


## Pensamento suicida, depressão e religiosidade em uma população privada de liberdade\*


Cristina Ranuzi<sup>1,2</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-2470-1026>


Tamires Gomes dos Santos<sup>1,2</sup>

 <https://orcid.org/0000-0003-4583-3500>

Ana Cláudia Moura Caetano Araujo<sup>1,2</sup>

 <https://orcid.org/0000-0003-4924-9790>

Leiner Resende Rodrigues<sup>1</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-1176-8643>

Objetivo: analisar a influência das variáveis sociodemográficas, de contexto prisional, religiosidade e sintomas de depressão sobre a presença do pensamento suicida em uma população privada de liberdade. Método: estudo transversal, com abordagem quantitativa, realizado com 228 participantes, a partir de um questionário sociodemográfico, de contexto prisional e presença do pensamento suicida, da escala de Religiosidade de Duke e da Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21). Resultados: as variáveis que apresentaram correlação estatisticamente significativa foram: sexo feminino, não possuir companheiro(a), trabalhar dentro da penitenciária, ser réu primário e fazer uso de medicamento controlado, sendo que o sexo feminino possui 7,2 vezes mais chances de apresentar pensamento suicida, para cada ponto a mais no escore de depressão, aumenta em 21% nas chances e não possuir companheiro(a) aumenta em três vezes as chances de pensar em suicídio. Ainda que os escores de religiosidade tenham sido elevados, não apresentaram correlação estatisticamente significativa com a presença do pensamento suicida. Conclusão: o contexto prisional é complexo e contém peculiaridades que ensejam o acometimento dos agravos à saúde mental, bem como dos pensamentos autolesivos. Considerando a relevância do assunto em questão, esse trabalho se destaca diante da escassa produção científica acerca do tema.








Descritores: Ideação Suicida; Prisioneiros; Depressão; Religião; Saúde Mental; Atenção à Saúde.

\* Artigo extraído da dissertação de mestrado "Pensamento suicida, depressão e religiosidade em uma população privada de liberdade", apresentada à Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, Brasil.

<sup>1</sup> Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, Brasil.

<sup>2</sup> Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil.

### Como citar este artigo

Ranuzi C, Santos TG, Araujo APMC, Rodrigues LR. Suicidal thinking, depression, and religiosity in a freedom-deprived population. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2020;28:e3368. [Access   ]; Available in:  . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3713.3368>.   

URL

## Introdução

As Pessoas em Privação de Liberdade (PPL) constituem um grupo de risco para o suicídio, apresentando incidências mais elevadas quando comparado à população em geral<sup>(1-2)</sup>. Nos Estados Unidos, por exemplo, a ocorrência do suicídio entre as PPL é nove vezes maior quando comparado à população em geral<sup>(1)</sup>. O encarceramento é uma experiência traumática, que implica em afastamento social, separação familiar, limitação das atividades corriqueiras, discriminação, acesso precário aos serviços de saúde, permanência em um ambiente estressante, com infraestrutura precária e superlotação, aspectos que caracterizam a maior vulnerabilidade dessa população em relação à presença dos pensamentos suicidas<sup>(3-5)</sup>.

A ideação suicida é definida como a presença de pensamentos em que o indivíduo é o agente de sua própria morte e quanto maior sua magnitude e persistência, maior o risco de um eventual suicídio<sup>(6-8)</sup>. Embora a relação entre distúrbios suicidas e mentais, em especial, a depressão e abuso de álcool e drogas, estejam bem estabelecidos, fatores como enfrentamento de conflitos, violência, abusos ou perdas, isolamento e tentativas anteriores também possuem forte associação com o comportamento suicida<sup>(1)</sup>.

A abordagem do suicídio é delicada, pois deve ser compreendida a partir da associação de fatores sociais, psicológicos, culturais, comportamentais e de saúde, que agem concomitantemente, e, por se tratar de mortes potencialmente evitáveis, o foco deve se dar na identificação precoce dos sinais e no manejo adequado, sendo a ideação suicida um importante alvo para a prevenção<sup>(9-12)</sup>. Observa-se que as chances em realizar novas tentativas são dez vezes menores em pessoas que receberam intervenção psicossocial com atendimentos regulares e o devido encaminhamento para um serviço de saúde especializado<sup>(13)</sup>.

Outro fator que merece destaque, no tocante à prevenção, é a religiosidade, uma vez que as evidências têm revelado uma relação positiva e de proteção com a saúde mental<sup>(14-16)</sup>. A participação em reuniões religiosas atenua o isolamento vivido pela população carcerária, proporciona bem-estar psíquico e espiritual, cria laços e há indícios de que muitos dos que se dedicam às práticas religiosas adotam um modelo de transformação de vida<sup>(16-17)</sup>.

No entanto, poucos estudos até o momento haviam investigado a prevalência da ideação suicida e seus correlatos em uma amostra mista de PPL<sup>(1)</sup>, sendo imprescindível incentivar novas pesquisas na área para

identificar os fatores de risco bem como os de proteção, a fim de viabilizar instrumentos aos profissionais para que apoiem a pessoa no processo de enfrentamento<sup>(9-10,18-19)</sup>.

Diante do exposto, este estudo objetivou analisar a influência das variáveis sociodemográficas, de contexto prisional, religiosidade e sintomas de depressão sobre a presença do pensamento suicida em uma população privada de liberdade.

## Método

Estudo transversal, com abordagem quantitativa, realizado na penitenciária estadual mista Professor Aluísio Ignácio de Oliveira, localizada no Estado de Minas Gerais, no período de maio a julho de 2018.

A população foi constituída por 228 PPL, sendo considerado como critérios de inclusão: ser do sexo masculino e feminino, condenado ou provisório e assentir a participação. Foram excluídos do estudo os participantes que não conseguiram responder o instrumento em decorrência de fatores físicos ou psíquicos limitantes.

