

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE –
UFCSPA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Fernanda Miranda Seixas Einloft

**SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS E SUA
INTERSECÇÃO COM O GÊNERO
FEMININO, COM A VIOLÊNCIA E COM A
PRIVAÇÃO DE LIBERDADE**

UFCSPA
Universidade Federal de Ciências da Saúde
de Porto Alegre

Porto Alegre

2022

Fernanda Miranda Seixas Einloft

SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS E SUA INTERSECÇÃO COM O GÊNERO FEMININO, COM A VIOLÊNCIA E COM A PRIVAÇÃO DE LIBERDADE

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação
em Ciências da Saúde da Universidade Federal
de Ciências da Saúde de Porto Alegre como
requisito para a obtenção do título de Doutor em
Ciências da Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dra. Helena Maria Tannhauser Barros

Co-Orientadora: Prof.^a Dra. Luciane Kopittke

Porto Alegre

2022

Catálogo na Publicação

Einloft, Fernanda Miranda Seixas

Substâncias psicoativas e sua intersecção com o gênero feminino, com a violência e com a privação de liberdade / Fernanda Miranda Seixas Einloft. -- 2022.

123 p. : graf., tab. ; 30 cm.

Tese (doutorado) -- Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, 2022.

Orientador(a): Prof.^a Dra. Helena Maria Tannhauser Barros ; coorientador(a): Prof.^a Dra. Luciane Kopittke .

1. Mulheres. 2. Prisões. 3. Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias. 4. Violência. 5. Saúde mental. I. Título.

Sistema de Geração de Ficha Catalográfica da UFCSPA com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

AGRADECIMENTOS

É uma felicidade poder concluir um doutorado em um momento de pandemia, quando nós, profissionais da saúde, trabalhamos de forma exaustiva para cuidar da saúde das pessoas. Além do desafio diário de preservação da vida, produzimos ciência, tão fundamental para a sociedade. Agradeço todas as oportunidades e todo aprendizado das experiências que tive.

Gratidão aos meus pais, **Valma e Ramon**, à minha irmã, **Débora**, aos meus sogros, **Margareth e Luiz Carlos**, e em especial ao **Denis**, meu marido, pelo amor e pelo apoio incondicional.

À **Professora Dra. Helena Maria Tannhauser Barros**, minha orientadora, pela acolhida, pela paciência, pelo apoio nesta trajetória e por compartilhar sua preciosa experiência comigo.

À **Professora Dra. Luciane Kopittke**, minha coorientadora, pelo afeto, pela prontidão em me atender, pelo incentivo cuidadoso e pelos vários ensinamentos nesta caminhada.

À Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre por resistir e oportunizar, neste momento, a formação de profissionais da saúde pesquisadores.

Ao Grupo Hospitalar Conceição por apoiar o meu processo formativo.

Aos amigos e aos colegas desta caminhada, o meu muito obrigada!

FORMATO DA TESE

A presente tese de doutorado segue o formato proposto pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, sendo apresentada através de três artigos científicos originais sobre o tema de interesse desta pesquisa:

- 1) Artigo original a ser enviado para tradução, referente à revisão sistemática da literatura e metanálise sobre prevalência e incidência do uso de benzodiazepínicos em mulheres na população geral e o perfil dessas usuárias. Esse artigo será submetido no periódico *Drug and alcohol dependence* (Qualis A1/ FI 4.492) - **Prevalência e incidência do uso de benzodiazepínicos em mulheres: uma revisão sistemática e metanálise.**
- 2) Artigo original referente a estudo transversal sobre a prevalência do uso de benzodiazepínicos por mulheres privadas de liberdade antes e durante o encarceramento e a associação com sintomas de ansiedade, depressão e transtorno de estresse pós traumático. Esse artigo foi submetido no periódico *Scientific Reports* (FI 4.996) - **The use of benzodiazepines and the mental health of women in prison: cross sectional study.**
- 3) Artigo original em preparação referente a estudo transversal sobre a relação entre eventos violentos com o uso de substâncias psicoativas por mulheres prisioneiras, antes de ser presa e durante o encarceramento. Verificou ainda a associação entre exposição à violência com escores positivos para ansiedade, depressão e transtorno de estresse pós-traumático - **Uso de álcool e outras drogas e relações com violências sofridas por mulheres na prisão.**

LISTA DE ABREVIATURAS

Termos em Português

BZD - Benzodiazepínicos

CID - Classificação Internacional de Doenças

LEP - Lei de Execução Penal

TEPT- Transtorno de estresse pós traumático

PIP - Prescrição potencialmente inadequada

Termos em Inglês

BZD - Benzodiazepine

DSM - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

GAD-7 - Generalized Anxiety Disorder-7

PCL-C - Post-Traumatic Stress Disorder Checklist - Civilian Version

PHQ-9 - Patient Health Questionnaire-9

PRISMA - *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses*

PTSD - Post-traumatic stress disorder

RESUMO

No mundo, existem, aproximadamente, 35 milhões de pessoas que sofrem de distúrbios relacionados ao uso de drogas, com necessidade de tratamento. Essa situação prevalece, em particular, nas instituições prisionais, onde as pessoas privadas de liberdade estão vulneráveis ao uso de drogas. Dados atuais chamam a atenção para o encarceramento das mulheres, motivado pelo tráfico de drogas. Estudo do tipo quantitativo, transversal que teve como cenário o Sistema Prisional da Região Metropolitana de Porto Alegre, a Penitenciária Feminina de Guaíba e o Presídio Estadual Feminino Madre Pelletier foi realizado. O primeiro objetivo foi avaliar a associação do uso indevido de álcool e outras drogas, antes e durante o encarceramento de mulheres, no sistema prisional, com a exposição à violência. Os principais resultados encontrados foram: há um aumento da prevalência de uso de tabaco em contraponto a uma redução nas taxas de uso de drogas ilícitas na prisão; encontrou-se relação com significância estatística entre a violência física e escore positivo para GAD-7 ($p=0.022$) e entre violência moral e PHQ-9 ($p=0.016$); ao contrário do que se acreditava, não foi verificada a relação entre tipos de violência e uso de drogas lícitas ou ilícitas. A partir dos dados obtidos desta análise, que apresentaram alto consumo de benzodiazepínicos, o segundo objetivo estabelecido foi comparar o uso e a frequência do uso de benzodiazepínicos antes e durante o encarceramento e comparar com sintomas relatados de ansiedade, depressão e transtorno de estresse pós traumático. Os principais resultados foram: BZDs são usados com mais frequência durante a prisão e seu uso por mulheres mais que dobra nos primeiros meses de prisão; escores positivos para TEPT, ansiedade e depressão foram altamente prevalentes; existe associação entre o uso de BZD por mulheres na prisão com ansiedade, depressão e ansiedade e depressão; mulheres que usam BZDs apresentam resultado, com significância estatística, para escore positivo para depressão e não para ansiedade. O último objetivo da tese foi revisar na literatura a prevalência e a incidência do uso de BZD na população feminina geral bem como o perfil destas mulheres. Os resultados encontrados são: a partir da metanálise, foi encontrada uma taxa para uso de BZD em mulheres de 17% ([0.10; 0.27]), $p<0.01$, com elevada heterogeneidade entre os estudos ($I^2=99\%$); sobre o perfil identificado nos dois estudos que analisaram dados específicos na população feminina, o uso de BZD assim como o uso crônico aumentam com a idade, nas viúvas, em mulheres com menor escolaridade, em donas de casa, aposentadas e que trabalham no comércio; o perfil identificado nos estudos que analisaram dados na população geral corroboram os achados de perfil para a população feminina.

Palavras-chave: Mulheres. Prisões. Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias. Violência. Saúde mental.

ABSTRACT

In the world, there are approximately 35 million people who suffer from drug-related disorders, in need of treatment. This situation is prevalent, particularly, in prison institutions, where individuals deprived of their liberty are vulnerable to drug use. Current data draw attention to the incarceration of women, motivated by drug trafficking. A quantitative, cross-sectional study was conducted, with the Prison System of the Metropolitan Region of the city of Porto Alegre (Brazil), the Guaíba Women's Penitentiary and the Madre Pelletier Penitentiary as its background. The first objective was to evaluate the association between the misuse of alcohol and other drugs, before and during the incarceration of women in the prison system, and exposure to violence. The main results found were: there is an increase in the prevalence of tobacco use in contrast to a reduction in the rates of illicit drug use in prison; a statistically significant relationship was found between physical violence and positive GAD-7 scores ($p=0.022$), as well as between moral violence and PHQ-9 ($p=0.016$); contrary to what was previously believed, the relationship between types of violence and licit or illicit drug use was not found. Based on the data obtained from this analysis, which showed high levels of benzodiazepine (BDZ) consumption, the second objective established was to compare the use and frequency of use of BDZs before and during incarceration and to compare it with reported symptoms of anxiety, depression, and post-traumatic stress disorder. The main results were: BZDs are used more frequently during prison and their use by women more than doubles in the first few months of incarceration; positive scores for PTSD, anxiety, and depression were highly prevalent; there is an association between the use of BZDs by women in prison and anxiety, depression, and anxiety and depression; women who use BZDs have statistical significance with positive scores for depression but not for anxiety. The last objective of the thesis was to review the literature on the prevalence and incidence of BZD use in the general female population, as well as the profile of these women. The following results were found: from the meta-analysis, a rate for use of BZD in women was found to be 17% ([0.10; 0.27]), $p<0.01$, with high heterogeneity between studies ($I^2=99\%$); on the profile identified in the two studies that analyzed specific data in the female population, BZD use, as well as chronic use, increases with age, through stages, in women with lower educational levels, housewives, retired women, and women working in commerce; the profile identified in the studies that analyzed data in the general population corroborates the profile findings for the female population.

Keywords: Women, Prisons, Substance-Related Disorders, Violence, Mental Health

SUMÁRIO

1 REFERENCIAL TEÓRICO	9
1.1 Encarceramento no Brasil e o recorte de gênero	9
1.2 Uso de drogas psicoativas	13
1.2.1 <i>Uso de drogas na população carcerária e na população carcerária feminina.</i>	16
1.3 A violência e a questão de gênero na população carcerária	18
2 JUSTIFICATIVA	21
3 OBJETIVOS	22
3.1 Objetivo Geral	22
3.2 Objetivos Específicos	22
REFERÊNCIAS	23
ARTIGO 1- Prevalência e incidência do uso de benzodiazepínicos em mulheres: uma revisão sistemática e metanálise	28
ARTIGO 2- The use of benzodiazepines and the mental health of women in prison: a cross-sectional study	61
ARTIGO 3- Uso de álcool e outras drogas e relações com violências sofridas por mulheres na prisão	73
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	88
Apêndice 1 – Revisão Sistemática: Material Suplementar	89
ANEXO 1 - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	94
ANEXO 2 – Parecer da Susepe para realização da pesquisa	98
ANEXO 3 – Questionário sobre drogas de abuso	99
ANEXO 4 – Questionário sobre violências	110
ANEXO 5 - Escala de transtorno geral de ansiedade (gad-7)	117
ANEXO 6 - Escala sobre a saúde do paciente (PHQ-9)	118
ANEXO 7 –Escala TEPT (PCL-C)	120
ANEXO 8 - Normas dos periódicos (endereços eletrônicos)	123

1 REFERENCIAL TEÓRICO

O trabalho apresentado a seguir resultou em uma série de reflexões sobre o tema em estudo: mulheres, uso de drogas, encarceramento e exposição à violência. A busca na literatura demonstrou a invisibilidade social da intersecção entre estes temas e reforçou a importância de pesquisarmos sobre eles.

1.1 Encarceramento no Brasil e o recorte de gênero

No Brasil a Lei de Execução Penal (LEP) define a qual estabelecimento penal destina-se a pessoa condenada, a pessoa submetida à medida de segurança, ao preso provisório e ao egresso. A penitenciária se destina à pessoa condenada à pena de reclusão, em regime fechado. A colônia agrícola, industrial ou similar destina-se ao cumprimento de pena em regime semiaberto. A casa do albergado é destinada ao cumprimento de pena privada de liberdade, em regime aberto, e da pena de limitação de fim de semana. O hospital de custódia e tratamento psiquiátrico destina-se para os inimputáveis e semi-imputáveis, segundo definido no Código Penal. Por fim, a cadeia pública destina-se ao recolhimento dos presos provisórios (Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984). Neste estudo, duas penitenciárias foram os locais de estudo.

Estima-se que a população mundial, privada de liberdade¹, seja maior que 11 milhões de pessoas e o Brasil se encontra na terceira colocação, atrás dos Estados Unidos da América (EUA) e da China (WALMSLEY, 2018). Estima-se que a população carcerária mundial total aumentou em cerca de 20% desde 2000 (WALMSLEY, 2017). Entre os anos de 2000 e 2017, a taxa de aprisionamento geral no território brasileiro aumentou mais de 150% (BRASIL. MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA. DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO NACIONAL, 2019a).²

¹ A Lei de Execução Penal nomeia o encarceramento como pena privativa de liberdade, nomenclatura adotada nesta pesquisa como termo oficial, também utilizada no projeto que originou este estudo. No entanto, por se tratar de tema que dialoga com diferentes áreas do conhecimento, sinônimos são utilizados no decorrer do texto, de forma a contemplar o vocabulário oficial nas ciências da saúde, prisões e prisioneiras, bem como, outras que representam mesmo sentido: aprisionamento, cárcere, reclusão, detenção, etc.

² Os dados que compõem este relatório têm sua origem no sistema INFOPEN (também denominado SISDEPEN), do Ministério da Justiça e Segurança Pública, que mantém atualizadas as informações estatísticas do sistema prisional brasileiro. Ele sintetiza informações sobre os estabelecimentos penais e a população prisional. Trata-se de informações de todas as unidades prisionais brasileiras, incluindo dados de infra-estrutura, seções internas, recursos humanos, capacidade, gestão, assistências,

De acordo com os dados do INFOPEN, referentes ao período de julho a dezembro de 2019, o quantitativo geral de pessoas privadas de liberdade no Brasil, era de 748.009 (BRASIL. DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO NACIONAL, 2020). Dados mais atuais, do Banco Nacional de Monitoramento de Prisões, evidenciam um quantitativo ainda maior da população privada de liberdade, que soma atualmente 895.191 pessoas, entre elas: 394.401 presos provisórios, 191.328 em execução provisória, 305.966 em execução definitiva e 1.302 em prisão civil (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. BANCO NACIONAL DE MONITORAMENTO DE PRISÕES, 2022). Por região geográfica brasileira os números disponíveis no site do INFOPEN e no site do Conselho Nacional de Justiça são, respectivamente: (64.467) e (64.436) na região Norte; (72.289) e (81.421) no Centro-oeste; (94.349) e (103.936) na região Sul; (171.172) e (133.648) no Nordeste e (452.537) e (440.632) na região Sudeste. (BRASIL. DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO NACIONAL, 2020; CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. BANCO NACIONAL DE MONITORAMENTO DE PRISÕES, 2022). Santa Catarina tem 23.470 presos, enquanto o Paraná conta com 29.690. Dos estados da região Sul, o Rio Grande do Sul (RS) apresenta o maior quantitativo de pessoas presas, com 41.189, estando destas, 15.547 em regime fechado, 11.105 em semiaberto, 2.220 em regime aberto e 12.238 em provisório (BRASIL. DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO NACIONAL, 2020).³ Dados mais atuais referentes ao RS, apresentam um total de 43.165 pessoas, sendo: 21.380 provisórios, 8.3232 em execução provisória, 13.361 em execução definitiva e 75 em prisão civil (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. BANCO NACIONAL DE MONITORAMENTO DE PRISÕES, 2022).

Segundo os dados, da população total privada de liberdade, 95,06% representa a população masculina, enquanto 4,94% diz respeito à população feminina. No Rio Grande do Sul, das 41.189 pessoas presas, 39.110 (94,95%) representam a população masculina, enquanto 2.079 (5,05%) representam as mulheres (BRASIL. DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO NACIONAL, 2020). Dados atuais demonstram que no Rio Grande do Sul, 40.205 são homens presos e 2.943 são mulheres (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. BANCO NACIONAL DE MONITORAMENTO DE PRISÕES, 2022).

Este dado no Brasil e no Estado do Rio Grande do Sul é similar aos dados globais da população feminina, em torno de 5% (ARTZ; ROTMANN, 2015). No Rio Grande do Sul quando

população prisional, perfil das pessoas presas, entre outros. Infopen - junho de 2017 se refere ao período de 30 junho de 2017.

³Os dados referidos foram extraídos do Painel Interativo dezembro/ 2019, tendo em vista que as informações, referentes aos dados estatísticos, estão mais atualizadas neste painel.

se faz o recorte de gênero e se analisa o regime ao qual está submetido estas mulheres, das 1.963 mulheres: 32,91% estão em regime fechado, 24,25% em semiaberto, 8,91% estão em regime aberto, 33,83% são presas provisórias, sem condenação e 0,10% estão em medida de segurança (BRASIL. MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA. DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO NACIONAL, 2019b).

Nos EUA, as mulheres são a população carcerária que mais cresce (ANN CARSON, 2018; ERVIN *et al.*, 2020; YOUNGERS; CASTRO; MANZUR, 2020) sendo o mesmo fenômeno observado na América Latina, especialmente nas duas últimas décadas (YOUNGERS; CASTRO; MANZUR, 2020). O encarceramento feminino aumentou de forma particularmente expressiva, com quase quatro vezes o número de mulheres presas em relação aos dados do ano 2000 (BRASIL. MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA. DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO NACIONAL, 2019b; WALMSLEY, 2017)⁴. Estudo ecológico que avaliou dados sobre a população carcerária do estado do Rio Grande do Sul, de 2006 a 2015 encontrou um aumento de 27% em 2015 (281/100.000 habitantes/ano). Os encarceramentos masculinos aumentaram 25%, enquanto os encarceramentos femininos aumentaram 83% (ORNELL *et al.*, 2020).

Este aumento do encarceramento tem relação direta com a adoção e a severidade de leis punitivas de combate às drogas, pelas agências de controle penal. A guerra às drogas encarcera mais as mulheres em todo o mundo (CORTINA, 2015; YOUNGERS; CASTRO; MANZUR, 2020). Na Argentina, na Bolívia, no Brasil, no Chile, na Colômbia, na Costa Rica, no Equador, no México, no Panamá, no Paraguai, no Peru e na Venezuela, os crimes relacionados a drogas são os crimes mais comuns praticados por mulheres presas (YOUNGERS; CASTRO; MANZUR, 2020).

Analizando o cenário brasileiro, no recorte de gênero e no tipo penal, encontra-se como resultado também a predominância de crimes no grupo Drogas (Lei 6.368/ 76 e Lei 11.343/06). Enquanto a incidência nesta tipificação penal de mulheres é de 50,94%, nos homens este dado corresponde a 19,17%. No Rio Grande do Sul, observa-se uma tendência ainda maior para este conjunto de crimes, com 46,13% categorizados como Tráfico de drogas, 13,68% como Associação para o tráfico e 1,29% como Tráfico Internacional de drogas. As três categorias juntas correspondem a 61,1% dos crimes considerados hediondos e equiparados (BRASIL. DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO NACIONAL, 2020). No Rio Grande do Sul, nos últimos

⁴ O INFOPEN Mulheres é produzido com base nos dados do Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (INFOPEN) e traça, especificamente, o perfil das mulheres privadas de liberdade no Brasil, bem como dos estabelecimentos prisionais em que se encontram.

10 anos, verificou-se um aumento geral de prisão por tráfico de drogas de 427% (23 para 126/100.000 habitantes/ano), com um crescimento de 415% (44 para 229/100.000 habitantes/ano) entre os homens e 723% (3 a 28/100.000 habitantes/ano) entre as mulheres (ORNELL *et al.*, 2020).

A literatura destaca que, no Brasil, o número de mulheres presas pela prática do crime no grupo de drogas é mais prevalente em relação a outros crimes (CORTINA, 2015). As razões para a entrada das mulheres no tráfico de drogas são variadas. Vão do aliciamento ou da influência dos companheiros e de familiares envolvidos com tráfico (BARCINSKI, 2009), à ambição por uma posição de poder (SCHERER *et al.*, 2020), à dificuldade em sustentar os filhos e à falta de inserção no mercado de trabalho lícito e formal (CORTINA, 2015). Em alguns casos, mulheres podem se envolver com o tráfico por causa de sua própria dependência de drogas (YOUNGERS; CASTRO; MANZUR, 2020). Alguns estudos destacam que o ingresso das mulheres no tráfico de drogas tem relação com situações de pobreza e desigualdade generalizadas e é apontado como um efeito da feminização da pobreza (CORTINA, 2015; SCHERER *et al.*, 2020; YOUNGERS; CASTRO; MANZUR, 2020).

Uma revisão sistemática que analisou temas estudados sobre a experiência de encarceramento de mulheres, em todo o mundo, encontrou como um eixo transversal em todos os nove estudos selecionados as seguintes vulnerabilidades sociais experimentadas pelas mulheres durante a vida, antes do encarceramento: a pobreza, a baixa escolaridade, a raça negra, as migrações e múltiplas situações de violência sofridas (CÚNICO; LERMEN, 2020). Por isso é preciso analisar e entender dados que interseccionem os temas gênero, prisão e uso de drogas.

Quando analisados os números referentes à cor ou etnia da população prisional feminina brasileira, encontra-se que 48,04% das mulheres privadas de liberdade são de cor/etnia pardas, seguido de 35,59% da população carcerária de cor/etnia branca e 15,51% de cor/etnia preta (BRASIL. MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA. DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO NACIONAL, 2019b). Portanto, quando somadas, as mulheres presas de cor/etnia pretas e pardas totalizam 63,55% da população carcerária nacional. Apenas três estados brasileiros apresentam um maior encarceramento de mulheres brancas, em relação a pardas e pretas estando entre eles o Rio Grande do Sul com 63% da população carcerária de cor/etnia branca e 35,15% quando somadas mulheres pretas e pardas (BRASIL. MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA. DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO NACIONAL, 2019b). Esta diferença no perfil da população carcerária pode ter relação com o perfil de imigração destes estados. No Rio Grande do Sul se observa predominantemente imigrantes

europeus: italianos e alemães e em menor proporção, poloneses, franceses e judaicos (Santos, 2017).

Em relação ao grau de escolaridade no Rio Grande do Sul, os dados encontrados estão alinhados com os dados referentes à população feminina privada de liberdade, uma vez que apresenta 2,31% de mulheres analfabetas, 1,92% de mulheres alfabetizadas, 53,84% com ensino fundamental incompleto e 13,72% de ensino fundamental completo, totalizando, quando somadas: 71,79%. Quando considerados os outros níveis de formação, 12,90% das mulheres privadas de liberdade no Estado têm ensino médio incompleto; 11,86% têm ensino médio completo; 2,14% ensino superior incompleto; 1,21% ensino superior completo e 0,05% ensino acima de superior completo (BRASIL. MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA. DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO NACIONAL, 2019b).

No que concerne ao estado civil 54,81% de mulheres custodiadas são solteiras e 27,99% referem união estável ou amasiada (BRASIL. MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA. DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO NACIONAL, 2019b).

Estima-se que 85% das mulheres presas sejam mães sendo que 28,9% das mulheres custodiadas possuem um filho, seguida de 28,7% com dois filhos e 21,7% com três filhos. O percentual de mulheres somadas que possuem mais de quatro filhos representa 11,01% (BRASIL. MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA. DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO NACIONAL, 2019b).

1.2 Uso de drogas psicoativas

As substâncias psicoativas ou drogas psicoativas são aquelas que atuam no cérebro e quando utilizadas, mudam os processos de consciência, humor, motivação e pensamento (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2006). As substâncias psicoativas, consumidas em excesso, têm em comum a ativação direta do sistema de recompensa do cérebro, envolvido no reforço de comportamentos e na produção de memórias. Dez classes distintas de drogas estão relacionadas a transtornos, segundo o DSM-5: álcool; cafeína; *Cannabis*; alucinógenos; inalantes; opioides; sedativos, hipnóticos e ansiolíticos; estimulantes (substâncias tipo anfetamina, cocaína e outros estimulantes); tabaco e outras substâncias (substâncias desconhecidas). Os transtornos relacionados a substâncias psicoativas dividem-se em dois grupos: transtornos por uso de substância e transtornos induzidos por substância (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). Foram de interesse nesta tese, o álcool, o tabaco, a

maconha, a cocaína cheirada, o crack e os benzodiazepínicos, substâncias que estão relacionadas ao risco de uso indevido.

No que se refere à categoria, segundo o status socio legal, o uso das substâncias psicoativas se define em: a) medicações, reconhecidas como substâncias para aliviar a dor, promover o sono ou vigília e para o alívio de transtornos do humor. Muitas medicações psicoativas são restritas ao uso sob orientação médica, por meio de um sistema de prescrição; b) uso ilegal ou ilícito, quando o propósito é aproveitar as propriedades psicoativas de substâncias não legalizadas, para uso não médico. São alguns exemplos nessa categoria: opióides, cannabis, alucinógenos, cocaína, estimulantes, hipnóticos, sedativos, outros; c) consumo legal ou lícito, substâncias psicoativas cujo uso é legalizado e que pode ocorrer para diferentes propósitos, como o uso de uma bebida alcoólica usada como alimento, para aquecer ou esfriar o corpo, para matar a sede; como função simbólica em um brinde ou como sacramento (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2006). São de interesse deste estudo, conforme as categorias: “uso legal ou lícito” (o álcool e o tabaco); “uso ilegal ou ilícito” (a maconha, a cocaína cheirada e o crack); e “medicações” (os benzodiazepínicos).

A legislação brasileira considera como drogas as substâncias ou os produtos capazes de causar dependência, assim especificados em lei ou relacionados em listas atualizadas periodicamente pelo Poder Executivo da União (BRASIL, 2006 - Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006).

O dano causado por uma substância psicoativa, em geral, está relacionado a alguns fatores: quantidade da substância utilizada, padrão de uso, forma ou meio pelo qual é utilizada, podendo envolver os seguintes mecanismos: efeito tóxico da droga imediato ou acumulativo; intoxicação ou outros efeitos psicoativos da substância; dependência da substância ou síndrome da dependência (terminologia técnica para adicção) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2006).

O consumo de drogas pode implicar dano, a curto ou longo prazo, seja esta consumida com intenção de obter prazer ou para um tratamento. Em relação aos efeitos nocivos, estes podem ser divididos nas seguintes categorias: efeitos crônicos para a saúde; efeitos biológicos agudos; consequências sociais prejudiciais e problemas sociais crônicos. Para diagnóstico de problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas, a Classificação Internacional de Doenças- CID-10 considera os seguintes diagnósticos: a) intoxicação aguda; b) uso nocivo; c) síndrome de dependência; d) estado de abstinência; e) estado de abstinência com *dellirium*; f) transtorno psicótico; g) síndrome amnésica; h) transtorno psicótico residual de início tardio; i) outros transtornos mentais e de comportamento; j) transtorno mental e de comportamento não

especificado (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993). A CID-11, classificação mais recente, traz algumas atualizações: exclui a síndrome amnésica e o transtorno psicótico residual de início tardio, especifica a substância relacionada ao *dellium* (delírio induzido por álcool) e inclui: o padrão prejudicial (episódico, contínuo e não especificado), certos transtornos mentais induzidos por substância e certos transtornos mentais ou comportamentais induzidos por substância especificados. As demais subdivisões ficaram mantidas: uso nocivo; dependência (uso atual, remissão completa precoce, remissão parcial sustentada, remissão total sustentada e não especificada); intoxicação; abstinência; transtorno psicótico induzido por substância; outros transtornos especificados devido ao uso da substância e transtornos devido à substância não especificado (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020).

A dependência é definida, segundo a CID-11, quando o sujeito apresenta um forte impulso interno para o uso da substância, que se manifesta pela capacidade prejudicada de controle do uso, com aumento da prioridade dada ao uso sobre outras atividades da vida e persistência do uso apesar dos danos ou consequências negativas. Essas costumam ser acompanhadas por uma sensação subjetiva de necessidade ou desejo de usar a substância (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020). Vários fatores contribuem para a patogênese do processo de dependência, incluindo: (a) exposição repetida a drogas psicoativas que afetam a função cerebral, (b) predisposição genética influenciando temperamento e traços de personalidade e (c) experiências de vida adversas (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021).

O DSM-5 não faz a separação diagnóstica entre abuso e dependência de substância psicoativa, como fazia o DSM-IV. Estabelece critérios para transtorno por uso de substância, além de critérios para: intoxicação, abstinência, transtornos induzidos por substâncias e transtornos relacionados a substâncias não especificados.

Um transtorno por uso de substâncias apresenta-se como um agrupamento de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos e seu diagnóstico baseia-se no padrão patológico destes sintomas. Sinaliza o uso contínuo e insistente da substância psicoativa, mesmo que esta traga à pessoa problemas relacionados ao uso (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Em relação à gravidade, os transtornos por uso de substâncias podem ser leves até graves e esta definição tem relação direta com a quantidade de critérios de sintomas confirmados. A

mudança da gravidade também se refere à redução ou ao aumento na dose e/ou na frequência do uso da substância (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

1.2.1 Uso de drogas na população carcerária e na população carcerária feminina.

O gênero influencia nos hábitos de consumo de drogas e nas necessidades de tratamento. O consumo não médico de tranquilizantes e sedativos, por exemplo, afeta desproporcionalmente as mulheres. Nos países da América do Sul e América Central, o consumo não médico de tranquilizantes afeta mais de 2% da população, sendo o número de mulheres afetadas maior que o de homens (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2019). Um estudo americano demonstrou uma associação de uso de BZD com o sexo feminino de 1.31 [1.24, 1.38], quando comparado ao sexo masculino (AGARWAL; LANDON, 2019). Em pacientes renais crônicos, no Canadá, o sexo feminino também é um preditor para o uso de benzodiazepínicos com uma razão de chances igual a 2,3 (IC 95%, 1,5-3,4; $P < 0,001$) (KRISHNAN; HOPMAN; HOLDEN, 2020). Estudo que analisou taxas mensais de prescrição de benzodiazepínicos por sexo no período da pandemia da COVID-19, nos Estados Unidos, também encontrou taxas maiores em mulheres: 5,61% (IC 95%, 5,60% - 5,63%) versus 3,03% (IC 95%, 3,02% - 3,04%) em homens, em janeiro de 2018; 4,91% (IC 95%, 4,90% - 4,93%) em mulheres versus 2,66% (IC 95%, 2,65% - 2,67%) em homens em março de 2021. (MILANI *et al.*, 2021). Outro estudo, que avaliou funcionários de uma universidade brasileira, encontrou taxas de 6.2 (5.2 - 7.2) em mulheres em comparação a taxas iguais a 2.8 (2.1 - 3.6) em homens ($p < 0,001$) (ALCANTARA; COUTINHO; FAERSTEIN, 2020).

Pessoas com histórico de uso de drogas ou distúrbios de consumo de drogas constituem uma parte considerável da população carcerária de alguns países (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2019). No Peru, antes do encarceramento, 68% das mulheres presas apresentavam transtorno por uso de substâncias e 61,7% apresentavam transtorno por uso de álcool. Na prisão, 7,2% das mulheres relataram uso de álcool e 9,6% mulheres relataram uso de drogas ilícitas. As principais substâncias usadas antes e durante o encarceramento foram maconha e cocaína (CYRUS *et al.*, 2021).

