda que o BAI possui validade conceitual, embora existam diferentes modelos para explicar a natureza da ansiedade (CUNHA, 2001).

Gráfico 6: Grupo B (Inventário Beck de Ansiedade)



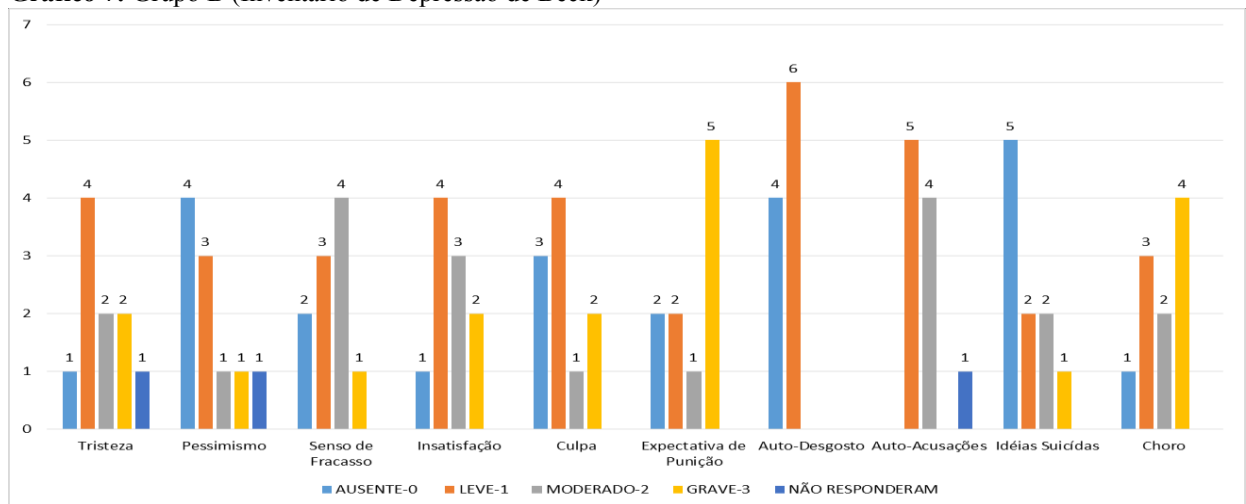
Fonte: Própria (2020).

Considerando os resultados do Gráfico 6, acerca do Grupo B, é possível notar que 35,71% não vivenciam os sintomas de ansiedade, assinalando como absolutamente não e 20% lidam como levemente não me incomodou muito aos sintomas citados no gráfico 6, sendo que 17,14% não responderam.

Ainda no gráfico 6, é possível perceber que na frequência moderadamente foi muito desagradável mas pude suportar 15,7% da amostra assinalou para os sintomas, e apenas 11,43% registraram gravemente dificilmente pude suportar.

Segundo Gardner e Bell (2001), alguns sintomas de ansiedade se manifestaram apenas a partir de circunstâncias reais de ameaça. Posto isso, é possível notar um decréscimo de frequência a alguns sintomas de ansiedade, como o medo de morrer, sensação de desmaio e o rosto afogueado avaliados no grupo B, onde os participantes assinalaram como absolutamente não.

Gráfico 7: Grupo B (Inventário de Depressão de Beck)



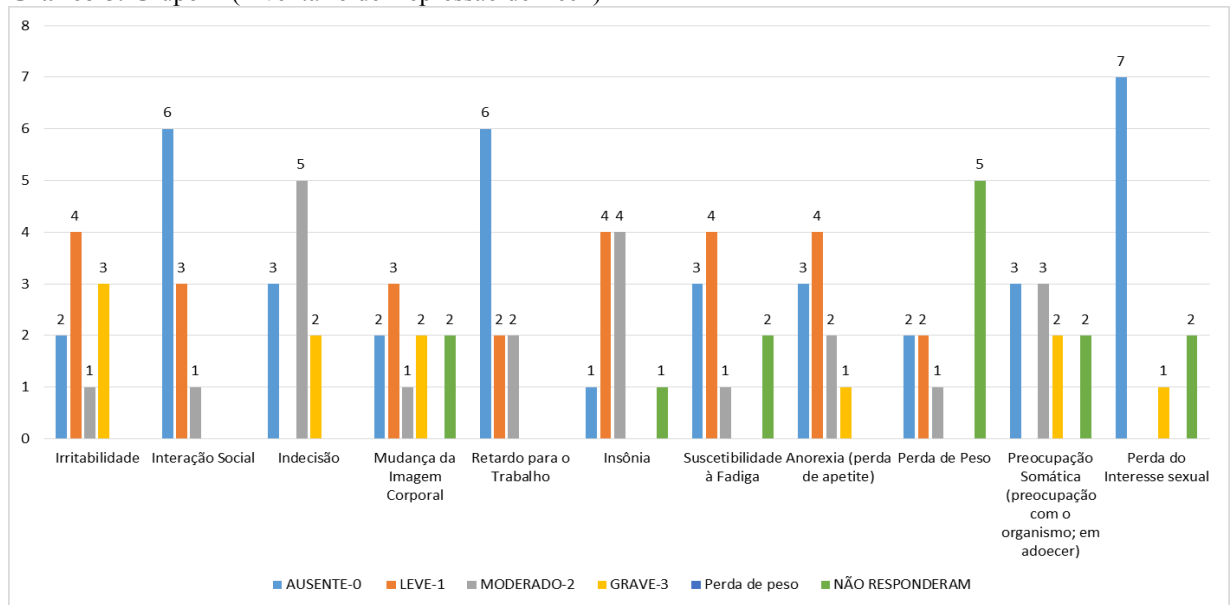
Fonte: Própria (2020).

É possível descrever os resultados do Grupo B a partir do Inventário de Depressão de Beck no Gráfico 7, que 40% da amostra encontra-se com sintomas de depressão leve, 20% da amostra não apresentou nenhuma depressão, 20% da amostra se apresentou com depressão moderada e 20% com depressão grave.

Conforme a descrição do gráfico 7, a partir da análise quantitativa é possível observar que o sintoma sobre a expectativa de punição e o choro são os que se destacam na amostra. De acordo com Cunha (2001), os itens selecionados ao BDI (Inventário de Depressão de Beck) baseiam-se nas observações e relatos mais frequentes de sintomas e atitudes de pacientes com transtorno depressivo, apresentando itens cognitivo-afetivos e outros que subentendem queixas

somáticas e de desempenho. Beck (1979) acredita, que o conteúdo dos pensamentos das pessoas deprimidas tende a interpretar os eventos de forma negativa, a interpretação será o determinante das emoções negativas vivenciadas, tornando a prisão uma experiência pessoal (CUNHA, 2001).

Gráfico 8: Grupo B (Inventário de Depressão de Beck)

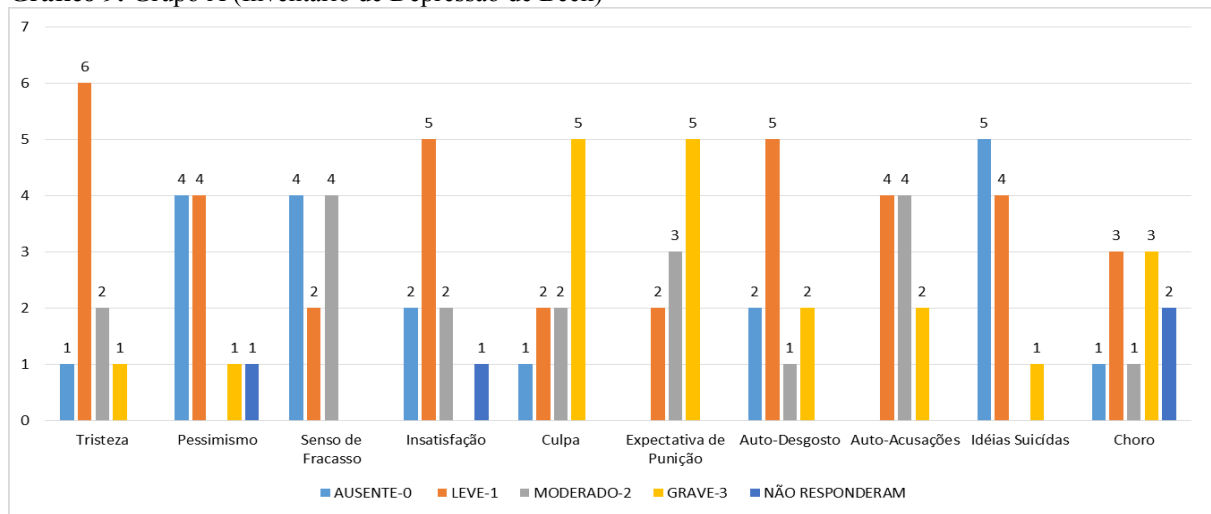


Fonte: Própria (2020).

De acordo com o Gráfico 8, percebe-se que os resultados do Grupo B em 34,55% da amostra não apresenta nenhuma depressão, 23,64% da amostra se apresenta com depressão leve, 19,1% apresenta depressão moderada e 10% com depressão grave, sendo que 20% da amostra assinalou a opção de provocar a perda de peso.

Ainda no gráfico 8, alguns sintomas são avaliados com baixa presença, evidenciando que 70% da amostra não apresenta perda do interesse sexual e 60% não apresenta problemas de interação social, como também não apresentam retardo para o trabalho nas últimas semanas.

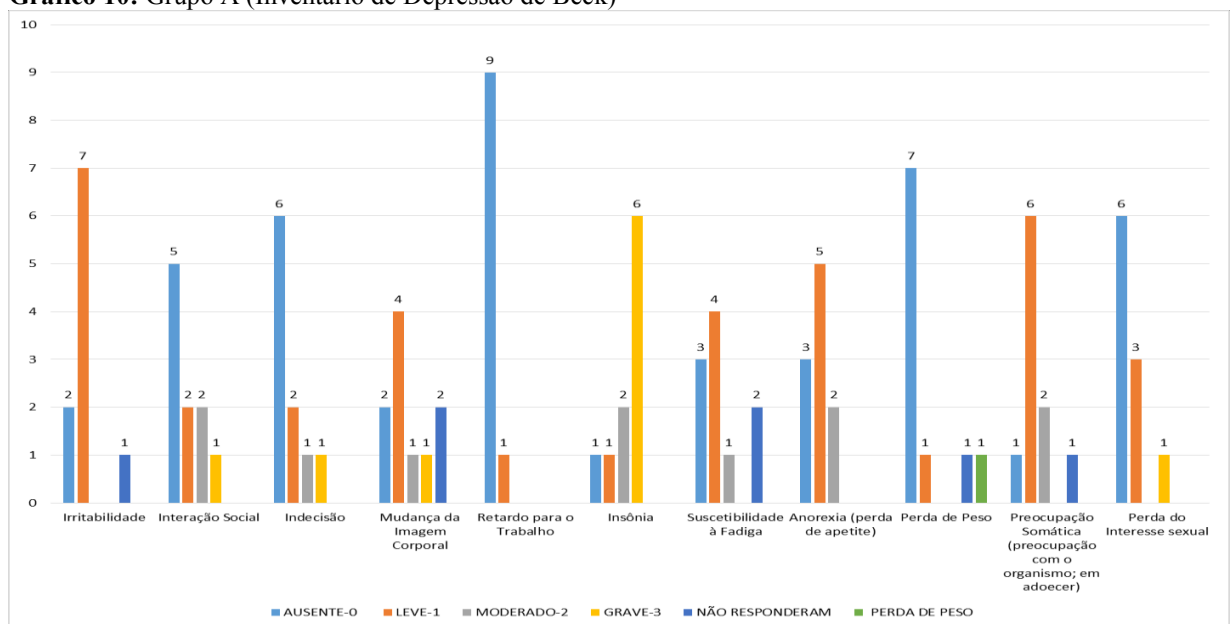
De acordo com a pesquisa de Pires e Palassi (2010), o ambiente prisional possibilita um acúmulo de ociosidade, onde o trabalho consegue ocupar a mente e tempo do preso no cotidiano da penitenciária.

Gráfico 9: Grupo A (Inventário de Depressão de Beck)

Fonte: Própria (2020).

Conforme os dados do Gráfico 9, compreende-se os resultados com o Grupo A, que 37% apresentou depressão leve, 20% da amostra apresenta depressão grave, 20% da amostra não apresentou nenhuma depressão, 19% apresentou depressão moderada, e 4% não responderam.