O recrutamento amostral envolveu amostragem não probabilística da população de estudo e o cálculo amostral considerou uma prevalência de ideação suicida de 23,7% durante o encarceramento<sup>(12)</sup>, uma precisão de 5% e um intervalo de confiança de 95% para uma população finita de 1262 PPL. Utilizando-se o aplicativo *Power Analysis and Sample Size*, na versão 13 e introduzindo-se os valores acima descritos, obteve-se um tamanho amostral de 228 indivíduos, e considerando, ainda, uma perda de amostragem de 20%, o número máximo de tentativas de entrevistas foi de 285.

O questionário de coleta foi composto pelos seguintes instrumentos: questionário sociodemográfico, de contexto prisional e presença do pensamento suicida, Índice de Religiosidade da Universidade Duke (Durel) e a Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21).

Os dados referentes às características sociodemográficas, de contexto prisional e presença do pensamento suicida autorreferido, foram obtidos a partir de um instrumento elaborado pelos autores e submetido à apreciação e validação por três juízes especialistas.

Para as características sociodemográficas, o instrumento aborda as seguintes variáveis de estudo: data de nascimento, sexo, estado conjugal, grau de escolaridade, renda familiar, se possui religião e qual religião.

As características de contexto prisional foram abordadas a partir de questões referentes às atividades de estudo e de trabalho, tais como: se estuda dentro da unidade prisional e para os que não estudam perguntou-

se se gostariam de estudar; se trabalha na unidade e para as respostas negativas perguntou-se se gostariam de trabalhar, enquanto para os que trabalham perguntou-se qual função desempenham. Também foram incluídas questões referentes à data de ingresso na penitenciária, ao tipo de reclusão, ao tipo de regime, se é réu primário ou reincidente e se recebe visitas.

Com relação à presença do pensamento suicida foram abordadas as seguintes variáveis de estudo: se o participante pensou em suicídio alguma vez desde o encarceramento, qual a frequência desse pensamento, se procurou atendimento psicológico dentro da unidade, se recebeu atendimento psicológico e se faz uso de algum medicamento controlado.

Para levantamento do escore de religiosidade, foi utilizada a escala Durel, um instrumento breve e de fácil abordagem, traduzida e validada para o português<sup>(20-22)</sup>. A mesma possui cinco itens que captam três dimensões centrais da religiosidade e que se relacionam com desfechos em saúde, sendo elas: Religiosidade Organizacional (RO), Religiosidade Não Organizacional (RNO) e Religiosidade Intrínseca (RI)<sup>(20,22)</sup>.

A RO compreende os comportamentos religiosos que ocorrem no contexto da instituição religiosa, como a frequência às atividades religiosas formais. Já a RNO abrange os comportamentos religiosos privados, que ocorrem sem locais fixos, podendo se manifestar individualmente ou em pequenos grupos familiares e informais. Por fim, a RI trata de uma dimensão subjetiva, que avalia o quanto a religião pode motivar ou influenciar comportamentos na vida do indivíduo<sup>(20,22)</sup>.

Os primeiros itens da escala avaliam RO e RNO e os três últimos itens avaliam a RI. Na análise dos resultados, as pontuações das três dimensões devem ser analisadas separadamente<sup>(21)</sup>. Tanto para a RO quanto para a RNO a pontuação varia de 1 a 6 pontos, enquanto a RI possui uma variação de 3 a 15 pontos. Ressalta-se que quanto maior o escore total maior a religiosidade<sup>(22)</sup>.

Para proceder à análise todos os itens das questões devem ser invertidos para posteriormente realizar o somatório. Para RO e RNO a conversão resulta em: 1=6; 2=5; 3=4; 4=3; 5=2; 6=1 e para RI a conversão resulta em: 1=5; 2=4; 3=3; 4=2; 5=1<sup>(20,22)</sup>.

Para a classificação dos escores, considera-se baixa RO escores < 3 e alta RO escores ≥ 4. Para RNO considera-se < 3 baixa e ≥ 4 alta. Quanto a RI considera-se alta quando os escores ≥ 10 e baixo quando os escores < 9<sup>(23)</sup>.

O levantamento dos sintomas de depressão foi realizado por meio da escala DASS-21, validada e adaptada para o português. Trata-se de um instrumento reduzido, autoaplicável e que contém 21 itens que contemplam três subescalas que avaliam os sintomas da

depressão, da ansiedade e de estresse<sup>(24-25)</sup>. A subescala de sintomas de depressão é composta pelos itens 3, 5, 10, 13, 16, 17 e 21, a subescala de sintomas da ansiedade é composta pelos itens 2, 4, 7, 9, 15, 19 e 20 e a subescala de sintomas de estresse é composta pelos itens 1, 6, 8, 11, 12, 14 e 18. Cada item é pontuado de 0 a 3, com respostas tipo Likert, em que o indivíduo avalia o quanto cada sintoma se aplicou na última semana<sup>(25)</sup>.

Os quatro pontos da escala são: 0 = não se aplicou de maneira alguma, 1 = aplicou-se em algum grau ou por pouco tempo; 2 = aplicou-se em um grau considerável, ou por boa parte do tempo e 3 = aplicou-se muito ou na maioria do tempo. O resultado final é obtido pela soma dos escores dos itens de cada subescala, que posteriormente devem ser multiplicados por dois e a classificação é feita de acordo com o grau de severidade<sup>(25)</sup>.

Inicialmente, foi realizado um teste piloto com 10 participantes, a fim de verificar a aplicabilidade dos instrumentos. A coleta teve duração de aproximadamente dois meses (22 de maio a 19 de julho do ano de 2018), respeitando o prazo estabelecido pela Secretaria de Administração Prisional do Estado de Minas Gerais (SEAP-MG). As entrevistas foram realizadas pelos pesquisadores, individualmente, com todas as PPL que eram movimentadas dentro da unidade prisional, seja para atendimento médico de rotina, para coleta de exames laboratoriais, para atendimento de acolhida, para atendimento pela Comissão Técnica de Classificação (CTC), entre outros. O local destinado à coleta foi uma sala no setor da saúde da penitenciária e a duração de cada entrevista foi de aproximadamente 20 minutos.