Segundo dados do relatório do *U.S. Department of Justice*, mulheres presas apresentam taxas mais altas de transtornos de saúde mental e uso de substâncias (incluindo taxas de ocorrência concomitante destes transtornos) do que homens e adultos não encarcerados (BRONSON *et al.*, 2017). Em pessoas encarceradas a dependência de álcool e outras drogas é altamente prevalente. Uma revisão sistemática encontrou que a prevalência de

abuso/dependência de álcool em homens variou de 2,0% a 14,9%, e em mulheres variou de 2,5% a 6,9%, enquanto a prevalência de abuso/dependência de drogas variou de 3,6% a 47,2% em homens e de 3,7% a 44,1% em mulheres (FAZEL; BAINS; DOLL, 2006). Quase 50 por cento das mulheres encarceradas usaram drogas no mês anterior ou no momento do crime em comparação com 38% dos homens que usaram drogas no mês anterior e 41% no momento do crime (BRONSON *et al.*, 2017).

De acordo com estudos realizados em alguns países de alta renda, os transtornos relacionados ao uso de drogas prevalecem maior em mulheres presas. Estima-se que 51% de mulheres, em comparação com 30% de homens, sofrem de transtornos por uso de drogas durante o ano antes de entrar na prisão, uma porcentagem muito maior do que na população em geral. As informações de países de baixa e média renda são escassas, mas há estudos que indicam que quase metade das pessoas presas nesses países já usavam drogas antes da entrada na prisão (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2019).

Segundo estimativas, aproximadamente uma em cada três pessoas encarceradas em todo o mundo usou drogas pelo menos uma vez durante sua permanência na prisão. Um em cada cinco relatou ter usado drogas no último mês (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2019). Em relação às drogas mais consumidas, um estudo americano encontrou diferenças significativas de gênero em relação ao consumo de heroína e estimulantes. Heroína (36,4% feminino vs. 22,0% masculino, $p < 0,0001$) e estimulantes (38,0% feminino vs. 19,6% masculino, $p < 0,0001$) foram mais fortemente preferidos pelas mulheres do que pelos homens, enquanto o álcool (49,0% masculino vs. 29,1% feminino, $p < 0,0001$) e a maconha (48,7% masculino vs. 33,6% do sexo feminino, $p < 0,0001$) foram mais preferidos pelos homens (BELLO *et al.*, 2020).

Quando analisados dados de prevalência referentes à saúde mental, mulheres presas têm uma alta prevalência de sofrimento mental (COLLIER; FRIEDMAN, 2016; FEDOCK, 2017; GOTTFRIED; CHRISTOPHER, 2017; LIMA *et al.*, 2013; SANTOS *et al.*, 2017). Um estudo brasileiro divulgou dados de prevalência de qualquer transtorno mental entre as mulheres presas de 68,9% ao longo da vida e de 39,2% em 12 meses, de transtornos ansioso-fóbicos de 50% e 27,7% e para transtornos mentais graves (incluindo a depressão grave), as prevalências foram de 25,8% e 14,7% entre as mulheres. Os transtornos mais prevalentes entre as mulheres foram depressão (18,8%), TEPT (16,1%) e transtorno de ansiedade generalizada (7,3%) (ANDREOLI *et al.*, 2014).

A prevalência de TEPT nas populações carcerárias, assim como outros transtornos mentais, é maior do que na comunidade geral. Mulheres presas tiveram taxas de prevalência mais

altas do que homens presos como encontrado em duas revisões sistemáticas (BARANYI *et al.*, 2018; GOFF *et al.*, 2007). As taxas de TEPT variaram de 4% a 21% (GOFF *et al.*, 2007). Associações significativas entre TEPT e outros transtornos (depressão, ansiedade e uso de substância) foram encontradas em outra revisão sistemática (FACER-IRWIN *et al.*, 2019). Estudo que analisou a estimativa global de prevalência de depressão entre pessoas presas de ambos os sexos encontrou uma taxa de 36,9% (BEDASO *et al.*, 2020). Uma extensa revisão de literatura, feita em 24 países, revelou taxas de depressão em torno de 14% em mulheres presas (FAZEL; SEEWALD, 2012), enquanto outro estudo, peruano, encontrou taxa igual a 21% (HERNÁNDEZ-VÁSQUEZ; ROJAS-ROQUE, 2020). Altos níveis de depressão (46%) foram encontrados em mulheres presas mais velhas (ADAY; FARNEY, 2014). Os transtornos de ansiedade são as desordens psiquiátricas mais prevalentes, afetando um terço da população geral (BANDELOW; MICHAELIS, 2015; BANDELOW; MICHAELIS; WEDEKIND, 2017; GARAKANI *et al.*, 2020). Mulheres têm 1,5 a 2 vezes mais probabilidade de receber um diagnóstico, atingindo prevalências mais altas na meia-idade (BANDELOW; MICHAELIS, 2015). Hernández-Vásquez e Rojas-Roque (2020) encontraram taxa de 19,1% para a ansiedade na prisão, enquanto outro estudo encontrou prevalência maior (43%) em mulheres presas mais velhas (ADAY; FARNEY, 2014).

Existe uma associação, na população geral, entre transtornos por uso de drogas e transtornos de saúde mental como a depressão e a ansiedade (MOMEN *et al.*, 2020; PLANARIPOLL *et al.*, 2019). Depressão e ansiedade, são muito mais comuns entre as mulheres do que entre os homens (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2021). Importante considerar este achado na população geral para pensar nesta relação (sofrimento mental e do uso de drogas) em mulheres presas.

1.3 A violência e a questão de gênero na população carcerária

A violência contra as mulheres é um problema grave e geral de saúde pública e afeta mulheres em todo o mundo, em especial aquelas de países de baixa e de média renda (GARCÍA-MORENO *et al.*, 2013; WORLD HEALTH ORGANIZATION. WORLD HEALTH ASSEMBLY, 1996). É definida, segundo a Organização Mundial de Saúde, como o uso com intenção de força física ou de poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou seja possível resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (KRUG; WORLD HEALTH ORGANIZATION., 2002). Esta pesquisa inclui a análise dos seguintes tipos de violências: antes da prisão (violência financeira/econômica, violência psicológica/moral, violência física,

violência sexual) e durante a prisão (violência econômica, violência moral, violência física, violência sexual, se colocada em cela e em isolamento, se acusada injustamente de algum delito).

Considerando o autor do ato, a violência pode ser classificada em três categorias, quais sejam: a) violência auto infligida, ou seja, aquela dirigida a si mesmo, que compreende os comportamentos suicidas e as autolesões; b) violência interpessoal, subdividida em violência familiar ou de parceiro íntimo e violência comunitária. A primeira se produz entre membros da família ou entre companheiros sentimentais, estando incluídos: os maus-tratos às crianças e/ou idosos e a violência praticada por parceiro íntimo. A segunda se produz entre indivíduos não relacionados, consanguíneos ou não, que podem se conhecer ou não. Estão incluídas nesta categoria: a violência e agressões sexuais por estranhos, a violência em jovens e nas instituições (prisões, instituições de longa permanência para idosos, escolas, local de trabalho); c) violência coletiva que é aquela praticada por pessoas que se identificam com o conjunto de indivíduos que têm um mesmo objetivo político, econômico ou social. São considerados atos de violência coletiva: crimes de ódio, conflitos armados, genocídios, repressão e outras violações dos direitos humanos, terrorismo e crime organizado, sendo a violência no trânsito incluída na violência social (KRUG; WORLD HEALTH ORGANIZATION., 2002).

Um estudo peruano, que analisou a exposição da violência em mulheres presas, verificou que 69,3% mulheres relataram ter sofrido pelo menos uma ameaça de violência moderada ou forte e que 72% relataram ter sofrido pelo menos um ato de violência física nos 12 meses anteriores ao encarceramento. A maioria das mulheres (91%) experimentou pelo menos um tipo de agressão sexual antes do encarceramento. Maior proporção de mulheres que sofreu violência física apresentou sintomas depressivos e trabalhavam com sexo antes de serem encarceradas. Mulheres que sofreram agressão sexual apresentavam sintomas depressivos, uso de substâncias, infecção pelo HIV ou IST e trabalho sexual anterior ao encarceramento (CYRUS *et al.*, 2021).

No Brasil, a violência é um dos maiores desafios para as políticas públicas. Uma mulher é assassinada a cada duas horas (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA – IPEA; DIRETORIA DE ESTUDOS E POLÍTICAS DO ESTADO; FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA (FBSB), 2020). Em 2006 foi assinada a Lei 11.340 de 7 de agosto de 2006, que visa coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher, independentemente de sua classe social, raça, etnia, orientação sexual, renda, cultura, nível educacional, idade e religião. O documento legal considera a violência doméstica e familiar contra a mulher como qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause danos: morte, lesão, sofrimento físico, sexual, psicológico e dano moral ou patrimonial, sendo considerada uma das formas de violação dos direitos humanos (BRASIL, 2006).

Os crimes relacionados a drogas podem estar relacionados ao trauma sofrido e à vitimização (DEHART *et al.*, 2014). Alguns estudos mostram que muitas mulheres trazem traumas da vida anterior ao encarceramento para ambientes prisionais e muitas vezes vivenciam experiências semelhantes durante a prisão como: violência, abuso e trauma (BEICHNER; HAGEMANN, 2022; ERVIN *et al.*, 2020; YOUNGERS; CASTRO; MANZUR, 2020).

Experiências adversas no início da vida atuam como correlatos fundamentais de diferentes tipos de transtornos por uso de substâncias entre mulheres e homens. No entanto, meninas que vivenciaram adversidades na infância são mais propensas a internalizá-las como ansiedade, depressão e retraimento social e são mais propensas a usar substâncias para se automedicar (EVANS; GRELLA; UPCHURCH, 2017). Estudo que examinou a relação entre gênero e histórico de trauma complexo (abuso físico, sexual ou emocional), gravidade dos sintomas de TEPT e problemas de saúde comportamental em adultos encarcerados, verificou que mulheres são mais propensas a relatar uma história de eventos traumáticos do que os homens, sendo o abuso infantil o tipo de trauma mais frequentemente relatado. Mulheres estão em maior risco para apresentarem sintomas de TEPT mais graves, depressão, transtorno de ansiedade e transtorno de personalidade limítrofe. O TEPT mediou parcialmente a diferença de gênero na morbidade psiquiátrica e no risco de uso de drogas (GIARRATANO; FORD; NOCHAJSKI, 2020). Zhong et al. (2021) também encontraram associação entre história de uso de drogas e ofensa violenta com a presença de TEPT (ZHONG *et al.*, 2021).

Outra situação que parece provocar trauma e afetar mais as mulheres, é ter preso o pai ou presa a mãe quando criança. Isto pode ser verificado na idade adulta, com aumento do risco de psicopatologias, uso de drogas ilegais e encarceramento (GIFFORD *et al.*, 2019). E o encarceramento materno leva a resultados mais prejudiciais para as mulheres quando comparado à prisão paterna (THOMSON *et al.*, 2020). As mulheres são mais propensas do que os homens a identificar traumas como causas para o início ou a continuação do uso de substâncias (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2021).

2 JUSTIFICATIVA

Em contraste com as altas taxas de encarceramento no país, a maioria dos estudos sobre o sistema de justiça criminal pouco aborda o debate de gênero (ARTZ; ROTMANN, 2015; CÚNICO; LERMEN, 2020). A escassez de dados sobre encarceramento, em especial o de mulheres, e de evidências científicas dificultam o planejamento e a execução de políticas públicas específicas para as mulheres privadas de liberdade, seus contextos de violência e as demandas relacionadas ao uso de drogas.

É fundamental conhecer os perfis demográficos e de saúde das mulheres nas prisões e das condições nos presídios a fim de avaliar os riscos à saúde física e mental, específicos do gênero feminino (ARTZ; ROTMANN, 2015). O reconhecimento das necessidades multidimensionais das mulheres é de primordial importância para promover as mudanças estruturais necessárias e implementar intervenções de promoção e de prevenção à saúde sensíveis ao gênero (ANTONETTI *et al.*, 2018; AUGSBURGER *et al.*, 2022).

Embora se reconheça avanços em relação aos direitos humanos e ao acesso à saúde no Brasil, principalmente em relação às populações vulneráveis e marginalizadas, como os usuários de drogas, os encarcerados e principalmente as mulheres (ORNELL *et al.*, 2016) mais estudos científicos precisam ser desenvolvidos para tornar mais efetivas as políticas públicas.

Essa pesquisa tem importância acadêmica e social, pois se propõe a analisar e discutir uma temática de grande relevância para diferentes campos, que fazem intersecção na abordagem do uso de drogas, do encarceramento, das questões relacionadas ao gênero feminino e da violência.

3 OBJETIVOS

3.2 Objetivo geral

Avaliar a associação do uso indevido de álcool e outras drogas (tabaco, maconha, cocaína cheirada, crack e benzodiazepínicos) com a saúde mental e a exposição à violência, antes e durante o encarceramento de mulheres no sistema prisional.

3.2 Objetivos específicos

- a) Relacionar o tipo de droga usada (álcool, tabaco, maconha, cocaína cheirada e crack) com a exposição à violência e com o sofrimento mental (ansiedade, depressão e transtorno de estresse pós traumático) de mulheres antes e durante o encarceramento no sistema prisional.
- b) Comparar o uso de benzodiazepínicos e a sua frequência por mulheres antes e durante o encarceramento no sistema prisional;
- c) Comparar escores positivos para ansiedade, depressão e TEPT com o uso de benzodiazepínicos em mulheres durante o encarceramento no sistema prisional;
- d) Investigar a prevalência e a incidência do uso de benzodiazepínicos na população feminina geral e o perfil destas mulheres.

REFERÊNCIAS

- ADAY, Ronald; FARNEY, Lori. Malign Neglect: Assessing Older Women's Health Care Experiences in Prison. **Journal of Bioethical Inquiry**, Dunedin, v. 11, n. 3, p. 359–372, 2014. Disponível em: <http://link.springer.com/10.1007/s11673-014-9561-0>.
- AGARWAL, Sumit D.; LANDON, Bruce E. Patterns in Outpatient Benzodiazepine Prescribing in the United States. **JAMA Network Open**, [s. l.], v. 2, n. 1, p. e187399, 2019. Disponível em: <http://jamanetworkopen.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jamanetworkopen.2018.7399>.
- ALCANTARA, Geisy de Carvalho; COUTINHO, Evandro Silva Freire; FAERSTEIN, Eduardo. Pattern evolution of antidepressants and benzodiazepines use in a cohort. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 54, 2020.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-5, estatísticas e ciências humanas: inflexões sobre normalizações e normatizações. **Revista Internacional Interdisciplinar INTERthesis**, Porto Alegre, v. 11, n. 2, p. 96, 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/interthesis/article/view/1807-1384.2014v11n2p96>.
- ANDREOLI, Sergio Baxter *et al.* Prevalence of mental disorders among prisoners in the state of Sao Paulo, Brazil. **PLoS ONE**, San Francisco, v. 9, n. 2, 2014.
- ANN CARSON, E. **Prisoners in 2016**. [S. l.: s. n.], 2018. Disponível em: <https://www.bjs.gov/content/pub/>.
- ANTONETTI, Giovanni *et al.* **The health needs of women prisoners: An Italian field survey**. [S. l.]: Istituto Superiore di Sanita, 2018.
- ARTZ, Lillian; ROTMANN, Britta. Taking 'A Count' of Women in Prison. **Agenda**, [s. l.], v. 29, n. 4, 2015.
- AUGSBURGER, Aurélie *et al.* Assessing incarcerated women's physical and mental health status and needs in a Swiss prison: a cross-sectional study. **Health & Justice**, [s. l.], v. 10, n. 1, p. 8, 2022. Disponível em: <https://healthandjusticejournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40352-022-00171-z>.
- BANDELOW, Borwin; MICHAELIS, Sophie. Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. **Dialogues in Clinical Neuroscience**. Neuilly-sur-Seine, [s. n.], 2015. Disponível em: www.dialogues-cns.org.
- BANDELOW, Borwin; MICHAELIS, Sophie; WEDEKIND, Dirk. Treatment of anxiety disorders. **Dialogues in Clinical Neuroscience**, Neuilly-sur-Seine, v. 19, n. 2, p. 93–107, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28867934/>.
- BARANYI, Gergő *et al.* Prevalence of Posttraumatic Stress Disorder in Prisoners. **Epidemiologic Reviews**, Baltimore, v. 40, n. 1, 2018.
- BARCINSKI, Mariana. Centralidade de gênero no processo de construção da identidade de mulheres envolvidas na rede do tráfico de drogas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, 2009.

BEDASO, Asres *et al.* Global estimates of the prevalence of depression among prisoners: A systematic review and meta-analysis. **Depression Research and Treatment**, [S. l.: s. n.], 2020.

BEICHNER, Dawn; HAGEMANN, Otmar. A Global View of Women, Prison, and Aftercare: A Call for Reform. **Violence Against Women**, [s. l.], n. 8, p. 1788–1808, 2022.

BELLO, Jennifer K. *et al.* Trends in Substance Use by Gender Among Participants in a Jail-Based Substance Use Disorder Treatment Program: 1998–2016. **Journal of Forensic Sciences**, Philadelphia, v. 65, n. 1, 2020.

BRASIL. **Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006**. Brasília: Presidência da República, 2006.

BRASIL. DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO NACIONAL. **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias: dezembro de 2019**. [S. l.], 2020. Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiMmU4ODAwNTAtY2IyMS00OWJiLWE3ZTgtZGNjY2ZhNTYzZDliIiwidCI6ImViMDkwNDIwLTQ0NGMtNDNmNy05MWYyLTRiOGRhNmJmZThlMSJ9>. Acesso em: 15 jul. 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA. DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO NACIONAL. **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias: Atualização - Junho 2017**. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Brasília: [s. n.], 2019a. Disponível em: <http://depen.gov.br>.

BRASIL. MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA. DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO NACIONAL. **Projeto BRA 34/2018: produto 5 relatório temático sobre as mulheres privadas de liberdade, considerando os dados do produto 01,02, 03 e 04**. [S. l.: s. n.], 2019b. *E-book*. Disponível em: http://antigo.depen.gov.br/DEPEN/depen/sisdepen/infopen-mulheres/copy_of_Infopenmulheresjunho2017.pdf. Acesso em: 5 fev. 2022.

BRONSON, Jennifer *et al.* Drug use, dependence, and abuse among state prisoners and jail inmates, 2007-2009. **US Department of Justice, Office of Justice Programs, Bureau of Justice Statistics**, [s. l.], n. June, 2017.

COLLIER, Stephanie; FRIEDMAN, Susan Hatters. Mental Illness Among Women Referred for Psychiatric Services in a New Zealand Women's Prison. **Behavioral Sciences & the Law**, New York, v. 34, n. 4, p. 539–550, 2016. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/bsl.2238>.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. BANCO NACIONAL DE MONITORAMENTO DE PRISÕES. **Estatísticas BNMP**. [S. l.], 2022. Disponível em: <https://portalbnmp.cnj.jus.br/#/estatisticas>. Acesso em 04 out 2022.

CORTINA, Monica Ovinski de Camargo. Mulheres e tráfico de drogas: Aprisionamento e criminologia feminista. **Revista Estudos Feministas**, [s. l.], v. 23, n. 3, 2015.

CÚNICO, Sabrina Daiana; LERMEN, Helena Salgueiro. Prison from a gender perspective: a systematic review La prisión vista sobre la óptica de género: una revisión sistemática A prisão vista sob a ótica de gênero: uma revisão sistemática. **Psicología, Conocimiento y Sociedad**, [s. l.], v. 10, n. 1, p. 205–239, 2020.

CYRUS, Elena *et al.* Prevalence of intimate partner violence, substance use disorders and depression among incarcerated women in Lima, Perú. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Basel, v. 18, n. 21, 2021.

DEHART, Dana *et al.* Life History Models of Female Offending. **Psychology of Women Quarterly**, New York, v. 38, n. 1, p. 138–151, 2014. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0361684313494357>.

ERVIN, Storm *et al.* **Addressing Trauma and Victimization in Women's Prisons: Trauma-Informed Victim Services and Programs for Incarcerated Women**, Washington, [s. n.], 2020.

EVANS, Elizabeth A; GRELLA, Christine E; UPCHURCH, Dawn M. Gender differences in the effects of childhood adversity on alcohol, drug, and polysubstance-related disorders. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**, Berlin, v. 52, p. 901–912, 2017.

FACER-IRWIN, Emma *et al.* PTSD in prison settings: A systematic review and meta-analysis of comorbid mental disorders and problematic behaviours. **PLoS ONE**, San Francisco, v. 14, n. 9, 2019.

FAZEL, Seena; BAINS, Parveen; DOLL, Helen. **Substance abuse and dependence in prisoners: A systematic review**. *Addiction*, [S. l.: s. n.], 2006.

FAZEL, Seena; SEEWALD, Katharina. Severe mental illness in 33 588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis. **British Journal of Psychiatry**, London, v. 200, n. 5, p. 364–373, 2012. Disponível em: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0007125000271213/type/journal_article.

FEDOCK, Gina L. Women's Psychological Adjustment to Prison: A Review for Future Social Work Directions. **Social Work Research**, Washington, v. 41, n. 1, p. 31–42, 2017. Disponível em: <https://academic.oup.com/swr/article-lookup/doi/10.1093/swr/svw031>.

GARAKANI, Amir *et al.* Pharmacotherapy of Anxiety Disorders: Current and Emerging Treatment Options. **Frontiers in Psychiatry**, [s. l.], v. 11, 2020. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyt.2020.595584/full>.

GARCÍA-MORENO, Claudia *et al.* **Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence**. Geneva, [s. n.], 2013.

GIARRATANO, Paulette; FORD, Julian D.; NOCHAJSKI, Thomas H. Gender Differences in Complex Posttraumatic Stress Symptoms, and Their Relationship to Mental Health and Substance Abuse Outcomes in Incarcerated Adults. **Journal of Interpersonal Violence**, New York, v. 35, n. 5–6, 2020.

GIFFORD, Elizabeth J. *et al.* Association of Parental Incarceration with Psychiatric and Functional Outcomes of Young Adults. **JAMA Network Open**, [s. l.], v. 2, n. 8, 2019.

GOFF, Ashley *et al.* **Does PTSD occur in sentenced prison populations? A systematic literature review**. *Crim. behav. ment. health (Online)*, [S. l.: s. n.], 2007.

GOTTFRIED, Emily D.; CHRISTOPHER, Sheresa C. Mental Disorders Among Criminal Offenders. **Journal of Correctional Health Care**, Chicago, v. 23, n. 3, p. 336–346, 2017. Disponível em: <https://www.liebertpub.com/doi/10.1177/1078345817716180>.

HERNÁNDEZ-VÁSQUEZ, A; ROJAS-ROQUE, C. Diseases and access to treatment by the Peruvian prison population: an analysis according to gender. **Revista Española de Sanidad Penitenciaria**, Alicante, v. 22, n. 1, p. 9–15, 2020. Disponível em: <http://sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/582/1106>.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA – IPEA; DIRETORIA DE ESTUDOS E POLÍTICAS DO ESTADO, das Instituições e da Democracia – Diest; FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA (FBSB). **Atlas da violência 2020: principais resultados**. Brasília, [s. n.], 2020.

KRISHNAN, Dhruv; HOPMAN, Wilma M.; HOLDEN, Rachel M. Association Between Sex and Opiate and Benzodiazepine Prescription Among Patients With CKD: Research Letter. **Canadian Journal of Kidney Health and Disease**, [s. l.], v. 7, 2020.

KRUG, Etienne G.; WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World report on violence and health**. Geneve: World Health Organization, 2002.

LIMA, Gigliola Marcos Bernardo de *et al.* Mulheres no cárcere: significados e práticas cotidianas de enfrentamento com ênfase na resiliência / Women in prison: meanings and everyday practices of coping with emphasis on resilience. **Saúde em Debate**. Londrina, v. 37, n. 98, p. 446–456, 2013. Disponível em: <https://login.ezproxy.net.ucf.edu/login?auth=shibb&url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edssci&AN=edssci.S0103.11042013000300008&site=eds-live&scope=site>.

MILANI, Sadaf Arefi *et al.* Trends in the Use of Benzodiazepines, Z-Hypnotics, and Serotonergic Drugs Among US Women and Men Before and During the COVID-19 Pandemic. **JAMA Netw Open**, [s. l.], v. 4, n. 10, 2021.

MOMEN, Natalie C. *et al.* Association between Mental Disorders and Subsequent Medical Conditions. **New England Journal of Medicine**, Boston, v. 382, n. 18, 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas**. 1ªed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Neurociência do uso e da dependência de substâncias psicoativas**. São Paulo: Editora Roca Ltda, 2006. ISSN ISBN-13: 978-85-7241-666-5.

ORNELL, Felipe *et al.* High rates of incarceration due to drug trafficking in the last decade in southern Brazil. **Trends in Psychiatry and Psychotherapy**, Porto Alegre, v. 42, n. 2, 2020.

ORNELL, Felipe *et al.* Saúde e cárcere: estruturação da atenção básica à saúde no sistema prisional do Rio Grande do Sul. **Sistema Penal & Violência**, [s. l.], v. 8, n. 1, 2016.

PLANA-RIPOLL, Oleguer *et al.* Exploring Comorbidity Within Mental Disorders among a Danish National Population. **JAMA Psychiatry**, Chicago, v. 76, n. 3, 2019.

SANTOS, Márcia Vieira dos *et al.* Mental health of incarcerated women in the state of Rio de Janeiro. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [s. l.], v. 26, n. 2, p. 1–10, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000200314&lng=en&tlng=en.

SANTOS, Miriam de Oliveira. Reescrevendo a história: imigrantes italianos, colonos alemães, portugueses e a população brasileira no sul do Brasil. **Revista Tempo e Argumento**, [s. l.], v. 09, n. 20, p. 230–246, 2017. Disponível em: <http://revistas.udesc.br/index.php/tempo/article/view/2175180309202017230>.

SCHERER, Zeyne Alves Pires *et al.* Freedom-deprived women: social representations of prison, violence, and their consequences. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 73, n. 3, 2020.

THOMSON, Nicholas D. *et al.* The Impact of Parental Incarceration on Psychopathy, Crime, and Prison Violence in Women. **Int. j. offender ther. comp. criminol.** London, v. 64, n. 10–11, 2020.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. **World drug report 2019. Executive summary: conclusions and policy implications**. Viena: UNODC Research, 2019.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. **World Drug Report 2021. GLOBAL OVERVIEW: DRUG DEMAND DRUG SUPPLY**. [S. l.: s. n.], 2021. v. 2 *E-book*. Disponível em: www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr2021.html.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME; WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Treatment and care for people with drug use disorders in contact with the criminal justice system: alternatives to conviction or punishment**. Vienna: [s. n.], 2021.

WALMSLEY, Roy. **World Female Imprisonment List fourth edition Women and girls in penal institutions, including pre-trial detainees/remand prisoners**. London: [s. n.], 2017. Disponível em: www.prisonstudies.org.

WALMSLEY, Roy. World Prison Population List (twelfth edition). **Institute for Criminal Policy Research**, [s. l.], v. 12, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics**. [S. l.], 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WORLD HEALTH ASSEMBLY, 49. **Prevention of violence: public health priority**. Geneva: [s. n.], 1996.

YOUNGERS, Coletta; CASTRO, Teresa; MANZUR, Maria. **Women behind bars for drug offenses in latin america november 2020 | 1**. [S. l.: s. n.], 2020.

ZHONG, Shaoling *et al.* Correlates of Presence and Remission of Post-trauma Stress Disorder in Incarcerated Women: A Case-Control Study Design. **Front Psychiatry**, [s. l.], v. 12, 2021.

ARTIGO 1 – será traduzido e submetido no periódico *Drug and alcohol dependence* (A1/FI 4.492)

Prevalência e incidência do uso de benzodiazepínicos em mulheres: uma revisão sistemática e metanálise

Highlights

- Taxas para uso e de uso indevido de BZD são mais altas em mulheres
- Uso e uso crônico de BZD aumentam com a idade e com menor escolaridade
- Uso e uso crônico é maior em donas de casa, viúvas, aposentadas e comerciantes
- O perfil identificado dispara um alerta sobre o uso de BZD na população idosa
- Um recorte interseccional de gênero é necessário para estudos sobre mulheres

Resumo

Introdução: Existem evidências suficientes e convergentes, atualmente, sobre os efeitos adversos e sobre os riscos do uso de benzodiazepínicos pela população. O sexo feminino é um conhecido fator de risco para prescrição de BDZ, especialmente em longo prazo. O objetivo desta revisão sistemática é investigar a prevalência e a incidência do uso de benzodiazepínicos em mulheres e identificar o perfil dessas usuárias.

Métodos: As bases de dados PubMed, Embase, PsycInfo, LILACS e SciELO foram pesquisadas até fevereiro de 2022 para publicações revisadas por pares sobre uso e uso indevido de benzodiazepínicos. Foram critérios de elegibilidade estudos longitudinais que reportaram dados referentes à prevalência e à incidência do uso de benzodiazepínicos na população feminina.

Resultados: A busca identificou 1.339 publicações e 7 artigos foram elegíveis para extração e inclusão de dados. A partir da metanálise, foi encontrada uma taxa para uso de BZD em mulheres de 17% ([0.10; 0,27]), $p < 0.01$, com elevada heterogeneidade entre os estudos ($I^2 = 99\%$). Sobre o perfil identificado nos estudos que analisaram dados específicos na população feminina, o uso de BZD assim como o uso crônico aumentam com a idade, nas viúvas, em mulheres com menor escolaridade, em donas de casa, aposentadas e que trabalham no comércio. No entanto, faltam dados que permitam uma análise integral do perfil da população feminina usuária de BZD.

Conclusões: Os nossos achados têm implicações para a identificação de fatores de risco em mulheres e a necessidade de políticas específicas voltadas para o universo feminino e suas reais necessidades de cuidados.

Palavras-chave: *Benzodiazepinas. Mulheres Usos terapêuticos. Uso indevido de medicamentos. Prevalência*

Abstract

Introduction: Currently, there is sufficient and converging evidence on the adverse effects and risks of the use of benzodiazepines (BZDs) by the population. Female gender is a known risk factor for prescribing BZDs, especially in the long term. The objective of this systematic review is to investigate the prevalence and incidence of BZD use in women and to identify the profile of these users.

Methods: The PubMed, Embase, PsycInfo, LILACS, and SciELO databases were searched until February 2022 for peer-reviewed publications on BZD use and misuse. Eligibility criteria were longitudinal studies that reported data on the prevalence and incidence of BZD use in the female population.

Results: The search identified 1,339 publications and 7 articles were eligible for data extraction and inclusion. From the meta-analysis, we found a rate for use of BZD in women of 17% ([0.10; 0.27]), $p < 0.01$, with high heterogeneity between studies ($I^2 = 99\%$). Regarding the profile identified in the two studies that analyzed specific data in the female population, BZD use, as well as chronic use, increases with age, through stages, in women with lower educational levels, housewives, retired women, and women working in commerce. However, more data are needed to allow a comprehensive analysis of the profile of the female population using BZDs.

Conclusions: Our findings have implications for the identification of risk factors in women and the need for specific policies aimed at the female universe and the real care needs of this population.

Key-words: Benzodiazepine. Women. Therapeutic Uses. Drug Misuse. Prevalence.

1. Introdução

Em uso desde a década de 60, os benzodiazepínicos, ainda hoje, apresentam um consumo expressivo pela sociedade (Lader, 1991; López-Muñoz et al., 2011). Teve como usos reconhecidos o tratamento da ansiedade, da insônia, da epilepsia, dos transtornos do pânico, do transtorno maníaco, dos estados psicóticos, de algumas síndromes de dor e como medicação pré-anestésica (Kapczinski et al., 2001).