O número de reeducandos com doenças mentais, está se desenvolvendo cada vez mais no sistema penitenciário. Estudos descobriram incidências de 10 a 15% para a doença mental grave entre os presos, em comparação com uma incidência de 2% na população geral (SILVA, et al.2011 apud TEPLIN LA, 1990).

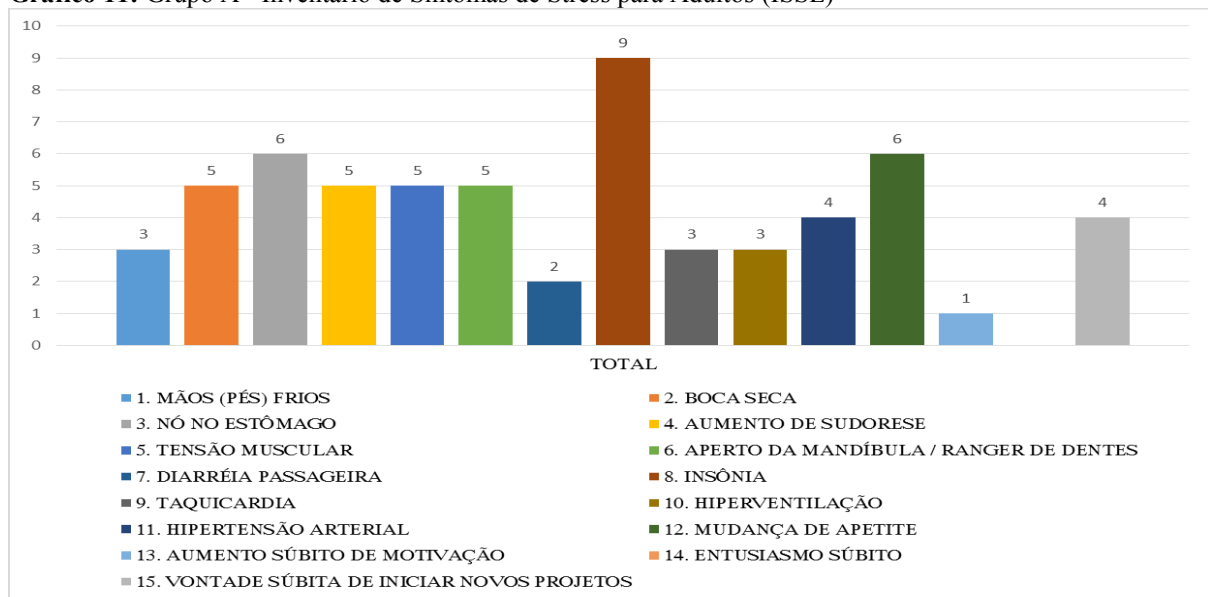
Gráfico 10: Grupo A (Inventário de Depressão de Beck)

Fonte: Própria (2020).

Analisando os dados do Gráfico 10, compreende-se que os resultados do Grupo A, apontou 40,91% não apresenta nenhuma depressão, 32,73% demonstrou depressão leve, 10% da amostra manifestou depressão moderada, 9,1% da amostra encontrou-se com depressão grave e 6,36% não responderam, sendo que 0,91% da amostra assinalou a opção de provocar a perda de peso no gráfico 10.

Observa-se o sintoma descrito no gráfico 10, que o retardo ao trabalho é totalmente ausente, evidenciando que 90% da amostra apresenta interesse em realizar atividades de trabalho. Por outro lado, a insônia se faz presente na amostra com 80%, pois considerando o ambiente punitivo e o acúmulo de ociosidade, reforça a insônia. Segundo a pesquisa de Harvey (2001), cerca de 80% dos pacientes com depressão se queixam de mudanças nos padrões de sono, tendo como destaque a insônia, considerada um importante indicador no aumento do risco de depressão.

Gráfico 11: Grupo A - Inventário de Sintomas de Stress para Adultos (ISSL)



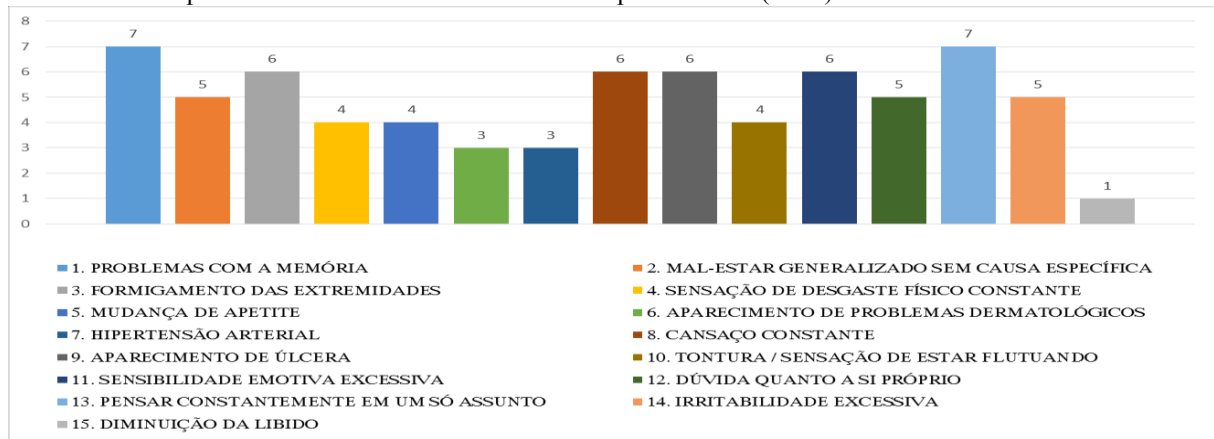
Fonte: Própria (2020).

Segundo os dados do Gráfico 11, a partir do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos (ISSL) referente a fase 01 de alerta do estresse com o Grupo A, aponta que 90% da amostra apresenta sintomas de insônia, 60% apresenta sintomas de nó no estômago e mudança de apetite, 50% apresenta sintomas de boca seca, aumento de sudorese, tensão muscular e aperto da mandíbula.

Notou-se que os sintomas de mãos e (pés) frios, taquicardia, hiperventilação não se destacaram, representando 30% da amostra de 10 participantes, como também os sintomas de vontade súbita de iniciar novos projetos e hipertensão arterial com 40% a partir do gráfico 11.

É interessante ressaltar no gráfico 11, que os principais sintomas físicos destacados foram insônia e mudança de apetite. Segundo Lipp (2001), a primeira fase de alerta é denominada como a fase que o organismo se prepara para a resposta de fuga ou luta, que é vital para a sustentação da vida, surgindo assim os sintomas para o preparo do corpo e da mente para a preservação da vida. As reações que ocorrem diante ao estressor, contém fatores psicológicos, físicos e químicos, que podem causar a destruição da homeostase interna, o que interfere é a interpretação do organismo sob o estímulo.

Gráfico 12: Grupo A - Inventário de Sintomas de Stress para Adultos (ISSL)

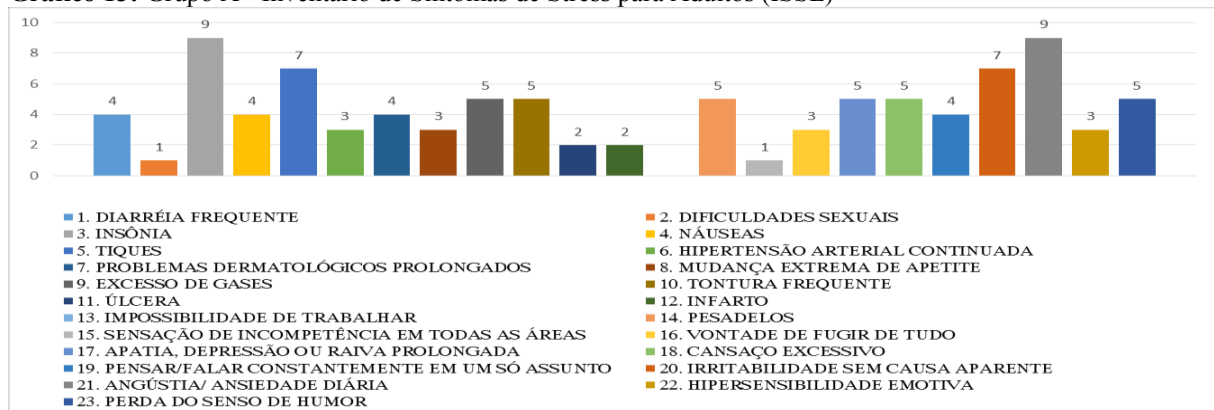


Fonte: Própria (2020).

Conforme os dados do Gráfico 12, foi possível perceber que a fase 02 de resistência ao estresse mensurada no Grupo A, destacou-se que 70% da amostra apresentou problemas com memória, 60% apresentou queixas de formigamento das extremidades, cansaço constante, aparecimento da úlcera e sensibilidade emotiva excessiva e 50% apresentam irritabilidade excessiva e mal-estar generalizado sem causa específica.

Constata-se ainda, que os sintomas de sensação de desgaste físico constante, mudança de apetite, tontura / sensação de estar flutuando, mostrou-se presente em 40% da amostra, visto que os sintomas aparecimento de problemas dermatológicos e hipertensão arterial foram definidos em 30% da amostra no gráfico 12.

Segundo Lipp (2001), a fase de resistência começa quando o organismo tenta se adaptar devido à sua tendência de continuar buscando o equilíbrio interno, onde nesta fase os sintomas iniciais desaparecem, causando sintomas psicológicos, esses sintomas psicológicos concentram-se principalmente no pensamento constante, provocando sintomas físicos e problemas com a memória.

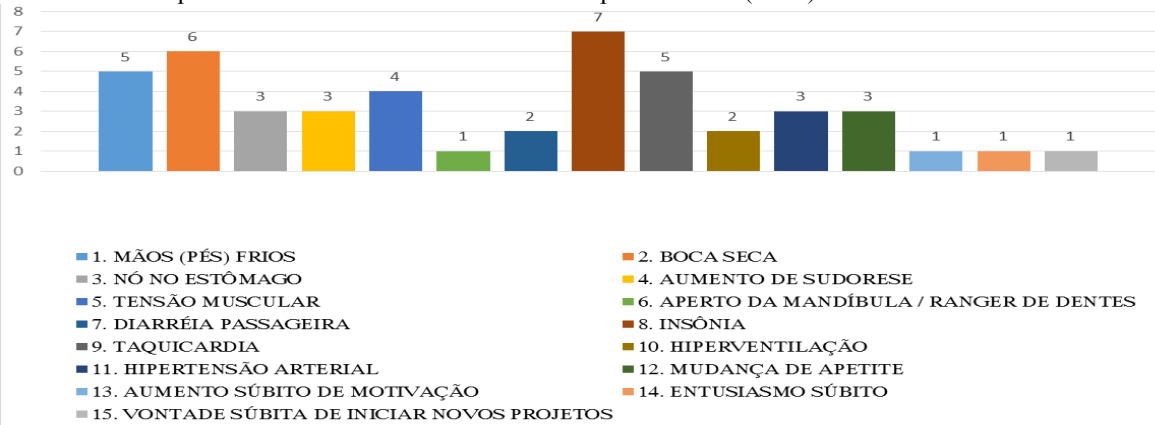
Gráfico 13: Grupo A - Inventário de Sintomas de Stress para Adultos (ISSL)

Fonte: Própria (2020).

De acordo com os dados do Gráfico 13, a fase 03 de exaustão ao estresse no Grupo A, destaca-se com 90% da amostra apresentando problemas com insônia e angústia/ ansiedade diária, 70% apresentou tiques e irritabilidade sem causa aparente, 50% com excesso de gases, tontura frequente, apatia/ depressão ou raiva prolongada, cansaço excessivo e perda do senso de humor.

Constatou-se que os sintomas de sensação de diarreia frequente, náuseas, problemas dermatológicos prolongados, pensar/falar constantemente em um só assunto representaram 40% da amostra, visto que, os sintomas de hipertensão arterial continuada, mudança extrema de apetite, hipersensibilidade emotiva, vontade de fugir de tudo destacam-se em 30% da amostra a partir do gráfico 13.