Ressalta-se que foi aplicado o Termo de Consentimento Livre após esclarecimento e todo voluntário que apresentou algum desconforto emocional, decorrente da aplicação dos instrumentos, ou apresentou algum grau de depressão, identificado a partir da aplicação da escala, foi acolhido pelo entrevistador e encaminhado para atendimento psicológico na unidade prisional, conforme acordo realizado previamente.

Para análise estatística, utilizou-se o *software Statistical Package for the Social Science (SPSS)*, versão 21.0. Quanto à caracterização da população segundo variáveis sociodemográficas, de contexto prisional e presença ou não do pensamento suicida, as variáveis categóricas foram apresentadas empregando-se distribuição de frequências absolutas e relativas e para as variáveis quantitativas empregaram-se medidas de tendência central e de dispersão. Para determinar a religiosidade e os sintomas de depressão os escores das escalas foram resumidos empregando-se medidas de centralidade e de dispersão.

Quanto à análise da relação entre os preditores sociodemográficos, de contexto prisional, religiosidade e sintomas de depressão sobre a presença do pensamento suicida, foram realizadas análises bivariadas, tais como o teste t para preditores dicotômicos e correlações de Pearson e Spearman para preditores quantitativos e ordinais, respectivamente. A contribuição simultânea de preditores sociodemográficos, de contexto prisional, religiosidade e depressão sobre a ideação suicida incluiu a análise de regressão logística múltipla. Foram consideradas associações estatisticamente significativas aquelas com o valor de  $p \leq 0,05$  e considerou-se um nível de significância de alfa igual a 5%.

Este estudo foi submetido à apreciação e aprovação da SEAP-MG e ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, sob parecer de aprovação número 2.649.472.

## Resultados

A população de estudo foi constituída por 228 indivíduos em privação de liberdade, sendo 189 (82,9%) do sexo masculino e 39 (17,1%) do sexo feminino. A faixa etária oscilou entre 18 e 74 anos, com média de 33,48 anos, mediana de 32 anos e desvio padrão de 10,2 anos. Quanto ao estado conjugal, 106 (46,5%) eram solteiros.

Verificou-se que 98 (43%) indivíduos não haviam concluído o ensino fundamental e a renda familiar de maior prevalência foi de um salário mínimo, 65 (28,5%), seguida pelos que referiram renda de até três salários, 58 (25,4%). A maior proporção, 210 (92,1%) referiu possuir religião, e desses, 104 (49,5%) católicos, 73

(34,8%) evangélicos, 29 (13,8%) espíritas, 2 (1%) testemunha de Jeová e 2 (1%) outros.

Quanto às características de contexto prisional, constatou-se que 168 (73,7%) participantes estavam condenados e 60 (26,3%) ainda aguardavam julgamento, sendo que 181 (79,4%) permaneciam em regime fechado e 47 (20,6%) em regime semiaberto. A maioria dos indivíduos, 141 (61,8%), referiram ser reincidentes na prisão. O tempo de reclusão variou entre 0 e 5016 dias (13 anos e 9 meses aproximadamente), com média de 585,11 dias (1 ano e 6 meses aproximadamente), mediana de 329 dias e um desvio padrão de 787,39 dias (2 anos e 1 mês aproximadamente).

Apenas 15 (6,6%) participantes estudam dentro da unidade prisional, e entre os que não estudam, 181 (85%) referem que gostariam de estudar. Quanto à presença de vínculo empregatício, apenas 42 (18,4%) participantes possuíam alguma atividade, contudo entre os participantes que não possuíam, a maioria, 172 (92,5%), demonstrou o desejo de trabalhar. Entre as atividades oferecidas, o artesanato foi a mais prevalente, 20 (47,6%). No tocante às visitas, 109 (47,8%) participantes declararam recebê-las e identificou-se que as participantes do sexo feminino (38,5%) recebem menos visitas quando comparadas com os do sexo masculino (49,7%).

Na Tabela 1 constam as medidas centralidade e de dispersão a partir das respostas da escala de religiosidade.

De acordo com o escore de classificação, 184 (80,7%) participantes apresentaram alta religiosidade organizacional, 217 (95,2%) alta religiosidade não organizacional, e 187 (82%) alta religiosidade intrínseca, 187 (82%).

Tabela 1 – Medidas de tendência central e de dispersão das dimensões da escala de religiosidade aplicada em indivíduos privados de liberdade de uma penitenciária estadual mista. Uberaba, MG, Brasil, 2018

Dimensão	Média	Mediana	Desvio Padrão	Valor Mínimo	Valor Máximo
RO*	4,61	5,00	1,599	1	6
RNO†	5,04	5,00	0,984	1	6
RI‡	12,07	13,00	2,662	4	15

\*RO = Religiosidade organizacional; †RNO = Religiosidade não organizacional; ‡RI = Religiosidade intrínseca

Quanto à avaliação da subescala dos sintomas de depressão, foi observada uma variação de zero a 42 pontos, média de 8,50 pontos, mediana de 6,0 pontos e desvio padrão de 8,93 pontos. Na Tabela 2 consta o resultado da avaliação da subescala de sintomas de depressão conforme o grau de severidade.

Na Tabela 3, consta a apresentação das variáveis referentes à caracterização do pensamento suicida.

A partir da análise bivariada, nota-se que as variáveis estatisticamente significativas foram: ser do

sexo feminino, não possuir companheiro(a), trabalhar dentro da penitenciária, ser réu primário e fazer uso de medicamento controlado, conforme demonstrado na Tabela 4.

A partir da regressão logística múltipla binomial, foi possível confirmar as correlações anteriormente citadas, conforme demonstrado na Tabela 5. Observa-se que o sexo feminino possui chances de apresentar pensamento suicida 7,2 vezes maior que o sexo masculino. Quanto ao escore de depressão total, verifica-se que para cada

ponto a mais no escore de depressão, aumenta em 21% nas chances de apresentar pensamento suicida. Para a variável estado conjugal, que na regressão logística foi dicotomizada em possuir ou não companheiro(a),

constata-se que os indivíduos que não possuem companheiro(a) apresentam três vezes mais chances de pensar em suicídio quando comparados com os que possuem companheiro(a).