O uso não médico de benzodiazepínicos ocupa o primeiro lugar das três substâncias que mais se consomem em 40 países além de ser as principais substâncias em hábitos de policonsumo (American Psychiatric Association, 2014; United Nations Office on Drugs and Crime, 2019). O uso indiscriminado desta classe farmacológica vem sendo reconhecido e discutido há alguns anos, como um problema de saúde pública, destacando-se uma preocupação referente ao

risco/benefício do uso de benzodiazepínico (BZD) pela sociedade. Vem despertando o interesse da ciência, principalmente em relação ao uso indevido (abuso de prescrições ou uso crônico) e pelo consumo elevado de BZD por mulheres (Carvalho and Dimenstein, 2003; Kapczinski et al., 2001; Kawamata et al., 2021; Olfson et al., 2015; Schmitz, 2016; United Nations Office on Drugs and Crime, 2019). O sexo feminino é um conhecido fator de risco para prescrição de BDZ em longo prazo (Enomoto et al., 2020).

Os BZD são considerados medicamentos inapropriados para os idosos, estando relacionados à demência quando em altas doses, em especial no sexo feminino (Billioti De Gage et al., 2015; Gareri et al., 2021; Torres-Bondia et al., 2022) e a quedas e fraturas (Brandt and Leong, 2017; Neutel et al., 1996; Olazarán et al., 2013; Oya et al., 2020). Seus riscos para acidentes automobilísticos (Brandt and Leong, 2017; Dassanayake et al., 2011; Elvik, 2013) e seu alto potencial para a dependência (Guerlais et al., 2015; Soyka et al., 2005) e abstinência (Lader and Kyriacou, 2016) também já estão relatados na literatura. Evidências suficientes e convergentes sobre os efeitos adversos e sobre os riscos do uso de benzodiazepínicos vem sendo discutidos durante os anos e justificam o interesse deste estudo pelo uso desta classe farmacológica.

Dados referentes à prevalência e à incidência do uso e do uso indevido de benzodiazepínicos foram identificados na literatura, não tendo sido localizado nenhum estudo que agrupou o uso de benzodiazepínicos por mulheres. Revisões sistemáticas que analisam dados de prevalência e incidência demonstram sua potência e sua utilidade para formuladores de políticas públicas. A síntese desse tipo de informação tem o poder de sustentar o planejamento e a tomada de decisão no campo da saúde prevendo melhor alocação dos recursos (Munn et al., 2020). O objetivo desta revisão sistemática é investigar a prevalência e a incidência do uso de benzodiazepínicos em mulheres e identificar o perfil dessas usuárias.

2. Métodos

Uma revisão sistemática da literatura foi conduzida sem restrições de idioma ou período de tempo nas bases de dados PubMed, Embase, PsycInfo, LILACS (via BVS) e SciELO (via Web of Science). Pesquisa complementar foi conduzida no repositório digital LUME para analisar a literatura cinzenta. LUME é um repositório digital da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, que reúne documentos acadêmicos e científicos gerados na Universidade. Este repositório foi utilizado para a busca dos artigos citados em teses e em dissertações, que tinham relação com o tema de interesse. A literatura publicada até 17 de fevereiro de 2022 foi

identificada. Utilizou-se os termos MeSH de acordo com a análise dos critérios da questão PICOS (P: população, women; I: intervenção, benzodiazepines; C: comparação, sem comparador; O: desfecho, Therapeutic Uses OR Drug Misuse, S- Observational Study), tendo como questão problema: “qual a prevalência e a incidência do uso de benzodiazepínicos em mulheres?” O vocabulário controlado, palavras-chave e outros termos “livres” relacionados ao uso de benzodiazepínicos por mulheres foram usados com os operadores booleanos (OR, AND) para a busca.

Esta revisão sistemática seguiu os parâmetros do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses*- PRISMA (Page et al., 2021) e foi registrada *a priori* no site PROSPERO (<https://www.crd.york.ac.uk/prospero/>) CRD42022232068.

2.1 Critérios de inclusão e exclusão

Para o desenvolvimento do presente estudo foram incluídos artigos indexados nas bases de dados supracitadas que reportaram dados referentes à prevalência e à incidência do uso de benzodiazepínicos na população feminina. Foram considerados critérios de inclusão: estudos observacionais; que analisaram, exclusivamente, o uso de BZD na população feminina maior de 18 anos. Foi considerado uso de benzodiazepínicos: qualquer uso, em qualquer dose ou via, prescritos ou não prescritos.

Transtornos por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos pode apresentar dois cursos clínicos. O primeiro é caracterizado pela intensificação do uso eventual por adolescentes ou adultos jovens a ponto de desenvolver problemas que atendem aos critérios estabelecidos para o diagnóstico. O segundo começa com a pessoa que obteve o medicamento com receita médica, com posterior aumento da dose e da frequência da autoadministração. O DSM-5 não separa os diagnósticos de abuso e de dependência, sendo estes incluídos no mesmo grupo. (American Psychiatric Association, 2014). Votaw et al. (2019) explica uso indevido como qualquer uso de um medicamento prescrito sem receita médica, em uma frequência ou dose maior do que a prescrita, ou pelos sentimentos do medicamento em vez de sua indicação médica. O nosso estudo considerou estes dois construtos teóricos para definir o padrão em duas categorias: uso e uso indevido de BZD, sendo incluídas nesta última o uso crônico (por longo prazo) e a dependência/abuso.

Foram excluídos estudos que analisaram BZD e outros sedativos/hipnóticos sem distinção entre eles e aqueles que reportaram dados referentes a população geral, sem especificar as taxas de interesse na população feminina.

O processo de seleção do estudo foi conduzido por dois revisores de forma independente. Dois investigadores examinaram separadamente os títulos, os resumos e o texto completo dos estudos inicialmente identificados, a fim de determinar se eles atendiam aos critérios de inclusão. Todas as divergências foram resolvidas por consenso entre os revisores. As referências duplicadas foram identificadas e removidas utilizando-se o software EndNote Desktop 20.

2.2 Risco de viés

Foi utilizada a ferramenta do *Joanna Brigs Institute* (Munn et al., 2020) para avaliar os riscos potenciais de viés em estudos observacionais. O instrumento *JBI Critical Appraisal Checklist for Studies Reporting Prevalence Data* foi utilizado para avaliação da qualidade dos estudos selecionados. A qualidade metodológica geral de cada estudo foi classificada como “Alta” ou “Baixa”. Maior peso foi considerado para a questão D1 do questionário (*Was the sample frame appropriate to address the target population?* - O quadro amostral foi adequado para abordar a população-alvo?), tendo em vista, a necessidade de se garantir a representatividade da população de interesse. Os estudos que não contemplaram resposta sim a esta questão foram excluídos da análise.

O resumo da análise da qualidade metodológica para cada estudo incluído foi elaborado a partir da ferramenta robvis, *Visualization tool for risk-of-bias assessments*, (McGuinness and Higgins, 2021). A avaliação geral considerou que respostas “sim” ao questionário equivaleram a baixo risco de viés, valendo 1 ponto e respostas “não”, a alto risco equivalente a 0 ponto. As respostas “pouco claro” foram contadas como 0,5 ponto. Para avaliação final considerou-se na análise como alta qualidade os artigos que tinham pelo menos 7 pontos na somatória das respostas.

2.3 Extração e análise estatística dos dados

Após as exclusões, a extração de dados dos artigos foi feita individualmente por dois examinadores e foram sintetizados em instrumento desenvolvido pelos autores e apresentados na Tabela 1. As informações extraídas incluíram: primeiro autor e ano; local do estudo; período de coleta de dados; objetivos do estudo; método/ tipo do estudo; amostra (n) analisada; população do estudo; instrumento utilizado na coleta de dados e desfechos (Tabela 1). Outros dados extraídos foram: variáveis sociodemográficas, uso com prescrição, motivos das prescrições e fonte, dose de BZDs mais usados e estado de saúde. Após a avaliação inicial da extração dos

dados, foi realizada análise consensuada dos resultados.

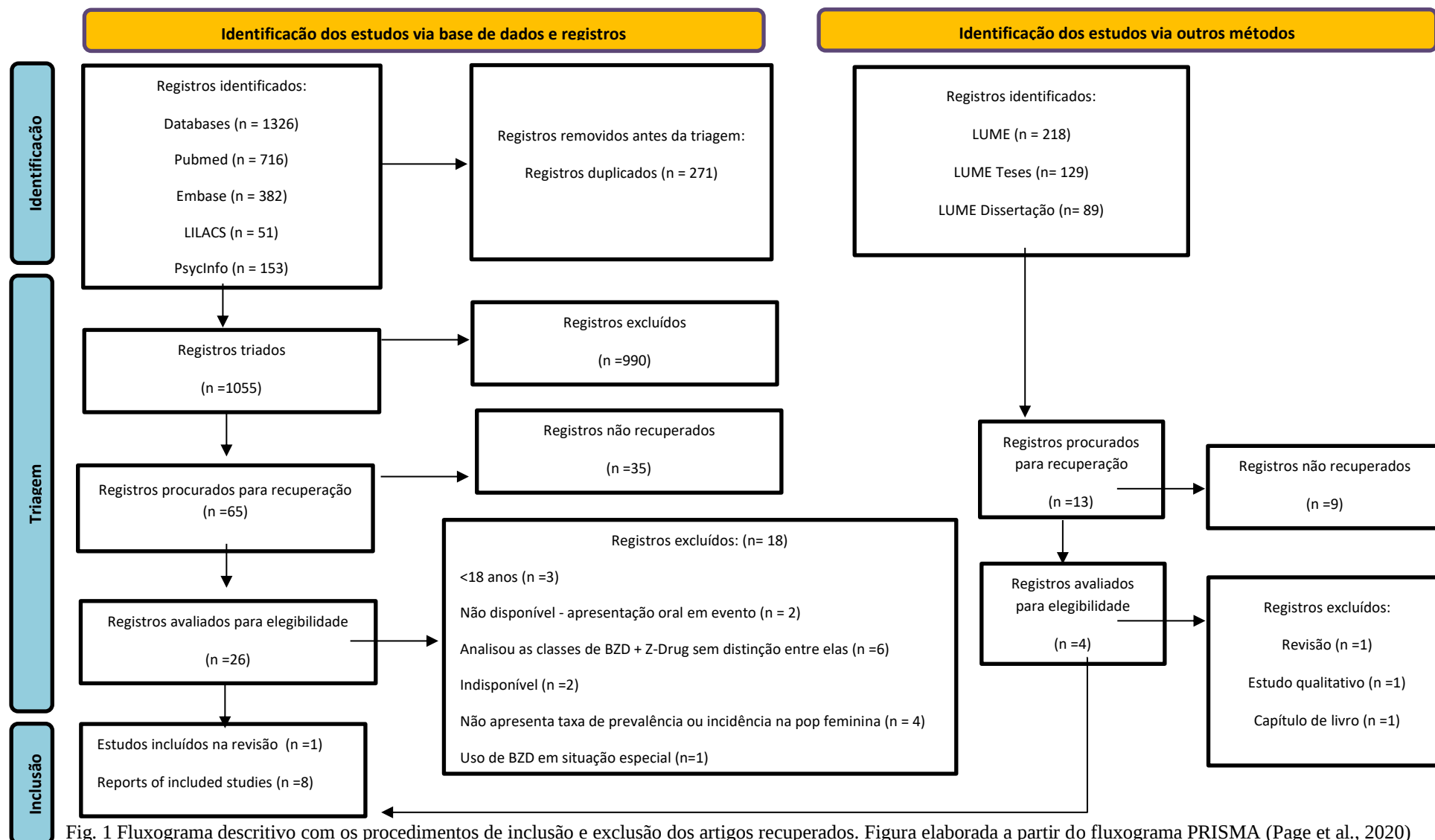
A metanálise foi analisada através do pacote Meta, versão (5.2-0) do programa R versão (4.2.0) através do comando metaprop. Devido à heterogeneidade das populações abordadas entre os estudos, a metanálise das taxas de prevalência de uso de BZD foi realizada considerando efeitos aleatórios. A estatística I^2 foi utilizada para avaliar a heterogeneidade entre os estudos. Se $I^2 \leq 25$ os estudos foram considerados homogêneos, $I^2 > 25$ e < 75 forma considerados como tendo heterogeneidade moderada e $I^2 \geq 75$ com alta heterogeneidade (PEREIRA; GALVÃO, 2014). A análise de subgrupos de acordo com a classificação do uso segundo o critério de tempo (na última semana, no último mês, no último ano e uso na vida) foi desenvolvida quando identificada heterogeneidade moderada ou alta. Foi considerado um intervalo de confiança de 95% e nível de significância de 0,05.

Para obter detalhes adicionais sobre métodos, incluindo estratégia de busca, critérios de inclusão e método de extração de dados consulte Materiais Suplementares 1.

3. Resultados

3.1 Procedimentos de busca e exclusão de literatura

A revisão da literatura revelou um total de 1339 artigos científicos sobre o uso de benzodiazepínicos por mulheres (1326 recuperados em bases de dados e 13 no repositório digital de teses e dissertações). Os 1326 artigos foram transferidos para o software de gerenciamento de referências (EndNote 20.4) que removeu os artigos duplicados, tendo o seu número reduzido para 1055 artigos. Os artigos foram avaliados pelos critérios de inclusão/exclusão em diferentes níveis de exclusão: título (n.: 990), resumo (n.:35) permanecendo como potencialmente relevantes o total de 26 artigos no nível de artigo completo. Destes, dezoito foram excluídos e oito foram avaliados qualitativamente. Dos 13 artigos identificados no repositório LUME, a exclusão ocorreu por título (n.:9) e artigo completo (n.:4), também segundo critérios de inclusão e exclusão. A qualidade foi avaliada em um artigo. Os procedimentos de inclusão e exclusão estão descritos no fluxograma (Fig. 1).



Os motivos de exclusão após leitura de artigo completo foram os seguintes: [bases de dados - mulheres <18 anos (n =3); artigo não disponível - apresentação oral em evento (n = 2); analisou BZD + Z-*Drug* sem distinção entre as duas classes farmacológicas (n =6); artigos indisponíveis (n =2); não apresentaram em seus resultados taxa de prevalência ou incidência especificamente na pop feminina (n = 4); uso de BZD em situação especial que poderia interferir na taxa de uso (n=1)] e [repositório LUME – estudo qualitativo (n=1); estudo de revisão (n=1); capítulo de livro (n=1)]. Após a avaliação qualitativa dos nove artigos, sete foram incluídos na análise final, com artigos publicados entre 1994 e 2019 (Airagnes et al., 2019; de Las Cuevas et al., 2003; Magrini et al., 1996; Naja et al., 2000; Olfson and Pincus, 1994; Swartz et al., 1991; Wortmann et al., 1994).

3.2 Qualidade metodológica e risco de viés

A qualidade metodológica foi avaliada por dois revisores e foi considerada alta para os estudos incluídos. Não houve diminuição na avaliação geral da qualidade, mas por algumas informações não estarem claras em alguns estudos, houve alguma preocupação com a possibilidade de vieses, quais sejam: viés de seleção (de Las Cuevas et al., 2003; Olfson and Pincus, 1994); viés de cálculo amostral (de Las Cuevas et al., 2003; Naja et al., 2000); viés de cobertura (Wortmann et al., 1994); viés de aferição (Naja et al., 2000; Olfson and Pincus, 1994; Wortmann et al., 1994); viés do observador (Olfson and Pincus, 1994) e viés de perda (de Las Cuevas et al., 2003; Naja et al., 2000; Wortmann et al., 1994). Nossa análise demonstrou que os estudos selecionados tiveram amostra adequada para a proposta do desenho (Airagnes et al., 2019; de Las Cuevas et al., 2003; Magrini et al., 1996; Naja et al., 2000; Olfson and Pincus, 1994; Swartz et al., 1991; Wortmann et al., 1994). Dois estudos foram excluídos uma vez que analisou a população de apenas uma Unidade da Atenção Primária à Saúde, não sendo, por isso, considerada uma amostra representativa para uma revisão de estudos de prevalência e incidência (da Silva et al., 2019; Nordon et al., 2009). Ao identificar apenas sete estudos nesta revisão sistemática, embora tenhamos pesquisado várias fontes de pesquisa, viés de publicação deve ser cogitado (Fig.2).

	Risk of bias									
	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	Overall
Airagnes (2019)	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
De las Cuevas (2003)	+	-	-	+	+	+	-	+	-	+
Magrini (1996)	+	+	+	+	+	X	+	+	+	+
Naja (2000)	+	+	-	+	+	X	+	+	-	+
Nordon (2009)	X	X	X	+	X	X	-	+	-	X
Olfson (1994)	+	-	+	+	+	-	-	+	+	+
Silva (2019)	X	+	+	+	+	+	+	+	-	X
Swartz (1991)	+	+	+	-	+	+	-	+	+	+
Wortmann (1994)	+	+	+	+	-	-	+	+	-	+

D1: Was the sample frame appropriate to address the target population?
 D2: Were study participants sampled in an appropriate way?
 D3: Was the sample size adequate?
 D4: Were the study subjects and the setting described in detail?
 D5: Was the data analysis conducted with sufficient coverage of the identified sample?
 D6: Were valid methods used for the identification of the condition?
 D7: Was the condition measured in a standard, reliable way for all participants?
 D8: Was there appropriate statistical analysis?
 D9: Was the response rate adequate, and if not, was the low response rate managed appropriately?

Judgement
 X High
 - Unclear
 + Low

Fig. 2 Resumo da análise da qualidade metodológica dos estudos incluídos com a ferramenta de avaliação crítica de estudos com dados de prevalência *JBIC Critical Appraisal Checklist For Studies Reporting Prevalence Data* (Munn et al., 2020). Elaborada a partir da ferramenta robvis (McGuinness and Higgins, 2021)

Em relação ao método, embora fosse objetivo desta pesquisa também verificar as taxas de incidência, nenhum estudo de coorte atendeu aos critérios de inclusão. Todos os sete estudos eram transversais (Airagnes et al., 2019; de Las Cuevas et al., 2003; Magrini et al., 1996; Naja et al., 2000; Olfson and Pincus, 1994; Swartz et al., 1991; Wortmann et al., 1994). Dos artigos selecionados três apresentaram taxas de uso de BZD (Olfson and Pincus, 1994; Swartz et al., 1991; Wortmann et al., 1994), um taxas de uso crônico (Airagnes et al., 2019); um abordou a dependência (de Las Cuevas et al., 2003); um mesmo estudo analisou uso e dependência (Naja et al., 2000) e outro analisou uso e uso crônico (Magrini et al., 1996). Houve uma diferença no critério utilizado pelos dois estudos que analisaram o uso por longo prazo. As recomendações de uso crônico foram assim consideradas: período superior a 12 semanas (Airagnes et al., 2019) e período superior a 6 meses (Magrini et al., 1996).

Os dados referentes ao local, período da coleta, objetivos, tipo de estudo, método, tamanho amostral, população, ferramentas utilizadas para a coleta de dados e desfechos estão resumidos na Tabela 1.

Table 1 Informações extraídas dos estudos após avaliação de risco de viés

Primeiro autor (ano)	Local	Coleta de dados	Objetivos	Tipo de estudo/método	Tamanho da amostra (n)	População	Ferramentas usadas para coleta de dados	Desfechos
Airagnes (2019)	França	Jan 2009 a Dez 2015.	Examinar a prevalência do uso prolongado de BZD na população geral francesa de acordo com fatores sociodemográficos e clínicos.	Estudo transversal/ Foram utilizados algoritmos automatizados para busca de sequências de prescrições entregues indicando um período contínuo.	9535 4686 homens 4849 mulheres	Participantes cobertos pelo regime geral de seguro de saúde restrito a trabalhadores assalariados, profissionalmente ativos ou aposentados e sua família (mais de 90% da população francesa).	Algoritmos automatizados para pesquisar sequências de prescrições entregues; (CESD)/ (AUDIT)	Uso crônico (>12 semanas).
De las Cuevas (2003)	Ilhas Canárias - Espanha	Jan a Abr 2002	Estimar a prevalência, características e fatores de risco associados ao desenvolvimento de dependência de BZD nos usuários.	Estudo transversal/ Todos os sujeitos da amostra completaram o SDS em um período livre de sintomas e foram solicitados a fornecer uma classificação global de seu vício ou dependência de BZD.	1048	Pacientes atendidos em vinte centros de saúde de cuidados primários do Serviço de Saúde das Ilhas Canárias que estavam atualmente em tratamento com BZD por 1 mês ou mais.	Severity of dependence scale (SDS)	Dependência de BZD
Magrini (1996)	Itália	Nov 1992 a Mar 1993	Estimar a prevalência e padrão de uso de BZD e fatores de risco para uso e uso crônico na população italiana (≥ 18 anos).	Estudo transversal/Dados das vendas anuais (1983-1991), obtidos do Ministério da Indústria como número de itens vendidos. Dados: informações sociodemográficas, hábitos de vida, sintomas/doenças e drogas.	2803	As listas atualizadas de pessoas pelas quais os 62 médicos que participaram voluntariamente do estudo eram responsáveis (representando uma população geral de 78.114 pessoas)	Questionário auto-aplicado.	Uso e uso crônico de BZD (>6 months)
Naja (2000)	Líbano	Sem esta informação	Determinar a prevalência do consumo de BZD no Líbano e os fatores de risco para uso e dependência de BZD.	Estudo transversal/ Taxa de prevalência do consumo de BZD: amostra 1; Os fatores de risco para consumo de BZD no último mês e dependência de BZD: amostra 2. Dados: uso e dependência de BZD, variáveis sociodemográficas e eventos de vida.	1000	Amostra 1: uma amostra aleatória de 1000 indivíduos da população libanesa > 18 anos. Amostra 2: 96 usuários atuais de BZD da amostra 1 + 400 indivíduos (retirados aleatoriamente da população libanesa)	Foi elaborado um questionário de 54 itens.	Uso e dependência de BZD
Olfson (1994)	EUA	1987	Estimar a prevalência do uso de BZD na comunidade e examinar as relações entre o uso de BZD e fatores sociodemográficos, de saúde mental, de saúde geral e sociais.	Estudo transversal/ Um desenho de probabilidade de área multistágio estratificado. Um total de 38.446 indivíduos foram amostrados em aproximadamente 15.000 domicílios. Cada domicílio foi entrevistado quatro vezes ao longo de um período de 16 meses. Dados: utilização de serviços de saúde, incluindo medicamentos prescritos e estado de saúde e funcional.	27.936	Seção de domicílios da Pesquisa Nacional de Despesas Médicas de 1987. Amostra da população civil americana não institucionalizada. O estudo concentrou-se nos 27.936 indivíduos > 18 anos.	Sem informações	Uso de BZD
Swartz (1991)	Carolina do Norte - EUA	1982 a 1983	Examinar a prevalência e os padrões de uso de drogas antiansiolíticas BZD na região de Piemonte da Carolina do Norte	Estudo transversal/ Amostra aleatória de todas as unidades habitacionais de segmentos em toda a área de abrangência, usando o método de Kish, resultando em 3.798 entrevistas.	3.798	A área de cinco condados no centro-norte da Carolina do Norte, consistindo em um condado urbano e quatro condados rurais contíguos.	Diagnostic Interview Schedule; escala de sofrimento psíquico análoga à SCL-90; eventos de vida negativos: escala de 20 grandes eventos proposto por Holmes e Rahe.	Padrões de uso de BZD e antiansiolíticos
Wortmann (1994)	Porto Alegre/ Brasil	Jun 1991	Estimar a prevalência do consumo de BDZ e de "calmantes caseiros" pela população de Porto Alegre	Estudo transversal/ Tamanho amostral calculado (455 sujeitos). Para a seleção da amostra: sorteio. Estudo piloto, com a finalidade de proporcionar treinamento aos entrevistadores e avaliar o instrumento. Dados: dados sócio-demográficos do uso de BDZ	480 189 homens 291 mulheres	975.527 (Censo 1980) Foi calculado 40% para uso de BZD na vida = 455	16 perguntas	Uso de BZD (na vida, no ano, no mês)

3.3 Taxas de prevalência para uso e uso indevido (uso crônico e dependência)

Taxas de prevalência em mulheres foram analisadas considerando-se os seguintes padrões: uso e uso indevido (uso crônico e dependência). Cinco estudos apresentaram taxas de prevalência para uso: 8% (Olfson and Pincus, 1994); 10.6% (Swartz et al., 1991); 11.8% (Magrini et al., 1996); 12.1% (Naja et al., 2000) e 15.8% uso no mês e 53.4% de uso na vida (Wortmann et al., 1994); dois estudos verificaram 3.8% (Airagnes et al., 2019) e 6.6% (Magrini et al., 1996) para uso crônico e dois estudos obtiveram resultados parecidos para taxas de dependência 50% (de Las Cuevas et al., 2003) e 50.1% (Naja et al., 2000).

A Figura 3 apresenta o gráfico de floresta e metanálise das taxas de prevalência de uso de BZD de acordo com a classificação do uso segundo o critério de tempo (na última semana, no último mês, no último ano e uso na vida) sendo identificada uma taxa de prevalência geral de (0.17 [0.10; 0.27]). Elevada heterogeneidade foi verificada entre os estudos analisados ($I^2=99\%$), $p<0.01$.

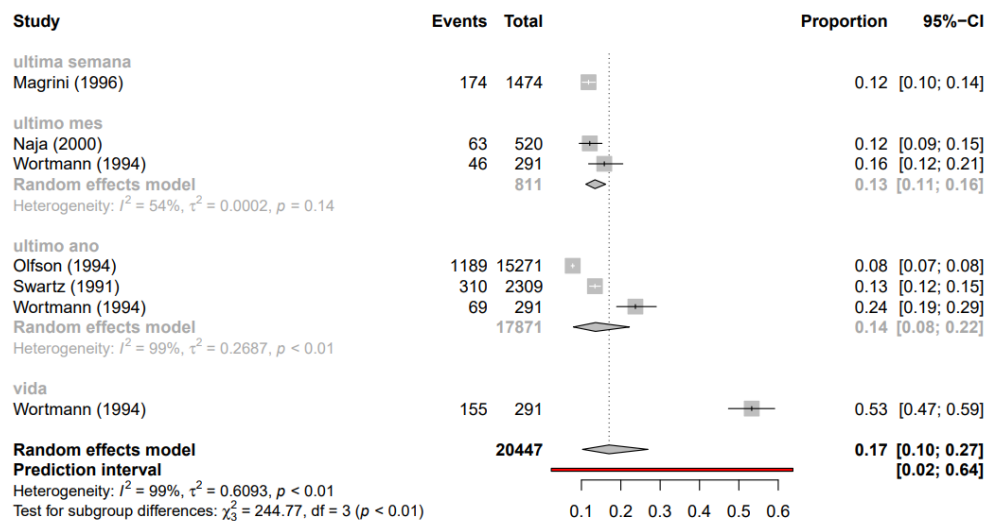


Figura 3 - Gráfico de floresta demonstrando as taxas de prevalência de uso e uso indevido de BZD (última semana, último mês, último ano, e uso na vida).

3.4 Perfil das mulheres em uso ou em uso indevido de BZD

Dois estudos analisaram, especificamente, a relação das características sociodemográficas na população feminina com uso crônico de BZD (Airagnes et al., 2019) e uso e uso crônico (Magrini et al., 1996). Os demais analisaram perfil de usuários, usuários crônicos e usuários com dependência na população geral (de Las Cuevas et al., 2003; Naja et al., 2000;

Olfson and Pincus, 1994; Swartz et al., 1991; Wortmann et al., 1994).