Segundo Lipp (2001), nesta fase de exaustão os sintomas são mais proeminentes. Após pelo menos um mês o estresse torna-se mais intenso, o que leva à perda das reservas energéticas e esgota toda a energia adaptativa do organismo, dificulta a manutenção do mecanismo adaptativo, que levam à instalação de doenças mentais ou físicas. Os sintomas físicos dominantes neste estágio é a insônia e excesso de gases, enquanto os sintomas psicológicos são caracterizados por angústia/ansiedade, irritabilidade sem causa aparente.

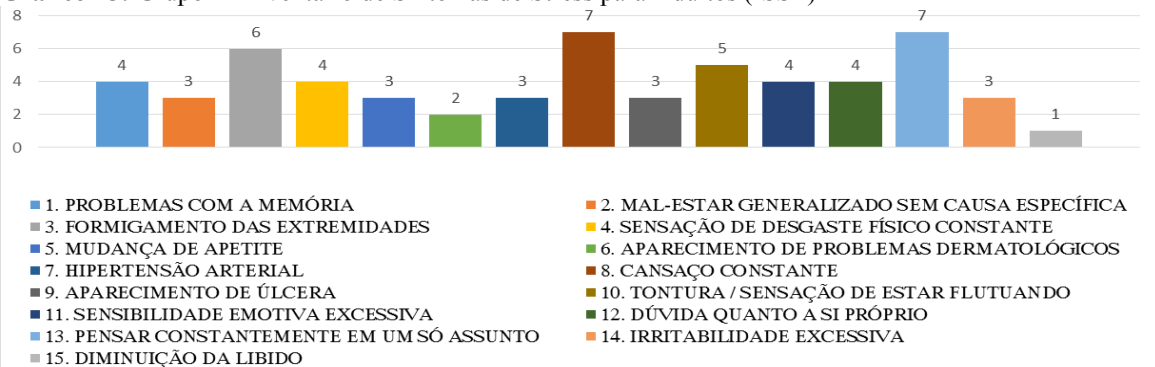
Gráfico 14: Grupo B- Inventário de Sintomas de Stress para Adultos (ISSL)

Fonte: Própria (2020).

Com os dados do Gráfico 14, da fase 01 de alerta ao estresse com o Grupo B, destacou-se em 70% da amostra apresentando problemas com insônia, 60% apresentando boca seca, 50% mãos e pés frios, e taquicardia.

Observou-se, que os sintomas de nó no estômago, aumento de sudorese, hipertensão arterial e mudança de apetite correspondeu a 30% dos participantes e os sintomas como, aumento súbito de motivação, entusiasmo súbito e vontade súbita de iniciar novos projetos, corresponderam a 10% da amostra a partir do gráfico 14.

Segundo Lipp (2001), as fontes externas, como por exemplo, o ambiente e fontes internas determinam o nível de estresse, mas a soma desses estresses é medida por um conjunto de estratégias de enfrentamento e sua vulnerabilidade ao estresse. Em outras palavras, o estresse está relacionado à distorção cognitiva, mas algumas pessoas são biologicamente propensas ao estresse, esta preposição é chamada de vulnerabilidade.

Gráfico 15: Grupo B- Inventário de Sintomas de Stress para Adultos (ISSL)

Fonte: Própria (2020).

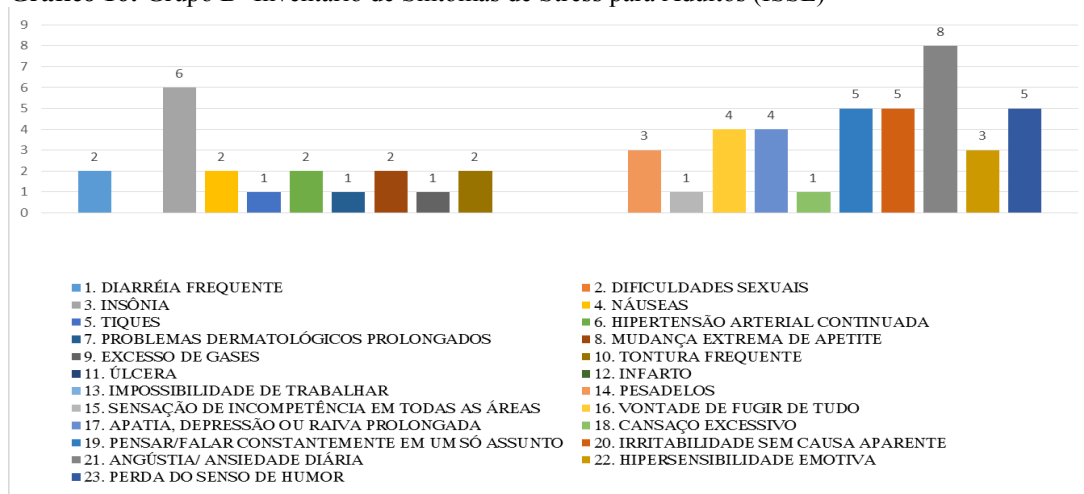
Segundo os dados do Gráfico 15, da fase 02 de resistência ao estresse, investigada no Grupo B, destacou-se que 70% da amostra apresentou problemas com cansaço constante e

pensam constantemente em um só assunto, 60% formigamento das extremidades apresentam, 50% tontura / sensação de estar flutuando, 40% problemas com a memória, sensação de desgaste físico constante, sensibilidade emotiva excessiva e dúvida quanto a si próprio.

O referido gráfico 15, destaca ainda que os sintomas de mudança de apetite, mal-estar generalizado sem causa específica, hipertensão arterial, aparecimento de úlcera e irritabilidade excessiva com a mostra, resultou em 30% de presença na amostra.

Segundo Lipp (1999, apud Milsted et al. 2009), todos os indivíduos, buscaram naturalmente manter o equilíbrio, portanto quando há estresse, o corpo trabalha para restabelecer o equilíbrio, eliminando o estresse para voltar ao normal. No entanto, se as estratégias não existem, o organismo começa a se desgastar provocando sintomas, a falta de memória sinaliza que a demanda ultrapassou a capacidade da pessoa em lidar com a situação presente. Portanto, quanto mais resistente e quanto mais estratégias o indivíduo adotar, mais tempo conseguirá resistir aos fatores que causam estresse (LIPP, 2001).

Gráfico 16: Grupo B- Inventário de Sintomas de Stress para Adultos (ISSL)



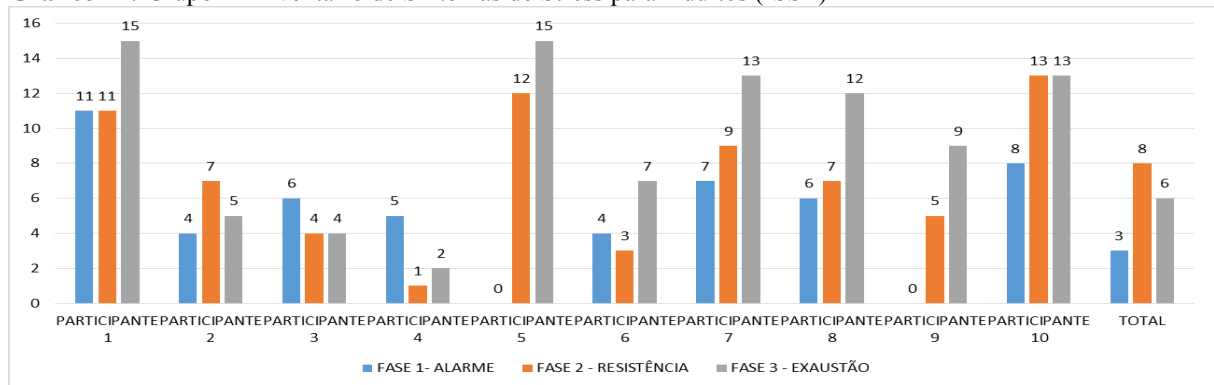
Fonte: Própria (2020).

Analisando os dados do Gráfico 16, referente a fase 03 de exaustão do estresse no Grupo B, destacou-se que 80% da amostra apresentam problemas com angústia/ ansiedade diária, 60% apresentam insônia, 50% queixam de pensar/falar constantemente em um só assunto, irritabilidade sem causa aparente e perda do senso de humor, 40% apresentaram vontade de fugir de tudo, apatia, depressão ou raiva prolongada.

Constatou-se que as queixas de pesadelos, hipersensibilidade emotiva representam 30% da amostra, visto que os sintomas de diarreia frequente, náuseas, hipertensão arterial continuada, mudança extrema de apetite, tontura, correspondeu a 20% da amostra a partir do gráfico 16.

Na escala de estresse de Lipp (2001), os sintomas de insônia, excesso de gases, são mais críticos, localizados na fase de exaustão, pois é vivenciado pelo indivíduo há pelo menos um mês, justamente porque o estressor permanece e não há capacidade de adaptação. Notou-se que a predominância de sintomas psicológicos se destaca com a amostra.

Gráfico 17: Grupo A- Inventário de Sintomas de Stress para Adultos (ISSL)

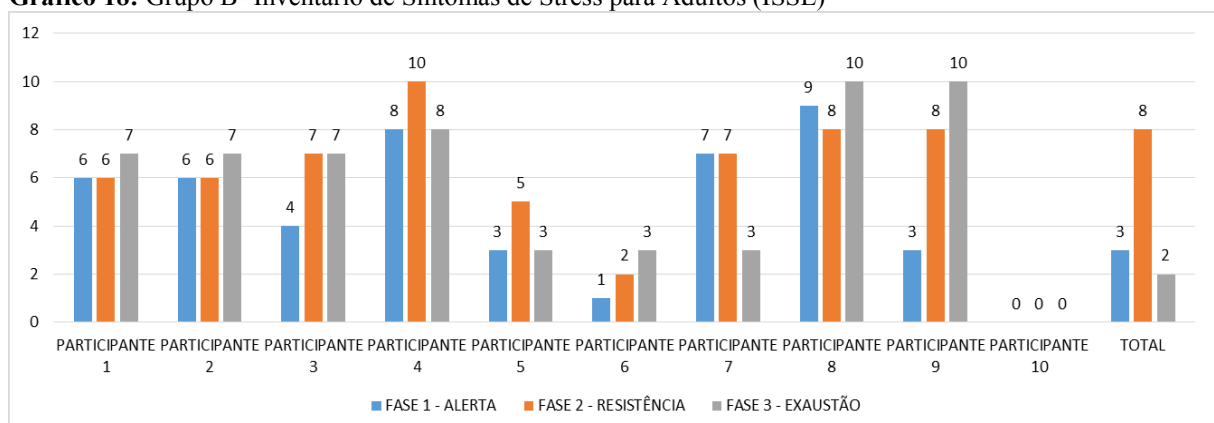


Fonte: Própria (2020).

Verificou-se no Gráfico 17, que 30% da amostra do Grupo A apresentou sintomas de estresse na fase 1 de alerta, 80% apresentou os sintomas de estresse na fase 2 de resistência e 60% apresentaram sintomas de estresse na fase 3 de exaustão.

Complementando esta análise, dos participantes que apresentaram níveis elevados de estresse na fase de Resistência prevaleceu com 80%. Nessa fase o indivíduo procura retorno ao equilíbrio e adaptação dos agentes estressantes ou eliminação da fonte de estresse (LIPP, 2000).

Gráfico 18: Grupo B- Inventário de Sintomas de Stress para Adultos (ISSL)



Fonte: Própria (2020).

Através do Gráfico 18, referente aos resultados do Grupo B, pode-se perceber que 30% da amostra apresentou sintomas de estresse na fase 1 de alerta, 80% apresentou os sintomas de estresse na fase 2 de resistência e 20% apresentaram sintomas de estresse na fase 3 de exaustão.

No entanto, a fase de exaustão não se destacou nesta amostra, apresentando em apenas 20%. Logo, a fase de resistência predominante da amostra, onde os participantes nesta fase procuram retorno ao equilíbrio, adaptação dos agentes estressantes ou eliminação da fonte de estresse (LIPP, 2000).