Tabela 2 – Resultado da avaliação da subescala de sintomas de depressão aplicada em indivíduos privados de liberdade de uma penitenciária estadual mista. Uberaba, MG, Brasil, 2018

<b>Categoria</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Normal	141	61,8
Leve	28	12,3
Moderado	38	16,7
Severo	10	4,4
Extremamente Severo	11	4,8

Tabela 3 – Distribuição da frequência das variáveis referentes ao pensamento suicida em indivíduos privados de liberdade de uma penitenciária estadual mista. Uberaba, MG, Brasil, 2018

<b>Variáveis</b>	<b>Categorias</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Presença de pensamento suicida desde o encarceramento	Sim	48	21,1
	Não	180	78,9
Frequência do pensamento suicida desde o encarceramento	Uma	17	35,4
	Duas	8	16,7
	Três	5	10,4
	Quatro	3	6,3
	Cinco ou mais	15	31,3
Na presença do pensamento suicida, procurou atendimento psicológico na unidade prisional	Sim	24	50
	Não	24	50
Se procurou, recebeu atendimento psicológico	Sim	15	62,5
	Não	9	37,5
Refere fazer uso de medicamento controlado	Sim	80	35,1
	Não	148	64,9

Tabela 4 – Associação entre fatores sociodemográficos e de contexto prisional e a presença do pensamento suicida em indivíduos privados de liberdade de uma penitenciária estadual mista. Uberaba, MG, Brasil, 2018

<b>Variáveis</b>	<b>Presença do pensamento suicida</b>		<b>RP*</b>	<b>RCP†</b>	<b>p‡</b>
	<b>Sim</b>	<b>Não</b>			
<b>Sexo</b>					
Feminino	20 (51,3%)	19 (48,7%)	3,462 (2,188 - 5,476)	6,053 (2,873 - 12,752)	< 0,001
Masculino	28 (14,8%)	161 (85,2%)			
<b>Presença de companheiro(a)</b>					
Não	34 (28,3%)	86 (71,7%)	2,186 (1,242 - 3,848)	2,654 (1,335 - 5,280)	0,004
Sim	14 (13%)	94 (87%)			
<b>Trabalha dentro da penitenciária</b>					
Sim	16 (38,1%)	26 (61,9%)	2,214 (1,346 - 3,644)	2,962 (1,427 - 6,145)	0,003
Não	32 (17,2%)	154 (82,8%)			
<b>Tipo de Réu</b>					
Primário	26 (29,9%)	61 (70,1%)	1,915 (1,161 - 3,161)	2,306 (1,208 - 4,400)	0,010
Reincidente	22 (15,6%)	119 (84,4%)			
<b>Uso de medicamento controlado</b>					
Sim	26 (32,5%)	54 (67,5%)	2,186 (1,328 - 3,599)	2,758 (1,438 - 5,288)	0,002
Não	22 (14,9%)	126 (85,1%)			

\*RP = Razão de prevalência; †RCP = Razão de chance de prevalência; ‡Teste Qui Quadrado

Tabela 5 – Análise de regressão logística múltipla binomial tendo-se como desfecho a presença ou não do pensamento suicida em indivíduos privados de liberdade de uma penitenciária estadual mista. Uberaba, MG, Brasil, 2018

Variáveis	Valor de $p^*$	RCP ajustado <sup>†</sup>	Intervalo de Confiança <sup>‡</sup>
Sexo	0,001	7,197	2,358 - 21,968
Depressão (escore total)	<0,001	1,216	1,142 - 1,296
RI	0,477	0,941	0,796- 1,112
Estado Conjugal	0,010	3,446	1,348 - 8,804
Tipo de Regime	0,069	3,296	0,911 - 11,925

\* $p < 0,005$ ; <sup>†</sup>RCP = Razão de chance de prevalência; <sup>‡</sup>IC 95%

## Discussão

A partir desse estudo, foi possível constatar que 21,1% dos participantes referiram ideação suicida desde o início do encarceramento. Na literatura científica, não foi encontrado nenhum estudo com metodologia semelhante a essa, no que se refere à abordagem da ideação suicida entre as PPL, dificultando, dessa forma, a comparação dos dados obtidos com os de outros autores.

O estudo com desenho metodológico mais próximo a esse foi realizado em Israel, no entanto com apenas com 46 mulheres encarceradas, o qual constatou uma prevalência consideravelmente mais elevada, uma vez que mais de 50% das participantes relataram história de ideação suicida e tentativa de autoextermínio durante o encarceramento<sup>(26)</sup>.

Outras pesquisas internacionais, com metodologia distinta, encontraram valores variados. Na Bélgica, verificou-se, por meio da Escala de Suicídio Paykel (PSS), uma prevalência para ideação suicida de 43,1% ao longo da vida e 23,7% durante o encarceramento<sup>(12)</sup>. Nos Estados Unidos, por meio da escala de suicídio do Inventário de Personalidade de Morey, foi evidenciado que 16% dos participantes apresentaram ideação suicida clinicamente significativa no encarceramento, enquanto na Costa Rica foi constatada, por meio da escala BSI, uma prevalência de 10,2%<sup>(1-2)</sup>.

Na Etiópia, quase 17% do total de internos manifestaram a ideia de cometer suicídio, 16,6% já planejaram e 11,9% fizeram ao menos uma tentativa desde a detenção<sup>(27)</sup>. Na Colômbia, os percentuais de alta ideação suicida foram superiores aos encontrados na população em geral. Entre 154 internos de uma prisão, 14,9% apresentaram alta ideação suicida, 20,1% média e 64,9% baixa<sup>(27)</sup>.

Fundamentado nesses dados, percebe-se que ainda existem poucos estudos sobre esse tema, principalmente os que abrangem as PPL no Brasil<sup>(3)</sup>. Ainda assim, é possível inferir que a prevalência do pensamento suicida entre as PPL seja maior, se comparada com a população em geral<sup>(12,27-29)</sup>.