O estudo de Magrini et al. (1996) encontrou que a prevalência de uso de BZD em mulheres aumenta com a idade, com taxas acima de 11% para uso em mulheres com mais de 40 anos e taxas acima de 22% para uso crônico em mulheres com 70 anos ou mais. Mulheres viúvas apresentam maiores taxas para uso (23.4% - 95% CI 17.7-29.0) e para uso crônico (14.5% - 95% IC 9.8-19.2); mulheres com escolaridade $\leq$ a 5 anos apresentaram maiores taxas para uso [<5 anos 28.2% (95% CI 19.0–39.0) e 5 anos 18.1% (95% CI 14.7–21.5)] e para uso crônico [<5 anos 16.5% (95% CI 9.3–26.1) e 5 anos 10.4% (95% CI 7.7–13.1)]. O tipo de trabalho pode interferir no aumento do uso. Taxas de 14.6% (95% CI 5.6–29.2) foram verificadas entre aquelas que trabalham no comércio, de 7.3% (95% CI 1.5–20.0) entre donas de casa e de 22.5% (95% CI 18.5–26.6) entre aposentadas. Nesta categoria foi constatada taxa de 15.0% (95% CI 11.5–18.4) para uso crônico. O perfil sociodemográfico de usuária encontrado no estudo de Magrini et al. (1996) é corroborado pelo estudo de Airagnes et al. (2019) que encontrou aumento de uso crônico de BDZ em mulheres mais velhas (> 50 anos) com *Odds Ratio* de 5.05 (2.78-9.17); em mulheres separadas, divorciadas ou viúva OR = 3.11 (2.13-4.55); em relação ao nível educacional as chances de uso crônico aumentam com baixa escolaridade 0 a 2 anos com OR = 5.04 (2.29-11.09) e 3 a 4 anos com OR = 2.81 (1.31-6.05); maior uso também é observado em mulheres aposentadas 2.81 (1.82-4.33) e outras situações (não especificadas no estudo) 5.75 (3.65-9.05), que nunca trabalharam 3.66 (1.34-9.98) e mulheres que trabalham com atendimento ao público (funcionário administrativo ou comercial, assistente de creche, agente de serviço (2.16 (1.19-3.93). Baixa renda [OR= 2.98 (1.54-5.76)] e estado depressivo [OR= 3.25 (2.30-4.58)] também foram identificados como contextos que aumentam uso crônico de BZD por mulheres (Airagnes et al., 2019). (Tabela 2)

Tabela 2 Síntese dos resultados de prevalência para uso e para uso crônico de BZD por mulheres e relação com fatores sociodemográficos apresentados nos estudos selecionados (Airagnes et al., 2019; Magrini et al., 1996)

Variáveis	Magrini (1996)				Airagnes (2019)			
	Categorias	n	Uso (CI 95%)	Uso crônico (CI 95%)	Categorias	n	Uso (CI 95%)	OR (CI95%)
<i>Idade</i>	18-29	324	3.1 (1.5–5.6)	0.3 (0.0–1.7)	≥18≤35	32	2.7 (1.6-4.6)	1
	30-39	288	3.5 (1.7–6.2)	1.4 (0.4–3.5)	>35 ≤50	96	6.6 (5.1-8.4)	2.54 (1.38-4.69)
	40-49	233	11.6 (7.5–15.7)	3.9 (1.8–7.2)	>50	194	12.2 (10.0-14.9)	5.05 (2.78-9.17)
	50-59	218	17.4 (12.4–22.5)	11.0 (6.9–15.2)				
	60-69	220	15.5 (10.7–20.2)	9.6 (6.0–14.2)				
	70-79	131	32.1 (24.2–40.8)	22.1 (15.4–30.2)				
	≥ 80	60	21.7 (12.1–34.2)	15.0 (7.1–26.6)				
<i>Estado civil</i>	Casado	904	11.1 (9.0–13.1)	5.9 (4.4–7.6)	Casado ou vivendo como um casal	163	5.7 (4.6-7.1)	1
	solteiro	328	6.4 (4.0–9.6)	3.4 (1.7–5.9)	Solteiro	52	6.3 (4.1-9.6)	1.12 (0.68-1.85)
	Divorciado	28	10.7 (2.3–28.2)	7.1 (0.9–23.5)	Separados, divorciados ou viúvos	107	15.8 (12.2-20.2)	3.11 (2.13-4.55)
	Viúva	214	23.4 (17.7–29.0)	14.5 (9.8–19.2)				
<i>Educação</i>	<5 anos	85	28.2 (19.0–39.0)	16.5 (9.3–26.1)	0-2	79	15.1 (11.4-19.8)	5.04 (2.29-11.09)
	5 anos	491	18.1 (14.7–21.5)	10.4 (7.7–13.1)	3-4	138	9.1 (7.1-11.5)	2.81 (1.31-6.05)
	8 anos	395	6.3 (4.1–9.2)	2.3 (1.1–4.3)	5-6	84	5.1 (3.7-7.0)	1.53 (0.69-3.37)
	13 anos	425	6.8 (4.6–9.7)	4.5 (2.7–6.9)	7-8	21	3.4 (1.7-6.8)	1
	Grau universitário	74	8.1 (3.0–16.8)	4.1 (0.8–11.4)				
	Não informou	4	25.0 (0.6–80.6)	25.0 (0.6–80.6)				
	Agricultor	17	5.9 (0.1-28.7)	5.9 (0.1-28.7)				
<i>Situação ocupacional/ Tipo de trabalho</i>	Pensionista	408	22.5 (18.5-26.6)	15.0 (11.5-18.4)	<i>Status</i>			
	Condutor	2	-	-	<i>Empregado ou em formação</i>	169	4.7 (3.8-5.9)	1
	Comerciante	41	14.6 (5.6-29.2)	7.3 (1.5-20.0)	<i>Procura de emprego</i>	23	6.7 (3.6-12.3)	1.45 (0.72-2.93)
	Atendente	187	3.7 (1.5-7.6)	0.5 (0.0-2.9)	<i>Aposentado</i>	75	12.3 (8.8-16.9)	2.81 (1.82-4.33)
	Dona de casa	356	12.1 (8.7-15.5)	5.3 (3.2-8.2)	<i>Outras situações</i>	55	22.3 (16.2-29.8)	5.75 (3.65-9.05)
	Trabalhador	174	6.3 (3.2-11.0)	2.3 (0.6-5.8)				
	Artesão	34	5.9 (0.1-19.7)	2.9 (0.1-15.3)	<i>Grau ocupacional</i>			
	Profissional de Saúde	38	-	-	Nunca trabalhou	10	14.4 (6.8-28.0)	3.66 (1.34-9.98)
	Gerente	5	-	-	Operário e artesão	34	8.0 (5.3-12.0)	1.90 (0.93-3.85)
	Professora	4	9.4 (3.5-19.3)	6.3 (1.7-15.2)	Escriturário	172	9.0 (7.2-11.1)	2.16 (1.19-3.93)
	Profissional	15	-	-	Trabalhador intermediário	74	6.5 (4.7-9.1)	1.53 (0.80-2.94)
	Aluna	75	1.3 (0.3-7.2)	-	Executivo	32	4.4 (2.6-7.3)	1
	Desempregado	55	7.3 (2.0-17.6)	3.6 (0.4-12.5)				
	Outro	2	-	-				
	Não informou	1	-	-				
<i>Rendimentos do agregado familiar (em euros)</i>	-	-	-	-	<2100	167	11.5 (9.2-14.3)	2.98 (1.54-5.76)
					>2100≤2800	60	6.8 (5.0-9.3)	1.69 (0.84-3.38)
					>2800≤4200	66	5.0 (3.6-6.9)	1.22 (0.61-2.44)

					>4200	29	4.2 (2.3-7.4)	1
<i>Risco de transtorno por uso de álcool</i>	-	-	-	-	Baixo	282	7.4 (6.2-8.7)	1
					Em risco	40	8.5 (5.6-12.7)	1.17 (0.72-1.90)
<i>Estado depressivo</i>	-	-	-	-	Não	146	4.8 (3.7-6.1)	1
					Sim	176	14.0 (11.4-17.0)	3.25 (2.30-4.58)
<i>Total</i>	-	1474	11.8 (10.2-13.5)	6.6 (5.4-8.0)				

Tabela construída pelos autores a partir dos resultados apresentados nos estudos referidos. 1 Clerk (clerical or commercial employee, childcare worker, service agent)

3.5 Perfil geral sobre uso ou em uso indevido de BZD

Verificamos que os sete estudos que analisaram a população geral sinalizam uma maior chance de uso, uso crônico ou dependência por mulheres: uso [OR 1.34 (95% CI 1.02-1.76) (Airagnes et al., 2019)], [OR 2.3 (95% CI 1.6-3.2) (Magrini et al., 1996)], [uso na vida 53.4 % em mulheres para 36.7% homens ($p = 0.0006$), uso no mês de 15.8% em mulheres e de 9% homens ($p = 0.0308$) e sem significância estatística para uso no ano (Wortmann et al., 1994)], [OR 1.73 (95% CI 1.50-1.99) (Olfson and Pincus, 1994)], [OR 2,47 (95% CI 1,93±3,17) $p < 0.0001$ (Naja et al., 2000)]. Um dos estudos utilizou um modelo preditivo para uso de BZD. Trata-se de um modelo causal de seis etapas que prevê a medida dicotômica de uso versus não uso de benzodiazepínicos. Um processo causal unidirecional é assumido com variáveis em estágios anteriores que afetam aquelas em etapas subsequentes. Nenhuma direção causal é assumida para variáveis no mesmo estágio. Na análise de regressão logística multivariada, os efeitos das variáveis do estágio I são estimados primeiro, e a equação é em seguida, expandida à medida que grupos de variáveis são inseridos por estágio. Este formato produz uma estimativa do efeito de cada variável de todas as variáveis adjacentes e anteriores e indica se os efeitos das variáveis anteriores são mediados por variáveis subsequentes. Este também encontrou maior uso por mulheres com redução do efeito do gênero nos estágios V e VI: Estágio I OR 1.5 (95% CI 1.7-1.3); Estágio II OR 1.4 (95% CI 1.6-1.2), Estágio III OR 1.4 (95% CI 1.6-1.3), Estágio IV OR 1.4 (95% CI 6-1.2), Estágio V OR 1.3 (95% CI 1.4-1.1) e Estágio VI OR 1.2 (95% CI 1.4-1.0) (Swartz et al., 1991). O uso crônico também é maior na população feminina [OR 2.2 (95% CI 1.4-3.4) (Magrini et al., 1996)], bem como a dependência [taxas de 50% em mulheres e de 38.3% em homens, com $p = 0.045$ (de Las Cuevas et al., 2003)].

Observou-se na população geral um aumento de uso de BZD com o aumento da idade. Para uso foram identificados nos estudos em questão: [OR 3.5 (95% CI 1.9-6.3) para 35-49 anos; OR 5.3 (95% CI 2.8-10) pra 50-64 anos; OR 6.1 (95% CI 3.0-12.5) para maiores de 65 anos (Magrini et al., 1996)]; [idade > 64 anos OR 1.54 (95% CI 1.31-1.81) (Olfson and Pincus, 1994)]; [idade superior a 45 anos OR 2.64 (95% CI 2,08±3,34) $p < 0.0001$ (Naja et al., 2000)]; [maior propensão de uso de BZD por idosos [18-34 anos (3.8%); 35-54 anos (11.5%); 55-74 anos (14%); > 75 anos (13.6%) com OR por faixa etária e estágio analisado como: I 35-54 anos 3.2 (3.8-2.7), 55-74 anos 4.0 (4.8-3.4), >75 anos 3.6 (7-2.8); II 35-54 anos 2.7 (3.2-2.2), 55-74 anos 3.1 (3.7-2.5), >75 anos 2.6 (3.5-1.9); III 35-54 anos 2.8 (3.4-2.4), 55-74 anos 3.4 (4.1-2.8), >75 anos 2.9 (3.9-2.1); IV 35-54 anos 3.0 (3.6-2.5), 55-74 anos 3.7 (4.5-3.0), >75 anos 3.1 (4.3-2.3); V 35-54 anos 3.1 (3.8-2.6), 55-74 anos 4.0 (4.9-3.3), >75 anos 3.4 (4.7-2.5); VI 35-54 anos 3.1 (3.7-2.5), 55-74 anos 3.4 (4.2-2.8), >75 anos 2.7 (3.7-2.0) (Swartz et al., 1991)]. O uso crônico foi [maior

na população >35 anos, $p < 0.05$ (Airagnes et al., 2019)]; [OR 8.4 (95% CI 2.6-26.7) de 35-49 anos; OR 20.2 (95% CI 6.2-65.5) de 50-64; OR 26.0 (95% CI 7.5-90.3) > 65 anos (Magrini et al., 1996)]. Relação entre idade e dependência ao BZD não foi encontrada em de Las Cuevas et al. (2003).

Em ambos, homens e mulheres, não ter um parceiro representou maior risco [$p < 0.05$ (Airagnes et al., 2019)]. Ser separado ou viúvo aparecem com significância estatística para uso na vida [$n = 20$ + $n = 33$ respectivamente; $\chi^2 = 16.13$; $p = 0.0011$; sem diferença para uso no ano e no mês (Wortmann et al., 1994)]; viúvos apresentam maiores taxas de uso [OR igual a 1.09 (95% CI 0.90-2.04) (Olfson and Pincus, 1994)]; [taxas de uso em viúvos (14.7%); separados/divorciados (11.4%); casados (9.3%); nunca casados (3.6%)]. Os nunca casados e casados têm uma prevalência significativamente menor de uso do que os divorciados e viúvos; na análise por estágios os resultados são: II Casado OR 1.4 (95% CI 1.8-1.1), Separado/divorciado OR 2.2 (95% CI 2.9-1.6), Viúva OR 1.8 (95% CI 2.4-1.3); III Casado OR 1.5 (95% CI 1.9-1.1), Separado/divorciado OR 20. (95% CI 2.8-1.6), Viúva OR 1.7 (95% CI 2.4-1.3); IV Casado OR 1.5 (95% CI 1.8-1.2), Separado/divorciado OR 2.1 (95% CI 2.8-1.6), Viúva OR 1.8 (95% CI 2.4-1.3); V Casado 1.5 (95% CI 1.9-1.2), Separado/divorciado OR 2.1 (95% CI 2.8-1.6), Viúva OR 1.7 (95% CI 2.4-1.3); VI Casado OR 1.6 (95% CI 2.0-1.2), Separado/divorciado OR 2.3 (95% CI 3.0-1.7), Viúva OR 2.0 (95% CI 2.7-1.5) (Swartz et al., 1991)]. A realação entre estado civil e dependência não foi encontrada no estudo de de Las Cuevas et al.

Outra variável que interfere, aumentando o uso de BZD é a baixa escolaridade: [$p < 0.05$ (Airagnes et al., 2019)]; [0-12 (8.4%), 12-15 (5.6%), >16 (4.6%) (Olfson and Pincus, 1994)]. Um aumento em cada um dos quatro níveis de educação reduzem as chances de uso de BZD [0-8 (11.3%); 9-11 (11.8%); 12-13 (7.4%); + 14 (7.2%)] Pessoas com maior escolaridade usam menos BZD em parte porque têm menos diagnósticos de doença mental e menos sintomas de sofrimento psíquico (Swartz et al., 1991). Wortmann et al. (1994) não encontrou significância estatística para relação nível de escolaridade e uso d BZD o que também não foi verificada em relação à dependência (de Las Cuevas et al., 2003)

Apenas dois estudos analisaram a relação renda da família e uso de BZD. Baixa renda afeta o padrão de uso de BZD na população geral aumentando o uso [$p < 0.05$ (Airagnes et al., 2019)]; no entanto a renda não aparece com significância estatística para uso de BZD (renda $\leq$ 1000 USD OR= 1.04 (95% CI 0.76=1.43) nos resultados encontrados por (Naja et al., 2000). O fator renda pode interferir na qualidade de vida das pessoas, podendo afetar a saúde mental e também o uso de benzodiazepínicos.

Os estudos demonstram que algumas situações relacionadas ao trabalho podem piorar o uso de BZD na população geral. Estar desempregado aumenta o uso [OR 3.7 (95% CI 1.7-8.2 (Magrini et al., 1996)); [OR 1.26 (95% CI 1.06-1.49) (Olfson and Pincus, 1994)] e piora o uso crônico [$p < 0.05$ (Airagnes et al., 2019)], [OR 3.8 (95% CI 1.1-13.2) (Magrini et al., 1996)]. Aposentados apresentaram significância considerada limítrofe para uso, com [OR 1.8 (95% CI 1.0-3.2) (Magrini et al., 1996)] e OR igual a 2.0 (95% CI 0.9-4.3) para uso crônico (Magrini et al., 1996). Nenhuma relação foi encontrada no estudo de (de Las Cuevas et al., 2003) entre situação de emprego e dependência.

Apenas dois estudos analisaram a relação de uso de BZD e a variável raça tendo ambos encontrado o maior uso de benzodiazepínicos em pessoas brancas [OR 1.93 (95% CI 1.61-2.32) (Olfson and Pincus, 1994)] e [11.5% brancos X 4.7% em não brancos; segundo estádios analisados I Negro OR 0.4 (95% CI 0.4-0.3), II Negro OR 0.4 (95% CI 0.4-0.3), III Negro OR 0.3 (95% CI 0.4-0.3), IV Negro OR 0.3 (95% CI 0.4-0.3), V Negro OR 0.3 (95% CI 0.4-0.3), VI Negro OR 0.3 (95% CI 0.4-0.3) (Swartz et al., 1991)].

Para as pessoas que fizeram uso no ano ($n = 102$), 91,6% referiram uso com prescrição médica enquanto 8,4% relataram uso BDZ sem prescrição. Os motivos referidos neste estudo para o recebimento de uma prescrição ou para o uso foram: 58,6% ansiedade, 24% a insônia, 9% o estress e 8,4% outros (Wortmann et al., 1994). Ansiedade aparece como um fator que afeta o uso de BZD OR 2.14 (95% CI 1.73-2.65), assim como uso de Antidepressivos [OR 4.16 (95% CI 3.35-5.17) (Olfson and Pincus, 1994)]. O estado depressivo também foi verificado no estudo de [$p < 0.05$ (Airagnes et al., 2019)]. Uso de Ansiolíticos não BZD [OR 1.47 (95% CI 0.98-2.2)] e Antipsicóticos [OR 1.30 (95% CI 0.91-1.87)] aparecem com menos força nesta associação (Olfson and Pincus, 1994). Uso de outros agentes psicotrópicos foi encontrado como responsável por aumentar as chances de dependência OR 3,18 (95% CI 1,85±5,49) (Naja et al., 2000).

Alguns fatores relacionados à saúde geral também aparecem com alguma relação com o aumento de uso dos BZD: Saúde geral (frágil a ruim) OR 1.58 (95% CI 1.43-1.75), Doença cardíaca presente OR 1.47 (95% CI 1.23-1.76), Arteriosclerose presente OR 1.43 (95% CI 1.16-1.76), Afastamento do trabalho por problemas de saúde OR 1.34 (95% CI 1.10-1.62) e Incapacidade para andar 1 quarteirão OR 1.30 (95% CI 1.07-1.57) (Olfson and Pincus, 1994). A relação presença de doenças física crônica e dependência não foi encontrada por (de Las Cuevas et al., 2003). Quem usou recentemente serviços ambulatoriais de saúde física (13.2%) ou serviços de saúde mental (31%) são muito mais propensos a usar BZD assim como aqueles com diagnóstico de 1 transtorno afetivo (21.7%); 2+ transtorno afetivo (41.7%), transtorno do pânico (39.2) ou agorafobia com pânico (33.1%). Nas análises por estágio realizada por Swartz et al.

(1991) verificou-se: [Estágio III: Transtorno afetivo OR 2.2 (95% CI 2.6-1.8); Agorafobia com pânico OR 2.8 (95% CI 4.3-1.8); Transtorno de pânico OR 4.6 (95% CI 7.9-2.6) e Estágio VI: Atendimento ambulatorial clínico saúde OR 2.7 (3.2-2.3) Atendimento ambulatorial saúde mental OR 2.3 (95% CI 2.7-1.9) (Swartz et al., 1991)].

O uso de BZD foi ligeiramente menor entre os indivíduos que conversaram com pessoas (4,7%) ou visitaram amigos próximos ou parentes mais de uma vez por semana (5,0%) do que entre aqueles que relataram fazê-lo com menos frequência (6,8% e 7,0%, respectivamente). O uso de BZD também foi ligeiramente menor entre pessoas que diziam ter alguém com quem poderiam compartilhar seus sentimentos e preocupações mais particulares (6,2%) do que entre as pessoas que disseram não ter tal pessoa (6,8%) (Olfson and Pincus, 1994). Outro fator que aumenta o uso de BZD é a ausência de exercício físico [OR 1.56 (95% CI 1.24-1.98) $p= 0.0001$ (Naja et al., 2000)].

A análise da prevalência de uso crônico de BZD, revelou que somente um terço da população estudada parou o uso no período recomendado (até 4 semanas), sendo encontradas as seguintes taxas: de jan-mar (32.1%); jan-jun (48.9%); jan-set (75.2%) e jan-dez (10.3%). (Olfson and Pincus, 1994). Existência de um evento negativo na vida afeta o uso de BZD [OR=1,59 (95% CI 1,25±2,03) $p< 0.0001$, bem como aumenta a risco para dependência OR 1,98 (95%CI 1,32±2,98) $p= 0.001$ (Naja et al., 2000)] e [OR 1.5 (95% CI 1.6-1.4) (Swartz et al., 1991)].

Informações sobre dose diária foram encontradas no estudo de Magrini et al. (1996) e de Las Cuevas et al. (2003). Entre os usuários de curto prazo ($n=104$), 60,6% relataram uso de $< 0,5$ Dose Diária Definida- DDD/dia; 15,4% 0,5-1 DDD; 3,8% 1-1,5 DDD; 1,9% 1,5-2 DDD; 4,8% > 2 DDD e 13,5% não informaram. Entre os usuários crônicos ($n=136$), 51,5% relataram uso de $< 0,5$ DDD/dia; 25% 0,5-1 DDD; 6,6% 1-1,5 DDD; 6,6% 1,5-2 DDD; 5,1% > 2 DDD e 5,1% não informaram (Magrini et al., 1996). Sobre a dose média diária comparada à dose diária definida (DDD), 60% usaram doses menores que DDD; 22% usaram a DDD e 18%, doses $>$ que DDD (de Las Cuevas et al., 2003).

As principais fontes de prescrição e BZD identificadas nesta revisão foram: [clínicos gerais (44,9%) (Magrini et al., 1996) e 36,8% ($p= 0.004$) (de Las Cuevas et al., 2003)]; [Médicos/exceto psiquiatras (78%) (Naja et al., 2000)] , [Psiquiatras (11%) (Naja et al., 2000) e (60,4%) ($p= 0.004$) (de Las Cuevas et al., 2003)]; [consultor (31,3%) (Magrini et al., 1996)], [na alta hospitalar (12,1%) (Magrini et al., 1996)], [a pedido do paciente (6,3%) (Magrini et al., 1996)], [orientação de um pai/amigo (3,8%) (Magrini et al., 1996); conselho de um farmacêutico (0,4%) (Magrini et al., 1996) e farmacêuticos, conselhos de parentes ou amigos e auto-medicação (11%) (Naja et al., 2000)]. Sessenta por cento das prescrições para idosos advém de clínicos

gerais. Automedicação ou medicação solicitada pelo paciente correspondeu a 8-10% das prescrições nas idades 18-34, 35-49, e 50-64 anos e apenas 1% para pessoas com idade ≥ 65 anos (Magrini et al., 1996). Interessante o achado de De Las Cuevas; Sanz; De La Fuente (2003) quando não houve significância estatística entre o aconselhamento sobre o risco de dependência pelo prescritor e a dependência (de Las Cuevas et al., 2003).

O uso de álcool não representou um maior risco para uso de BZD no estudo de (Airagnes et al., 2019) e também no estudo de Naja et al. (2000) [OR 1.0 (95% CI 0.75-1.320)]. Já o tabagismo apareceu como fator de risco para o uso em um dos estudos [OR 1,61 (95% CI 1,27±2,05) $p < 0.0001$ (Naja et al., 2000)].

No ranking dos benzodiazepínicos estão entre os três mais usados: o diazepam, o bromazepam e o lorazepam (Wortmann et al., 1994); o lorazepam, o bromazepam e outros (dez compostos) (Magrini et al., 1996); o alprazolam, o diazepam e o clordiazepóxido (Olfson and Pincus, 1994). Quando avaliamos as taxas de dependência por benzodiazepínico no estudo de Las Cuevas et al. (2003) foram encontradas taxas maiores que 50% de dependência com o uso de ketazolam, lorazepam e alprazolam. Observa-se que lorazepam e alprazolam estão entre os BZD mais usados. O ketazolam que tem taxa de dependência superior a 65% não está entre os BZD mais usados nos estudos selecionados. (Tabela 3)

Tabela 3 - Benzodiazepínicos mais usados encontrados nos estudos selecionados e taxa de dependência por BZD

<i>BZD mais usados</i>	Magrini (1996) Taxa de uso (%)	Olfson (1994) Taxa de uso (%)	Wortmann (1994) Taxa de uso (%)	De las Cuevas (2003) Taxa de dependência (%)
Alprazolam	4,8%	23.8%	-	52.7%
Bromazepam	13,6%	-	19.8%	45.5%
Clonazepam	-	0.04%	-	-
Clorazepate	-	8.9%	-	45%
Clordiazepóxido	-	12.9%	-	-
Clotiazepam	-	-	-	33.3%
Delorazepam	8,8%	-	-	-
Diazepam	7%	19.4%	55%	40.8%
Flurazepam	3,3%	3.6%	-	-
Halazepam	-	0.2%	-	39.7%
ketazolam	-	-	-	66.7%
Lorazepam	38,2%	12.6%	8.9%	54.1%
Lormetazepam	-	-	-	45%
Oxazepam	-	-	5.0%	-
Prazepam	4,4%	1.16%	-	-
Temazepam	-	5.7%	-	-
Triazolam	5,5%	10.3%	-	-
Outros BZD	14,4%	-	-	46%

Sobre o risco de dependência, para ambos os sexos, De Las Cuevas *et al.* (2003) encontrou tempo de uso que variou de 38 a 51 meses, com mais da metade dos usuários de BZD desenvolvendo dependência com uso por mais de 6 meses. Uso por maior tempo, aumenta as

chances de dependência ($p < 0.001$), bem como uso de altas doses ($p < 0.001$). Regressão logística multivariada demonstrou que a probabilidade de desenvolver dependência foi maior nos pacientes em uso de altas doses, em pacientes com uso prolongado e em pacientes que usaram antidepressivos ao mesmo tempo ($p < 0.05$) (de Las Cuevas et al., 2003). Realização entre meia vida de BZD usado e dependência não foi verificada no estudo referido (de Las Cuevas et al., 2003).

Aproximadamente um terço dos usuários usaram BZD por mais de 12 meses (Naja et al., 2000). Um achado importante de Naja et al. (2000) é que entre 376 sujeitos, uma taxa de 75,8% expressaram o desejo persistente de parar o uso de BZD ou referiram uma experiência de interrupção malsucedida.

A associação entre características socio demográficas na população geral e os diferentes padrões de uso de BZD analisados em cada estudo está representado na Tabela 4.

Tabela 4 Quadro síntese dos resultados referentes à população geral dos estudos incluídos que analisaram a associação de variáveis socio demográficas e de saúde com uso, uso crônico ou dependência de BZD.

Estudo	Análise	Mulheres X Homens	Idade (anos)	Raça	Educação	Estado conjugal	Renda	Tipo de trabalho	Situação de saúde/ Uso de outros medicamentos/ Uso de álcool	Fonte da prescrição
Airagnes (2019)	(%) CI	3.8 (3.3-4.5)	-	-	-	-	-	-	-	-
Uso crônico	OR (95% CI)	2.8 (2.3-3.4) 1.34 (1.02-1.76)	-	-	-	-	-	-	-	-
Magrini (1996)	(%) CI	11.8% x 5% F/M ratio= 2.4	-	-	-	-	-	-	-	Clínicos gerais (44,9%), consultor (31,3%), na alta hospitalar (12,1%), a pedido do paciente (6,3%), orientação de um pai/amigo (3,8%) e conselho de um farmacêutico (0,4%).
Uso	OR (95% CI)	Homens Ref Mulheres 2.3 (1.6-3.2)	18-34 Ref 35-49 3.5 (1.9-6.3) 50-64 5.3 (2.8-10.0) >65 6.1 (3.0-12.5)	-	Superior (≥ 13 anos) Ref Menor (<13 anos) 1,0 (0,7-1,5)	Ref Casado Solteiro 1,3 (0,8-2,0) Divorciado 0,4 (0,1-1,9) Viúva 1,2 (0,8-1,9)	-	Ref. de colarinho azul colarinho branco inferior 0,9 (0,5-1,7) Colarinho branco superior 1,3 (0,6-2,9) Dona de casa 1,4 (0,8-2,4) Aluno 0,6 (0,1-2,6) Desempregados 3,7 (1,7-8,2) Pensionista 1,8 (1,0-3,2)	-	-
Uso crônico	OR (95% CI)	Homens Ref Mulheres 2.2 (1.4-3.4)	18-34 Ref 35-49 8.4 (2.6-26.7) 50-64 20.2 (6.2-65.5) >65 26.0 (7.5-90.3)	-	Superior (≥ 13 anos) Ref Menor (<13 anos) 0,4 (0,4-1,2)	Ref Casado Solteiro 1,4 (0,8-2,6) Divorciado 0,4 (0,1-3,1) Viúva 1,2 (0,7-1,9)	-	Ref. de colarinho azul colarinho branco inferior 0,8 (0,3-2,1) Colarinho branco superior 1,7 (0,6-4,8) Dona de casa 1.1 (0,5-2,6) Aluna - Desempregados 3,8 (1,1-13,2) Pensionista 2,0 (0,9-4,3)	-	-
De las Cuevas (2003)	(%) CI	50% x 38,3%	<20 (33.3%) 20-29 (36.8%) 30-39 (45.8%) 40-49 (53.3%) 50-59 (50.6%) 60-69 (46.6%) >70 (43.5%)	-	Sabe ler e escrever (48%) Estudos primários (48,9%) Faculdade (45,2%) Licenciatura (43,1%)	Nunca casou ou solteiro (51,4%) Casado (43,6%) Separados (56,5%) Divorciado (45,5%) Viúvo (48%)	-	Estudante (33,3%) Desempregados (55,8%) Empregado (38,1%) Dona de casa (52,6%) Licença médica 42,1(%) Aposentado (49,2%)	Condições médicas crônicas Sim (50%) Não (44,7%) Uso de antidepressivos Não (43,2%) Sim (55,8%)	Psiquiatra (60,4%) Clínicos gerais (36,8%) Outro especialista (49,3%)
Dependência	Valor p	p= 0.045								
Naja (2000)	(%) CI	-	-	-	-	-	-	-	-	0.004 Médicos/exceto psiquiatras (78%), Psiquiatras (11%), farmacêuticos, conselhos de parentes ou amigos e auto-medicação (11%).
Uso	OR (95% CI)	2.46 (1.93-3.14)	>45 OR=2,64 (2,08±3,34)	-	≤ Bas OR= 1.53 (1.14-2.06)	Casado OR = 2,12 (1,62-2,78)	≤ 1000	-	Existência ou evento de vida negativo OR=1,59 (1,25±2,03) p < 0,0001	-

								USD OR= 1.04 (0.76 =1.43) SSE		Tabagismo OR=1,61; (1,27±2,05) p < 0,0001	
	valor p	p < 0.0001	p < 0.0001		0.003	p < 0.0001			Empregado (3,7%)		
Olfson (1994)	(%) CI	8.0 % x 4.2%	18-34 (1,9%) 35-49 (6.0%) 50-64 (9.0%) >64 (13.7%)	Branco (6,7%) Preto (4,2%) Outros (2,8%)	0-12 (8.4%) 12-15 (5.6%) >16 (4.6%)	Nunca se casou (2,1%) Casado (6,3%) Separados/Divorciados (8,1%) Viúvo (13,5%)	-	-	Desempregados (8,2%)	-	-
	OR (95% CI)	1.73 (1.50-1.99)	>64 1.54 (1.31-1.81)	Branco 1,93 (1,61-2,32)	-	Viúvo 1,09 (0,90-2,04)	-	-		Fatores de saúde mental	-
										Ansiedade (mais para todos) 2,14 (1,73-2,65)	
										Calma (pouco a nenhum) 1,22 (1,01-1,47)	
										Felicidade (pouco a nenhum) 1,02 (0,81-1,29)	
										Humor deprimido (quase todos) 1,00 (0,75=1,35)	
										Anedonia (mais para todos) 0,75 (0,053-1,01)	
										Fatores gerais de saúde	
										Saúde geral (regular a ruim) 1,58 (1,43-1,75)	
										Doença cardíaca (presente) 1,47 (1,23-1,76)	
										Arteriosclerose (presente) 1,43 (1,16-1,76)	
										A saúde afasta o paciente do trabalho (presente) 1,34 (1,10-1,62)	
										Andar um quarteirão (incapaz) 1,30 (1,07-1,57)	
										Fatores farmacológicos	
										Antidepressivo (presente) 4,16 (5-5,17)	
										Ansiolítico não BZD (presente) 1,47 (0,98-2,20)	
										Antipsicótico (presente) 1,30 (0,91-1,87)	
Swartz (1991) ¹	(%) CI	10.6% x 6.9%	18-34 (3.8%) 35-54 (11.5%) 55-74 (14.0%) >75 (13.6%)	Branco (11,5%) Não branco (4,7%)	0-8 (11.3%) 9-11(11.8%) 12-13 (7.4%) >14 (7.2%)	Nunca se casou (3,6%) Casado (9,3%) Separados/Divorciados (11,4%) Viúvo (14,7%)	-	-		Sem Dx Afetivo (8,2%)	-
										1 Dx Afetivo (21,7%)	
										2+ Dx Afetivo (41,7%)	
										Sem Agor.w/ Panic Dx (8,5%)	
										Agor.w/ Panic Dx (33,1%)	
										Sem Transtorno de Pânico (6,6%)	
										Transtorno do Pânico Dx (39,2%)	
										Sem Atendimento Médico Ambulatorial (3,9%)	
										Assistência Médica Ambulatorial (13,2%)	
										Nenhum atendimento ambulatorial de saúde mental (7,0%)	
										Atendimento Ambulatorial de Saúde Mental (31,0%)	
	OR (95% CI)	I 1.5 (1.7-1.3) II	I Idade 35-54 3,2 (3,8-2,7)	I Negro 0.4 (0.4-0.3)		II Casado 1.4 (1.8-1.1)	-	-		III Evento negativo na vida 1.5 (1.6-1.4)	-
										IV Evento negativo na vida 1.4 (1.5-1.3)	
										Transtorno afetivo 2.2 (2.6-1.8)	

		1.4 (1.6-1.2) III	55-74 4,0 (4,8-3,4) >75 3,6 (7-2,8)	II Negro	II educacional	Nível 0.9	Separado/divorciado 2.2 (2.9-1.6) Viúva 1.8 (2.4-1.3)				Agorafobia com pânico 2.8 (4.3-1.8) Transtorno de pânico 4.6 (7.9-2.6) V Evento negativo na vida 1.2 (1.3-1.1) Transtorno afetivo 1.2 (1.5-1.0) Agorafobia com pânico 1.3 (2.0-0.8) Transtorno do Pânico 2.3 (4.0 – 1.3) Transtorno psicótico 1.2 (1.3-1.2) VI Evento negativo na vida 1.1 (1.2-1.0) Transtorno afetivo 1.1 (1.3-0.9) Agorafobia com pânico 1.3 (2.1- 0.8) Transtorno do Pânico 1.3 (2.4-0.8) Transtorno psicótico 1.2 (1.2-1.2) Atendimento ambulatorio clínico saúde 2.7 (3.2-2.3) Atendimento ambulatorio saúde mental 2.3 (2.7-1.9)
		1.4 (1.6-1.3) IV	Idade 35-54 2,7 (3,2-2,2)	0.4 (0.4- 0.3)	III educacional	Nível 0.9	III Casado 1.5 (1.9- 1.1)				
		1.4 (6-1.2) V	55-74 3,1 (3,7-2,5) >75 2,6 (3,5-1,9)	Negro 0.3 (0.4- 0.3)	(0.9-0.8) IV educacional	Nível 0.9	Separado/divorciado 20. (2.8-1.6) Viúva 1.7 (2.4-1.3)				
		1.3 (1.4-1.1) VI	Idade 35-54 2,8 (3,4-2,4)	IV Negro	(1.0-0.8) V educacional	Nível 1.0	IV Casado 1.5 (1.8- 1.2)				
		1.2 (1.4-1.0)	55-74 3,4 (4,1-2,8) >75 2,9 (3,9-2,1)	0.3 (0.4- 0.3)	(1.0-0.9) VI educacional	Nível 0.9	Separado/divorciado 2.1 (2.8-1.6) Viúva 1.8 (2.4-1.3)				
			Idade 35-54 3,0 (3,6-2,5)	V Negro 0.3 (0.4- 0.3)	(1.0-0.9) VI educacional	Nível 0.9	Separado/divorciado 2.1 (2.8-1.6) Viúva 1.8 (2.4-1.3)				
			55-74 3,7 (4,5-3,0) >75 3,1 (4,3-2,3)	VI Negro			V Casado 1.5 (1.9- 1.2)				
			Idade 35-54 3,1 (3,8-2,6)	0.3 (0.4- 0.3)			Separado/divorciado 2.1 (2.8-1.6) Viúva 1.7 (2.4-1.3)				
			55-74 4,0 (4,9-3,3) >75 3,4 (4,7-2,5)				VI Casado 1.6 (2.0- 1.2)				
			Idade 35-54 3,1 (3,7-2,5)				Separado/divorciado 2.3 (3.0-1.7) Viúva 2.0 (2.7-1.5)				
			55-74 3,4 (4,2-2,8) >75 2,7 (3,7-2,0)								
Wortmann 1994)	(%) CI	Uso na vida: 53.4% x 36.7% p=0.0006 Uso no ano= s. d. Uso no mês: 15.8% x 9% p=0.0308	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	OR (95% CI)	-	18-29 (n=4) 30-39 (n=15) 40-49 (n=10) 50-59 (n=15) >60 (n=19)	-	-		Solteiro (n=43) Casado (n=128) Divorciado (n=20) Viúva (n=33)	-	-	-	-
	X ² valor p	-	X ² 10.16; p= 0.0378	-	-		X ² 16.13; p= 0.0011	-	-	-	-

¹ Regressão logística correspondente ao modelo causal de seis estágios para previsão de uso de BZD; Sem diferença estatística: s.d.e.;

4. Discussão

Os principais achados desta revisão sistemática são: a) a partir da metanálise, foi encontrada uma taxa para uso de BZD em mulheres de 17% ([0,10; 0,27]), $p < 0.01$, com elevada heterogeneidade entre os estudos ($I^2 = 99\%$); b) Sobre o perfil identificado nos dois estudos que analisaram dados específicos na população feminina, o uso de BZD assim como o uso crônico aumentam com a idade, nas viúvas, em mulheres com menor escolaridade, em donas de casa, aposentadas e que trabalham no comércio; c) o perfil identificado nos estudos que analisaram dados na população geral corroboram os achados de perfil para a população feminina; d) o perfil identificado dispara o alerta sobre as recomendações desta classe farmacológica e as restrições para a população idosa; e) faltam dados que permitam uma análise fidedigna do perfil da população feminina usuária de BZD. Um recorte interseccional é necessário para compreender as vulnerabilidades e necessidades de saúde das mulheres na sociedade e entender a relação com uso de BZD.