4.2 Análise dos encontros

Quadro 1: Primeiro encontro

ETAPAS DO ENCONTRO	OBJETIVOS	ESTRATÉGIAS
FASE INICIAL	O objetivo principal deste encontro foi a psicoeducação dos assuntos, como também a participação do Grupo B, pois alivia a pressão da privação de liberdade e melhora o ambiente prisional,	Iniciou-se a palestra com o Grupo B, abordando a importância da Saúde Mental nos dias de hoje; contextualizando sobre o direito do indivíduo em relação ao bem-estar psíquico; os preconceitos e tabus em procurar ajuda; os problemas de saúde mental mais frequentes e sintomas; dados estatísticos da população brasileira que apresenta transtornos mentais; a importância do dia 13 de outubro.
FASE INTERMEDIÁRIA	possibilitando aos mesmos que aprendam com os conteúdos apresentados, gerando assim uma nova visão sobre a saúde mental aos privados de liberdade.	Em seguida, abordou-se sobre o conceito da depressão; explicando que a mesma atinge qualquer faixa etária, classe social, podendo durar de semanas a longos anos; os principais sinais e sintomas; a importância em buscar ajuda; a importância do psicólogo, como também do médico psiquiatra. Depois a palestrante trouxe um exemplo de história sobre a depressão com o sexo masculino, lendo para os participantes sobre a dificuldade do homem em pedir ajuda. Posteriormente, abordou-se sobre o stress, explicando os tipos de stress; os sintomas físicos e mentais que o stress causa; como reconhecer o stress positivo e negativo; tratamento do stress.
FASE FINAL		E para finalizar a palestra, a palestrante trouxe um vídeo, no qual mostrou a importância de buscar ajuda, os aspectos positivos da psicoterapia, e a importância da vida. Por fim, deu início ao palestrante Romolo, que conversou com os participantes sobre a importância da respiração correta, e os benefícios que a mesma traz em situações de muito stress e

		ansiedade; ensinou os participantes a realizar a respiração correta; explicou e abordou algumas estratégias de não estimular um sentimento indesejado; abordou o poder da nossa mente em relação aos estímulos;
--	--	---

Fonte: Própria (2020).

De acordo com os dados apresentados no Quadro 1, pode-se concluir que os objetivos deste encontro foram alcançados. Após o início da palestra, a palestrante cedeu abertura para todos que estivessem interessados em compartilhar suas experiências e curiosidades, e desde então, a maioria dos participantes compartilharam suas queixas com o grupo. Foi notório a falta de estrutura do ambiente prisional em relação a saúde mental e física do indivíduo, no qual muitos se queixaram sobre o ambiente ser em si estressante, pela falta de projetos de reeducação e a falta de profissionais para atender a demanda.

No decorrer da palestra, notou-se que muitos participantes veem a fé como símbolo de força para suportar o ambiente, pois só assim para acreditarem que um bom dia chegará.

Levando em consideração a saúde mental, um dos participantes mencionou, que quando convivia fora do sistema penitenciário, sua saúde mental era muito melhor, onde conseguia dominar o estresse. Porém, hoje ele percebe que o ambiente em que está vivendo é muito estressante, e infelizmente está se tornando agressivo com as coisas ao seu redor, pois não sabe como lidar com o estresse ali.

Além disso, durante a pandemia do COVID-19, muitos dos participantes reclamaram sobre a impossibilidade de receber visitas, dificultando ainda mais o estado psicológico dos participantes no sistema penitenciário “Ferrugem”. Já que, alguns participantes mencionaram suas famílias fora aquele ambiente, e por enquanto o único meio de comunicação é através de cartas, provocando sintomas de ansiedade, depressão e estresse, por conta da ausência social.

Com isso, conclui-se que muitos participantes estão em busca de afazeres para diminuir a tensão das celas, pois mesmo que tenham a fé para se apegar, solicitaram trabalhos, não especificando o tipo, podendo ser qualquer coisa. Entretanto, neste raio não é possível a realização de trabalho com os reeducandos, ditos por eles que desta forma aumenta ainda mais o estresse e ansiedade. Em vista disso, é necessário a implantação de projetos socioeducativos para contribuir com a saúde mental, pois os participantes conseguem entender que o número de psicólogos não é suficiente para atender às necessidades.

Segundo a LEP, o trabalho é muito importante na recuperação do detento, como diz em seu Art. 28: “O trabalho do condenado, como dever social e condição de dignidade humana, terá finalidade educativa e produtiva”, sendo direito do preso a atribuição de trabalho e sua remuneração (art. 41, II, da LEP).

Quadro 2: Segundo encontro

ETAPAS DO ENCONTRO	OBJETIVOS	ESTRATÉGIAS
FASE INICIAL	Demonstrar a relevância de medidas preventivas para os sintomas de ansiedade e proporcionar um momento de diálogo entre suas dúvidas e queixas.	Iniciou-se a palestra com o Grupo B, primeiramente a palestrante conversou com os participantes sobre o encontro anterior, e perguntou aos mesmos se conseguiram aplicar durante a semana. Logo depois contextualizando sobre a ansiedade, sintomas e tratamento; dados estatísticos sobre ansiedade; explicou-se os motivos que causam a ansiedade;
FASE INTERMEDIÁRIA		Em seguida, iniciou a técnica do acalme-se com outra palestrante, no qual, a mesma explicou primeiramente os tipos de ansiedade, a positiva do dia a dia e a ansiedade negativa, que causa sintomas físicos e psicológicos.
FASE FINAL		Logo a palestrante explicou de forma lúdica aos participantes como a ansiedade aumenta e como podemos enfrentá-la a partir da técnica do acalme-se, explicando detalhadamente cada passo. Notou-se que a maioria dos participantes interagiu com a palestrante, fazendo perguntas, expondo exemplos e comentários. Para finalizar, a palestrante trouxe um exemplo de superação de vida para deixar como uma reflexão para os participantes, e explicou aos mesmos que lá fora existem muitas pessoas presas em situações delicadas de vida e morte

Fonte: Própria (2020).

Através dos dados fornecidos no Quadro 2, pode-se verificar que o segundo encontro conseguiu atingir seus objetivos, pois a maioria dos participantes interagiram com os palestrantes e relataram alguns exemplos que passaram na última semana. Em primeiro lugar, a palestrante resumiu o conteúdo do último encontro, onde muitos conseguiram aplicar as técnicas de respiração, como também praticar alongamentos e não alimentar os pensamentos negativos.

Entre os participantes, muitos se queixaram por estarem no raio da Igreja Assembleia de Deus são proibidos de fazer exercícios físicos, podendo praticar leituras relacionadas apenas

com a religião evangélica e caminhadas, sendo obrigatório que os mesmos participem dos hábitos da igreja, pois os participantes que se encontram nesse raio não podem seguir para outro e com isso, questionam que só podem praticar a oração e para alguns isso se torna insuficiente para amenizar a dor de estar ali.

A palestrante conversou com os participantes referente esta reclamação, e apontou claramente que as regras precisam ser seguidas, e os instruiu para se dedicarem a isso, pois para mudar uma regra demanda tempo, e enquanto isto é necessário cooperar. Entretanto, a palestrante mostrou aos participantes a capacidade do nosso cérebro em criar, imaginar, e orientou a eles que usem essa imaginação neste meio para amenizar os sentimentos ruins neste ambiente.

Quadro 3: Terceiro encontro

ETAPAS DO ENCONTRO	OBJETIVOS	ESTRATÉGIAS
FASE INICIAL	Identificar a autoestima dos participantes, abordando sobre o conceito e importância para o autoconhecimento.	Iniciou-se o encontro juntamente com Grupo B para a realização do terceiro encontro de palestras, abordando como tema principal a autoestima. Primeiramente a palestrante conversou com os participantes sobre a palestra anterior, no qual alguns conseguiram aplicar o acalme-se durante a semana.
FASE INTERMEDIÁRIA		Logo depois, a mesma explicou sobre o conteúdo da palestra, explicando o conceito de autoestima, a origem que ela se forma, os estágios da autoestima, sendo (baixo, alto e a média), e as características da baixa autoestima e como ela implica no dia a dia.
FASE FINAL		Posteriormente, alguns participantes relataram que se sentem feios por conta da idade, outro disse que tem vergonha dos seus dentes. A palestrante explicou sobre a importância de se amar, amar as qualidades e amar os defeitos, pois não existe ninguém perfeito. E para finalizar, a palestrante deixou uma reflexão sobre as qualidades, ressaltando que todos possuem, sendo preciso alimentá-la com positividade.

Fonte: Própria (2020).

De acordo com o Quadro 3, o encontro seguiu com a palestra sobre autoestima com os participantes do Grupo B. A palestrante primeiramente recapitulou sobre o conteúdo do último encontro, onde alguns conseguiram aplicar o acalme-se, porém com as regras do raio verde, os mesmos ainda não podem realizar atividades físicas.

O intuito da palestra foi de mostrar como a autoestima é importante, sendo papel da autoestima fazer você estar bem consigo mesmo, olhar para o seu corpo, se amar com suas qualidades e defeitos, e também desmascarar os padrões de beleza que é posto através das mídias, onde são classificadas como “perfeitas”, aqueles que dispõem de (magreza, olhos claros, cor de pele, etc.).

É notável que os participantes estão cada vez mais longe da autoestima, muitos sentem desgosto por si mesmo, desmotivação, ódio, tristeza, entre outros olhares negativos para si mesmo. Entretanto, alguns solicitam por atividades que desenvolvam a autoestima, como projetos sociais.

4.3 Resultados comparativos do reteste

Tabela 3: Grupo A (Inventário de Ansiedade de Beck)

SINTOMAS	TESTE	RETESTE
Absolutamente não	23,33%	32,80%
Moderadamente foi muito desagradável mas pude suportar	26,19%	19,04%
Levemente não me incomodou muito	17,61%	24,86%
Gravemente dificilmente pude suportar	13,80%	14,28%
Não responderam	19,04%	8,9%

Fonte: Própria (2020).

Conforme a análise comparativa da Tabela 3 com o Grupo A referente a aplicação do teste e reteste a partir do Inventário de Ansiedade de Beck, observa-se que os sintomas de ansiedade mais prevalentes como, aterrorizado, sensação de calor, sem equilíbrio, não foram evidenciados na opção de absolutamente não, progredindo em 9,47% no reteste, e 7,15% da amostra melhorou relacionado aos sintomas de ansiedade na opção de moderadamente.

Embora 7,25% da amostra manifestou um agravamento na opção de levemente, aos sintomas mais prevalentes como, dificuldade de respirar, incapaz de relaxar e indigestão e 0,48% da amostra progrediu aos sintomas de ansiedade na opção de gravemente dificilmente pude suportar, principalmente aos sintomas de assustado, medo de perder o controle e nervoso. Cabe ressaltar que o reteste ficou com desfalque de 01 participante, pois o mesmo não se encontrava na unidade, sendo composto por 09 participantes.

Tabela 4: Grupo A (Inventário de Depressão de Beck)

SINTOMAS	TESTE	RETESTE
Ausente	30,95%	40,2%
Leve	34,76%	32,80%
Moderado	14,28%	14,81%
Grave	14,28%	12,16%
Não responderam	5,23%	0%

Fonte: Própria (2020).

De acordo com a análise comparativa de teste e reteste com o Grupo A na Tabela 4, por meio do Inventário de Depressão de Beck, pode-se observar que a amostra teve um melhoramento durante o reteste, onde 9,25% não apresentam sintomas depressivos principalmente aos sintomas de perda de peso, perda do interesse sexual, interação social e retardo para o trabalho, tornando-se ausente na amostra, e 1,96% da amostra apresentou redução de sintomas para a opção leve, aos sintomas de tristeza, insatisfação e preocupação somática.

Posto que, 0,53% da amostra apresentou agravamento em relação aos sintomas, principalmente ao senso de fracasso e indecisão na opção moderado e 2,12% da amostra apresentou melhoras no reteste aos sintomas, sobressaindo apenas o choro e expectativa de punição como grave. Vale ressaltar que na aplicação do reteste, um participante não esteve presente, contando com apenas 09 participantes no grupo.

Tabela 5: Grupo A (Inventário de Sintomas de Stress para Adultos- ISSL)

FASE	TESTE	RETESTE
Alarme	0%	0%
Resistência	20%	40%
Exaustão	0%	0%
Todas as fases	30%	30%
Resistência/ Exaustão	30%	10%
Nenhum	20%	10%

Fonte: Própria (2020).

Segundo a análise comparativa na Tabela 5, com o Grupo A referente ao Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp, é possível observar que a fase de alarme e a fase de exaustão não se destacaram isoladas na amostra com 0% no teste e reteste, como também 10% não apresentou nenhum sintoma de estresse. Porém, na fase de resistência no reteste, ocorreu um aumento de 20%.

Entretanto é possível observar que 30% da amostra indicou sintomas em todas as fases, tanto no teste, como no reteste, como também 10% indicou sintomas em duas fases juntas, sendo a fase de resistência e exaustão. Cabe lembrar que na aplicação do reteste, um participante não esteve presente, contando com apenas 09 participantes no grupo.