Desse modo, infere-se que o encarceramento aumente a predisposição do indivíduo ao acometimento da ideação suicida, em decorrência de fatores como enfraquecimento do sistema de apoio social, superlotação, infraestrutura precária, que exigem processos adaptativos pessoais no confronto com a mudança de realidade e favorecem o aparecimento de sintomas como ansiedade, estresse, depressão e pensamentos autolesivos<sup>(3,27-28,30-33)</sup>.

Quanto à frequência do pensamento suicida, a maioria (64,6%) dos indivíduos referiu ter pensado mais de uma vez. Já quanto ao atendimento psicológico prestado pela unidade prisional, metade dos participantes que afirmaram ter pensado em suicídio solicitou atendimento na unidade, e desses, 62,5% afirmaram ter recebido. Para essas informações específicas, não foram encontrados dados na literatura que possibilitasse discussão. Entretanto há indícios de sejam limitados os serviços de saúde mental nas unidades prisionais<sup>(33)</sup>.

A partir da análise bivariada, verificou-se que ser sexo feminino ( $p < 0,001$ ), não possuir companheiro(a) ( $p = 0,004$ ), trabalhar dentro da penitenciária ( $p = 0,003$ ), ser réu primário ( $p = 0,010$ ), depressão autorreferida ( $p < 0,001$ ) e fazer uso de medicamento controlado ( $p = 0,002$ ), foram as variáveis estatisticamente significativas.

A partir da regressão logística múltipla binomial, foram confirmadas as correlações anteriormente citadas, pois as variáveis estatisticamente significativas foram sexo ( $p = 0,001$ ), escore total de depressão ( $p < 0,001$ ) e estado conjugal ( $p = 0,010$ ), sendo que ser do sexo feminino aumenta em 7,2 vezes as chances de apresentar pensamento suicida (RCP=7,197), não possuir companheiro(a) aumenta em 3 vezes (RCP=3,446) e para cada ponto a mais no escore total da escala de depressão aumentam 21% as chances de apresentar pensamento suicida (RCP=1,216).

Reforçando esses achados, pesquisas realizadas na China e nos Estados Unidos, os dois primeiros países com a maior população carcerária do mundo, indicaram que as morbidades psiquiátricas, as variáveis sociodemográficas, o frágil apoio social, os traços de personalidade e história de tentativa de suicídio estão



significativamente relacionados à ideação suicida em populações prisionais<sup>(1,30,34)</sup>.

Destaca-se que indivíduos com menos de 30 anos ( $p=0,04$ ), que não possuem companheiro ( $p=0,04$ ), com história de violência intrafamiliar ( $p=0,03$ ), tentativa de suicídio anterior ( $p=0,001$ ), que possuem diagnóstico de algum distúrbio psiquiátrico ao longo da vida ( $p=0,02$ ) e período de encarceramento menor que um ano ( $p=0,001$ ), apresentam maior probabilidade de desenvolver ideação suicida<sup>(3,12,27,29-31,35)</sup>. Por outra parte, a falta de suporte social e estar exposto ao comportamento suicida de companheiros internos aumentaram em duas vezes as chances de experimentar ideação suicida<sup>(12,30)</sup>.

Em contrapartida, na Europa, a diminuição de chances de ideação suicida associou-se significativamente a indivíduos com história de encarceramento anterior ( $p=0,001$ ), que possuíam trabalho durante o encarceramento ( $p=0,039$ ), que mantinham contato com familiares e amigos ( $p=0,030$ ) e com a segurança percebida ( $p=0,002$ )<sup>(12)</sup>.

Esses dados vão ao encontro com os de um estudo realizado no Chile, que foi embasado na investigação de 132 ocorrências consumadas de suicídio em PPL, das quais 66,7% tinham ingressos prévios no sistema prisional, 73,5% eram solteiras, 84,8% não estavam inseridas em nenhuma atividade de trabalho e 43,2% enfrentavam algum grau de depressão<sup>(3)</sup>.

Para o fato de que as mulheres possuem maiores chances de apresentar o pensamento suicida em relação aos homens, os resultados corroboram com os de outros autores, que identificaram a mesma relação tanto para as PPL quanto entre a população em geral<sup>(26,35-36)</sup>. Os óbitos por suicídio são aproximadamente três vezes maiores entre os homens do que entre mulheres. Inversamente, as tentativas de suicídio são, em média, três vezes mais frequentes entre as mulheres<sup>(19)</sup>. A tendência de os homens estarem associados a comportamentos de risco, a maiores níveis de força, a maior facilidade de acesso a meios mais letais e ainda o fato de que as mulheres se preocupam mais com a saúde e buscam ajuda com menos resistência, pode explicar essa circunstância<sup>(13,19)</sup>.

Com relação ao estado conjugal, constatou-se que viver sozinho aumenta o risco de suicídio, com taxas mais elevadas entre indivíduos divorciados ou que nunca se casaram<sup>(19)</sup>. Os resultados dessa pesquisa ratificam os encontrados na literatura, uma vez que se verificou correlação significativa entre não possuir companheiro (a) e a presença da ideação suicida ( $p=0,004$ ). Acrescenta-se que outro estudo encontrou a mesma correlação ( $p=0,004$ ) e, assim como outros autores, afirma que possuir companheiro (a) é um fator de proteção<sup>(3,27,35-37)</sup>.

Ainda que o trabalho durante o encarceramento tenha sido associado em outras pesquisas a uma menor ideação suicida, esse estudo identificou uma correlação inversa, uma vez que a atividade trabalhista correlacionou-se ao aumento da ideação suicida ( $p=0,003$ )<sup>(2-3,12,27)</sup>. A participação nas atividades laborais garante à PPL o benefício da remissão da pena na proporção de um dia remido para cada três dias trabalhados, porém sua inclusão está condicionada à avaliação multiprofissional da comissão técnica de classificação, que analisa condições físicas, psicológicas, comportamentais e de segurança dos interessados. Há que se levar em consideração possíveis fatores estressantes inerentes a essas atividades, tais como revista rigorosa diária ao sair e ao retornar do trabalho, o número reduzido de vagas e conseqüente falta de variedade dessas ocupações, que os direciona para execução de um trabalho que não seja necessariamente da preferência ou aptidão das PPL. Além disso, há uma cobrança severa quanto ao cumprimento das regras de disciplinares, pois qualquer falta de natureza média ou grave acarreta a suspensão desse benefício<sup>(38)</sup>. Salienta-se que tal condição deve ser melhor explorada, a fim de se compreender a representação do trabalho para essa população, pois não foi encontrado nenhum artigo com uma explicação pertinente.