Embora apenas dois estudos recuperados tenham analisado dados específicos na população (um de 1996 e um de 2019) outros estudos encontrados nesta revisão sistemática apresentaram informações sobre a população feminina, quando analisada a população geral. Mulheres têm maior risco de uso indevido de fármacos sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, tanto prescritos quanto não prescritos (American Psychiatric Association, 2014; Bezerra et al., 2018; United Nations Office on Drugs and Crime, 2019) uma vez que a determinação social do processo saúde-doença é um fator interferente nas prescrições de BZD (Silveira et al., 2019). Sobre mais prescrições para mulheres, um viés de gênero na prescrição foi encontrado por McIntyre et al. (2021). Preconceitos, estimas e estereótipos sociais internalizados parecem afetar o comportamento de prescrição de benzodiazepínicos (McIntyre et al., 2021; Silveira et al., 2019). A própria condição feminina, supostamente mais emotiva e políexica é vista por profissionais de saúde como motivação para a prescrição de um BZD (Silveira et al., 2019). Prescritores do sexo masculino são mais propensos a prescrever benzodiazepínicos para pacientes do sexo feminino e a maior taxa de prescrição entre estas pacientes não estava associada a aumento das necessidades médicas destas pacientes (McIntyre et al., 2021). BZD (em especial o uso por mais de 4 semanas) é a classe farmacológica mais frequentemente detectada com risco de prescrição potencialmente inadequada (PIP) e mulheres têm maiores chances de receber uma PIP (OR 1,43, IC 95% 1,01-2,01; $p = 0,04$) (Rogerio-Blanco et al., 2020) e são mais propensas à entrada no ciclo de dependência (Silveira et al., 2019). Prescrição potencialmente inadequada é considerada aquela que apresenta mais risco potencial do que

benefício ou aquela que não está de acordo com os padrões médicos aceitos (Hanlon et al., 2001). Psiquiatras mulheres e pacientes do sexo feminino, quando comparadas com o sexo masculino percebem maior dificuldade em reduzir a dose de BZD (Kawamata et al., 2021).

Chama a atenção nos resultados dos estudos a prevalência de uso na população idosa. As evidências na literatura internacional sinalizam um possível nexo de causalidade entre o uso prolongado de BZD e um risco aumentado de demência (de 1,5 a 2 vezes) (Billioti De Gage et al., 2015). Os idosos são mais vulneráveis aos efeitos colaterais neurocognitivos e os benzodiazepínicos podem prejudicar sua capacidade de reserva cognitiva. Embora tenha sido encontrado um risco aumentado de demência no idoso (Billioti De Gage et al., 2015) este risco diminui com a descontinuação do medicamento (Wu et al., 2011).

A ocorrência de prescrição potencialmente inadequada é alta também nos idosos que fazem uso de benzodiazepínicos, incluindo interações de valor clínico altamente significativo (Alvim et al., 2021). Estudos que analisaram a prevalência de prescrição potencialmente inadequada em pacientes a partir de um sistema eletrônico de suporte à decisão clínica encontraram as seguintes taxas para a ingestão de BZD, de acordo com os critérios STOPP (*European Screening Tool of Older Person's Prescription*): 36,6% (Rogero-Blanco et al., 2020); 38,6% (Blanco-Reina et al., 2016) e de acordo com os Critérios Beers (*2015 American Geriatrics Society Beers Criteria*): 27% (Rogero-Blanco et al., 2020); 52,4% (Blanco-Reina et al., 2016) e 30% (Zhang et al., 2017).

Há uma associação significativa entre as interações medicamentosas relacionadas aos benzodiazepínicos e os custos de saúde entre idosos (Cahir et al., 2010; Dionne et al., 2013). Interações medicamentosas relacionadas aos benzodiazepínicos incrementam a carga econômica, tendo em vista o maior risco de hospitalizações e de atendimentos de emergência e em ambulatórios e os custos de saúde mais altos (US\$ 3.076 a mais por ano, $p < 0,001$) (Dionne et al., 2013).

Embora as últimas recomendações (National Institute for Health and Care Excellence, 2011), atualizado em 2020, não considerem esta classe farmacológica como primeira escolha para o tratamento dos transtornos de ansiedade, os BZD ainda seguem sendo prescritos para esta condição. Chama a atenção nos nossos resultados que a ansiedade e a depressão ainda motivam a prescrição de BZD. Segundo o estudo de Kawamata et al. (2021) 70% dos psiquiatras tiveram concordância na eficácia de ansiolíticos para a ansiedade e quase 90% dos pacientes acreditam que BZD são eficazes para reduzir esta condição. Isto sinaliza poder haver equívocos entre os psiquiatras sobre a eficácia dos BZD como tratamento para a ansiedade

(Kawamata et al., 2021). Em relação aos pacientes, como lidar com uma questão que parece ser cultural em relação ao hábito dos pacientes em usar BZD? Este mesmo estudo encontrou que 82% dos pacientes e 52% dos médicos pensam que os BZD são necessários mesmo com psicoterapia e que 68% e 93,5% dos psiquiatras acreditam que a psicoterapia é uma intervenção que demora muito. O BZD ainda ocupa lugar cativo como resposta ao mal-estar contemporâneo e tem sido um importante eixo das políticas de saúde medicalizantes (Silveira et al., 2019).

Os estudos recuperados nesta revisão sistemática mostram que a maioria das pessoas fizeram uso de BZD com prescrição médica. As pessoas que desenvolvem uso indevido ou se tornam dependentes de BZDs são aquelas que procuram ajuda médica durante o aumento da ansiedade ou insônia, mas continuam com uso, em geral prescrito, além do período indicado ou em doses fora do intervalo recomendado (Lader, 2011). O risco para uso indevido e para a dependência de BDZ é muitas vezes iatrogênica, sem escalonamento de dose e pode passar despercebida e ser desconsiderada tanto pelo prescritor quanto pelo paciente (Hood et al., 2014; Lader, 2011; Oldenhof et al., 2019; Willems et al., 2013).

A relação risco-benefício dos benzodiazepínicos permanece positiva para uso em curto prazo (2 a 4 semanas). Além deste período, sua segurança não foi estabelecida (Lader, 2011). O tratamento com BDZ por longo período é conhecido por ser um fator de risco para o desenvolvimento de dependência de BDZ (Enomoto et al., 2020). O sexo masculino foi associado a maior probabilidade de prescrição de altas doses e uso pesado, mas não à prescrição de BZD em longo prazo (> 6 meses) (Sidorchuk et al., 2018). O uso injustificado desses medicamentos, em especial, por longo prazo é um problema de saúde pública (Billioti De Gage et al., 2015; de Gage et al., 2014). Torna-se crucial equilibrar os benefícios e os riscos ao renovar um tratamento, além da cautela na interrupção abrupta de tratamentos de longo prazo, tendo em vista o risco de efeitos de abstinência (Billioti De Gage et al., 2015).

Uma resposta precisa para o uso indevido ainda não foi encontrada, sendo necessários mais estudos que conduzam a intervenções mais efetivas. Alguns caminhos para mudança na perspectiva do uso de BZD já vem sendo discutidas. Existem padrões de tratamento claros e baseados em evidências para a retirada de medicamentos em pacientes dependentes de benzodiazepínicos, com bom prognóstico. Boas evidências indicam a psicoterapia, em especial a terapia cognitivo-comportamental, o cuidado centrado no paciente, as abordagens motivacionais, o fornecimento de informações e a psicoeducação (Oldenhof et al., 2019; Soyka, 2017). Para pacientes com uso prolongado de BDZ, as informações sobre os efeitos adversos do BDZ devem ser fornecidas com prudência evitando a interrupção abrupta e consequente

abstinência (Oldenhof et al., 2019). Habilidades de comunicação e interpessoais (cordialidade, confiança, escuta ativa e exploração das experiências do paciente) melhoram o vínculo entre o profissional de saúde e o paciente, que deve ser envolvidos no processo de tomada de decisão (Kawamata et al., 2021). Embora com evidências ainda limitadas, políticas farmacêuticas educacionais ou regulatórias direcionadas aos prescritores podem contribuir no uso racional de medicamentos (Reis et al., 2022; Suleman and Movik, 2019). Uso do sistema eletrônico de suporte à decisão clínica é outra ferramenta que parece promissora, que permite uma avaliação rápida, completa e simultânea de prescrição potencialmente inadequada com base em diferentes critérios e pode apoiar os médicos na hora de decidir qual a melhor opção terapêutica, prescrição de novos tratamentos até a revisão do plano terapêutico. A decisão de continuar ou descontinuar certos tratamentos deve ser tomada com base nas condições clínicas e dentro de uma estrutura de tomada de decisão compartilhada entre o prescritor e o paciente (Rogero-Blanco et al., 2020).

O que está por trás do uso do BZD, a história pessoal de cada mulher e o que a faz sofrer, requer uma intervenção complexa, que conte com a abordagem interdisciplinar. Diretrizes futuras devem limitar o uso de medicamentos potencialmente inapropriados e buscar alternativas mais seguras (Kawamata et al., 2021). É prudente uma reflexão cautelosa entre os médicos ao prescrever BZDs, que devem levar em consideração tanto as indicações para BZDs quanto a sensibilidade a possíveis vieses baseados em gênero (McIntyre et al., 2021).

4.1 Limitações

Embora tenhamos buscado a construção de uma estratégia de busca de alta sensibilidade, podemos ter perdido estudos relevantes que não foram incluídos a partir do vocabulário buscado. Não foi possível avaliar o viés de seleção devido ao n do estudo, conforme recomendação de Sterne et al. (2011). Muitos estudos combinavam benzodiazepínicos com outros medicamentos sedativos e tranquilizantes, mas optamos por incluir somente os estudos que avaliaram especificamente os benzodiazepínicos, o que pode ter nos feito perder resultados de prevalência e de incidência. A literatura recuperada na presente revisão está desatualizada, especialmente se tratando do interesse dos autores: taxas na população feminina. Embora os estudos selecionados tenham alcançado uma pontuação alta após avaliação de viés, falhas como viés de seleção; viés de cálculo amostral; viés de cobertura; viés de aferição; viés do observador e viés de perda foram identificados. Apesar das limitações reconhecidas, os resultados atuais podem contribuir para a revisão de políticas de saúde voltadas para a população feminina e

encorajar o desenvolvimento de novos estudos neste tema.

4.2 Implicações dos resultados e pesquisas futuras

Ainda são necessários outros estudos longitudinais para examinar as taxas de prevalência e incidência atuais para o uso de uso indevido dos benzodiazepínicos pela população feminina. Estudos longitudinais podem contribuir na identificação de mulheres mais vulneráveis e com maior risco de uso indevido de benzodiazepínicos. A identificação de fatores e de gatilhos que potencializam o uso deste medicamento pode contribuir na organização e no planejamento de políticas para a prevenção e para o tratamento do uso e do uso indevido. Pesquisas que avaliem intervenções e estratégia que mitiguem o uso de BZD, desde a primeira prescrição até quadros de uso indevido precisam ser desenvolvidas, no sentido de ampliar a discussão sobre as reais motivações da prescrição do BZD e as melhores evidências disponíveis. Pesquisas sobre abordagens que previnam ou tratem as mulheres podem encorajar profissionais da saúde a tentar reduzir o uso desta classe farmacológica além do período recomendado.

5. Conclusões

Uma revisão sistemática que identifica uma estimativa da prevalência do uso e do uso indevido de benzodiazepínicos na população feminina, bem como os fatores sociodemográficos e clínicos relacionados pode ser particularmente útil na identificação de populações de maior risco para elaboração de estratégias de prevenção. Mais estudos sobre prevalências se fazem necessários, em especial aqueles que levam em conta o sofrimento inerente ao gênero e a interseccionalidade e o uso desta classe farmacológica. Evidências de alta qualidade podem contribuir para a tomada de decisão, para a construção de políticas e para a equidade no financiamento na saúde. Refletir sobre as idiosincrasias da vida de mulheres e conhecer possíveis gatilhos que aumentam o sofrimento podem contribuir para a racionalização do uso de BZD.

Referências

Airagnes, G., Lemogne, C., Renuy, A., Goldberg, M., Hoertel, N., Roquelaure, Y., Limosin, F., Zins, M., 2019. Prevalence of prescribed benzodiazepine long-term use in the French general population according to sociodemographic and clinical factors: Findings from the CONSTANCES cohort. BMC Public Health 19. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6933-8>

Alvim, M.M., Cruz, D.T. da, Aquino, G. de A., Leite, I.C.G., 2021. Study on medication prescription in the elderly population: benzodiazepine use and potential drug interactions. *Cad Saude Colet* 29. <https://doi.org/10.1590/1414-462x202129020480>

American Psychiatric Association, 2014. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-5, estatísticas e ciências humanas: inflexões sobre normalizações e normatizações. *Revista Internacional Interdisciplinar INTERthesis* 11, 96. <https://doi.org/10.5007/interthesis.v11i2.34753>

Bezerra, D.S., Bonzi, A.R.B., Silva, G.R. da, Lima, A.K.B. da S., 2018. Mulheres E O Uso De Benzodiazepínicos: Uma Revisão Integrativa 18, 204–215.

Billioti De Gage, S., Pariente, A., Bégaud, B., 2015. Is there really a link between benzodiazepine use and the risk of dementia? *Expert Opin Drug Saf*. <https://doi.org/10.1517/14740338.2015.1014796>

Blanco-Reina, E., García-Merino, M.R., Ocaña-Riola, R., Aguilar-Cano, L., Valdellós, J., Bellido-Estévez, I., Ariza-Zafra, G., 2016. Assessing potentially inappropriate prescribing in community-dwelling older patients using the updated version of STOPP-START criteria: A comparison of profiles and prevalences with respect to the original version. *PLoS One* 11. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0167586>

Brandt, J., Leong, C., 2017. Benzodiazepines and Z-Drugs: An Updated Review of Major Adverse Outcomes Reported on in Epidemiologic Research. *Drugs in R and D*. <https://doi.org/10.1007/s40268-017-0207-7>

Cahir, C., Fahey, T., Teeling, M., Teljeur, C., Feely, J., Bennett, K., 2010. Potentially inappropriate prescribing and cost outcomes for older people: A national population study. *Br J Clin Pharmacol* 69. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2125.2010.03628.x>

Carvalho, L. de F., Dimenstein, M., 2003. A mulher, seu médico e o psicotrópico: redes de interfaces e a produção de subjetividade nos serviços de saúde. *Interações VIII*, 37–64.

da Silva, P.A., de Almeida, L.Y., de Souza, J., 2019. The use of benzodiazepines by women cared for at a Family Health Unit. *Revista da Escola de Enfermagem* 53. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017038903419>

Dassanayake, T., Michie, P., Carter, G., Jones, A., 2011. Effects of benzodiazepines, antidepressants and opioids on driving: A systematic review and meta-analysis of epidemiological and experimental evidence. *Drug Saf* 34. <https://doi.org/10.2165/11539050-000000000-00000>

de Gage, S.B., Moride, Y., Ducruet, T., Kurth, T., Verdoux, H., Tournier, M., Pariente, A., Bégaud, B., 2014. Benzodiazepine use and risk of Alzheimer's disease: Case-control study. *BMJ (Online)* 349. <https://doi.org/10.1136/bmj.g5205>

de Las Cuevas, C., Sanz, E., de La Fuente, J., 2003. Benzodiazepines: More “behaviourar” addiction than dependence. *Psychopharmacology (Berl)* 167. <https://doi.org/10.1007/s00213-002-1376-8>

- Dionne, P.A., Vasiliadis, H.M., Latimer, E., Berbiche, D., Preville, M., 2013. Economic impact of inappropriate benzodiazepine prescribing and related drug interactions among elderly persons. *Psychiatric Services* 64. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201200089>
- Elvik, R., 2013. Risk of road accident associated with the use of drugs: A systematic review and meta-analysis of evidence from epidemiological studies. *Accid Anal Prev* 60. <https://doi.org/10.1016/j.aap.2012.06.017>
- Enomoto, M., Kitamura, S., Tachimori, H., Takeshima, M., Mishima, K., 2020. Long-term use of hypnotics: Analysis of trends and risk factors. *Gen Hosp Psychiatry* 62. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2019.11.008>
- Gareri, P., Cotroneo, A.M., Pontieri, M.T., Palleria, C., de Sarro, G., 2021. The risk of polypharmacy and potentially inappropriate drugs in residential care dementia patients: tips from the PharE study. *Aging Clin Exp Res* 33. <https://doi.org/10.1007/s40520-020-01719-5>
- Guerlais, M., Grall-Bronnec, M., Feuillet, F., Gérardin, M., Jolliet, P., Victorri-Vigneau, C., 2015. Dependence on prescription benzodiazepines and Z-drugs among young to middle-aged patients in France. *Subst Use Misuse* 50. <https://doi.org/10.3109/10826084.2014.980952>
- Hanlon, J.T., Schmadier, K.E., Ruby, C.M., Weinberger, M., 2001. Suboptimal prescribing in older inpatients and Outpatients. *J Am Geriatr Soc*. <https://doi.org/10.1046/j.1532-5415.2001.49042.x>
- Hood, S.D., Norman, A., Hince, D.A., Melichar, J.K., Hulse, G.K., 2014. Benzodiazepine dependence and its treatment with low dose flumazenil. *Br J Clin Pharmacol* 77. <https://doi.org/10.1111/bcp.12023>
- Kapczinski, F., Amaral, O.B., Madruga, M., Quevedo, J., Busnello, J. v., de Lima, M.S., 2001. USE AND MISUSE OF BENZODIAZEPINES IN BRAZIL: A REVIEW. *Subst Use Misuse* 36, 1053–1069. <https://doi.org/10.1081/JA-100104489>
- Kawamata, Y., Sugawara, N., Ishioka, M., Kubo, K., Suzuki, K., Fujii, A., Furukori, H., Nakagami, T., Yasui-Furukori, N., Shimoda, K., 2021. Different attitudes of patients and psychiatrists toward benzodiazepine treatment. *Neuropsychiatr Dis Treat* 17. <https://doi.org/10.2147/NDT.S314440>
- Lader, M., 2011. Benzodiazepines revisited-will we ever learn? *Addiction* 106. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03563.x>
- Lader, M., 1991. History of benzodiazepine dependence. *J Subst Abuse Treat* 8. [https://doi.org/10.1016/0740-5472\(91\)90027-8](https://doi.org/10.1016/0740-5472(91)90027-8)
- Lader, M., Kyriacou, A., 2016. Withdrawing Benzodiazepines in Patients With Anxiety Disorders. *Curr Psychiatry Rep*. <https://doi.org/10.1007/s11920-015-0642-5>
- López-Muñoz, F., Álamo, C., García-García, P., 2011. The discovery of chlordiazepoxide and the clinical introduction of benzodiazepines: Half a century of anxiolytic drugs. *J Anxiety Disord* 25, 554–562. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2011.01.002>
- Magrini, N., Vaccheri, A., Parma, E., D'Alessandro, R., Bottoni, A., Occhionero, M., Montanaro, N., 1996. Use of benzodiazepines in the Italian general population: Prevalence,

pattern of use and risk factors for use. *Eur J Clin Pharmacol* 50. <https://doi.org/10.1007/s002280050063>

McGuinness, L.A., Higgins, J.P.T., 2021. Risk-of-bias VISualization (robvis): An R package and Shiny web app for visualizing risk-of-bias assessments, in: *Research Synthesis Methods*. <https://doi.org/10.1002/jrsm.1411>

McIntyre, R.S., Chen, V.C.H., Lee, Y., Lui, L.M.W., Majeed, A., Subramaniapillai, M., Mansur, R.B., Rosenblat, J.D., Yang, Y.H., Chen, Y.L., 2021. The influence of prescriber and patient gender on the prescription of benzodiazepines: evidence for stereotypes and biases? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 56. <https://doi.org/10.1007/s00127-020-01989-4>

Munn, Z., Moola, S., Lisy, K., Riitano, D., Tufanaru, C., 2020. Chapter 5: Systematic Reviews of Prevalence and Incidence, in: *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. <https://doi.org/10.46658/jbimes-20-06>

Naja, W.J., Pelissolo, A., Haddad, R.S., Baddoura, R., Baddoura, C., 2000. A general population survey on patterns of benzodiazepine use and dependence in Lebanon. *Acta Psychiatr Scand* 102. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2000.102006429.x>

National Institute for Health and Care Excellence., 2011. Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: management Clinical guideline. London.

Neutel, C.I., Hirdes, J.P., Maxwell, C.J., Patten, S.B., 1996. New evidence on benzodiazepine use and falls: The time factor. *Age Ageing* 25. <https://doi.org/10.1093/ageing/25.4.273>

Nordon, D.G., Akamine, K., Novo, N.F., von Krakauer Hübner, C., 2009. Características do uso de benzodiazepínicos por mulheres que buscavam tratamento na atenção primária. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul* 31. <https://doi.org/10.1590/S0101-81082009000300004>

Olazarán, J., Valle, D., Serra, J.A., Cano, P., Muñoz, R., 2013. Psychotropic Medications and Falls in Nursing Homes: A Cross-Sectional Study. *J Am Med Dir Assoc* 14. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2012.10.020>

Oldenhof, E., Anderson-Wurf, J., Hall, K., Staiger, P.K., 2019. Beyond prescriptions monitoring programs: The importance of having the conversation about benzodiazepine use. *J Clin Med* 8. <https://doi.org/10.3390/jcm8122143>

Olfson, M., King, M., Schoenbaum, M., 2015. Benzodiazepine Use in the United States. *JAMA Psychiatry* 72, 136. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.1763>

Olfson, M., Pincus, H.A., 1994. Use of benzodiazepines in the community. *Arch Intern Med* 154. <https://doi.org/10.1001/archinte.154.11.1235>

Oya, N., Ayani, N., Kuwahara, A., Kitaoka, R., Sakuma, M., Morimoto, T., Narumoto, J., 2020. 449 - How much frequency do residents fall at nursing homes in Japan ? - THE JADE STUDY. *Int Psychogeriatr* 32. <https://doi.org/10.1017/s1041610220003014>

Page, M.J., McKenzie, J.E., Bossuyt, P.M., Boutron, I., Hoffmann, T.C., Mulrow, C.D., Shamseer, L., Tetzlaff, J.M., Akl, E.A., Brennan, S.E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J.M., Hróbjartsson, A., Lalu, M.M., Li, T., Loder, E.W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L.A., Stewart, L.A., Thomas, J., Tricco, A.C., Welch, V.A., Whiting, P., Moher,

- D., 2021. The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *The BMJ*. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Reis, T., Serra, H., Azeredo, S., Xavier, M., 2022. Implementing an Online Program to Change Benzodiazepine Prescription: Protocol of a Hybrid Type 1 Cluster-Randomised Trial. *Portuguese Journal of Public Health* 40. <https://doi.org/10.1159/000522220>
- Rogero-Blanco, E., Lopez-Rodriguez, J.A., Sanz-Cuesta, T., Aza-Pascual-Salcedo, M., Bujalance-Zafra, M.J., Cura-Gonzalez, I., 2020. Erratum: Use of an electronic clinical decision support system in primary care to assess inappropriate polypharmacy in young seniors with multimorbidity: Observational, descriptive, cross-sectional study (JMIR Medical Informatics (2020) 8:3 (e14130) DOI: 10.2196/14130). *JMIR Med Inform*. <https://doi.org/10.2196/25678>
- Schmitz, A., 2016. Benzodiazepine use, misuse, and abuse: A review. *Mental Health Clinician* 6, 120–126. <https://doi.org/10.9740/mhc.2016.05.120>
- Sidorchuk, A., Isomura, K., Molero, Y., Hellner, C., Lichtenstein, P., Chang, Z., Franck, J., Fernández de la Cruz, L., Mataix-Cols, D., 2018. Benzodiazepine prescribing for children, adolescents, and young adults from 2006 through 2013: A total population register-linkage study. *PLoS Med* 15. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002635>
- Silveira, L.C., Almeida, A.N., Carrilho, C., 2019. Os benzodiazepínicos na ordem dos discursos: de objeto da ciência a objeto gadget do capitalismo. *Saúde e Sociedade* 28. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902019180615>
- Soyka, M., 2017. Treatment of Benzodiazepine Dependence. *New England Journal of Medicine* 376. <https://doi.org/10.1056/nejmra1611832>
- Soyka, M., Queri, S., Küfner, H., Rösner, S., 2005. Wo verstecken sich 1,9 millionen medikamentenabhängige? *Nervenarzt* 76. <https://doi.org/10.1007/s00115-004-1828-y>
- Suleman, F., Movik, E., 2019. Pharmaceutical policies: effects of educational or regulatory policies targeting prescribers. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2019. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013478>
- Swartz, M., Landerman, R., George, L.K., Melville, M.L., Blazer, D., Smith, K., 1991. Benzodiazepine anti-anxiety agents: Prevalence and correlates of use in a southern community. *Am J Public Health* 81. <https://doi.org/10.2105/AJPH.81.5.592>
- Torres-Bondía, F., Dakterzada, F., Galván, L., Buti, M., Besanson, G., Grill, E., Buil, R., de Batlle, J., Piñol-Ripoll, G., 2022. Benzodiazepine and Z-Drug Use and the Risk of Developing Dementia. *International Journal of Neuropsychopharmacology* 25. <https://doi.org/10.1093/ijnp/pyab073>
- United Nations Office on Drugs and Crime, 2019. World drug report 2019. Executive summary: conclusions and policy implications, Routledge Library Editions: Econometrics. UNODC Research, Viena.
- Votaw, V.R., Geyer, R., Rieselbach, M.M., McHugh, R.K., 2019. The epidemiology of benzodiazepine misuse: A systematic review. *Drug Alcohol Depend* 200, 95–114. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.02.033>

Willems, I.A.T., Gorgels, W.J.M.J., Voshaar, R.C.O., Mulder, J., Lucassen, P.L.B.J., 2013. Tolerance to benzodiazepines among long-term users in primary care. *Fam Pract* 30. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmt010>

Wortmann, A.C., Grüdtner, M.C., Fialho, A.F., Jardim Neto, J.C., Schaefer, L.G., Sehn, F., Pechansky, F., Soibelman, M., 1994. Consumo de benzodiazepínicos em Porto Alegre. *Rev Assoc Med Bras* 40.

Wu, C.S., Ting, T.T., Wang, S.C., Chang, I.S., Lin, K.M., 2011. Effect of benzodiazepine discontinuation on dementia risk. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 19. <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e3181e049ca>

Zhang, X., Zhou, S., Pan, K., Li, X., Zhao, X., Zhou, Y., Cui, Y., Liu, X.M., 2017. Potentially inappropriate medications in hospitalized older patients: A cross-sectional study using the Beers 2015 criteria versus the 2012 criteria. *Clin Interv Aging* 12. <https://doi.org/10.2147/CIA.S146009>

ARTIGO 2: Submetido no periódico **Scientific Reports (FI 4.996)** em 15/05/22. **Status atual:** “Esta submissão está em revisão em Scientific Reports”. O artigo está apresentado conforme regras da revista, com alguns ajustes, nesta tese, para facilitar a leitura.