Tabela 6: Grupo B (Inventário de Ansiedade de Beck)

SINTOMAS	TESTE	RETESTE
Absolutamente não	31,42%	40%
Moderadamente foi muito desagradável mas pude suportar	20,95%	23,33%
Levemente não me incomodou muito	17,61%	21,42%
Gravemente dificilmente pude suportar	18,57%	9,52%
Não responderam	11,42%	5,7%

Fonte: Própria (2020).

Nota-se a partir da análise comparativa da Tabela 6, com o Grupo B referente a aplicação do teste e reteste com o Inventário de Ansiedade de Beck, que houve redução dos sintomas de ansiedade em 8,58%, não sendo evidenciados sintomas como trêmulo, medo de morrer, aterrorizado na opção de absolutamente não, e um acréscimo de sintomas em 2,38% aos sintomas de ansiedade como, medo de perder o controle, sensação de calor e formigamento na opção de moderadamente.

Enquanto 3,81% da amostra revelou detrimento na opção de levemente, aos sintomas predominantes como: aceleração do coração, assustado e formigamento. Contudo, 9,05% da amostra apresentou melhoras aos sintomas de ansiedade na opção de gravemente dificilmente pude suportar, apontando apenas o sintoma de nervoso como dominante.

Tabela 7: Grupo B (Inventário de Depressão de Beck)

SINTOMAS	TESTE	RETESTE
Ausente	29,04%	36,19%
Leve	29,52%	34,28%
Moderado	19,52%	13,80%
Grave	13,80%	13,80%
Não responderam	8,09%	0,47%
Perda de peso (anorexia)	0%	1,42%

Fonte: Própria (2020).

Através do Inventário de Depressão de Beck com os dados da análise comparativa de teste e reteste do Grupo B na Tabela 7, é possível observar que a amostra teve progresso no decorrer do reteste em 7,15% não apresentando mais sintomas depressivos, especialmente aos

sintomas de perda do interesse sexual, interação social e auto desgosto, sendo ausente na amostra. Entretanto 4,76% da amostra apresentou aumento de sintomas para a opção leve, relacionado à suscetibilidade a fadiga, senso de fracasso e preocupação somática.

Ainda na Tabela 7, a amostra apresentou avanço positivo em relação aos sintomas de depressão na opção moderado com 5,72%, sendo destaque apenas os sintomas de indecisão e perda de apetite. Já na opção grave a amostra manteve em 13,80% aos sintomas de depressão, sendo destaque apenas a expectativa de punição e 1,42% avançou aos sintomas de perda de peso de forma proposital.

Tabela 8: Grupo B (Inventário de Sintomas de Stress para Adultos- ISSL)

FASE	TESTE	RETESTE
Alarme	0%	0%
Resistência	40%	60%
Exaustão	0%	0%
Todas as fases	10%	30%
Alarme/ Resistência	20%	0%
Resistência/ Exaustão	10%	0%
Nenhum	20%	10%

Fonte: Própria (2020).

De acordo com a análise comparativa na Tabela 8, com o Grupo B vinculado ao Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp, nota-se que a fase de alarme e a fase de exaustão não se destacaram isoladas na amostra com 0% no teste e reteste. No entanto, a amostra retrocedeu 10% na opção de nenhum sintoma de estresse e a fase de resistência no reteste, ocorreu um aumento de 20% dos sintomas.

Em seguida é possível ressaltar ainda na Tabela 8, que 30% da amostra indicou sintomas em todas as fases no reteste. Porém, em relação as fases que foram avaliadas no teste conjunta (alarme/ resistência) (resistência/ exaustão), não obtiveram respostas no reteste.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Sistema Penitenciário de Sinop-MT, “Ferrugem”, dispõe de uma realidade distante do que é proposto no Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, principalmente em relação a insuficiência de ações educativas, que contribuem para ressocialização do reeducando.

Tendo em vista os aspectos observados, os resultados esperados foram significativos para a pesquisa. Entretanto, é possível avaliar que a diferença de sintomas é mínima entre o Grupo A (controle) e o Grupo B (intervenção), em decorrência a intervenção realizada. Considera-se que o objetivo principal da pesquisa foi concluído, pois realizou-se a avaliação e a promoção de saúde mental com os reeducandos do Sistema Prisional de Sinop/MT, levando em conta a diferença dos grupos de intervenção e observação.

Contudo, o impacto da presença de saúde mental na estrutura emocional dos reeducandos do Grupo B, levantou muitos questionamentos aos participantes a partir das palestras sobre ansiedade, autoestima, depressão, estresse e saúde mental, sendo observado pelas psicólogas do Sistema Penitenciário Ferrugem, que a demanda de solicitação para atendimento progrediu. A pesquisadora notou que a participação e curiosidade dos participantes ao decorrer dos assuntos era evidente, pois muitos se identificavam com os sintomas e a todo momento buscavam uma resposta, sendo repassado algumas estratégias para minimizar estes sintomas.

Com relação ao desenvolvimento de autoestima, pensamentos positivos e a redução da agressividade no meio prisional, é possível avaliar que estas hipóteses foram alcançadas. Da maneira que o indivíduo começa a ter um olhar para si mesmo, e busca ajuda para conseguir se ressignificar naquele meio social, faz parte do desenvolvimento da autoestima e aos pensamentos positivos. Já a agressividade, é pouco notável no Grupo B, pois os participantes faziam parte de um raio verde que não toleram tal agressividade.

De fato, a ansiedade, depressão e estresse, estão presente entre os reeducandos. No entanto, nem sempre serão detectadas por testes ou questionários, como também ocorreu na pesquisa de mestrado de *Ilmar Costa Lima, no estudo psicoafetivo em detentos do complexo penitenciário Anísio Jobim*. Tais resultados não tenham sido considerados tão expressivos assim, por estarem reclusos da sociedade, pois existem regras não escritas de que todo detido deve cumprir e obedecer.

Como por exemplo, no raio verde do Sistema Penitenciário Ferrugem, existem regras religiosas e com isso os reeducandos não podem desempenhar atividades que não estejam relacionadas a religião. Não é possível ter conhecimento sobre o que se passa entre as celas e

por isso não é garantindo a sinceridade das respostas nos instrumentos utilizados, posto que, reconhecemos que algumas perguntas, podem sim, interferir nesse código não escrito e que para todos os internos é lei.

Para mudar esta realidade, cabe levantar recomendações de outros estudos que envolva mais a compreensão das implicações e impactos das prisões ao reeducando, apresentando intervenções educativas voltadas para o autoconhecimento do reeducando, um maior número de profissionais, e principalmente investir em equipes multidisciplinares de saúde para promover qualidade de vida, desde a prevenção e recuperação do indivíduo. Sendo assim, recomenda-se a partir da percepção da pesquisadora, que esses indivíduos precisam ser escutados e entendidos, não somente classificados.

REFERÊNCIAS

AFONSO, L.; SENRA, L.; **PANORAMA HISTÓRICO DA REGULAMENTAÇÃO DA ESPECIALIZAÇÃO EM PSICOLOGIA JURÍDICA NO BRASIL**. Muriaé, Brasil – 2014. Disponível em: <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0858.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2020.

ALBERTO, M.; *et al.* **O papel do psicólogo e das entidades junto a crianças e adolescentes em situação de risco**. Psicol. cienc. prof., Brasília, v. 28, n. 3, p. 558-573, set. 2008. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932008000300010&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 13 jul. 2020.

ANDRADE, U.; FERREIRA, F.; **Crise no sistema penitenciário brasileiro: capitalismo, desigualdade social e prisão**, p. 116-129. Revista Psicologia, Diversidade e Saúde, Salvador. 2015;4(1): 2015 Disponível em: <file:///C:/Users/Windows/Downloads/537-2802-1-PB.pdf> Acesso em: 03 jun. 2020.

ANDOLHE, R. *et al.* **Estresse, coping e burnout da Equipe de Enfermagem de Unidades de Terapia Intensiva: fatores associados**. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 49, n. spe , p. 58-64, Dec. 2015 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000700058&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 fev. 2020.

ALVES, J.; **Abandono afetivo inverso pode gerar indenização**. Revista IBDFAM –Instituto Brasileiro de Direito de Família, 16 de jul. 2013.

ALVIM, S. C; OLIVEIRA, L. F. **A eficácia da progressão de regime no sistema penal brasileiro diante das normas e políticas públicas de ressocialização**. v.2 n. 1, p. 16-35, 2014. Rev. científic@ Disponível em: <http://revistas.unievangelica.edu.br/index.php/cientifica/article/view/859>>Acesso em: 29 mai. 2020.

ARANTES, E.; **Pensando a psicologia aplicada à justiça**. In H. S. Gonçalves & E. P. Brandão. Psicologia jurídica no Brasil, (2004). (pp.15-49). Rio de Janeiro: NAU Editora.

ASSIS, R.; **A realidade atual do Sistema Penitenciário Brasileiro**. Revista CEJ. Brasília, Ano XI, n. 39, p. 74-78, out./dez. 2007, pp. 74- 78. Disponível em: <http://depen.gov.br/DEPEN/depen/espen/ARealidadeatualdoSistemaPenitencirioBrasileiro2008.pdf>. Acesso em: 26 abr. 2020.

AZEVEDO, M.; **Comissão de Direitos Humanos – Conselho Federal de Psicologia/SP**. In: CONGRESSO IBERO-AMERICANO DE PSICOLOGIA JURÍDICA, 2000, São Paulo Universidade Presbiteriana Mackenzie, 2000.

BARATTA, A.; **A Criminologia crítica do direito penal**. Rio de Janeiro: Revan, 2002.

BARROCAL, A.; **Se cadeia resolvesse**. Março 2015. Disponível em: <http://www.cartacapital.com.br/revista/838/se-cadeia-resolvesse-4312.html>. Acesso em: 28 jun. de 2020.

BAPTISTA, M.; MORAIS, P.; CARMO, N.; SOUZA, G.; CUNHA, A.; **Avaliação de depressão, síndrome de burnout e qualidade de vida em bombeiros**. Psicologia Argumento. Curitiba: V. 23, n 42, p. 47-54, 2005.

BATISTA, M.; ARAÚJO, J.; NASCIMENTO, E.; **Assistência à saúde das pessoas privadas de liberdade provisória: análise da efetividade do plano nacional de saúde do sistema penitenciário.** Arq. Cienc. Saúde UNIPAR, Umuarama, v. 23, n. 1, p. 71-80, maio/ago. 2019.

BECHELLI, L.; SANTOS, M.; **O paciente na psicoterapia de grupo.** Rev. Latino Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 13, n. 1, p. 118-125, fevereiro de 2005. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000100019&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 01 jul. 2020.

BENELLI, SJ.; **Foucault e a prisão como modelo institucional da sociedade disciplinar.** São Paulo: Editora UNESP, 2014, pp. 63-84. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/74z7q/pdf/benelli-9788568334447-04.pdf>. Acesso em: 08 abr. 2020.

BITTENCOURT, C.; **OS EFEITOS DA PRISÃO BRASILEIRA NO PROCESSO DE REINTEGRAÇÃO SOCIAL DO ENCARCERADO** 2010, pg. 143. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2017-jan-06/cezar-bitencourt-massacre-manaus-foi-tragedia-anunciada>. Acesso em: 06 jan. 2017

BIASOTO, L.; VICENTE, R.; **“A escuta psi”.** In: MUSZKAT, Malvina. Mediação de conflitos: pacificando e prevenindo a violência. São Paulo: Summus, 2003.

BOBBIO, N.; **A Era dos Direitos.** 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

BOCK, A; FURTADO, O.; TEIXEIRA, M; **PSICOLOGIAS UMA INTRODUÇÃO AO ESTUDO DE PSICOLOGIA.** 13a edição reformulada e ampliada— 1999 3ª tiragem — 2001. p.492.

BOCK, A.; **RESOLUÇÃO CFP N.º 014/00 DE 20 DE DEZEMBRO DE 2000.** Brasília (DF), 20 de dezembro de 2000. BRASIL. Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990. **Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências.** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil03/LEIS/L8069.htm#art266>. Acesso em: 17 mar. 2020.

BRASIL. **Lei 10.792/2003, altera a Lei nº 7.210, de 11 de junho de 1984 - Lei de Execução Penal e o Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 - Código de Processo Penal e dá outras providências.** Brasília, 1º de dezembro de 2003; 182º da Independência e 115º da República.