Outra variável que se correlacionou à existência da ideação suicida foi a circunstância da PLL ser réu primário, ( $p=0,010$ ), dado coerente com o fato de que história de encarceramento anterior foi considerada como fator de proteção ( $p=0,001$ )<sup>(12)</sup>.

Com relação ao fato de que a depressão aumentou consideravelmente as chances das PPL pensarem em suicídio, há um consenso, entre grupos especializados em saúde, de que a doença mental usualmente associada ao suicídio é a depressão<sup>(39)</sup>. Estima-se que ela esteve presente em ao menos 50% dos suicídios consumados<sup>(19,39-40)</sup>. Tanto para a população em geral quanto para as PPL, a depressão é um importante fator de risco para a ideação suicida, apresentando uma correlação positiva<sup>(10,26,31,41-45)</sup>.

Sobre os medicamentos controlados, 35,1% dos participantes referiram o uso e foi identificada uma correlação estatisticamente significativa com a presença da ideação suicida, porém para essas informações não foram encontrados estudos que favorecessem comparação.

No que tange à religiosidade, ainda que os indícios sinalizem que ela atue como um fator de proteção para a presença da ideação suicida, nesse estudo não foi possível fazer tal confirmação, posto que não houve correlação estatisticamente significativa ( $p=0,477$ /RCP=0,941), em conformidade com outros autores<sup>(12-46)</sup>.

Ainda não há provas de que a religiosidade reduza significativamente o suicídio na prisão, e sugere-se que talvez isto se dê pela ausência de estudos que abordem especificamente o impacto da religiosidade sobre a saúde mental das PPL<sup>(42,47)</sup>.

Dentre as limitações desse estudo, cabe ressaltar a realização da amostragem por conveniência em detrimento da amostragem probabilística, pois a unidade prisional não possuía o quantitativo necessário de agentes penitenciários para retirar exclusivamente as PPL que porventura fossem sorteadas ao acaso. Além disso, os estudos transversais possuem uma mensuração única, enquanto o seguimento dos estudos longitudinais garante maior amplitude de dados. Acrescenta-se, ainda, o fato de que ao menos um agente penitenciário acompanhava por todo momento cada participante, o que pode ter levado a subnotificação de alguma informação, incorporando possíveis vieses.

Apesar dessas limitações, salienta-se como ponto forte importante desse estudo, que talvez seja uma das primeiras pesquisas realizadas no Brasil a investigar a ideação suicida, a depressão, a religiosidade bem como as características sociodemográficas e contexto prisional entre homens e mulheres encarcerados. Desse modo, destaca-se a substancialidade em continuar estudos como esse, especialmente por se tratar de uma população estigmatizada e em constante crescimento.

O contexto em que as PPL estão inseridas é complexo e possui peculiaridades que propiciam o acometimento dos agravos à saúde mental. Dessa forma, retratar melhor a realidade dessa população e seu perfil, compreender a violência da morte em decorrência do suicídio bem como compreender os fatores correlacionados, pode contribuir para a instrumentalização de futuras ações de intervenção e promoção de barreiras à sua ocorrência.

## Conclusão

Esse estudo identificou que 21,1% dos participantes declararam ideação suicida após o encarceramento e, quanto às variáveis analisadas, ser sexo feminino, não possuir companheiro(a), trabalhar dentro da penitenciária, ser réu primário e fazer uso de medicamento controlado foram as que exerceram alguma influência sobre a presença desse pensamento. Constatou-se, ainda, que ser do sexo feminino aumenta as chances de apresentar pensamento suicida em 7,2 vezes, não possuir companheiro(a) aumenta em 3 vezes, e para cada ponto a mais no escore total da escala de depressão, o aumento é de 21% nas chances de apresentar o mesmo pensamento. Conclui-se que os objetivos propostos foram alcançados, contribuindo para medidas que podem ajudar na identificação de pessoas

em risco, tais como a construção de novas propostas de intervenções, a prevenção do comportamento suicida e a promoção da saúde.

## Referências

- Schaefer KE, Esposito-Smythers C, Tangney JP. Suicidal ideation in a United States jail: Demographic and psychiatric correlates. *J Forens Psychiatry Psychol.* 2016;27(5):698-704. doi: 10.1080/14789949.2016.1193886.
- Chacon MB, Cueva MM. Suicidal ideation in prisoners: A proposal for your attention. *InterSedes.* [Internet]. 2014 [cited Jan 10, 2019];15(32):223-48. Available from: [https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2215-24582014000300223](https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2215-24582014000300223)
- Ceballos-Espinoza F, Chávez-Hernández AM, Padilla-Gallegos GM, Leenaars AA. Suicide in Chilean prisons during the 2006-2015 decade. *Rev Crim.* [Internet]. 2016 [cited Jan 10, 2019];58(3):101-18. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1794-31082016000300009](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1794-31082016000300009)
- Andreoli SB, Santos MM, Quintana MI, Ribeiro WS, Blay SL, Taborda JGV, et al. Prevalence of Mental Disorders among Prisoners in the State of Sao Paulo, Brazil. *PLoS One.* 2014;9(2). doi: 10.1371/journal.pone.0088836
- Navarro RB, Paredes-Carbonell JJ, Juan-Ulpiano DA, González Rubio J, Monzó CP, Martínez LM, et al. Participatory design guide for mental health Promotion in prisons. *Rev Esp Sanid Penit.* 2013;15(2):44-53. doi: 10.4321/S1575-06202013000200002.
- American Psychiatric Association. Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. Filadélfia: APA; 2010 [cited Jan 10, 2019]. Available from: <http://www.appi.org/CustomerService/Pages/Permissions.aspx>
- Pinto RDPM. Ideação Suicida e Sintomatologia Psicopatológica em Indivíduos Toxicodependentes. [dissertação]. Porto: Universidade Portucalense Infante D. Henrique; 2011. [Acesso 10 jan 2019]. Disponível em: <http://repositorio.uportu.pt/jspui/handle/11328/52>
- Bertolote JM, Mello-Santos C, Botega N. Detecting suicide risk in psychiatric emergency services. *Rev Bras Psiquiatr.* 2010;32(2):587-95. doi: 10.1590/S1516-44462010000600005
- Moreira LCO, Bastos PRHO. Prevalence and risk factors associated with suicidal ideation in adolescents: literature review. *Psicol Esc Educ.* 2015;19(3):445-53. doi: 10.1590/2175-3539/2015/0193857
- Vasconcelos EF. Avaliação psicológica e os fatores de risco do suicídio. *Rev Especialize.* [Internet]. 2016 [Acesso 10 jan 2019];1(12):1-13. Disponível em:



- <https://www.ipog.edu.br/revista-especialize-online/edicao-n12-2016/avaliacao-psicologica-e-os-fatores-de-risco-do-suicidio/>
11. World Health Organization. Constitution of the World Health Organization. Preventing Suicide: A global imperative. [Internet]. Geneva: WHO; 2014 [cited Jan 10, 2019]. Available from: [https://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/exe\\_summary\\_english.pdf](https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/exe_summary_english.pdf)
  12. Favril L, Laenen FV, Vandeviver C, Audenaert K. Suicidal ideation while incarcerated: Prevalence and correlates in a large sample of male prisoners in Flanders, Belgium. *Int J Law Psychiatry*. 2017;55:19-28. doi: 10.1016/j.ijlp.2017.10.005
  13. Calixto FM, Zerbini T. Epidemiology of suicide in Brazil between the years 2000 and 2010. *Saúde Ética & Justiça*. 2016;21(2):45-51. doi: 10.11606/issn.2317-2770.v21i2p45-51
  14. Moreira-Almeida A, Lotufo Neto F, Koenig HG. Religiousness and mental health: a review. *Braz J Psychiatry*. 2006;28(3):242-50. doi: 10.1590/S1516-44462006005000006
  15. Paiva MCA. O papel da religiosidade e do suporte social na depressão: resultados do Estudo Epidemiológico São Paulo Megacity Mental Health Survey. [dissertação]. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo; 2014 [Acesso 10 jan 2019]. Disponível em: [http://bdt.d.ibict.br/vufind/Record/UFES\\_3d72a2208fca63a57485c12d6255dc71](http://bdt.d.ibict.br/vufind/Record/UFES_3d72a2208fca63a57485c12d6255dc71)
  16. Ribeiro FML, Minayo MCS. The role of religion in the promotion of health, in the prevention of violence and in the rehabilitation of individuals involved in criminal activity: literature review. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014;19(06):1773-89. doi: 10.1590/1413-81232014196.13112013
  17. Livramento AM, Rosa EM. Homens no cárcere: estratégias de vida na prisão. *Pesqui Prát Psicossociais*. [Internet]. 2016 [Acesso 10 jan 2019];11(2):412-26. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1809-89082016000200011&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1809-89082016000200011&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)
  18. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico: Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à Saúde. [Internet]. Brasília: MS; 2017 [Acesso 10 jan 2019]. Disponível em: <http://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-atencao-a-saude.pdf>
  19. Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP). Suicídio: informando para prevenir. [Internet]. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2014 [Acesso 10 jan 2019]. Disponível em: [https://www.cvv.org.br/wp-content/uploads/2017/05/suicidio\\_informado\\_para\\_prevenir\\_abp\\_2014.pdf](https://www.cvv.org.br/wp-content/uploads/2017/05/suicidio_informado_para_prevenir_abp_2014.pdf)
  20. Koenig H, Parkerson GR, Meador KG. Religion index for psychiatric research. *Am J Psychiatry*. [Internet]. 1997 [cited Jan 10, 2019];154(6):885-6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9167530>
  21. Moreira-Almeida A, Peres MF, Aloe F, Lotufo Neto F, Koenig HG. Portuguese version of Duke Religious Index – DUREL. *Arch Clin Psychiatry (São Paulo)*. 2008;35(1):31-2. doi: 10.1590/S0101-60832008000100006
  22. Lucchetti G, Granero Lucchetti AL, Peres MF, Leão FC, Moreira-Almeida A, Koenig HG. Validation of the Duke Religion Index: DUREL (Portuguese Version). *J Relig Health*. 2012;51(2):579-86. doi: 10.1007/s10943-010-9429-5
  23. AbdelGawad N, Chotalia J, Parsaik A, Pigott T, Allen M. Religiosity in acute psychiatric inpatients: relationship with demographics, clinical features, and length of stay. *J Nerv Ment Dis*. 2017;205(6):448-52. doi: 10.1097/nmd.0000000000000688
  24. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behav Res Ther*. [Internet]. 1995 [cited Jan 10, 2019];33(3):335-43. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7726811>
  25. Vignola RCB, Tucci AM. Adaptation and validation of the Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS) to Brazilian Portuguese. *J Affect Dis*. 2014;155:104-9. doi: 10.1016/j.jad.2013.10.031
  26. Chen G, Gueta K. Lifetime History of Suicidal Ideation and Attempts Among Incarcerated Women in Israel. *Psychol Trauma*. 2017;9(5):596-604. doi: 10.1037/tra0000277
  27. Beyen TK, Dadi AF, Dachew BA, Muluneh NY, Bisetegn TA. More than eight in every nineteen inmates were living with depression at prisons of Northwest Amhara Regional State, Ethiopia, a cross sectional study design. *BMC Psychiatry*. 2017;17:31. doi: 10.1186/s12888-016-1179-9
  28. Santos BF, Silva SGV, Formiga NS, Estevam ID. Depression behind bars: a possible convict symptom. *Psicol inFormação*. 2016;19(19):63-82. doi: 10.15603/2176-0969/pi.v19n19p63-82
  29. Gates ML, Turney A, Ferguson E, Walker V, Staples-Home M. Associations among Substance Use, Mental Health Disorders, and Self-Harm in a Prison Population: Examining Group Risk for Suicide Attempt. *Int J Environ Res Public Health*. 2017;14(3):1-16. doi: 10.3390/ijerph14030317
  30. Moreira NAC, Gonçalves RA. Perturbação mental e ideação suicida entre reclusos preventivos. *Anal Psicol*. [Internet]. 2010 [Acesso 10 jan 2019];28(1):133-48. Disponível em: <http://www.scielo.mec>