Scientific Reports - The use of benzodiazepines and the mental health of women in prison: a cross-sectional study

Fernanda Miranda Seixas Einloft^{1,2,*}, Luciane Kopittke², Míriam Thais Guterres Dias³, Águida Luana Veriato Schultz⁴, Renata Maria Dotta⁵, and Helena Maria Tannhauser Barros^{1,6}

¹ Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre- UFCSPA, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Grupo Hospitalar Conceição - GHC, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

³ Programa de Pós-Graduação em Política Social e Serviço Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

⁴ Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

⁵ Secretaria Estadual de Saúde, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

⁶ Departamento de Farmacociências, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - UFCSPA, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

Corresponding author:

Fernanda Miranda Seixas Einloft
email: ferdeeinloft@gmail.com

ABSTRACT

This article assessed the prevalence of benzodiazepine use by women before and during imprisonment, its related factors and the association with symptoms of anxiety, depression, and posttraumatic stress disorder. A quantitative, cross-sectional, analytical study of regional scope was conducted. Two female prisons of the Brazilian prison system were used. Seventy-four women participated, answering questionnaires about their sociodemographic data and BZD use: the Generalized Anxiety Disorder 7 (GAD-7); Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9); and Post-Traumatic Stress Disorder Checklist - Civilian Version (PCL-C). Of the 46 women who responded that they did not use BZDs before arrest, 29 (63%) began using BZDs during imprisonment ($p<0.001$); positive scores were found for PTSD, anxiety, and depression; there was a statistical significance between BZDs use and positive scores on the GAD-7 ($p=0.028$), PHQ-9 ($p=0.001$) and GAD-7 and PHQ-9 scales analyzed together ($p=0.003$). When a multivariate Poisson regression was performed for the PHQ-9 and GAD-7 scales, statistical significance was found for the PHQ-9 scale ($p=0.014$) – there was no significance ($p=0.302$) for the GAD-7. Imprisonment increases the

psychological suffering of women, with a consequent increase in BZD use. Nonpharmacological measures need to be considered in the health care of incarcerated women.

Introduction

Benzodiazepines (BZDs) are usually indicated during the treatment of anxiety disorders, insomnia, muscle spasms, and seizures ¹⁻³. BZDs are among the most prescribed drugs, with the number of prescriptions increasing in the last two decades ⁴. In the USA, prescriptions for BZDs have increased three or more times in the last decade, with special emphasis on long-term users ⁴⁻⁶. The rates of BZD use in different countries are 5.2% in adults in the US ², 4% in Canada ⁷, and 7.5% in France ⁸. In the Brazilian general population, 3.6% use BZDs, and in 7.8% of individuals, they have mental health problems ⁹. Other studies point to a 9.8% prevalence of BZD lifetime use and 6.1% in the last year. Women had higher rates than men for both lifetime use (13.2%: 6%) and 8.6% of women versus 3.4% of men used in the previous year ¹⁰. Women are at greater risk for misuse of both prescribed and non-prescribed sedatives ¹¹⁻¹³.

Little information is available in the literature on the patterns of BZD use, with chronic use being a problem in many countries ². The unavailability of data is higher for women in prisons ¹⁴. The general imprisonment rate showed an increase of more than 150% between 2000 and 2017 in Brazil ¹⁵ and in the female prison population ¹⁶. Female incarceration rates have increased internationally, drawing attention to the mental health needs of these inmates ¹⁷.

This study seeks to verify the prevalence of BZD use by women deprived of liberty before and during imprisonment and the association with symptoms of anxiety, depression, and posttraumatic stress disorder (PTSD).

Results

Of the 74 interviews, most were from young, white women who were responsible for their family income, had a low educational level, reported having a partner and were mothers. (Table 1)

Table 1 – Sociodemographic characterization of the sample of female inmates by grouping (n= 74)

Socioeconomic variables	n (%)
Age group	
18- 40 years old	47 (63.5)
> 40 years old	27 (36.5)
Self-reported Race/Color	
White	43 (58.1)
Other race ¹	31 (41.9)
Level of schooling	
Up to 8 years for schooling ²	53 (71.6)
High school/ College ³	21 (28.4)
Marital status	
Single ⁴	24 (32.4)
Married ⁵	50 (67.6)
Maternity	
No	8 (10.8)
Yes	66 (89.2)
Responsibility over family income	
No	28 (37.8)
Yes	45 (60.8)
Do not want to answer	1 (1.4)
Total	74 (100)

1 (Yellow, Black, Quilombola Black, Non-Quilombola Black); 2 (Illiterate; 1st to 4th grade of elementary school- incomplete or complete, 5th to 8th grade of elementary school - incomplete or complete); 3 (Incomplete or complete)

4 (single and separated/divorced/widowed); 5 (married or stable union or steady partner)

There was no relationship between sociodemographic variables and BZD use in prison (Table 2).

Table 2 – Relationship of sociodemographic variables with the in-prison use of benzodiazepines (last 6 months) (n= 74).

Socio-demographic variable	Use of benzodiazepines n (%)	Non-use benzodiazepines n (%)	of	PR	CI (95%)	p-value
Age group						
18- 40 years old	33 (70.2)	14 (29,8)		0.948	0.709-1.268	0.718
> 40 years old	20 (74.1)	7 (25,9)		1.0		
Self-reported Race/Color						
White	34 (79.1)	9 (20,9)		1.318	0.947-1.833	0.101
Other race ¹	18 (60)	12 (40)		1.0		
Level of schooling						
Up to 8 years for schooling ²	37 (69,8)	16 (30,2)		0.916	0.680-1.234	0.565
High school/ College ³	16 (76.2)	5 (23,8)		1.0		
Marital status						
Single ⁴	37 (74)	13 (26)		1.0		
Married ⁵	16 (66.7)	8 (33,3)		0.901	0.650-1.250	0.532
Maternity						
No	5 (62.5)	3 (37,5)		0.859	0.492-1.5	0.594
Yes	48 (72.7)	18 (27,3)		1.0		
Responsibility over family income						
No	20 (71.4)	8 (28,60)		1.0		
Yes	33 (73.3)	12 (26,7)		0.974	0.727-1.306	0.860

* A bivariate Poisson Regression was performed; 1 (Yellow, Black, Quilombola Black, Non-Quilombola Black); 2 (Illiterate; 1st to 4th grade of elementary school- incomplete or complete, 5th to 8th grade of elementary school - incomplete or complete); 3 (Incomplete or complete); 4 (Single and Separated/Divorced/Widowed); 5 (Married or stable union or steady partner); PR (prevalence ratio)

To compare the consumption of BZDs in prisons before and during imprisonment, discordant pairs were used [39.2% (n= 29) of those who did not use BZDs before and started using BZDs during imprisonment and 5.4% (n=4) who used BZDs before and stopped using BZDs during imprisonment], with a power of 99%.

Of the 46 (62%) women who did not use BZDs, 29 (63%) started to use BZDs, with statistical significance ($p<0.001$). (Fig. 1)

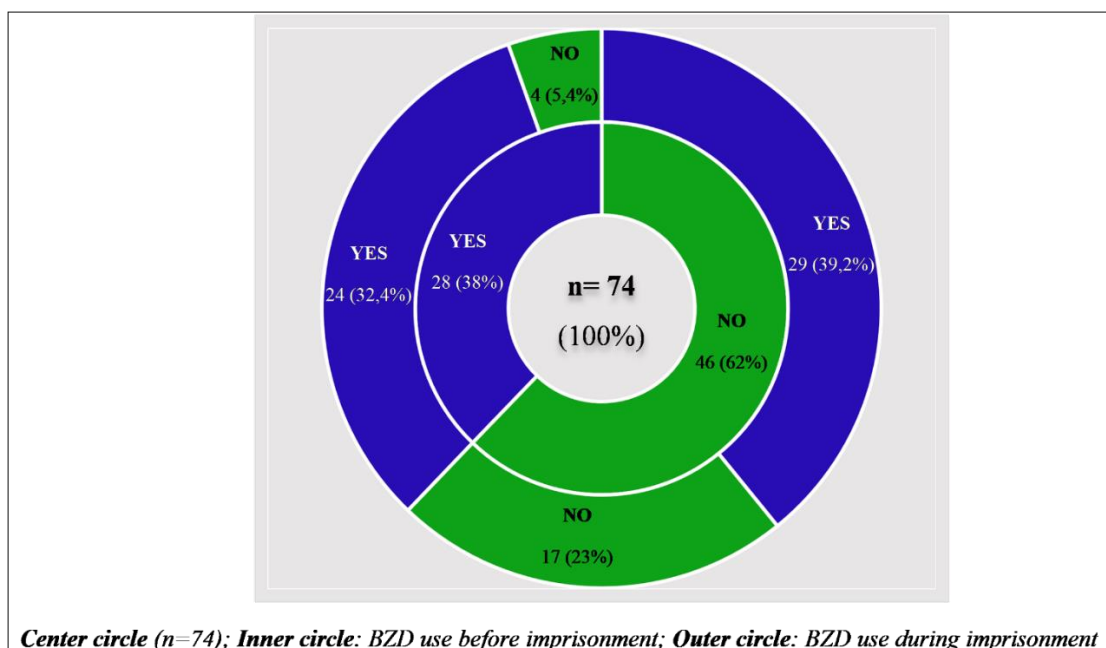


Fig. 1- BZD use by female inmates in two prisons in the Metropolitan Region of Porto Alegre before and during imprisonment.

The participants showed an important increase in the frequency of use: of the 46 (62.2%) women who reported not using BZDs, 25 (54%) started very frequent BZD use, with a p value <0.001 . (Table 3)

Table 3 – Increased frequency of benzodiazepine use by female inmates during imprisonment in the Metropolitan Region of Porto Alegre.

Frequency of use	Before	During
More than once per week 1	20 (27)	48 (64.9)
From once a week to occasional use in 6 months 2	8 (10.8)	4 (5.4)
Once in 12 months 3	0	1 (1.4)
Do not use	46 (62.2)	21 (28.4)

Data regarding 74 interviewed women- p -value of < 0.001 obtained by Wilcoxon Test; 1 (every day, +once/week); 2(once/week, once a month, +once a month, +once every 6 months); 3 (once every 6 months, once a year, +once a year, once in a lifetime)

Important rates of positive scores for the scales that assessed PTSD, depression, and anxiety were found in this study, as shown in Table 4. It also calls attention to the use of BZDs in more than 80% of the women who have “positive” scores for PTSD, anxiety and depression.

In the response association analysis for the scales (GAD-7, PHQ-9, and PTSD) and BZD use, it was found that of the 22 women with a positive score for PTSD (PCL-C), 18 women (81.8%) were using these drugs; however, the difference was not statistically significant ($p = 0.161$). Regarding the GAD-7, it was found that of the 45 women who presented a positive score, 37 (82.2%) were using BZDs, with $p = 0.028$, a statistically significant result. When analyzing the PHQ-9 scale, a total of 33 participants had a positive score, of which 30 (90.9%) were using this type of drug, with $p=0.001$. A $p= 0.003$ was found for women who had positive scores for the GAD-7 scale and for the PHQ-9 scale while using BZDs. (Table 4).

Table 4 – Association of the use of benzodiazepines during imprisonment with GAD-7, PHQ-9 and PCL-C scales (n= 74)

Scales	Score ¹	Use of BZD n (%)	Non-use of BZD n (%)	PR	CI (95%)	p-value
Anxiety (GAD-7)	Negative	16 (55.2)	13 (44,8)	1.0		
	Positive	37 (82.2)	8 (17,8)	1.490	1.045-2.126	0.028*
Depression (PHQ-9)	Negative	23 (56.1)	18 (43,9)	1.0		
	Positive	30 (90.9)	3 (9,1)	1.621	1.211-2.169	0.001*
Anxiety and depression (GAD-7 and PHQ-9)	Negative	27 (60)	18 (40)	1.0		
	Positive	26 (89,7)	3 (10,3)	1.494	1.142-1.955	0.003*
Post-traumatic stress disorder (PCL-C)	Negative	35 (67.3)	17 (32,7)	1.0		
	Positive	18 (81.8)	4 (18,2)	1.216	0.925-1.598	0.161

A bivariate Poisson regression was performed; ¹ Score values according to each scale are PCL-C Negative (<50), Positive (≥50); GAD-7 Negative (<10), Positive (≥10); PHQ-9 Negative (<10), Positive (≥10) and should be considered Negative when there is no indication of the disorder and Positive when there is an indication of the disorder in question; PR (prevalence ratio); CI (confidence interval).

BZD use before incarceration was 100% under prescription. During imprisonment, the rate of prescribed BZDs dropped to 88.7% (n=47); 6 women (11.3%) self-reported the use of BZDs without a prescription, but a significant difference between BZD use with and without a prescription was found.

When a multivariate Poisson regression was performed for the PHQ-9 and GAD-7 scales, statistical significance was found for the PHQ-9 scale ($p = 0.014$) – there was no significance ($p = 0.302$) for the GAD-7.

Discussion

The main results herein are as follows: a) BZD use by women more than doubles in the first months of prison; b) BZDs are used more frequently during imprisonment; c) Positive scores for PTSD, anxiety, and depression were highly prevalent; d) There is an association between BZD use by women in prison with anxiety, depression and both anxiety and depression; e) Women who use BZDs present a result with statistical significance for a positive score for depression and not for anxiety.

Most data of the socio-demographic characteristics are in accordance with the population of women deprived of liberty in Brazil ¹⁸; these women are quite young, have a low educational level, are not married and are mothers of one child or more. The main difference is that there is a predominance of white women, while in the Brazilian female prison population, 48.04% are of mixed-race ethnicities and 15.51% are of black color/ethnicity. The three southern Brazilian states have a greater number of white incarcerated women, with 63% of the incarcerated population of white color/ethnicity ¹⁶, which follows the general profile of the population of Rio Grande do Sul, related to the former immigration waves from the 19th century predominantly of European immigrants ¹⁹.

Considering that almost 90% of these women were mothers, it is noteworthy that the interruption of family relationships, especially separation from children and abandonment by friends, are factors that worsen mental suffering in women prisoners ^{20,21}. The breakdown of the family center after imprisonment brings worse consequences for women ²⁰. Further studies must analyze the role of distancing and compromising family ties in PTSD, anxiety, and depression symptoms.

This study found an increase in BZD use by women during imprisonment, in addition to its more frequent use and, in some cases, the use without medical prescription. It is important to consider that, in prisons, psychotropic drugs are sometimes used for sale or as a bargaining chip for the benefit of the prisoner ²², which explains their use without prescription. It is recognized that free women have high rates of BZD use ^{2,4,11,12,23}, and an increase in BZD use, both in prevalence and in frequency of use by women during imprisonment, might be related to the abovementioned stressors and anxiogenic factors related to incarceration itself ^{21,24}. In addition to their calming function, incarcerated women use BZDs because they provide a feeling of disconnection or escape from reality and a change in temporal perception (with BZDs, time seems to pass faster) ^{21,24,25}.

Parr et al. (2006) found four main reasons that motivate the use of benzodiazepines by the general population: life events such as family difficulties, sleep problems, mental health problems and clinical problems. Our findings corroborate the reasons described, with an emphasis on positive scores for mental suffering and life events, which in the context of incarceration can worsen women's suffering. This same study pointed to drug dependence as the main reason for prolonged continued use of BZ, reported by patients in the general population ²⁶. This is one of the concerns that motivated this research. One might think that the use of BZDs in prison will not be withdrawn after the jail release in the future.

The reported increase in use and frequency of use in the first months during imprisonment needs to be thoroughly considered given guidelines for BZD prescription and the risk of misuse ²⁷. BZD misuse in the general female

population is motivated by facing threats, challenges or loss ²⁸, and prisons offer all the above triggers for misuse. Excessive prescription of BZDs might point to a lack of mental health support in prisons, and an initial misuse of the drugs during this time might be extended when the inmates are released.

Most prisons are adapted spaces ²⁴ that are uncomfortable, overcrowded, noisy, and busy, with poor infrastructure and sanitary conditions ^{14,21,29,30}. Women report feelings of degradation and humiliation, objectification ²⁴, and mutilation of the self, with consequent changes in their self-conception ²⁰. Sadness, loneliness, abandonment, anger, idleness, anxiety, stress, depression, and changes in sleep patterns affect the mental health of women in this context ²¹.

Anxiety and depression are frequently reported by women in prison, as in our study. In Spain, symptoms related to these disorders are frequent in female inmates, in addition to the association between the consumption of alcohol and other drugs ³¹.

Here, we show that approximately one-third of female inmates present with PTSD, similar to other studies ³², and reflect the extent to which incarceration per se and its consequences are traumatic. Female inmates had higher prevalence rates of mental health suffering than male inmates ³², and significant associations between PTSD and other disorders (depression, anxiety, and substance use) have been found ³³.

The prevalence of depression among inmates of both sexes is approximately 40% ³⁴ and almost 50% of older female inmates ³⁵. This rate is similar to ours, although this group is composed of younger women.

One-third of the inmates interviewed reported anxiety and depression. Anxiety disorders are the most prevalent psychiatric disorders, affecting one-third of the general population ³⁶⁻³⁸, and women are more sensitive to anxiety ²⁸ and are 1.5 to 2 times more likely to receive a diagnosis, mainly when in middle age ³⁷. In prisons, anxiety ranges between 19.1% ³⁰ and 43% in older female inmates ³⁵, much lower rates than herein when 60.8% of the inmates had a positive score on the GAD-7 scale.

The mental health of women in prison is more affected than their physical health due to factors inherent to gender as responsible for their families added to isolation and lack of social support ²⁰, and the high prevalence of mental suffering found in this research, as in other studies ^{17,20,21,39-41}, highlights the importance of structuring specific policies for women in prison.

The other results are the association between anxiety and depression with BZD use. It is worth discussing the accuracy of the indication of these prescriptions for women in this context. Although BZDs are safe and effective drugs ⁴², the initiation of BZD treatment deserves special attention ⁴³. Clinical guidelines overrule long-term BZD use ^{44,45}. Only a small minority of patients will benefit from long-term treatment ^{43,45}.

Although current guidelines recommend continuous BZD use for short periods, they are often prescribed continuously for individuals with depression to relieve anxiety or insomnia symptoms ^{46,47}, as in this research. Antidepressant users take anxiolytics at some point of the treatment and continue their use for a long time ⁴⁸.

The guidelines recommend second-generation antidepressants as first-line treatments for patients with major depressive episodes. BZDs have a limited role in major depressive disorders ^{46,49}. For mild depression, pharmacological treatments can be used and should consider the patient's preference, previous response to antidepressants or lack of response to nonpharmacological interventions (psychoeducation, self-care, and psychological treatments). Depressed patients chronically taking BZDs may experience worsening anxiety or exacerbating depression severity ^{46,47}. One study showed that the combination of antidepressants with BZDs was associated with an increased risk of mortality and hospitalization from all causes, in addition to having an increased risk of self-harm and suicide attempts ⁵⁰.

In addition to BZDs not being considered effective as monotherapy for depression ⁵¹, they are also not indicated as a first-line treatment for anxiety disorders ^{36,52}. In contrast to SSRIs and SNRIs, BZDs do not treat depression, which is a common comorbidity in anxiety disorders ⁵³. Serotonergic agents are the first-line pharmacological treatments for anxiety disorders, including generalized anxiety disorder (GAD) ⁵⁴⁻⁵⁶. The combination of BZDs and a serotonergic agent can increase adverse effects without increasing therapeutic effects, considering that the continued, long-term use of BZDs is common, increasing the risk for dependence, tolerance, and abstinence ^{45,48}. Although BZDs can provide short-term anxiety relief, there is no evidence of long-term use efficacy, and there is usually a paradoxical long-term worsening of anxiety ⁴⁵. Even in the few conditions (panic disorder, generalized anxiety disorder, and social anxiety disorder), the use of BZDs is a treatment option due to the failure of psychotherapy and various serotonergic agents. Approximately one-third of patients have treatment-refractory anxiety ³⁸. For the treatment of anxiety, in addition to the use of appropriate drugs, psychological therapy is recommended, specifically cognitive-behavioral therapy ⁵⁴. These two modalities improve the quality of life of people with generalized anxiety disorder, having a relatively high effect size ⁵⁶. This research reflects how the prescription of BZDs without proper medical prescription, in addition to not offering the necessary care for the

suffering of women prisoners, can expose these women to a series of health risks. The potentially traumatizing environment of prisons ¹⁷ does not provide the emotional or psychological support these women need. BZD use could be avoided if evidence-based psychological care were properly offered.

Regarding PTSD treatment, evidence-based clinical guidelines discourage BZD use ⁴⁵. BZDs are contraindicated for patients with PTSD or recent trauma, and the risks associated with their use tend to outweigh the benefits. The use of BZDs can trigger worsening of general severity, significantly increased risk of developing PTSD if used after a recent trauma, worse psychotherapy results, aggression, depression, and substance use ⁵⁷.

Hassan et al. (2016) discuss the surprisingly high prevalence of prescribing psychotropic drugs, including benzodiazepines, among female prisoners compared to male prisoners and women in the general population. These authors found a higher prevalence of hypnotic and anxiolytic prescriptions in female prisoners (with diazepam corresponding to 50% of prescriptions). Female prisoners had a prevalence of 7.9% of prescriptions, to 1.0% in male prisoners and 2.5% in the general female population. For female prisoners, the validity of the indication of these drugs was 85.7% and 98.3%, respectively. valid dose⁵⁸.

In the general population, the intensity of withdrawal symptoms, lack of professional support, absence of an adequate support network and feelings of isolation and loneliness and ongoing symptoms of anxiety and depression are identified barriers that make it difficult to stop using BZDs ²⁶. If there are obstacles and barriers in the free population, it is necessary to think about support strategies for the cessation of BZD use in female prisoners, such as support from other professionals and encouragement for the use of nondrug therapies. Prisons need to broaden the range of responses to treating mental illness beyond medication ⁵⁸.

Interventions aimed at improving women's mental health should be chosen after a careful assessment of individual factors, such as personal preference, treatment history, disease severity, comorbidities, available methods of treatment, and costs ^{36,53}.

One of the limitations of this study is the relatively small number of participants, emphasizing the need to expand the population. It is possible that a considerable number of women from at high risk of BZD misuse or abuse did not participate in the survey, and this may have underestimated the prevalence surveyed. The results of this research were obtained from a sample of women in two prisons in the southern region of Brazil and should be applied with caution in other locations. Brazilian female prisons may differ in their structure in relation to other places. Another aspect is that the prevalence of BZD use and frequency of use were based on self-reported responses, which may induce memory bias.

Conclusion

This study emphasizes the urgency of discussing the precise indication and rational BZD use in the context of women in prison. Current guidelines indicate the risks of inadvertently prescribing BZDs. This reinforces the importance of structuring strategies for the rationalization of use, ranging from indications based on scientific evidence to the prioritization of nonpharmacological interventions for the treatment of female inmates.

Prison environments and women's mental health needs are complex and require care that begins with knowledge about the specifics of women and their vulnerabilities. This study confirms the importance of interdisciplinary research that includes different areas of knowledge for the structuring of public health policies.

It is noteworthy that researching BZD use by women deprived of liberty reinforces the importance of the designs that aim to study the phenomena as they happen in real life. It is expected that these results will help in the structuring of public health policies aimed at women in prison. The understanding of the prevalence of mental suffering and the increase in the use and frequency of BZDs found in this study may contribute to the construction of effective surveillance and monitoring strategies for this population, to the organization of the provision of services and to the recognition of the need for the incorporation of interdisciplinary therapeutic resources in the treatment of PTSD, anxiety, and depression in prisons.

Methods

This study is quantitative, cross-sectional, and analytical with regional coverage. It is a secondary analysis of data from the project "Women deprived of liberty: Context of violence and needs arising from drug use", PPSUS Project - EFP_00013968 ⁵⁹. All methods were performed in accordance with the relevant guidelines and regulations. The present study was approved by the Ethics in Health Research Committee of the Psychology Institute of UFRGS (#2.832.322).

The population consisted of women from the Prison System of Porto Alegre and the Metropolitan Region of Porto Alegre. Two prisons were selected for having a Basic Health Unit, comprising a universe of 502 women, in 2019 ⁶⁰. Seventy-four women were randomly selected, over 18 years old, having served a sentence for at least 6 months in closed conditions. The women who agreed to participate in the research signed the informed consent form. The

researchers participating in the data collection were duly qualified through training so that they could apply the questions in the same way. For the data collection, self-assisted tablet interviews were conducted through an offline system called REDCap - Research Electronic Data Capture ⁶⁰.

Data on BZD use, the frequency of use and whether the use is under prescription were collected, considering two moments: before being arrested and in the last 6 months after their arrest. For the frequency of use, responses were grouped into more than once per week (every day and more than once a week), from once a week to occasional use in 6 months (once a week to more than once every 6 months), and once in 12 months (once every 6 months, once a year, more than once a year, once in a lifetime).

The questionnaires used were the Post-Traumatic Stress Disorder Checklist - Civilian Version (PCL-C) scale-cutoff =50 ⁶¹; the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) -cutoff =10 ⁶²; and the Generalized Anxiety Disorder Scale 7 (GAD-7) -cutoff =10 ⁶³. The scores were considered “negative” and “positive” based on the cutoffs.

Statistical analyses were completed using SPSS version 20.0. A significance level of $p \leq 0.05$ was adopted. The prevalence of the study's categorical variables was determined. A multicollinearity test was performed between the PHQ-9 and GAD-7 to certify that there would be no compromise in the result due to overlapping variables. To assess the change in BZD use before/during imprisonment, the McNemar chi-square test was used. To assess the change in the frequency of use, the McNemar-Bowker chi-square test was used. A simple robust Poisson regression was performed to assess the association of different risk factors for BZD use (95% confidence interval). After this analysis, variables with $p < 0.20$ were included in the multivariate Poisson regression ⁶⁴.

References

1. López-Muñoz, F., Álamo, C. & García-García, P. The discovery of chlordiazepoxide and the clinical introduction of benzodiazepines: Half a century of anxiolytic drugs. *J Anxiety Disord* 25, 554–562 (2011).
2. Olfson, M., King, M. & Schoenbaum, M. Benzodiazepine Use in the United States. *JAMA Psychiatry* 72, 136 (2015).
3. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Key Substance Use and Mental Health Indicators in the United States: Results from the 2019 National Survey on Drug Use and Health (HHS Publication No. PEP20-07-01-001, NSDUH Series H-55). <https://store.samhsa.gov/> (2020).
4. Agarwal, S. D. & Landon, B. E. Patterns in Outpatient Benzodiazepine Prescribing in the United States. *JAMA Netw Open* 2, e187399 (2019).
5. Bachhuber, M. A., Hennessy, S., Cunningham, C. O. & Starrels, J. L. Increasing Benzodiazepine Prescriptions and Overdose Mortality in the United States, 1996–2013. *Am J Public Health* 106, 686–688 (2016).
6. Johansen, M. E. & Niforatos, J. D. Benzodiazepine Use in the USA Is Driven by Long-term Users: a Repeated Cross-sectional Study of MEPS 2002-2016. *J Gen Intern Med* (2019) doi:10.1007/s11606-019-05042-2.
7. Moore, N., Pariente, A. & Bégaud, B. Why are benzodiazepines not yet controlled substances? *JAMA Psychiatry* vol. 72 Preprint at <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.2190> (2015).
8. Lagnaoui, R. et al. Patterns and correlates of benzodiazepine use in the French general population. *European Journal of Clinical Pharmacology* vol. 60 Preprint at <https://doi.org/10.1007/s00228-004-0808-2> (2004).
9. Campanha, A. M. et al. Benzodiazepine use in Sao Paulo, Brazil. *Clinics* 75, (2020).
10. Madruga, C. S. et al. Prevalence of and pathways to benzodiazepine use in Brazil: the role of depression, sleep, and sedentary lifestyle. *Brazilian Journal of Psychiatry* 41, 44–50 (2019).
11. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-5, estatísticas e ciências humanas: inflexões sobre normalizações e normatizações. *Revista Internacional Interdisciplinar INTERthesis* 11, 96 (2014).
12. Bezerra, D. S., Bonzi, A. R. B., Silva, G. R. da & Lima, A. K. B. da S. Mulheres E O Uso De Benzodiazepínicos: Uma Revisão Integrativa. 18, 204–215 (2018).

13. United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report 2021. GLOBAL OVERVIEW: DRUG DEMAND DRUG SUPPLY. vol. 2 (2021).
14. van Hout, M. C. & Mhlanga-Gunda, R. Contemporary women prisoners health experiences, unique prison health care needs and health care outcomes in sub Saharan Africa: a scoping review of extant literature. *BMC Int Health Hum Rights* 18, 31 (2018).
15. Brasil. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Departamento Penitenciário Nacional. Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias: Atualização - Junho 2017. Ministério da Justiça e Segurança Pública <http://depen.gov.br> (2019).
16. Brasil. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Departamento Penitenciário Nacional. Projeto BRA 34/2018: produto 5 relatórios temáticos sobre as mulheres privadas de liberdade, considerando os dados do produto 01,02,03 e 04. <https://www.gov.br/depen/pt-br/sisdepen/mais-informacoes/relatorios-infopen/relatorios-sinteticos/infopenmulheres-junho2017.pdf> (2019).
17. Bartlett, A. & Hollins, S. Challenges and mental health needs of women in prison. *The British Journal of Psychiatry* 212, 134–136 (2018).
18. Brasil. Departamento Penitenciário Nacional. Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias: dezembro de 2019. <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoimMmU4ODAwNTAtY2IyMS00OWJiLWE3ZTgtZGNjY2ZhNTYzZDliIiwidCI6ImViMDkwNDIwLTQ0NGMtNDNmNy05MWYyLTRiOGRhNmJmZThlMSJ9> (2020).
19. Santos, M. de O. Reescrevendo a história: imigrantes italianos, colonos alemães, portugueses e a população brasileira no sul do Brasil. *Revista Tempo e Argumento* 09, 230–246 (2017).
20. Lima, G. M. B. de, Neto, A. de F. P., Amarante, P. D. de C., Dias, M. D. & Ferreira Filha, M. de O. Mulheres no cárcere: significados e práticas cotidianas de enfrentamento com ênfase na resiliência / Women in prison: meanings and everyday practices of coping with emphasis on resilience. *Saúde em Debate VO - 37* 37, 446–456 (2013).
21. Santos, M. V. dos et al. Mental health of incarcerated women in the state of Rio de Janeiro. *Texto & Contexto - Enfermagem* 26, 1–10 (2017).
22. Freitas, M. M. B. & Caliman, L. V. A Saúde e o Psicotrópico no Sistema Prisional. *Revista Polis e Psique* 7, 61 (2017).
23. Brett, J. et al. Benzodiazepine Use in Older Adults in the United States, Ontario, and Australia from 2010 to 2016. *J Am Geriatr Soc* 66, 1180–1185 (2018).
24. Vildoso-Cabrera, E., Navas, C., Vildoso-Picón, L., Larrea, L. & Cabrera, Y. Prison infrastructure, the right to health and a suitable environment for the inmates of the Women's Annex in Chorrillos Prison (Peru). *Rev Esp Sanid Penit* 21, 149–152 (2019).
25. Fegadolli, C., Varela, N. M. D. & Carlini, E. L. de A. Uso e abuso de benzodiazepínicos na atenção primária à saúde: práticas profissionais no Brasil e em Cuba. *Cad Saude Publica* 35, (2019).
26. Parr, J. M., Kavanagh, D. J., Young, R. M. D. & McCafferty, K. Views of general practitioners and benzodiazepine users on benzodiazepines: A qualitative analysis. *Soc Sci Med* 62, 1237–1249 (2006).
27. Votaw, V. R., Geyer, R., Rieselbach, M. M. & McHugh, R. K. The epidemiology of benzodiazepine misuse: A systematic review. *Drug Alcohol Depend* 200, 95–114 (2019).
28. McHugh, R. K. et al. Sex differences in benzodiazepine misuse among adults with substance use disorders. *Addictive Behaviors* 112, 106608 (2021).
29. Barry, L. C., Adams, K. B., Zaugg, D. & Noujaim, D. Health-care needs of older women prisoners: Perspectives of the health-care workers who care for them. *J Women Aging* 32, 183–202 (2020).
30. Hernández-Vásquez, A. & Rojas-Roque, C. Diseases and access to treatment by the Peruvian prison population: an analysis according to gender. *Rev Esp Sanid Penit* 22, 9–15 (2020).