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990.** Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, 13 de julho de 1990; 169º da Independência e 102º da República.

BRASIL. **Lei nº 7.210 de 11 de julho de 1984.** Institui a Lei de Execução Penal. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1984.

BRASIL. **Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940.** Código Penal Brasileiro. Rio de Janeiro, 1940; 119º da Independência e 52º da República. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm. Acesso em: 11 jun. 2020.

BRASIL. **Lei nº 9.807, de 13 de julho de 1999.** Estabelece normas para a organização e a manutenção de programas especiais de proteção a vítimas e a testemunhas ameaçadas, institui

o Programa Federal de Assistência a Vítimas e a Testemunhas Ameaçadas e dispõe sobre a proteção de acusados ou condenados que tenham voluntariamente prestado efetiva colaboração à investigação policial e ao processo criminal. Brasília, 13 de julho de 1999; 178º da Independência e 111º da República.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 6 de abril de 2001; 180º da Independência e 113º da República.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 11 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. 64 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) – disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_sistema_penitenciario_2ed.pdf. Acesso em: 10 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. **Portaria Interministerial nº. 1.777, de 09 de setembro de 2003**. Aprova o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário [portaria na internet]. Acesso em 10 mai 2017. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/sile g/integrass/530359.pdf>

BREGA F.; **A reparação do dano no Direito Penal brasileiro**. Perspectivas. Jus Navegandi, 318. Recuperado em fevereiro, (2004). Disponível em <http://jus2.uol.com.br/Doutrina/texto.as p?id=5242>. Acesso em: 04 mai. 2020.

BRITO, L.; **Anotações sobre Psicologia jurídica**. Psicol. cienc. prof. , Brasília, v. 32, n. spe, p. 194-205, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932012000500014&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 jun. 2020.

BRIGAGÃO, *et al.* **A prática profissional dos (as) psicólogos (as) no Sistema Prisional - 1ª Edição**. Brasília, DF. 2009. p.55. Disponível em: <http://crpsp.org.br/interjustica/pdfs/outros/a-pratica-profissional-dos-as-psicologos-as-no-sistema-prisional.pdf>. Acesso em: 09 abr. 2020.

BRUNDTLAND, G. H.; **Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001**. Conferência proferida em outubro de 2001, Genebra, Suíça.

CABRAL, W.; **DIREITO PENAL**. 2015. Disponível em: <https://www.unibrasil.com.br/wp-content/uploads/2019/09/direito-penal-processo-penal-e-filosofia-da-linguagem.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2020.

CARVALHO, L.; **Algumas Considerações sobre a importância da Psicologia Jurídica/Forense**. 2009.

CASTRO, A.; **Direito Processo Penal**. 24 maio 2017. Disponível em: <http://www.conteudojuridico.com.br/consulta/Artigos/50149/a-crise-no-sistemapenitenciario-brasileiro>. Acesso em: 10 mai. 2020.

CAPDEVILA, M.; PUIG, M.; **Taxa de reincidência penitenciária**, (2009). Disponível em: creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/es/legalcode.ca. Acesso em: 30 jun. 2020.

CLARK, D.A.; BECK, A.T. 2012. **Terapia cognitiva para os transtornos de ansiedade: ciência e prática**. Porto Alegre, Artmed, 640 p.

CLARK, D.A.; BECK, A.T. 2014. **Vencendo a ansiedade e preocupação**. Porto Alegre, Artmed, 180 p.

COMPARATO, F.; **A afirmação histórica dos direitos humanos**. São Paulo, 2005. p.577.

CONCEIÇÃO, M.; SILVA, M.; TURRA, N.; **O modelo brasileiro: desafio multidisciplinar**. In: MONTEIRO, Valdênia Brito (Org.). Revista Direitos Humanos: Proteção a Testemunhas no Brasil. Recife: GAJOP, ano 03, n. 7, jan/jul, 2001, p. 21-27.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **A prática profissional dos (as) psicólogos (as) no Sistema Prisional**. Brasília, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA [CFP]. (2005) **Resolução CFP Nº 010/05**. Aprova o código de ética profissional do psicólogo. Brasília: CFP. Disponível em: http://www.pol.org.br/pol/export/sites/default/pol/legislacao/legislacaoDocumentos/resolucao_2005_10.pdf> Acesso em: 23 fev. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução CFP n.º 13/2007**. Institui a Consolidação das Resoluções relativas ao Título Profissional de Especialista em Psicologia e dispõe sobre normas e procedimentos para seu registro. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2008/08/Resolucao_CFP_nx_013-2007.pdf. Acesso em: 23 fev. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução CFP n.º 014/00** que institui o título profissional de especialista em psicologia e o respectivo registro nos Conselhos Regionais. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2006/01/resolucao2001_2.pdf. Acesso em: 23 fev. 2020.

CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA (CNPCCP). **Resolução nº 14, de 11 de novembro de 1994**. Resolve fixar as Regras Mínimas para o Tratamento do Preso no Brasil. Publicada no DOU de 02/12/94.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA 18ª REGIÃO MATO GROSSO. **Lei nº 5.766 de 20/12/1971** e artigo 18º do Regimento Eleitoral, Resolução CFP 016/2018.

COSTA, F.; **A dimensão do político na Psicologia Social no Brasil (1986-2011): uma análise da produção científica a partir da Teoria Democrática Radical e Plural**. Tese de Doutorado, Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal de Minas Gerais Belo Horizonte, MG. (2014).

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

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2ª Ed. Porto Alegre/RS: ArtMed Editora S/A, 2008.

DAMAS, F.; OLIVEIRA, W.; **A SAÚDE MENTAL NAS PRISÕES DE SANTA CATARINA, BRASIL** *Mental*. Florianópolis, v.5, n.12, p.1 - 24, 2013.

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS. Assembleia Geral das Nações Unidas em Paris. 10 dez. 1948. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/direitoshumanos/>. Acesso em: 26 mai. 2020.

DELGADO, P.; **Saúde Mental e Direitos Humanos: 10 Anos da Lei 10.216/2001**. Arq.br as. psicol., Rio de Janeiro, v. 63, n. 2, p. 114-121, 2011. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180952672011000200012&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 14 mai. 2020.

DEPEN- DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO NACIONAL. Diretrizes para atuação e formação dos psicólogos do sistema prisional brasileiro Brasília. 2007. Disponível em: http://www.crpsp.org.br/sistemaprisional/cartilhas/Diretrizes_atuacao_psi_do_sistema_prisonal.pdf. Acesso em: 22 jun. 2020.

FRANÇA, F.; **Reflexões sobre Psicologia Jurídica e seu panorama no Brasil**. Psicologia: Teoria e Prática – São Paulo, 2004, 6 (1): 73-80. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v6n1/v6n1a06.pdf>. Acesso em: 19 mai. 2020.

FARIAS JÚNIOR, João. **Manual de criminologia**. 4. ed. Curitiba: Juruá: 2008.

FEITOSA, E.; **FORMA JURÍDICA E DIREITO NATURAL EM SPINOZA: ÉTICA E ESTADO LAICO ENTRE DESCRIÇÃO E PRESCRIÇÃO**. Revista Jurídica Volume 3. Edição 56. (0103-3506). Recife, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/36930/1/Monografia%20%20Multiparentalidade%20reconhecimento%20e%20os%20efeitos%20jur%20c3%20addicos%20-%20Elielson%20Lopes%20Feitosa%20.pdf>. Acesso em: 06 fev. 2020.

FERNANDES, M.; **Execução Penal e sua interferência na subjetividade do homem preso**. In: CONGRESSO IBERO-AMERICANO DE PSICOLOGIA JURÍDICA. São Paulo: Universidade Presbiteriana Mackenzie, 2000.

FERREIRA NETO, J.; (2011). **Psicologia, políticas públicas e o SUS**. São Paulo: Escuta.

FOUCAULT, M.; **Microfísica do Poder**. 28ª Ed. Brasil. 2014, p. 432.

_____. **Vigiar e punir**. Tradução de Raquel Ramallete. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

FONSECA, C.; TERTO, V.; ALVES, C.; **Antropologia, diversidade e direitos humanos**. Porto Alegre: Editora UFRGS, 2004.

FREITAS, M.; **Psicologia Jurídica e Psicologia Forense: Aproximações e Definições**. Revista de Psicoanálisis y estudios culturales, 2009 (10), 1-1. Disponível em: http://www.psizeba.com.ar/articulos2/MAF_psicologia_juridica_psicologia_forense.htm#_ftnA2. Acesso em: 21 mar. 2020.

GARCÍA-PABLOS DE MOLINA, A.; **O que é Criminologia?** Trad. Danilo Cymrot. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2013.

GARDNER, J. & Bell, A. (2001). **Superando a Ansiedade, o Pânico e a Depressão: novas maneiras de recuperar a autoconfiança.** São Paulo: Madras.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 5.ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa.** 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2002. ISBN: 85-224-3169-8.

GOFFMAN, E.; **Manicômios, prisões e conventos.** Tradução de Dante Moreira Leite. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2008.

GONZAGA, M.; BACARIN, J.; SANTOS, H.; **A Cidadania Por Um Fio: a luta pela inclusão do apenado na sociedade.** Maringá: Dental Press, 2002.

GULASSA, D.; **Vínculo e confiança em atendimento psicoterapêutico psicodramático grupal com presidiários.** *Psicol. cienc. prof.* [online]. 2007, vol.27, n.2 [cited 2020-06-28], pp.332-341. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932007000200013&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1414-9893. Acesso em: 23 fev. 2020.

HARVEY, A. (2001). **Insomnia: symptom or diagnosis?** *Clinical Psychology Review*, 21 (7), 1037-1059.

JESUS, F. **Breve histórico da psicologia jurídica. Psicologia aplicada à justiça.** Goiânia: AB Editora. 2001.

JUNIOR, A.; COSTA.; **Aspectos da Vitimologia.** Conteúdo Jurídico, Brasília-DF, 2002. Disponível em: <https://conteudojuridico.com.br/consulta/Artigos/29644/aspectos-da-vitimologia>. Acesso em: 13 mai 2020.

LAGO, V.; *et al.* **Um breve histórico da psicologia jurídica no Brasil e seus campos de atuação.** *Estud. psicol. (Campinas)* [online]. 2009, vol.26, n.4 [cited 2020-06-18], pp.483-491. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103166X2009000400009&lng=e&nrm=iso>. ISSN 0103-166X. Acesso em: 20 jan. 2020.

LEMOS, C.; **A dignidade humana e as prisões capixabas.** Vitória: Univila, 2007.

LEAL, L.; **Psicologia jurídica: história, ramificações e áreas de atuação.** Diversa, v. 1, n.2, Jun./dez. 2008. Disponível em: http://www.ufpi.br/subsiteFiles/parnaiba/arquivos/files/rded2ano1_artigo11_Liene_Leal.PDF. Acesso em: 03 de abr. 2020.

LEMGRUBER, J. (Org.) **Criminalidade, violência e segurança pública no Brasil.** Rio de Janeiro: IPEA, 2000.

LIMA, E.; **Sistema prisional brasileiro.** 2011. 39 fls. Monografia – Universidade Presidente Antônio Carlos – UNIPAC, Barbacena, 2011, p.26. Disponível em: <http://www.unipac.br/site/bb/tcc/tcc-0f83329cedc24d1ec912bac92e5dc1cb.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2020.

LIPP, M.; (Org.). **Pesquisas sobre stress no Brasil: Saúde, ocupações e grupos de risco**. Campinas: Papirus. (2001).

LOMBROSO, C.; **O Homem Delinquente**. Tradução: Sebastian José Roque. 1. Reimpressão. São Paulo: Ícone, 2010.

MACHADO, V.; **O fracasso da pena de prisão. Alternativas e soluções**. Revista Jus Navigandi, ISSN 1518-4862, Teresina, ano 14, n. 2243, 22 ago. 2009. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/13381>. Acesso em: 05 fev. 2020.

MARQUES, A.; OLIVEIRA, R.; **Possíveis contribuições da psicologia na estratégia de saúde da família: interdisciplinaridade entre fazeres e saberes**. Est. Inter. Psicol. 2015, vol.6, n.2 pp. 39-58 . Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S223664072015000200004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 22 fev. 2020.

MELO, A.; **POR UMA FORMAÇÃO JURÍDICA JUSTA**. Artigo publicado no jornal Farol Jurídico, Internet, 2000. Disponível em: https://aplicacao.mpmg.mp.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/387/por%20uma%20forma%C3%A7ao%20juridica%20justa_Melo.pdf?sequence=1. Acesso em: 19 mai. 2020.