- pt/scielo.php?script=sci\_abstract&pid=S0870-82312010000100010&lng=pt&nrm=iso&tling=pt
31. Bardale RV, Dixit PG. Suicide behind bars: A 10-year retrospective study. *Indian J Psychiatry*. 2015;57(1):81-4. doi: 10.4103/0019-5545.148531
  32. Mandracchia J, Smith PN. The Interpersonal Theory of Suicide Applied to Male Prisoners. *Suicide Life Threat Behav*. 2015;45(3):293-301. doi: 10.1111/sltb.12132
  33. DeGroot J. Weighing the Eighth Amendment: Finding the Balance Between Treating and Mistreating Suicidal Prisoners. *J Const Law*. [Internet]. 2014 [cited Jan 10, 2019];17(1):259. Available from: <https://scholarship.law.upenn.edu/jcl/vol17/iss1/4/>
  34. Zhang J, Grabiner VE, Zhou Y, Li N. Suicidal ideation and its correlates in prisoners: a comparative study in China. *Crisis*. 2010;31(6):335-42. doi: 10.1027/0227-5910/a000055
  35. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Alonso J, Angermeyer M, Beautrais A, et al. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *Br J Psychiatry*. 2008;192(2):98-105. doi: 10.1192/bjp.bp.107.040113
  36. Botega NJ, Marín-León L, Oliveira HB de, Barros MB de A, Silva VF, Dalgalarondo P. Prevalence of suicidal ideation, suicide plans, and attempted suicide: a population-based survey in Campinas, São Paulo State, Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(12):2632-8. doi: 10.1590/S0102-311X2009001200010
  37. Cunha FA, Baptista M, Carvalho LF. Documentary analysis of the suicides in the Jundiaí region between 2004 and 2014. *Salud Soc*. 2016;7:212-22. doi: 10.22199/S07187475.2016.0002.00006
  38. Ministério da Justiça e Segurança Pública (BR). Portaria 3 da Vara de Execuções Penais de 4 de Abril de 2018. Dispõe sobre o Trabalho do(a) preso(a) no âmbito do sistema penitenciário do Distrito Federal e estabelece critérios de classificação para atividades laborais internas e externas. *Diário da Justiça Eletrônico*. Brasília, 13 abr 2018 [Acesso 10 jan 2019]. Disponível em: <https://www.tjdft.jus.br/publicacoes/publicacoes-oficiais/portarias-serventias-judiciais/2018/portaria-vep-03-de-04-04-2018>
  39. American Association of Suicidology. Depression and Suicide Risk. [Internet]. Washington: AAS; 2014 [cited Jan 10, 2019]. Available from: <https://www.suicidology.org/portals/14/docs/resources/factsheets/2011/depression-suicide2014.pdf>.
  40. World Health Organization. Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. [Internet]. Geneva: WHO; 2017 [cited Jan 10, 2019]. Available from: [https://www.who.int/mental\\_health/management/depression/prevalence\\_global\\_health\\_estimates/en/](https://www.who.int/mental_health/management/depression/prevalence_global_health_estimates/en/)
  41. Ayhan G, Arnal R, Basurko C, About V, Pastre A, Pinganaud E, et al. Suicide risk among prisoners in French Guiana: prevalence and predictive factors. *BMC Psychiatry*. 2017;17:156. doi: 10.1186/s12888-017-1320-4
  42. Eytan A. Religion and mental health during incarceration: a systematic literature review. *Psychiatr Q*. 2011;82(4):287-95. doi: 10.1007/s11126-011-9170-6
  43. Bebbington P, Jakobowitz S, McKenzie N, Killaspy H, Iveson R, Duffield G, et al. Assessing needs for psychiatric treatment in prisoners: 1. Prevalence of disorder. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2017;52(2): 221-9. doi: 10.1007/s00127-016-1311-7
  44. Constantino P, Assis SG, Pinto LW. The impact of prisons on the mental health of prisoners in the state of Rio de Janeiro, Brazil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016;21(7):2089-100. doi: 10.1590/1413-81232015217.01222016
  45. Shrestha G, Yadav DK, Sapkota N, Baral D, Yadav BK, Chakravartty A, et al. Depression among inmates in a regional prison of eastern Nepal: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*. 2017;17(1):348. doi: 10.1186/s12888-017-1514-9
  46. Julião EF. Reincidência criminal e penitenciária: aspectos conceituais, metodológicos, políticos e ideológicos. *Rev Bras Sociologia*. [Internet]. 2016 [cited Jan 10, 2019];4(7):265-92. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5896088.pdf>
  47. Minayo MCS, Ribeiro AP. Health conditions of prisoners in the state of Rio de Janeiro, Brazil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016;21(7):2031-40. doi: 10.1590/1413-81232015217.08552016

Recebido: 08.09.2019

Aceito: 21.05.2020

Editora Associada:  
Sueli Aparecida Frari Galera


**Copyright © 2020 Revista Latino-Americana de Enfermagem**  
Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.

Autor correspondente:

Cristina Ranuzi

E-mail: [cristinaranuzi@gmail.com](mailto:cristinaranuzi@gmail.com)

 <https://orcid.org/0000-0002-2470-1026>