31. Caravaca-Sánchez, F. & García-Jarillo, M. Alcohol, otras Drogas y Salud Mental en Población Femenina Penitenciaria. *Anuario de Psicología Jurídica* 30, 47–53 (2020).
32. Baranyi, G., Cassidy, M., Fazel, S., Priebe, S. & Mundt, A. P. Prevalence of Posttraumatic Stress Disorder in Prisoners. *Epidemiol Rev* 40, (2018).
33. Facer-Irwin, E. et al. PTSD in prison settings: A systematic review and meta-analysis of comorbid mental disorders and problematic behaviours. *PLoS One* 14, (2019).
34. Bedaso, A., Ayalew, M., Mekonnen, N. & Duko, B. Global estimates of the prevalence of depression among prisoners: A systematic review and meta-analysis. *Depression Research and Treatment* vol. 2020 Preprint at <https://doi.org/10.1155/2020/3695209> (2020).
35. Aday, R. & Farney, L. Malign Neglect: Assessing Older Women's Health Care Experiences in Prison. *J Bioeth Inq* 11, 359–372 (2014).
36. Bandelow, B., Michaelis, S. & Wedekind, D. Treatment of anxiety disorders. *Dialogues Clin Neurosci* 19, 93–107 (2017).
37. Bandelow, B. & Michaelis, S. Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. www.dialogues-cns.org (2015).
38. Garakani, A. et al. Pharmacotherapy of Anxiety Disorders: Current and Emerging Treatment Options. *Front Psychiatry* 11, (2020).
39. Collier, S. & Friedman, S. H. Mental Illness Among Women Referred for Psychiatric Services in a New Zealand Women's Prison. *Behavioral Sciences & the Law* 34, 539–550 (2016).
40. Fedock, G. L. Women's Psychological Adjustment to Prison: A Review for Future Social Work Directions. *Soc Work Res* 41, 31–42 (2017).
41. Gottfried, E. D. & Christopher, S. C. Mental Disorders Among Criminal Offenders. *Journal of Correctional Health Care* 23, 336–346 (2017).
42. Schmitz, A. Benzodiazepine use, misuse, and abuse: A review. *Mental Health Clinician* 6, 120–126 (2016).
43. Kennedy, K. M. & O'Riordan, J. Prescribing benzodiazepines in general practice. *British Journal of General Practice* 69, 152–153 (2019).
44. Fick, D. M. et al. American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria® for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *J Am Geriatr Soc* 67, (2019).
45. Guina, J. & Merrill, B. Benzodiazepines I: Upping the Care on Downers: The Evidence of Risks, Benefits and Alternatives. *J Clin Med* 7, 17 (2018).
46. Lim, B. et al. Understanding the effects of chronic benzodiazepine use in depression: a focus on neuropharmacology. *Int Clin Psychopharmacol* 35, 243–253 (2020).
47. Rizvi, S. J., Sproule, B. A., Gallagher, L., McIntyre, R. S. & Kennedy, S. H. Correlates of benzodiazepine use in major depressive disorder: The effect of anhedonia. *J Affect Disord* 187, 101–105 (2015).
48. Bushnell, G. A., Stürmer, T., Gaynes, B. N., Pate, V. & Miller, M. Simultaneous antidepressant and benzodiazepine new use and subsequent long-term benzodiazepine use in adults with depression, United States, 2001-2014. *JAMA Psychiatry* 74, (2017).
49. Kennedy, S. H. et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry* 61, 540–560 (2016).
50. Jeong, H. E., Jeon, H.-L., Oh, I.-S., Kim, W. J. & Shin, J.-Y. Risk of mortality associated with concomitant antidepressant and benzodiazepine therapy among patients with depression: a population-based cohort study. *BMC Med* 18, 387 (2020).

51. Lam, R. W. et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) Clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. III. Pharmacotherapy. *J Affect Disord* 117, (2009).
52. Breilmann, J. et al. Benzodiazepines versus placebo for panic disorder in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* vol. 2019 Preprint at <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010677.pub2> (2019).
53. Bandelow, B. Current and Novel Psychopharmacological Drugs for Anxiety Disorders. in 347–365 (2020). doi:10.1007/978-981-32-9705-0_19.
54. Bandelow, B., Lichte, T., Rudolf, S., Wiltink, J. & Beutel, M. E. The Diagnosis of and Treatment Recommendations for Anxiety Disorders. *Deutsches Aerzteblatt Online* 111, 473–480 (2014).
55. Locke, A. B., Kirst, N. & Shultz, C. G. Diagnosis and Management of Generalized Anxiety Disorder and Panic Disorder in Adults. *Am Fam Physician*. 91, 617–624 (2015).
56. Bandelow, B. et al. Efficacy of treatments for anxiety disorders. *Int Clin Psychopharmacol* 30, 183–192 (2015).
57. Guina, J., Rossetter, S. R., DeRhodes, B. J., Nahhas, R. W. & Welton, R. S. Benzodiazepines for PTSD. *J Psychiatr Pract* 21, 281–303 (2015).
58. Hassan, L. et al. Prevalence and appropriateness of psychotropic medication prescribing in a nationally representative cross-sectional survey of male and female prisoners in England. *BMC Psychiatry* 16, (2016).
59. Dias, M. T. G. Mulheres privadas de liberdade: Contexto de violências e necessidades decorrentes do uso de drogas. 1–5 Preprint at (2017).
60. Dias, M. T. G. Banco de Dados da Pesquisa Mulheres privadas de liberdade: contexto de violências e necessidade decorrentes do uso de drogas, desenvolvido pelo sistema REDCap (Research Electronic Data Capture). Preprint at (2019).
61. Berger, W., Mendlowicz, M. V., Souza, W. F. & Figueira, I. Equivalência semântica da versão em português da Post-Traumatic Stress Disorder Checklist - Civilian Version (PCL-C) para rastreamento do transtorno de estresse pós-traumático. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul* 26, 167–175 (2004).
62. Santos, I. S. et al. Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral. *Cad Saude Publica* 29, 1533–1543 (2013).
63. Bártolo, A., Monteiro, S. & Pereira, A. Factor structure and construct validity of the Generalized Anxiety Disorder 7-item (GAD-7) among Portuguese college students. *Cad Saude Publica* 33, 1–12 (2017).
64. Barros, A. J. & Hirakata, V. N. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol* 3, 21 (2003).

Acknowledgements (not compulsory)

This work was funded by a public agency Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (CHAMADA FAPERGS/MS/CNPq/SESRS n. 03/2017 PROGRAMA PESQUISA PARA O SUS: GESTÃO COMPARTILHADA EM SAÚDE PPSUS – 2017- PPSUS EFD_00000129). The funders have no role in the study design, data collection, data analysis, data interpretation, or writing of this article. The authors are extremely grateful for the support shown by the Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre and by the Grupo Hospitalar Conceição. Special thanks to Ms. Vânia Naomi Hirakata for contributing to the statistical analysis.

Author contributions statement

L.K., M.T.G.D. and H.M.T.B. (Conceptualization); L.K. and M.T.G.D. (Data curation); F.M.S.E., L.K. and M.T.G.D. (Formal Analysis); M.T.G.D. (Funding acquisition); L.K., M.T.G.D., A.L.V.S., R.M.D. and H.M.T. B (Investigation); F.M.S.E., L.K., M.T.G. D, A.L.V.S., R.M.D. and H.M.T. B (Methodology); L.K., M.T.G.D., A.L.V.S. and R.M.D. (Project administration); F.M.S.E., L.K., M.T.G. D, A.L.V.S. and R.M.D. (Resources);

M.T.G.D., A.L.V.S. and R.M.D. (Software); L.K., M.T.G. D, A.L.V.S., R.M.D. and H.M.T. B (Supervision); L.K., M.T.G. D, A.L.V.S., R.M.D. and H.M.T. B (Validation); F.M.S.E., L.K., M.T.G. D, A.L.V.S., R.M.D. and H.M.T. B (Visualization); F.M.S.E., L.K. and H.M.T. B (Writing – original draft); F.M.S.E., L.K. and H.M.T. B (Writing – review & editing). All authors critically reviewed the manuscript and approved the final version.

Data availability statement

Women prisoners constitute a vulnerable population. Requests for materials and data relating to this study should be addressed to F.M.S.E.

Additional information

Funding

This work was supported by a public agency [CHAMADA FAPERGS/MS/CNPq/SESRS n. 03/2017 PROGRAMA PESQUISA PARA O SUS: GESTÃO COMPARTILHADA EM SAÚDE PPSUS – 2017] - (PPSUS EFD_00000129).

Conflict of interest

On behalf of all authors, the corresponding author states that there is no conflict of interest.

ARTIGO 3: Artigo em preparação

Uso de álcool e outras drogas e relações com violências sofridas por mulheres na prisão

Resumo

Nos ambientes prisionais, os transtornos por uso de substâncias são um problema de saúde comum. Aproximadamente um quarto dos presos recém-encarcerados de ambos os sexos apresentam transtorno por uso de álcool e a prevalência de transtorno por uso de drogas é mais prevalente em mulheres. Este estudo teve como objetivos estabelecer a relação entre eventos violentos com o uso de substâncias psicoativas por mulheres prisioneiras, antes de ser presa e durante o encarceramento e verificar se há associação entre exposição à violência com escores positivos para ansiedade, depressão e transtorno de estresse pós-traumático. Trata-se de estudo transversal, do tipo analítico de abrangência regional. Setenta e quatro mulheres responderam a perguntas referentes às variáveis sócio demográficas; uso e frequência de uso de álcool e outras drogas, exposição à violência e saúde mental. Há um aumento da prevalência de uso de tabaco em contraponto a uma redução nas taxas de uso de drogas ilícitas na prisão; encontrou-se relação com significância estatística entre a violência física e escore positivo para GAD-7 ($p=0.022$) e entre violência moral e PHQ-9 ($p=0.016$); ao contrário do que se acreditava, não foi verificada a relação entre tipos de violência e uso de drogas lícitas ou ilícitas. Mais estudos que atentem para a problemática do sofrimento feminino, da exposição à violência, do uso de drogas lícitas e ilícitas focando em uma abordagem humanizada e de gênero são necessários.

Palavras chave: Mulheres. Prisões. Violência. Drogas Ilícitas. Saúde mental.

Abstract

In prison settings, substance use disorders are a common health problem. Approximately a quarter of newly incarcerated prisoners of both genders have alcohol use disorders, and the prevalence of drug use disorders is more prevalent in women. This study aimed to establish the relationship between violent events and the use of psychoactive substances by female prisoners, before and during incarceration, and to verify whether there is an association between exposure to violence with positive scores for anxiety, depression, and post-traumatic stress disorder. This is a cross-sectional, analytical study of regional scope. Seventy-four women answered questions regarding sociodemographic variables, use and frequency of use of alcohol and other drugs, exposure to violence, and mental health. There is an increase in the prevalence of tobacco use in contrast to a reduction in the rates of illicit drug use in prison; a statistically

significant relationship was found between physical violence and positive GAD-7 scores ($p=0.022$) and between moral violence and PHQ-9 ($p=0.016$); contrary to what was believed, no relationship was found between types of violence and licit or illicit drug use. More studies are needed, addressing the issue of women's suffering, exposure to violence, and the use of licit and illicit drugs, focusing on a humanized and gendered approach.

Keywords: Women. Prisons. Violence. Illicit Drugs. Mental health

Introdução

Atualmente tem-se observado uma diminuição da diferença na prevalência dos transtornos por uso de substâncias entre homens e mulheres na população geral, o que traz uma preocupação em relação às projeções futuras, que tendem a aumentar (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021). Nos ambientes prisionais, os transtornos por uso de substâncias são um problema de saúde comum (FAZEL; YOON; HAYES, 2017; MUNDT *et al.*, 2018). Aproximadamente um quarto dos presos recém-encarcerados de ambos os sexos apresentam transtorno por uso de álcool e a prevalência de transtorno por uso de drogas é ainda mais prevalente em mulheres quando comparadas aos homens (FAZEL; YOON; HAYES, 2017; UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2019). A prevalência de transtornos por uso de drogas em populações carcerárias masculinas e femininas variou de 1,3% a 11,3%, sendo a estimativa combinada em amostras femininas (5,0%) 6,1 vezes maior do que na população geral (BARANYI *et al.*, 2019). A prevalência de transtornos mentais ao longo da vida e em 12 meses foi mais expressivo entre as mulheres: 68,9% e 38,4% comparada com taxas de 56,1% e 21,5% entre os homens (ANDREOLI *et al.*, 2014).

Há uma maior vulnerabilidade a transtornos psiquiátricos em indivíduos presos, estando relacionada ao baixo nível socioeconômico, ao fato de pertencerem a grupos minoritários e a histórias de vitimização na infância e abuso de substâncias (BARANYI *et al.*, 2018; MUNDT *et al.*, 2018). Além da exposição a eventos violentos na vida pregressa à prisão, violações dos direitos humanos e abusos físicos e psicológicos são comuns em ambientes prisionais, especialmente aqueles com poucos recursos (BARANYI *et al.*, 2019). Necessidades substanciais de tratamento são observadas em pessoas envolvidas com o sistema de justiça criminal na maioria das vezes não atendidas (ALMANZAR; KATZ; HARRY, 2015).

Pesquisas epidemiológicas em prisões apresentam sua relevância, tendo em vista que os estudos baseados em população, normalmente não incluem populações institucionalizadas em seu desenho de amostragem. Isso pode subestimar a prevalência do uso de drogas, pois esses grupos geralmente têm um maior risco para o uso indevido de drogas do que a população em geral (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021). A maioria das pesquisas sobre problemas de saúde mental em prisioneiros se concentrou em países de alta renda, sendo importante os estudos que estabelecem as taxas de prevalência de doenças mentais graves e transtornos por uso de substâncias em países de baixa e média renda (BARANYI *et al.*, 2019). Faz-se necessário um engajamento crítico e substantivo sobre as mulheres presas que ainda é negligenciado (ARTZ; ROTMANN, 2015).

Este estudo teve como objetivo estabelecer a relação entre eventos violentos com o uso de álcool e outras drogas (tabaco, maconha, cocaína cheirada e crack) por mulheres, antes de ser presa e durante o encarceramento. Outro objetivo foi verificar se existe associação entre exposição à violência com escores positivos para ansiedade, depressão e transtorno de estresse pós-traumático.

Metodologia

Trata-se de estudo transversal, do tipo analítico de abrangência regional. Foi realizada a análise quantitativa dos dados que teve sua origem no projeto “Mulheres privadas de liberdade: Contexto de violências e necessidades decorrentes do uso de drogas”, Projeto PPSUS - EFP_00013968 (DIAS, 2017). Este estudo foi previamente avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética na Pesquisa em Saúde do Instituto de Psicologia da UFRGS (#2.832.322) e pela Superintendência dos Serviços Penitenciários do Rio Grande do Sul, responsável pelas unidades prisionais.

A população consiste em um total de 502 mulheres presas, em duas prisões do Sistema Prisional da Região Metropolitana de Porto Alegre (DIAS, 2017). O recrutamento das participantes foi realizado a partir da listagem geral no Estabelecimento Prisional. As mulheres foram identificadas com um ID e foram sorteadas aleatoriamente. Setenta e quatro mulheres responderam questionários que englobavam as seguintes variáveis: sócio demográficas; uso e frequência de uso de álcool e outras drogas (tabaco, maconha, cocaína cheirada e crack), exposição à violência e saúde mental. Este estudo considerou os termos de referência: uso e uso indevido (este último definido por Gulati *et al.* (2019) como uso prejudicial ou dependência).

Foram critérios de inclusão para esta pesquisa: pessoas do sexo feminino; maiores de 18 anos; cumprindo pena há pelo menos 6 meses em regime fechado; atendidas na Unidade Básica de Saúde Prisional e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Informado aceitando participar da pesquisa (DIAS, 2017).

A coleta de dados utilizou como ferramenta o REDCap - *Research Electronic Data Capture*, com o uso de *Tablet* por cada coletador (DIAS, 2017; VIEIRA, 2020). Um teste piloto foi realizado com mulheres privadas de liberdade em uma unidade prisional fora da região Metropolitana de Porto Alegre, com vistas a garantir a qualidade e a validade dos questionários utilizados. Os pesquisadores participantes da coleta de dados receberam treinamento para reduzir viés de aferição. Cada estabelecimento prisional demandou um planejamento integrado entre os pesquisadores e os dirigentes, para a obtenção de informações específicas necessárias para a viabilização da participação das detentas, assim como a organização da logística para o acesso dos pesquisadores a estes estabelecimentos (DIAS, 2017).

Os dados foram coletados no ano de 2019. Um questionário sociodemográfico e um questionário sobre drogas de abuso foram desenvolvidos para esta pesquisa. Variáveis como faixa etária, raça/cor, grau de escolaridade, situação conjugal, existência de filhos e responsabilidade sobre a renda familiar foram consideradas para análise. As variáveis não dicotômicas foram agrupadas em categorias para: faixa etária (18 a 40 anos e acima de 40 anos); raça/cor (branca e outras raças- que incluiu amarela, parda, preto quilombola, preto não quilombola); nível de escolaridade (menos de 8 anos de escolaridade e ensino médio/superior) e para o estado conjugal (categoria solteira, que incluía as mulheres solteiras e separadas/divorciadas/viúvas e a categoria casada, que incluía mulheres casadas; em união estável ou com parceiro/a fixo/a. Dois momentos foram considerados para a coleta de dados sobre o tipo de droga e a frequência de uso: antes de ser presa, e, “atualmente” (últimos 6 meses). Um questionário foi aplicado para avaliar situações de violência que a participante possa ter vivenciado antes e durante a prisão. Foram incluídas questões sobre os seguintes tipos de violência: Antes de ser presa (violência financeira/econômica; violência psicológica/moral; violência física; violência sexual) e durante o encarceramento (já teve dinheiro, bens materiais ou objetos pessoais retirados/pegos sem a sua permissão; foi acusada injustamente de ter cometido algum delito; violência moral, agressão física, violência sexual, já colocaram você em uma cela em isolamento). Três instrumentos validados foram utilizados para a coleta de dados referentes à saúde mental Post-Traumatic Stress Disorder Checklist - Civilian Version (PCL-C), com valor de corte = 50 (BERGER *et al.*, 2004); Patient Health Questionnaire-9

(PHQ-9), com valor de corte = 10 (SANTOS *et al.*, 2013) e Generalized Anxiety Disorder Scale-7, com valor de corte = 10 (GAD-7) (BÁRTOLO; MONTEIRO; PEREIRA, 2017). Os valores de corte determinam o escore positivo ou negativo para as desordens avaliadas.

As análises estatísticas foram realizadas no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0. Inicialmente, as variáveis sociodemográficas e relacionadas ao consumo de drogas e de violência foram submetidas à estatística descritiva com determinação das frequências absolutas e relativas para as variáveis categóricas. As associações entre as variáveis dependentes (consumo de drogas, violência e saúde mental) e as variáveis independentes (sociodemográficas) foram realizadas utilizando-se o Teste do Qui-quadrado (χ^2) e o Teste de McNemar. A associação foi considerada estatisticamente significativa quando o *p*-valor foi $< 0,05$.

Resultados

Participaram deste estudo 74 mulheres privadas de liberdades da penitenciária feminina de Guaíba e do Presídio Estadual Feminino Madre Pelletier. Foram encontradas as seguintes características da população estudada: predominância de presas jovens, com 47 mulheres (63,5%) entre 18 e 40 anos em relação a 27 mulheres (36,5%) com mais de 40 anos; 43 (58,1%) mulheres de cor branca e 31 (41,9%) de outra raça (amarela, negra, quilombola negro, não-quilombola). Em relação à escolaridade, 53 (71,6%) mulheres tem menos de 8 anos de estudo e 21 delas (28,4%) fizeram ensino médio ou tem grau universitário (completo ou incompleto); 50 (67,6%) mulheres são casadas (incluindo união estável ou parceiro fixo), enquanto 24 (32,4%) informaram ser solteiras, separadas, divorciadas ou viúvas. Sessenta e seis (89,2%) informaram ser mães e 8 (10,8%) não tem filhos. Quando questionadas sobre a responsabilidade pela renda familiar, 45 (60,8%) eram responsáveis pela renda da família e 28 (37,8%) responderam não ser (Einloft *et al.*, 2022).

Esta pesquisa encontrou taxas de prevalência para o uso atual de: tabaco (64,9%), maconha (10,9%), cocaína cheirada (8,2%), crack (4,1%) e álcool (1,4%), foi observada uma diminuição, com significância estatística, do uso de álcool, maconha, cocaína cheirada e crack durante o encarceramento. O uso atual incluiu a soma daquelas mulheres que usavam antes e continuaram a usar na prisão e daquelas que não usavam antes e começaram a usar durante o encarceramento). (Tabela 1)

Tabela 1- Uso de álcool e outras drogas por mulheres privadas de liberdade, em duas Penitenciárias da Região Metropolitana de Porto Alegre, antes de ser presa e atualmente.

	Usava antes e continuou atualmente n (%)	Não usava antes e começou a usar atualmente n (%)	Parou de usar atualmente n (%)	Nunca fez uso n (%)	Valor p
Tabaco	42 (56,8%)	6 (8,1%)	5 (6,8%)	21(28,4%)	>0,999
Álcool	1 (1,4%)	0 (0,0%)	41 (55,4%)	32 (43,2%)	<0,001
Maconha	7 (9,5%)	1 (1,4%)	14 (18,9%)	52 (70,3%)	0,001
Cocaína cheirada	5 (6,8%)	1 (1,4%)	18 (24,3%)	50 (67,6%)	<0,001
Crack	3 (4,1%)	0 (0,0%)	18 (24,7%)	52 (71,2%)	<0,001

*Valor p obtido pelo Teste Qui- quadrado de McNemar

Quando analisada a relação da exposição à violência e as escalas, durante o encarceramento, encontrou-se relação com significância estatística entre a violência física e ansiedade ($p=0.022$) e entre violência moral e depressão ($p=0.016$). Noventa e dois por cento ($n=12$) das mulheres que sofreram violência física apresentaram escore positivo para GAD-7, enquanto 32 (53,3%) mulheres que não sofreram violência física apresentaram escore positivo para a mesma escala. Sessenta e dois por cento ($n=21$) das mulheres que sofreram violência moral apresentaram escore positivo para PHQ-9, enquanto 12 (31%) mulheres que não sofreram violência moral tiveram PHQ-9 positiva. Na relação da exposição à violência e do uso de qualquer droga, durante o encarceramento, resultado com significância estatística foi encontrada ($p=0.027$) sendo verificado que 5 (35,7%) mulheres que sofreram dano material usaram alguma droga, enquanto 42 (71,2%) mulheres que não sofreram este tipo de violência, usaram droga. (Tabela 2)

Tabela 2- Relação da Exposição à violência com escores positivos para as escalas GAD-7, PHQ-9 e PCL-C antes e durante a prisão (valor *p*).

	Tipo de violência sofrida		GAD-7 Positivo <i>n</i> (%)	Valor <i>p</i>	PHQ-9 Positivo <i>n</i> (%)	Valor <i>p</i>	PCL-C Positivo <i>n</i> (%)	Valor <i>p</i>	Uso de qualquer droga <i>n</i> (%)	Valor <i>p</i>
Antes	Dano material ¹	Sim	27 (62,8)	0.777	19 (44,2)	0.942	11 (25,6)	0.648	36 (83,7)	0.510
		Não	17 (56,7)		13 (43,3)		10 (33,3)		27 (90)	
		<i>n</i> (%)	44 (60,3)		32 (43,8)		21 (28,8)		63 (86,3)	
	Moral ²	Sim	31 (67,4)	0.215	23 (50)	0.338	16 (34,8)	0.339	37 (80,4)	0.190
		Não	14 (50)		10 (35,7)		6 (21,4)		26 (92,9)	
		<i>n</i> (%)	45 (60,8)		33 (44,6)		22 (29,7)		63 (85,1)	
	Física ³	Sim	28 (63,6)	0.630	18 (40,9)	0.593	14 (31,8)	0.828	38 (86,4)	0.749
		Não	17(56,7)		15 (50)		8 (26,7)		25 (83,3)	
		<i>n</i> (%)	45 (60,8)		33 (44,6)		22 (29,7)		63 (85,1)	
	Sexual ⁴	Sim	18 (64,3)	0.906	12 (42,9)	0.894	8 (28,6)	0.818	24 (85,7)	0.883
		Não	27 (60)		20 (44,4)		14 (31,1)		38 (84,4)	
		<i>n</i> (%)	45 (61,6)		32 (43,8)		22 (30,1)		62 (84,9)	
Durante	Dano material ⁵	Sim	8 (57,1)	0.790	8 (57,1)	0.484	5 (35,7)	0.756	5 (35,7)	0.027*
		Não	36 (61)		25 (42,4)		16 (27,1)		42 (71,2)	
		<i>n</i> (%)	44 (60,3)		33 (45,2)		21 (28,8)		47 (64,4)	
	Acusação injusta ⁶	Sim	10 (66,7)	0.786	8 (53,3)	0.676	6 (40)	0.341	6 (40)	0.056
		Não	34 (58,6)		25 (43,1)		15 (25,9)		41 (70,7)	
		<i>n</i> (%)	44 (60,3)		33 (45,2)		21 (28,8)		47 (64,4)	
	Moral ²	Sim	24 (70,6)	0.149	21 (61,8)	0.016*	12 (35,3)	0.373	19 (55,9)	0.241
		Não	20 (51,3)		12 (30,8)		9 (23,1)		28 (71,8)	
		<i>n</i> (%)	44 (60,3)		33 (45,2)		21 (28,8)		47 (64,4)	
	Física ³	Sim	12 (92,3)	0.022*	9 (69,2)	0.107	6 (46,2)	0.176	6 (46,2)	0.200
		Não	32 (53,3)		24 (40)		15 (25)		41 (68,3)	
		<i>n</i> (%)	44 (60,3)		33 (45,2)		21 (28,8)		47 (64,4)	
	Sexual ⁷	Sim	4 (80)	0.642	4 (80)	0.164	3 (60)	0.127	2 (40)	0.344
		Não	39 (58,2)		28 (41,8)		17 (25,4)		44 (65,7)	
		<i>n</i> (%)	43 (59,7)		32 (44,4)		20 (27,8)		46 (63,9)	
	Isolamento ⁸	Sim	13 (72,2)	0.277	9 (50)	0.786	6 (33,3)	0.765	14 (77,8)	0.279
		Não	31 (56,4)		24 (43,6)		15 (27,3)		33 (60)	
		<i>n</i> (%)	44 (60,3)		33 (45,2)		21 (28,8)		47 (64,4)	

Valor *p* obtido pelo Teste Qui-quadrado; ¹ alguém já pegou seu dinheiro, bens materiais ou objetos pessoais sem sua permissão; ² violência moral (ameaçada, humilhada, chantageada, perseguida, impedida de ver algum familiar); ³ agressão física (tapas, empurrão, beliscão, puxar os cabelos, esbofeteou, espancou, queimou, tentou enforcar, feriu você com faca, outro objeto perfuro-cortante, revólver ou outra arma de fogo; ⁴ alguém já tentou ou forçou manter relações sexuais com você sem sua permissão (passou a mão

em genitais, ou forçou qualquer outra conduta que considere de cunho sexual); ⁵ já teve dinheiro, bens materiais ou objetos pessoais retirados/pegos sem sua permissão; ⁶ já foi acusada injustamente de ter cometido algum delito? (usar, esconder ou vender drogas, usar ou receber celular, facilitar entrada de armas, pegar objetos sem permissão, etc); ⁷ alguém já tentou manter relações sexuais com você sem sua permissão (passou a mão em genitais, ou forçou qualquer outra conduta que considere de cunho sexual); já colocaram você em uma cela em isolamento (tranca, solitária)

Tabela 3- Relação da Exposição à violência com uso de drogas antes e durante a prisão (valor *p*).

		Tipo de violência sofrida	Tabaco <i>n</i> (%)	Valor <i>p</i>	Álcool <i>n</i> (%)	Valor <i>p</i>	Maconha <i>n</i> (%)	Valor <i>p</i>	Cocaína <i>n</i> (%)	Valor <i>p</i>	Crack <i>n</i> (%)	Valor <i>p</i>
Antes	Dano material ¹	Sim	26 (55,3)	0.556	24 (57,1)	0.908	14 (66,7)	0.553	14 (60,9)	0.817	15 (68,2)	0.424
		Não	21 (44,7)		18 (42,9)		7 (33,3)		9 (39,1)		7 (31,8)	
	Moral ²	Sim	25 (53,2)	0.064	26 (61,9)	0.958	11 (52,4)	0.409	14 (60,9)	0.878	15 (68,2)	0.666
		Não	22 (46,8)		16 (38,1)		10 (47,6)		9 (39,1)		7 (31,8)	
	Física ³	Sim	26 (55,3)	0.477	26 (61,9)	0.801	16 (76,2)	0.114	15 (65,2)	0.673	15 (68,2)	0.462
		Não	21 (44,7)		16 (38,1)		5 (23,8)		8 (34,8)		7 (31,8)	
	Sexual ⁴	Sim	16 (34)	0.568	16 (38,1)	0.894	9 (42,9)	0.655	10 (43,5)	0.578	12 (54,5)	0.067
		Não	30 (63,8)		25 (59,5)		11 (52,4)		12 (52,2)		9 (40,9)	
		NR	1 (2,1)		1 (2,4)		1 (4,8)		1 (4,3)		1 (4,5)	
	Total <i>n</i> (%)		47 (100%)		42 (100%)		21 (100%)		23 (100%)		22 (100%)	
Durante	Dano material ⁵	Sim	5 (10,6)	0.029*	0	0.624	0	0.340	0	0.588	0	0.910
		Não	42 (89,4)		1 (100)		8 (100)		6 (100)		3 (100)	
	Acusação injusta ⁶	Sim	6 (12,8)	0.056	0	0.609	0	0.289	0	0.335	0	0.865
		Não	41 (87,2)		1 (100)		8 (100)		6 (100)		3 (100)	
	Moral ²	Sim	19 (40,4)	0.241	1 (100)	0.466	4 (50)	0.837	4 (66,7)	0.408	3 (100)	0.096
		Não	28 (59,6)		0		4 (50)		2 (33,3)		0	
	Física ³	Sim	6 (12,8)	0.200	0	0.639	1 (12,5)	0.677	2 (33,3)	0.289	1 (33,3)	0.450
		Não	41 (87,2)		1 (100)		7 (87,5)		4 (66,7)		2 (66,7)	
	Sexual ⁷	Sim	2 (2,8%)	0.344	0	0.783	0	0.935	2 (33,)	0.052	0	0.629
		Não	44 (95,7)		1 (100)		8 (100)		4 (66,7)		3 (100)	
		NR	1 (1,5)									
	Isolamento ⁸	Sim	14 (29,8)	0.258	0	0.565	2 (25)	0.981	2 (33,3)	0.632	2 (66,7)	0.148
		Não	33 (70,2)		1 (100)		6 (75)		4 (66,7)		1 (33,3)	
	Total <i>n</i> (%)		47 (100%)		1 (100%)		8 (100%)		6 (100%)		3 (100%)	

Valor *p* obtido pelo Teste Qui-quadrado; ¹ alguém já pegou seu dinheiro, bens materiais ou objetos pessoais sem sua permissão; ² violência moral (ameaçada, humilhada, chantageada, perseguida, impedida de ver algum familiar); ³ agressão física (tapas, empurrão, beliscão, puxar os cabelos, esbofeteou, espancou, queimou, tentou enforcar, feriu você com faca, outro objeto perfuro-cortante, revólver ou outra arma de fogo); ⁴ alguém já tentou ou forçou manter relações sexuais com você sem sua permissão (passou a mão em genitais, ou forçou qualquer outra conduta que considere de cunho sexual); ⁵ já teve dinheiro, bens materiais ou objetos pessoais retirados/pegos sem sua permissão; ⁶ já foi acusada injustamente de ter cometido algum delito? (usar, esconder ou vender drogas, usar ou receber celular, facilitar entrada de armas, pegar objetos sem permissão, etc); ⁷ alguém já tentou manter relações sexuais com você sem sua permissão (passou a mão em genitais, ou forçou qualquer outra conduta que considere de cunho sexual); já colocaram você em uma cela em isolamento (tranca, solitária); NR: não respondeu.