MENEZES, C.; **Noções de Criminologia**. Instituto Marconi. 2013.

MIRABETE, J. F.; **Processo Penal. 18ª ed. rev. e atual.** por Renato N. Fabbrini. São Paulo: Atlas, 2008.

MIRA Y LÓPEZ, E.; **Manual de Psicologia Jurídica**. Campinas: Servanda. (2011).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PLANO NACIONAL DE SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO**. Brasília–DF. 2005. 2.ª edição p. 68.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. **Levantamento nacional de informações penitenciárias INFOPEN**. Dez. 2014. Senasp – Secretarias de Segurança Pública. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/dl/infopen-dez14.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2020.

MOLINA, A. G-P. de; GOMES, L. F. **Criminologia**. 2. ed. São Paulo: Revistas dos Tribunais. 1998 p. 383

MONTEIRO, B.; **A lei de execução penal e o seu caráter ressocializador**. São Paulo, 2016. Disponível em: <https://ambitojuridico.com.br/edicoes/revista-153/a-lei-de-execucao-penal-e-o-seu-carater-ressocializador/>. Acesso em: 15 fev. 2020.

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

NASCIMENTO, D.; **Oficina de Convivência – o grupo na prisão**. In: CONGRESSO IBERO-AMERICANO DE PSICOLOGIA JURÍDICA, 3., 2000, São Paulo. **Anais...** São Paulo: Universidade Presbiteriana Mackenzie, 2000.

NASCIMENTO, D.; NASCIMENTO, J.; **Educação do campo: um diálogo com a proposta pedagógica do programa escola ativa.** In: Revista Metáfora Educacional (ISSN 1809-2705) – versão on-line, n. 15 (jul. – dez. 2013), Feira de Santana – Bahia (Brasil), dez./2013. p. 236-251. Disponível em: <http://www.valdeci.bio.br/revista.htm>. Acesso em: 07 jul. 2020.

NETO, F.; FRANZ, G.; **A crise carcerária e a privatização do sistema prisional.** Florianópolis, 2010. Disponível em: http://www.apec.unesc.net/V_EEC/sesoes_tematicas/Temas%20Especiais/A%20CRISE%20CARCER%C3%81RIA%20E%20A%20PRIVATIZA%C3%87%C3%83O%20DO%20SISTEMA%20PRISIONAL.pdf. Acesso em: 06 mai. 2020.

NEIS, C.; **FATORES DA CRIMINILIDADE: Um estudo sobre a influência dos fatores sociais na prática de infrações penais.** Biguaçu, 2008. Disponível em: <http://siaibib01.univ.br/pdf/camila%20neis.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2020.

NOVO, B.; **A importância da psicologia jurídica.** Boletim Jurídico, Uberaba/MG, 2018. Disponível em: <https://www.boletimjuridico.com.br/artigos/direito-penal/3948/a-importancia-psicologia-juridica>. Acesso em: 6 mar. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID – 10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas.** Porto Alegre: Editora Artmed, 1993.

OLIVEIRA, V. E. **O municipalismo brasileiro e a provisão local de políticas sociais: o caso dos serviços de saúde nos municípios paulistas.** 2007. Tese (Doutorado) Universidade de São Paulo, 2007.

PASSOS, E.; **A cartografia como método de pesquisa-intervenção.** Pistas do método da cartografia: pesquisa intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2009. p.31.

PERRY, M.; **Civilização Ocidental: uma história concisa.** 2. ed. SP: Martins Fontes, 2002.

PEREIRA, A.; VIANNA, P.; **Saúde Mental.** Nescon UFMG Editora Coopmed. Belo Horizonte, 2009. p. 80.

PIRES, A.; **Da Assistência ao preso e ao internado,** 2010.

PIRES, F. M.; PALASSI, M. F.; **O Trabalho Prisional sob a Ótica dos Presos.** Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/admin/pdf/apb1059.pdf>. Acesso em: 22 de out. 2020.

RAUTER, C.; **Clínica e estratégias de resistência: perspectivas para o trabalho do psicólogo em prisões - Psicologia e sociedade,** Porto Alegre, v. 19, n. 2, p. 42-47 ago. 2007.

RAMALHO, JR. **Mundo do crime: a ordem pelo avesso** [online]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2008. 165 p. ISBN: 978-85-9966-226-7. Available from SciELO Books.

REIS, A.; FERNANDES, S.; GOMES, A.; **Estresse e fatores psicossociais.** Psicol. cienc. prof., Brasília, v. 30, n. 4, p. 712-725, Dec. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/s ci>

elo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932010000400004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 01 de mar. 2020.

SALLA, F.; **As rebeliões nas prisões: novos significados a partir da experiência brasileira.** Sociologias, Porto Alegre, n. 16, p. 274-307, dezembro de 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151745222006000200011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 de jun. 2020.

SALES, L.; SÁ.; **A condição do policial militar em atendimento clínico: uma análise das narrativas sobre adoecimento, sofrimento e medo no contexto profissional.** Repocs, v.13, n.25, jan/jun, 2016. Disponível em: <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rpcsoc/article/view/4279>. Acesso em: 23 abr. 2020.

SANTOS, C.; SILVA, V.; **Perícia psicológica forense: contextualização e métodos.** Revista Jus Navigandi, ISSN 1518-4862, Teresina, ano 23, n. 5311, 15 jan. 2017. Disponível em: <http://jus.com.br/artigos/61689>. Acesso em: 05 mai. 2020.

SENNA, V.; **Sistema Penitenciário Brasileiro.** fev. 2008. Disponível em: <http://www.webarigos.com/articles/4242/1/Sistema-Prisional/pagina1.html>. Acesso em: 13 jul. de 2020.

SESP – **SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA.** Governo de Mato Grosso. Disponível em: <http://www.sesp.mt.gov.br/>. Acesso em: 19 jul. 2020.

SILVA, J.; **PRISÃO: RESSOCIALIZAR PARA NÃO REINICIDIR.** Curitiba, 2003. p. 60. Disponível em: http://www.depen.pr.gov.br/arquivos/File/monografia_joseribamar.pdf. Acesso em: 10 jul. 2020.

SILVA, D.; **Guarda compartilhada e síndrome de alienação parental. O que é isso?.** Campinas: Armazém do Ipê, 2009, p. 54.

SILVA, J.; **A mediação e o processo de mediação.** São Paulo: Paulistanajur Ltda, 2004.

SILVA, N. C. *et al.* **Transtornos psiquiátricos e fatores de risco em uma população carcerária.** Vol. 40. 2011, p.73.

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

SOUTO, V.; MENEZES, M.; **FATORES QUE FAVORECEM A REINICIDÊNCIA CRIMINAL A LUZ DA ANÁLISE FUNCIONAL.** Salvador, 2016. Disponível em: [file:///C:/Users/Bruna%20Gomes/Downloads/1064-5298-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Bruna%20Gomes/Downloads/1064-5298-1-PB%20(1).pdf). Acesso em: 30 jun. 2020.

SOBREIRA, M.; **RELIGIOSIDADE, DEPRESSÃO, ANSIEDADE E IDEAÇÃO SUICIDA ENTRE MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE.** São Paulo, 2018. Tese de Doutorado. Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – Curso de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.

STEIN, L.; **Falsas memórias em depoimentos de testemunhas**. In Anais do 3º Congresso Ibero-americano de Psicologia Jurídica (pp.213-216). São Paulo: Universidade Presbiteriana MacKenzie, 2000.

TARTARI, L.; SACRAMENTO. **VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA CONJUGAL EM UNIVERSITÁRIOS: ESTUDO DE FATORES DE RISCO**. São Bernardo do Campo, 2007. Disponível em: <http://tede.metodista.br/jspui/bitstream/tede/1382/1/LIVIA%20DE%20TARTARI%20E%20SACRAMENTO.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2020.

TAVARES, G.; Menandro, P.; **Atestado de Exclusão com Firma Reconhecida: o Sofrimento do Presidiário Brasileiro**. Psicologia: Ciência e Profissão, (2004) p. 86-99.

TAVOLIERE, N.; DELGADO, M.; **Aprisionamento em massa fortalece facções criminosas**. 2017. Disponível em: <https://www.dw.com/pt-br/aprisionamentoem-massa-fortalece-fac%C3%A7%C3%B5es-criminosas/a-36992697>. Acesso em: 03 jun. 2020.

TEIXEIRA, G.; **Reflexões sobre a psicologia no Programa de mediação de conflitos: um relato de experiência do trabalho desenvolvido em Minas Gerais**. 2007. Disponível em: <https://seer.ufmg.br/index.php/mosaico/article/view/4350/3156>. Acesso em: 09 mar. 2020.

TODOROV, J.; **Sobre uma definição de comportamento**. Revista Perspectivas. 2012. Brasília vol.03 n°01 pp. 032-037.

THOMPSON, A. **A Questão Penitenciária**. Rio de Janeiro, Forense, 2000.

TRAPE, T.; CAMPOS, R.; COSTA, K.; **Rede de Atenção à Saúde Mental: estudo comparado Brasil e Catalunha**. Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, e280402, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312018000400601&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 fev. 2020.

VERAS, V.; **Autópsia psicológica**. 27 de julho de 2018 Disponível em: <https://canalciem.ciascriminais.com.br/autopsia-psicologica/>. Acesso em: 18 jun. 2020.

VIEIRA-SILVA, M.; **Processo grupal, afetividade, identidade e poder em trabalhos comunitários: paradoxos e articulações**. São Paulo (2000).: Pontificia Universidade Católica de São Paulo. Tese de Doutorado.

WRUBEL, R.; **AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA NO CONTEXTO PRISIONAL: A QUESTÃO DO EXAME CRIMINOLÓGICO**. MARINGÁ, 2013. p.63. Disponível em: http://www.espen.pr.gov.br/arquivos/File/Avaliacao_psicologica_no_contexto_prisional.pdf. Acesso em: 16 mai. 2020.

ANEXO

INVENTÁRIO DE ANSIEDADE DE BECK - BAI.

Nome: _____ Idade: _____ Data: _____
 ____/____/____

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a **última semana, incluindo hoje**, colocando um "x" no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

	Absolutamente não	Levemente Não me incomodou muito	Moderadamente Foi muito desagradável mas pode suportar	Gravemente Difícilmente pode suportar
1. Dormência ou formigamento				
2. Sensação de calor				
3. Tremores nas pernas				
4. Incapaz de relaxar				
5. Medo que aconteça o pior				
6. Atordoado ou tonto				
7. Palpitação ou aceleração do coração				
8. Sem equilíbrio				
9. Aterrorizado				
10. Nervoso				
11. Sensação de sufocação				
12. Tremores nas mãos				
13. Trêmulo				
14. Medo de perder o controle				
15. Dificuldade de respirar				
16. Medo de morrer				
17. Assustado				
18. Indigestão ou desconforto no abdômen				
19. Sensação de desmaio				
20. Rosto afogueado				
21. Suor (não devido ao calor)				

INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK - BDI

Nome: _____
 ____/____/____

Idade: _____

Data: _____

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

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

<p>6</p>	<p>0 Não acho que esteja sendo punido 1 Acho que posso ser punido 2 Creio que vou ser punido 3 Acho que estou sendo punido</p>	<p>12</p>	<p>0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas 1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar 2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas 3 Perdi todo o interesse pelas outras pessoas</p>
<p>13</p>	<p>0 Tomo decisões tão bem quanto antes 1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava 2 Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes 3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões</p>	<p>18</p>	<p>0 O meu apetite não está pior do que o habitual 1 Meu apetite não é tão bom como costumava ser 2 Meu apetite é muito pior agora 3 Absolutamente não tenho mais apetite</p>
<p>14</p>	<p>0 Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes 1 Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo 2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo 3 Acredito que pareço feio</p>	<p>19</p>	<p>0 Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente 1 Perdi mais do que 2 quilos e meio 2 Perdi mais do que 5 quilos 3 Perdi mais do que 7 quilos Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim _____ Não _____</p>
<p>15</p>	<p>0 Posso trabalhar tão bem quanto antes 1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa 2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa 3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho</p>	<p>20</p>	<p>0 Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual 1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação 2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa 3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa</p>
<p>16</p>	<p>0 Consigo dormir tão bem como o habitual 1 Não durmo tão bem como costumava 2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir 3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir</p>	<p>21</p>	<p>0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo 1 Estou menos interessado por sexo do que costumava 2 Estou muito menos interessado por sexo agora 3 Perdi completamente o interesse por sexo</p>
<p>17</p>	<p>0 Não fico mais cansado do que o habitual 1 Fico cansado mais facilmente do que costumava 2 Fico cansado em fazer qualquer coisa 3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa</p>		

INVENTÁRIO DE SINTOMAS DE STRESS DE LIPP (ISSL)

Nome: _____ Idade: _____

Data: ____/____/____

FASE 1

A) Marque COM "X" OS SINTOMAS QUE TEM EXPERIMENTADO NAS ÚLTIMAS 24 HORAS = (F1)

- 1. MÃOS (PÉS) FRIOS
- 2. BOCA SECA
- 3. NÓ NO ESTÔMAGO
- 4. AUMENTO DE SUDORESE
- 5. TENSÃO MUSCULAR
- 6. APERTO DA MANDÍBULA / RANGER DE DENTES
- 7. DIARRÉIA PASSAGEIRA
- 8. INSÔNIA
- 9. TAQUICARDIA
- 10. HIPERVENTILAÇÃO
- 11. HIPERTENSÃO ARTERIAL
- 12. MUDANÇA DE APETITE

SOME 1 PONTO PARA CADA F1 QUE ASSINALOU..... () F1

B) MARQUE COM "X" OS SINTOMAS QUE TEM EXPERIMENTADO NAS ÚLTIMAS 24 HORAS = P1

- 13. AUMENTO SÚBITO DE MOTIVAÇÃO
- 14. ENTUSIASMO SÚBITO
- 15. VONTADE SÚBITA DE INICIAR NOVOS PROJETOS

SOME 1 PONTO PARA CADA P1 QUE ASSINALOU..... () P1

FASE 2

A) MARQUE COM "X" OS SINTOMAS QUE TEM EXPERIMENTADO NO ÚLTIMO MÊS = F2

- 1. PROBLEMAS COM A MEMÓRIA
- 2. MAL-ESTAR GENERALIZADO SEM CAUSA ESPECÍFICA
- 3. FORMIGAMENTO DAS EXTREMIDADES
- 4. SENSAÇÃO DE DESGASTE FÍSICO CONSTANTE
- 5. MUDANÇA DE APETITE
- 6. APARECIMENTO DE PROBLEMAS DERMATOLÓGICOS
- 7. HIPERTENSÃO ARTERIAL
- 8. CANSAÇO CONSTANTE
- 9. APARECIMENTO DE ÚLCERA
- 10. TONTURA / SENSAÇÃO DE ESTAR FLUTUANDO

SOME 1 PONTO PARA CADA F2 QUE ASSINALOU () F2

B) MARQUE COM "X" OS SINTOMAS QUE TEM EXPERIMENTADO NO ÚLTIMO MÊS = P2

- 11. SENSIBILIDADE EMOTIVA EXCESSIVA
- 12. DÚVIDA QUANTO A SI PRÓPRIO
- 13. PENSAR CONSTANTEMENTE EM UM SÓ ASSUNTO
- 14. IRRITABILIDADE EXCESSIVA
- 15. DIMINUIÇÃO DA LIBIDO

SOME 1 PONTO PARA CADA P2 QUE ASSINALOU () P2

FASE 3

A) MARQUE COM "X" OS SINTOMAS QUE TEM EXPERIMENTADO NOS ÚLTIMOS 3 MESES = F3

- () 1. DIARRÉIA FREQUENTE
 () 2. DIFICULDADES SEXUAIS
 () 3. INSÔNIA
 () 4. NÁUSEAS
 () 5. TIQUES
 () 6. HIPERTENSÃO ARTERIAL CONTINUADA
 () 7. PROBLEMAS DERMATOLÓGICOS PROLONGADOS
 () 8. MUDANÇA EXTREMA DE APETITE
 () 9. EXCESSO DE GASES
 () 10. TONTURA FREQUENTE
 () 11. ÚLCERA
 () 12. INFARTO

SOME 1 PONTO PARA CADA F3 QUE ASSINALOU..... () F3

B) MARQUE COM "X" OS SINTOMAS QUE TEM EXPERIMENTADO NOS ÚLTIMOS 3 MESES = P3

- () 13. IMPOSSIBILIDADE DE TRABALHAR
 () 14. PESADELOS
 () 15. SENSÇÃO DE INCOMPETÊNCIA EM TODAS AS ÁREAS
 () 16. VONTADE DE FUGIR DE TUDO
 () 17. APATIA, DEPRESSÃO OU RAIVA PROLONGADA
 () 18. CANSAÇO EXCESSIVO
 () 19. PENSAR/FALAR CONSTANTEMENTE EM UM SÓ ASSUNTO
 () 20. IRRITABILIDADE SEM CAUSA APARENTE
 () 21. ANGÚSTIA/ ANSIEDADE DIÁRIA
 () 22. HIPERSENSIBILIDADE EMOTIVA
 () 23. PERDA DO SENSO DE HUMOR

SOME 1 PONTO PARA CADA P3 QUE ASSINALOU..... () P3

APURAÇÃO DOS SINTOMAS

FASE	SOMA DOS SINTOMAS FÍSICOS (F)	SOMA DOS SINTOMAS PSICOLÓGICOS (P)	TOTAL
1			
2			
3			

INTERPRETAÇÃO

FASE 1 "ALERTA" → Na ocorrência de 7 (sete) ou mais sintomas. Nesta fase ocorre o contato com a fonte de estresse, com suas sensações típicas na qual o organismo perde o seu equilíbrio se prepara para enfrentar a situação estabelecida em função de sua adaptação. São sensações desagradáveis, fornecendo condições para reação sendo fundamental para a sobrevivência do indivíduo.

FASE 2 "RESISTÊNCIA" → Na ocorrência de 4 (quatro) ou mais sintomas. Esta é a fase intermediária em que o organismo procura retorno ao equilíbrio. Apresenta desgaste, com esquecimento, cansaço e dúvidas. Pode ocorrer nesta fase a adaptação ou eliminação dos agentes estressantes e consequente reequilíbrio e harmonia ou evoluir para a próxima fase em consequência da não adaptação e/ou eliminação da fonte de estresse.

FASE 3 "EXAUSTÃO" → Na ocorrência de 9 (nove) ou mais sintomas. Esta é a fase "crítica e perigosa", ocorrendo uma espécie de retorno a primeira fase, porém, agravada e com comprometimento em formas de doenças

APÊNDICE

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Título do estudo: SAÚDE MENTAL NO SISTEMA PENITENCIÁRIO DE SINOP-MT
Pesquisador Responsável: LUIZA A.M. DE MEDEIROS
Endereço: RUA ALCIDES FAGANELO, 1122 - DELTA
Telefone: 66 98437-2094

Prezado Senhor

Você está convidado a responder as perguntas deste questionário de forma totalmente voluntária.

A presente pesquisa é de cunho acadêmico, tem como prioridade aplicar testes psicológicos e questionários com os reeducandos do raio verde do Sistema Penitenciário de Sinop-MT, com intuito de avaliar e promover a saúde mental.

Para tanto venho por meio deste convidá-lo, a participar da presente pesquisa, a qual você estará contribuindo para o levantamento de informações que poderão refletir o perfil de uma parcela da população, tendo em vista o ambiente pesquisado.

Objetivo do estudo:

Objetivo principal da pesquisa é de avaliar e promover a saúde mental nos reeducandos selecionados do raio verde no Sistema Penitenciário de Sinop-MT

Procedimentos que serão realizados no estudo e duração do estudo:

A conclusão da presente pesquisa será fomentada através de uma breve entrevista realizada com os reeducandos que participarão da pesquisa. Posteriormente a pesquisadora irá promover palestras direcionadas a saúde mental dos mesmos, complementando com testes psicológicos fundamentado em ansiedade, depressão e estresse. Para que a pesquisa alcance o seu objetivo, serão necessárias respostas fidedignas através de perguntas semiestruturadas, referente a saúde mental.

Riscos e Benefícios:

Sua participação na presente pesquisa oferece risco mínimo, tendo em vista que, os reeducandos do Sistema Penitenciário de Sinop-MT são particularmente desprovidos de ações que proporcionem a qualidade de vida neste meio. Deste modo, a pesquisa possui o intuito de obter informações pertinentes à comunidade científica frente ao tema abordado, propiciando-lhes maior entendimento para busca de estratégias de manejo favoráveis e o desenvolvimento da saúde mental aos indivíduos que estão privados de liberdade.

Dados relacionados a pesquisa:

O presente trabalho não possui custo financeiro ao entrevistado, todas as despesas sejam elas de material ou locomoção serão de responsabilidade da entrevistadora. Ao responder a entrevista o entrevistado possui garantia do sigilo da sua identificação pessoal, pois todos os dados serão resguardados por responsabilidade do pesquisador e equipe de pesquisa diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

Para todo e qualquer caso ou eventualidade adversa com o estudo da pesquisa, a responsabilidade será da equipe que prestará assistência.

Participação voluntária:

O presente termo esclarece que a sua participação nesta pesquisa é de caráter voluntário, onde a decisão da participação ou não participação não acarretará penalização alguma. Como também, a tomada de decisão em desistir da pesquisa pode ocorrer em qualquer

momento do estudo, para tanto é necessário entrar em contato com a entrevistadora e apresentar a mudança de decisão em caráter formal redigido.

Sigilo e Privacidade:

Sigilo e privacidade são prioridades no presente trabalho, todos os dados expressos na vigente pesquisa serão utilizados apenas e somente pela equipe do estudo, ou seja, pessoas que não fazem parte da pesquisa não terão acesso aos dados. O TCLE, assegura que em nenhum momento será divulgado o seu nome como participante desta pesquisa.

Contatos:

Nome: Bruna da Silva Gomes

Fone: (66) 9-9999-7408, e-mail: brunna_gomes.s@hotmail.com

Pesquisador: Luiza Alvarenga Marques de Medeiros

Fone: (66) 9-8437-2094, e-mail: luiza@medeirosemarques.com

Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFASIPE – Sob a coordenação, Roni de Souza. Endereço: Estrada da Angela, km 5,5, Zona Rural - CEP 78.550-000 Sinop – MT, telefone: (66) 3533-3700, e-mail: penitenciariasinop@sesp.mt.gov.br – para questões sobre os direitos dos envolvidos ou sobre questões éticas.

Assinaturas:

Participante da pesquisa

Pesquisador responsável

Bruna da Silva Gomes

Co-pesquisador responsável

“Ao assinar abaixo, confirmo e concordo que li as afirmações contidas neste termo de consentimento, que foram explicadas conforme os procedimentos do estudo, que tive a oportunidade de fazer perguntas, sendo assim estou satisfeita com as explicações fornecidas e decido participar voluntariamente deste estudo”. Uma via do presente termo será entregue a mim e outra será arquivada junto a entrevista pelo pesquisador.

Data ____ / ____ /2020



Governo do Estado de Mato Grosso
SESP – Secretaria de Estado de Segurança Pública

PENITENCIÁRIA Dr. OSVALDO FLORENTINO LEITE FERREIRA - FERRUGEM"

Estrada Ângela, km 5,5, Zona Rural - Sinop/MT
CEP: 78.550-000 | Caixa Postal 145
Telefone: (66) 3533-3700
penitenciariasinop@sesp.mt.gov.br
www.sesp.mt.gov.br

AUTORIZAÇÃO DE REALIZAÇÃO DE PESQUISA ACADÊMICA

Eu, Roni de Souza, diretor responsável pela Penitenciária Dr. Osvaldo Florentino Leite Ferreira – "Ferrugem", localizada na Estrada da Ângela, km 5,5, Zona Rural, na cidade de Sinop - MT, autorizo a realização da pesquisa intitulada "Saúde Mental no Sistema Penitenciário de Sinop-MT, contendo como pesquisadora responsável Luiza Alvarenga Marques de Medeiros, domiciliada na Rua Alcides Faganelo, 1122 – Residencial Delta.

Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, a coleta de dados deste projeto poderá ser iniciada, sendo disponibilizado à pesquisadora o espaço para realização da pesquisa. Portanto, com a autorização desta instituição, a pesquisadora responsabiliza-se em atender eventuais problemas resultantes da pesquisa, e coloco-me à disposição para qualquer esclarecimento.

Sendo o que tenho para o momento, subscrevo.

Atenciosamente,