Na análise da relação da exposição aos diferentes tipos de violência e o uso de drogas, significância estatística foi encontrada entre dano material durante a prisão e uso de tabaco. Das 47 mulheres (89,4%) que fumavam, 42 mulheres não sofreram dano moral, enquanto somente 5 (10,6%) sofreram este tipo de violência. (Tabela 3)

Aproximadamente 70% das mulheres que fumam tiveram resultado positivo para as escalas, no entanto, sem significância estatística nesta análise (uma taxa próxima a 60% das fumantes recebeu escore negativo para as mesmas escalas). Não foi estabelecida a relação entre escores positivos para ansiedade, depressão e transtorno de estresse pós-traumático com o uso de outras drogas na prisão. (Tabela 4)

Tabela 4- Relação dos escores das escalas (GAD-7; PHQ-9; PCL-C) com o uso de drogas durante a prisão ($n=74$).

Escalas		Uso de Tabaco n (%)	Valor p	Uso de Álcool n (%)	Valor p	Uso de Maconha n (%)	Valor p	Uso de Cocaína n (%)	Valor p	Uso de Crack n (%)	Valor p
GAD-7	Positivo	31 (68,9)	0.513	1 (2,2)	0.419	5 (11,1)	0.917	4 (8,9)	0.759	2 (4,5) ¹	0.817
	Negativo	17 (58,6)		0		3 (10,3)		2 (6,9)		1 (3,4) ¹	
PHQ-9	Positivo	23 (69,7)	0.592	1 (3)	0.446	3 (9,1)	0.725	4 (12,1)	0.397	1 (3) ¹	0.673
	Negativo	25 (61)		0		5 (12,2)		2 (4,9)		2 (5) ¹	
PCL-C	Positivo	15 (68,2)	0.793	1 (4,5)	0.297	1 (4,5)	0.422	3 (5,8)	0.354	1 (4,8) ¹	0.858
	Negativo	33 (63,5)		0		7 (13,5)		3 (13,6)		2 (3,8) ¹	
Total n (%)		48 (64,9)		1 (1,4)		8 (10,8)		6 (8,1)		3 (4,1)	

Valor p obtido pelo Teste Qui quadrado; ¹ % do uso de crack calculado com referência no total das mulheres que responderam sobre o uso de crack e os escores das escalas ($n = 73$).

Discussão

Os principais achados desta pesquisa foram: a) Há um aumento da prevalência de uso de tabaco em contraponto a uma redução nas taxas de uso de drogas ilícitas na prisão; b) Relação entre escore positivo para GAD-7 e escore positivo para PHQ-9 foram associados à exposição à violência física e à violência moral respectivamente; c) ao contrário do que se acreditava, não foi verificada a relação entre tipos de violência e uso de drogas lícitas ou ilícitas.

Embora as substâncias de abuso estejam disponíveis na maioria das prisões (MUNDT *et al.*, 2018) a prevalência de transtornos por uso de substâncias para essa população é substancialmente menor durante a prisão do que para a mesma população fora da prisão (BARANYI *et al.*, 2019). As sanções criminais impedem de alguma forma o uso de drogas, no entanto, pessoas com transtornos por uso de substância mais graves são relativamente insensíveis à punição (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021). O contexto prisional tem consequências negativas graves

para as pessoas com transtornos por uso de drogas e pode piorar as condições sociais e de saúde subjacentes associadas ao uso delas (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021). Estudos em outros países sinalizam algumas explicações possíveis para taxas mais baixas de sintomas de saúde mental em estágios posteriores da prisão, incluindo acesso reduzido a substâncias durante a prisão, proteção ou remoção de ambientes sociais adversos fora das prisões, desenvolvimento de mecanismos de enfrentamento (WALKER *et al.*, 2014) além de alguma disponibilidade de serviços de tratamento (ALMANZAR; KATZ; HARRY, 2015).

Embora ocorra redução de uso de drogas na prisão, como encontrado neste estudo, este fato não libera o Estado da responsabilidade sobre o uso de substâncias psicoativas nestas instituições. Dados opostos são encontrados na literatura internacional que refere que pessoas com transtornos por uso de drogas representam uma grande proporção da população carcerária em muitos países (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021). Há evidências do aumento do transtorno por uso de drogas em instituições prisionais durante as últimas três décadas (FAZEL; YOON; HAYES, 2017). Dois terços dos presos sentenciados (63%) atendem aos critérios para dependência ou abuso, enquanto na população adulta geral esta taxa é de 5% (BRONSON *et al.*, 2017). Importante considerar que em países de baixa renda observa-se um aumento da população com maior risco de uso de drogas (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2021).

Quando comparada com a população feminina geral, a literatura internacional refere que prevalência ao longo da vida de transtornos relacionados a drogas é maior em mulheres presas (25,2% vs. 1,6%) (ANDREOLI *et al.*, 2014). Um estudo irlandês encontrou taxa de 17,2% para transtorno por uso de álcool e 62,6% para transtorno por uso de substâncias (GULATI *et al.*, 2019) na população carcerária feminina. Mulheres encarceradas apresentam taxas semelhantes de transtornos por uso de álcool (20%) com homens encarcerados (26%) e maior prevalência de transtornos por uso de drogas ilícitas: uma taxa mais alta (51%) foi encontrada em mulheres, comparada a 30% na população carcerária masculina (FAZEL; YOON; HAYES, 2017). Outro estudo também encontrou maiores taxas de uso em mulheres (47% em mulheres vs. 38% em homens) (BRONSON *et al.*, 2017). Prevalências bem menores foram encontradas no nosso estudo, especialmente para o álcool e outras drogas. Isto parece estar mais relacionado ao sistema de controle dos presídios brasileiros, que limita o acesso às drogas, e menos a respostas de cuidado efetivo para estas mulheres. As altas prevalências de transtorno por uso de álcool ou por uso de drogas ressaltam a importância da disponibilidade de intervenções baseadas em evidências para todos os indivíduos que se encontram em privação de liberdade (FAZEL; YOON; HAYES,

2017). A prisão pode representar uma oportunidade para tratar pessoas com problemas de saúde mental e uso de substâncias que, de outra forma, seriam difíceis de alcançar pelos serviços de saúde (FAZEL; SEEWALD, 2012).

Mais de uma em cada três mulheres relataram problemas relacionados ao uso de álcool e quase uma em cada duas mulheres havia usado pelo menos uma droga ilícita no ano anterior ao encarceramento. O uso de álcool variou de 1% a 76%, com uma prevalência combinada de 16%. Aproximadamente um quarto das pessoas (25%) usou drogas ilícitas durante a prisão. A prevalência combinada do uso de maconha foi de 17%, de cocaína foi de 5%, de drogas injetáveis de 1,6%, opiáceos de 6%. Significativa heterogeneidade geográfica é encontrada, nos estudos internacionais, sendo importante considerar este aspecto quando se analisa os resultados desta pesquisa (AUGSBURGER *et al.*, 2022).

A prevalência do uso de nicotina foi maior nas Américas (58%) e na Europa (75%) em comparação com a África. Uma estimativa da prevalência do uso de nicotina durante a prisão variou de 5% a 87%, com uma estimativa combinada de 56% (MUNDT *et al.*, 2018). Estudo suíço encontrou taxas de 78,3% de mulheres tabagistas na prisão (AUGSBURGER *et al.*, 2022). A alta prevalência de tabagismo na prisão encontrado no nosso estudo (65%) e na literatura sugere que as políticas relacionadas ao tabagismo precisam de revisão cuidadosa. Além disso, os resultados ressaltam a importância de tratamentos oportunos, escaláveis e disponíveis para o uso de álcool e drogas ilícitas por pessoas presas (MUNDT *et al.*, 2018). É preciso discutir os efeitos do uso de drogas durante o encarceramento, seus efeitos para a saúde física HIV, tuberculose e hepatite (RUBENSTEIN *et al.*, 2016), para a saúde mental (MIR *et al.*, 2015) e as necessidades de cuidado nas prisões.

Embora não tenha sido encontrada neste estudo associação entre os escores positivos para as escalas e o uso de substância, a alta prevalência de sofrimento mental indica a necessidade de se pensar políticas públicas que respondam a esta demanda. Sistemas comunitários de saúde mental pouco desenvolvidos, que ainda não atingem populações socialmente carentes e marginalizadas, podem estar relacionados a uma alta prevalência de doença mental grave em pessoas presas (BARANYI *et al.*, 2019). Mais da metade das mulheres em um estudo suíço percebiam escores de depressão e estresse acima dos pontos de corte clínicos (AUGSBURGER *et al.*, 2022). O encarceramento parece piorar a saúde das mulheres, por isso é preciso entender as especificidades femininas antes da prisão e considerar o impacto do encarceramento em suas vidas e de suas famílias (ARTZ; ROTMANN, 2015; AUGSBURGER *et al.*, 2022).

Embora a maioria das mulheres encarceradas tenham histórico de violência, trauma e abuso (BARTELS; EASTEAL; WESTGATE, 2020), nosso estudo não encontrou na violência a

principal associação para o sofrimento mental ou uso de drogas. Um estudo espanhol demonstrou que mulheres com triagem positiva para trauma tinham chances significativamente maiores para a variedade de vitimização na infância, vitimização na prisão (especialmente física) e depressão, ansiedade e estresse (CARAVACA-SÁNCHEZ *et al.*, 2022). Mulheres encarceradas evidenciam maior prevalência da maioria das doenças mentais atuais e ao longo da vida, especialmente transtornos depressivos, transtorno de estresse pós-traumático e transtornos por uso de substâncias (KARLSSON; ZIELINSKI, 2020). Estudos que investigaram a sobreposição entre vitimização sexual e doença mental em amostras de mulheres encarceradas encontraram taxas desproporcionalmente altas de doença mental entre vítimas de violência sexual (KARLSSON; ZIELINSKI, 2020). Nossos achados encontraram relação entre exposição à violência física e escore positivo para GAD-7 e exposição à violência moral e PHQ-9 e não encontrou associação entre a violência com uso de drogas.

Conhecer a prevalência do transtorno por uso de substâncias em mulheres presas pode auxiliar no planejamento das ações de cuidado em saúde deste público, de forma a minimizar as lacunas entre necessidade dessas mulheres e o cardápio de oferta dos serviços de saúde prisionais.

A dificuldade no acesso à saúde pode ser ainda mais severa em prisões e a alta prevalência de transtornos por uso de álcool e drogas em pessoas presas continua sendo um desafio global para a saúde carcerária (FAZEL; YOON; HAYES, 2017; MUNDT *et al.*, 2018; UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2021). Quando uma pessoa com transtorno por uso de drogas entra em contato com o sistema de justiça criminal, isso oferece uma oportunidade de encorajar essa pessoa a receber tratamento adequado. O custo do tratamento de transtornos por uso de drogas é muito menor do que o custo da dependência de drogas não tratada, portanto fornecer tratamento (inclusive como alternativa à condenação ou punição) é uma estratégia eficaz de saúde pública (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2021).

Limitações

Dados longitudinais poderiam analisar com maior rigor as relações pesquisadas neste estudo. Nossos resultados, tendo sido obtidos em uma população feminina privada de liberdade de duas penitenciárias regionais, deve ser aplicado com cautela em outros ambientes, podendo não ser generalizáveis. Deve-se considerar a dificuldade de acesso às mulheres em instituições de alta vigilância e as especificidades de cada instituição. Como as entrevistas foram realizadas em presídios, informações como aquelas relacionadas ao consumo de substâncias psicoativas, que podem resultar em ação disciplinar, podem ter sido omitidas. Parte da perda amostral deste

estudo deveu-se a mudanças na gestão da Superintendência dos Serviços Penitenciários, que suspendeu a coleta de dados.

Conclusão

Embora haja um aumento da prevalência de uso de tabaco na prisão, este aumento não foi acompanhado por outras drogas ilícitas. Não foi encontrada relação entre exposição à violência e o uso destas drogas. A hipótese inicial deste estudo de que a exposição à violência estaria associada a maior sofrimento mental e aumento do uso de drogas lícitas e ilícitas não foi confirmada. No entanto, a relação entre escore positivo para GAD-7 e exposição à violência física e escore positivo para PHQ-9 e exposição à violência moral, durante o encarceramento foram verificadas nesta pesquisa.

Espera-se que esses resultados estimulem novas pesquisas, que possam auxiliar na implementação de políticas de saúde mental nas instituições prisionais, que atentem para a problemática do sofrimento feminino, da exposição à violência, do uso de drogas lícitas e ilícitas focando em uma abordagem humanizada e de gênero.

Referências

- ALMANZAR, Santiago; KATZ, Craig L; HARRY, Bruce. **Treatment of Mentally Ill Offenders in Nine Developing Latin American Countries** *J Am Acad Psychiatry Law*. [S. l.: s. n.], 2015.
- ANDREOLI, Sergio Baxter *et al.* Prevalence of mental disorders among prisoners in the state of Sao Paulo, Brazil. **PLoS ONE**, [s. l.], v. 9, n. 2, 2014.
- ARTZ, Lillian; ROTMANN, Britta. Taking ‘A Count’ of Women in Prison. **Agenda**, [s. l.], v. 29, n. 4, 2015.
- AUGSBURGER, Aurélie *et al.* Assessing incarcerated women’s physical and mental health status and needs in a Swiss prison: a cross-sectional study. **Health & Justice**, [s. l.], v. 10, n. 1, p. 8, 2022. Disponível em: <https://healthandjusticejournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40352-022-00171-z>.
- BARANYI, Gergő *et al.* Prevalence of Posttraumatic Stress Disorder in Prisoners. **Epidemiologic Reviews**, [s. l.], v. 40, n. 1, 2018.
- BARANYI, Gergő *et al.* Severe mental illness and substance use disorders in prisoners in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis of prevalence studies. **The Lancet Global Health**, [s. l.], v. 7, n. 4, p. e461–e471, 2019. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2214109X18305394>.
- BARTELS, Lorana; EASTEAL, Patricia; WESTGATE, Robyn. Understanding Women’s Imprisonment in Australia. **Women and Criminal Justice**, [s. l.], v. 30, n. 3, 2020.

BÁRTOLO, Ana; MONTEIRO, Sara; PEREIRA, Anabela. Factor structure and construct validity of the Generalized Anxiety Disorder 7-item (GAD-7) among Portuguese college students. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 33, n. 9, p. 1–12, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000904002&lng=en&tlng=en.

BERGER, William *et al.* Equivalência semântica da versão em português da Post-Traumatic Stress Disorder Checklist - Civilian Version (PCL-C) para rastreamento do transtorno de estresse pós-traumático. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, [s. l.], v. 26, n. 2, p. 167–175, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082004000200006&lng=pt&tlng=pt.

BRASIL. MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA. DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO NACIONAL. **Projeto BRA 34/2018: produto 5 relatório temático sobre as mulheres privadas de liberdade, considerando os dados do produto 01,02, 03 e 04**. [S. l.: s. n.], 2019. *E-book*. Disponível em: http://antigo.depen.gov.br/DEPEN/depen/sisdepen/infopen-mulheres/copy_of_Infopenmulheresjunho2017.pdf. Acesso em: 5 fev. 2022.

BRONSON, Jennifer *et al.* Drug use, dependence, and abuse among state prisoners and jail inmates, 2007-2009. **US Department of Justice, Office of Justice Programs, Bureau of Justice Statistics**, [s. l.], n. June, 2017.

CARAVACA-SÁNCHEZ, Francisco *et al.* Incarcerated Women in Spain: The Salience of Traumatic Exposure. **Journal of Interpersonal Violence**, [s. l.], v. 37, n. 11–12, 2022.

DIAS, Míriam Thais Guterres. **Mulheres privadas de liberdade: Contexto de violências e necessidades decorrentes do uso de drogas**. Porto Alegre: [s. n.], 2017.

FAIR, Helen; WALMSLEY, Roy. world_prison_population_list_13th_edition. **World Prison Brief**, [s. l.], p. 1–18, 2021. Disponível em: https://www.prisonstudies.org/sites/default/files/resources/downloads/world_prison_population_list_13th_edition.pdf. Acesso em: 5 fev. 2022.

FAZEL, Seena; SEEWALD, Katharina. Severe mental illness in 33 588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis. **British Journal of Psychiatry**, [s. l.], v. 200, n. 5, p. 364–373, 2012. Disponível em: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0007125000271213/type/journal_article.

FAZEL, Seena; YOON, Isabel A.; HAYES, Adrian J. **Substance use disorders in prisoners: an updated systematic review and meta-regression analysis in recently incarcerated men and women**. [S. l.: s. n.], 2017.

GULATI, G. *et al.* **The prevalence of major mental illness, substance misuse and homelessness in Irish prisoners: Systematic review and meta-analyses**. [S. l.: s. n.], 2019.

KARLSSON, Marie E.; ZIELINSKI, Melissa J. **Sexual Victimization and Mental Illness Prevalence Rates Among Incarcerated Women: A Literature Review**. [S. l.: s. n.], 2020.

MIR, Jan *et al.* Treating substance abuse is not enough: Comorbidities in consecutively admitted female prisoners. **Addictive Behaviors**, [s. l.], v. 46, p. 25–30, 2015.

MUNDT, Adrian P. *et al.* Substance Use during Imprisonment in Low-and Middle-Income Countries. **Epidemiologic Reviews**, [s. l.], v. 40, n. 1, 2018.

RUBENSTEIN, Leonard S *et al.* Series HIV and related infections in prisoners 4 HIV, prisoners, and human rights. **www.thelancet.com**, [s. l.], v. 388, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/>.

SANTOS, Iná S. *et al.* Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 8, p. 1533–1543, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X20130008000006&lng=pt&nrm=iso&tlng=en.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. **World drug report 2019. Executive summary: conclusions and policy implications**. Viena: UNODC Research, 2019.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. **World Drug Report 2021. GLOBAL OVERVIEW: DRUG DEMAND DRUG SUPPLY**. [S. l.: s. n.], 2021. v. 2 *E-book*. Disponível em: www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr2021.html.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME; WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Treatment and care for people with drug use disorders in contact with the criminal justice system: alternatives to conviction or punishment**. Vienna: [s. n.], 2021.

VIEIRA, Greiceane R. **Questão social e criminalização da pobreza: as mulheres em privação de liberdade**. 2020. 1–142 f. Dissertation - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, [s. l.], 2020.

WALKER, J. *et al.* **Changes in mental state associated with prison environments: A systematic review**. [S. l.: s. n.], 2014.

WALMSLEY, Roy. **World Female Imprisonment List fourth edition Women and girls in penal institutions, including pre-trial detainees/remand prisoners**. London: [s. n.], 2017. Disponível em: www.prisonstudies.org.

WALMSLEY, Roy. World Prison Population List. Eleventh Edition. **World Prison Brief**, [s. l.], n. November 2014, 2016.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mulheres presas estão entre as populações mais marginalizadas e ainda permanecem invisibilizadas. É preciso considerar que as mulheres encarceradas são atingidas por dimensões diferentes e superpostas de opressão, são expostas a diferentes tipos de violência, antes e durante o encarceramento.

Reduzir o estigma social, respeitar a dignidade das mulheres presas, conhecer as necessidades específicas desta população e proporcionar acesso aos cuidados em saúde devem ser objetivos das políticas de saúde. As condições de encarceramento específicas do gênero feminino, a tipificação penal que justifica o encarceramento de mulheres e os abusos dos direitos das mulheres prisioneiras precisam ser objetos de pesquisas científicas.

O cenário apresentado evidencia o desafio emergente na saúde pública na perspectiva dos direitos humanos e de gênero de mulheres presas. Oferecer tratamentos, farmacológicos e não farmacológicos, baseado em evidências, para qualificar o cuidado dessa população vulnerável é uma necessidade notória.

Os resultados desta pesquisa podem ser aplicados por gestores e serviços de saúde, bem como pelas secretarias de justiça para planejamento de políticas e ações voltadas para a população feminina prisional. Ela poderá agregar conhecimentos sobre drogas usadas, padrões de consumo e suas relações com a violência e saúde mental destas mulheres.

Este estudo não analisou dados referentes à identidade de gênero. Não foi investigado especificamente os dados referentes às mulheres lésbicas, bissexuais e a presença de homens trans nas prisões. A relação entre o gênero, a prisão provisória e o tráfico de drogas não foi aprofundada nesta pesquisa. Estudos futuros que reflitam estas temáticas fazem-se necessários: como pensar a conexão da sexualidade/identidade sexual com os outros marcadores apresentados e que interseccionam com a droga, a violência e a saúde mental e como analisar os efeitos da prisão provisória no encarceramento com o gênero.

Apêndice 1 – Revisão Sistemática: Material Suplementar

Women #1	Benzodiazepines #2	Uso de BZD #3	Prevalence/Incidence #4
PubMed: 716			
Search: (((Women[Title/Abstract] OR Female[Title/Abstract] OR Girls[Title/Abstract] OR Girl[Title/Abstract] OR Woman[Title/Abstract] OR "Women's Groups"[Title/Abstract] OR "Women Groups"[Title/Abstract] OR "Women's Group"[Title/Abstract]) AND (Benzodiazepines[Title/Abstract] OR "Benzodiazepine Compounds"[Title/Abstract] OR Benzodiazepine[Title/Abstract])) AND ("Drug Therapy"[Title/Abstract] OR "Therapy, Drug"[Title/Abstract] OR "Drug Therapies"[Title/Abstract] OR "Therapies, Drug"[Title/Abstract] OR Chemotherapy[Title/Abstract] OR Chemotherapies[Title/Abstract] OR Pharmacotherapy[Title/Abstract] OR Pharmacotherapies[Title/Abstract] OR "Therapeutic Uses"[Title/Abstract] OR "Uses, Therapeutic"[Title/Abstract] OR "Therapeutic Use"[Title/Abstract] OR "Use, Therapeutic"[Title/Abstract] OR "Therapeutic Effects"[Title/Abstract] OR "Effects, Therapeutic"[Title/Abstract] OR "Therapeutic Effect"[Title/Abstract] OR "Effect, Therapeutic"[Title/Abstract] OR Therapeutics[Title/Abstract] OR Therapeutic[Title/Abstract] OR Therapy[Title/Abstract] OR Therapies[Title/Abstract] OR Treatment[Title/Abstract] OR Treatments[Title/Abstract] OR "Drug Misuses"[Title/Abstract] OR "Misuse, Drug"[Title/Abstract] OR "Non-Prescription Drug Misuse"[Title/Abstract] OR "Drug Misuse, Non-Prescription"[Title/Abstract] OR "Misuse, Non-Prescription Drug"[Title/Abstract] OR "Non Prescription Drug Misuse"[Title/Abstract] OR "Non-Prescription Medicine Misuse"[Title/Abstract] OR "Medicine Misuse, Non-Prescription"[Title/Abstract] OR "Misuse, Non-Prescription Medicine"[Title/Abstract] OR "Non Prescription Medicine Misuse"[Title/Abstract] OR "Nonprescription Drug Misuse"[Title/Abstract] OR "Drug Misuse, Nonprescription"[Title/Abstract] OR "Drug Misuses, Nonprescription"[Title/Abstract] OR "Misuse, Nonprescription Drug"[Title/Abstract] OR "Misuses, Nonprescription Drug"[Title/Abstract] OR "Nonprescription Drug Misuses"[Title/Abstract] OR "Over-the-Counter Drug Misuse"[Title/Abstract] OR "Drug Misuse, Over-the-Counter"[Title/Abstract] OR "Drug Misuses, Over-the-Counter"[Title/Abstract] OR "Misuse, Over-the-Counter Drug"[Title/Abstract] OR "Misuses, Over-the-Counter Drug"[Title/Abstract] OR "Over the Counter Drug Misuse"[Title/Abstract] OR "Over-the-Counter Drug Misuses"[Title/Abstract] OR Use[Title/Abstract])) AND ("Observational Study"[Title/Abstract] OR "Case-Control Studies"[Title/Abstract] OR "Case-Control Study"[Title/Abstract] OR "Studies, Case-Control"[Title/Abstract] OR "Study, Case-Control"[Title/Abstract] OR "Case-Comparison Studies"[Title/Abstract] OR "Case Comparison Studies"[Title/Abstract] OR "Case-Comparison Study"[Title/Abstract] OR "Studies, Case-Comparison"[Title/Abstract] OR "Study, Case-Comparison"[Title/Abstract] OR "Case-Compeer Studies"[Title/Abstract] OR "Studies, Case-Compeer"[Title/Abstract] OR "Case-Referent Studies"[Title/Abstract] OR "Case Referent Studies"[Title/Abstract] OR "Case-Referent Study"[Title/Abstract] OR "Studies, Case-Referent"[Title/Abstract] OR "Study, Case-Referent"[Title/Abstract] OR "Case-Referent Studies"[Title/Abstract] OR "Case Referent Studies"[Title/Abstract] OR "Case-Referent Study"[Title/Abstract] OR "Studies, Case-Referent"[Title/Abstract] OR "Study, Case-Referent"[Title/Abstract] OR "Case-Base Studies"[Title/Abstract] OR "Case Base Studies"[Title/Abstract] OR "Studies, Case-Base"[Title/Abstract] OR "Case Control Studies"[Title/Abstract] OR "Case Control Study"[Title/Abstract] OR "Studies, Case Control"[Title/Abstract] OR "Study, Case Control"[Title/Abstract] OR "Nested Case-Control Studies"[Title/Abstract] OR "Case-Control Studies, Nested"[Title/Abstract] OR "Case-Control Study, Nested"[Title/Abstract] OR "Nested Case Control Studies"[Title/Abstract] OR "Nested Case-Control Study"[Title/Abstract] OR "Studies, Nested Case-Control"[Title/Abstract] OR "Study, Nested Case-Control"[Title/Abstract] OR "Matched Case-Control Studies"[Title/Abstract] OR "Case-Control Studies, Matched"[Title/Abstract] OR "Case-Control Study, Matched"[Title/Abstract] OR "Matched Case Control Studies"[Title/Abstract] OR "Matched Case-Control Study"[Title/Abstract] OR "Studies, Matched Case-Control"[Title/Abstract] OR "Study, Matched Case-Control"[Title/Abstract] OR "Cross Sectional Studies"[Title/Abstract] OR "Cross-Sectional Study"[Title/Abstract] OR "Studies, Cross-Sectional"[Title/Abstract] OR "Study, Cross-Sectional"[Title/Abstract] OR "Cross Sectional Analysis"[Title/Abstract] OR "Analyses, Cross Sectional"[Title/Abstract] OR "Cross Sectional Analyses"[Title/Abstract] OR "Disease Frequency Surveys"[Title/Abstract] OR "Cross-Sectional			

Survey"[Title/Abstract] OR "Cross Sectional Survey"[Title/Abstract] OR "Cross-Sectional Surveys"[Title/Abstract] OR "Survey, Cross-Sectional"[Title/Abstract] OR "Surveys, Cross-Sectional"[Title/Abstract] OR "Surveys, Disease Frequency"[Title/Abstract] OR "Disease Frequency Survey"[Title/Abstract] OR "Survey, Disease Frequency"[Title/Abstract] OR "Analysis, Cross-Sectional"[Title/Abstract] OR "Analyses, Cross-Sectional"[Title/Abstract] OR "Analysis, Cross Sectional"[Title/Abstract] OR "Cross-Sectional Analyses"[Title/Abstract] OR "Cross-Sectional Analysis"[Title/Abstract] OR "Prevalence Studies"[Title/Abstract] OR "Prevalence Study"[Title/Abstract] OR "Studies, Prevalence"[Title/Abstract] OR "Study, Prevalence"[Title/Abstract] OR "CohORT Studies"[Title/Abstract] OR "Cohort Study"[Title/Abstract] OR "Studies, Cohort"[Title/Abstract] OR "Study, Cohort"[Title/Abstract] OR "Concurrent Studies"[Title/Abstract] OR "Studies, Concurrent"[Title/Abstract] OR "Concurrent Study"[Title/Abstract] OR "Study, Concurrent"[Title/Abstract] OR "Closed Cohort Studies"[Title/Abstract] OR "Cohort Studies, Closed"[Title/Abstract] OR "Closed Cohort Study"[Title/Abstract] OR "Cohort Study, Closed"[Title/Abstract] OR "Study, Closed Cohort"[Title/Abstract] OR "Studies, Closed Cohort"[Title/Abstract] OR "Birth Cohort Studies"[Title/Abstract] OR "Birth Cohort Study"[Title/Abstract] OR "Cohort Studies, Birth"[Title/Abstract] OR "Cohort Study, Birth"[Title/Abstract] OR "Studies, Birth Cohort"[Title/Abstract] OR "Study, Birth Cohort"[Title/Abstract] OR "Analysis, Cohort"[Title/Abstract] OR "Analyses, Cohort"[Title/Abstract] OR "Cohort Analyses"[Title/Abstract] OR "Cohort Analysis"[Title/Abstract] OR "Historical Cohort Studies"[Title/Abstract] OR "Cohort Studies, Historical"[Title/Abstract] OR "Cohort Study, Historical"[Title/Abstract] OR "Historical Cohort Study"[Title/Abstract] OR "Study, Historical Cohort"[Title/Abstract] OR "Studies, Historical Cohort"[Title/Abstract] OR "Incidence Studies"[Title/Abstract] OR "Incidence Study"[Title/Abstract] OR "Studies, Incidence"[Title/Abstract] OR "Study, Incidence"[Title/Abstract] OR Epidemiology[Title/Abstract] OR "Social Epidemiology"[Title/Abstract] OR "Epidemiologies, Social"[Title/Abstract] OR "Epidemiology, Social"[Title/Abstract] OR "Social Epidemiologies"[Title/Abstract] OR Prevalence[Title/Abstract] OR Prevalences[Title/Abstract] OR "Period Prevalence"[Title/Abstract] OR "Period Prevalences"[Title/Abstract] OR "Prevalence, Period"[Title/Abstract] OR "Point Prevalence"[Title/Abstract] OR "Point Prevalences"[Title/Abstract] OR "Prevalence, Point"[Title/Abstract] OR Incidence[Title/Abstract] OR Incidences[Title/Abstract] OR "Secondary Attack Rate"[Title/Abstract] OR "Attack Rate, Secondary"[Title/Abstract] OR "Rate, Secondary Attack"[Title/Abstract] OR "Secondary Attack Rates"[Title/Abstract] OR "Incidence Proportion"[Title/Abstract] OR "Incidence Proportions"[Title/Abstract] OR "Proportion, Incidence"[Title/Abstract] OR "Attack Rate"[Title/Abstract] OR "Attack Rates"[Title/Abstract] OR "Rate, Attack"[Title/Abstract] OR "Cumulative Incidence"[Title/Abstract] OR "Cumulative Incidences"[Title/Abstract] OR "Incidence, Cumulative"[Title/Abstract] OR "Incidence Rate"[Title/Abstract] OR "Incidence Rates"[Title/Abstract] OR "Rate, Incidence"[Title/Abstract] OR "Person-time Rate"[Title/Abstract] OR "Person time Rate"[Title/Abstract] OR "Person-time Rates"[Title/Abstract] OR "Rate, Person-time"[Title/Abstract])

Quoted phrases not found: Non-Prescription Drug Misuse, Drug Misuse, Non-Prescription, Misuse, Non-Prescription Drug, Non Prescription Drug Misuse, Medicine Misuse, Non-Prescription, Misuse, Non-Prescription Medicine, Nonprescription Drug Misuse, Drug Misuse, Nonprescription, Drug Misuses, Nonprescription, Misuse, Nonprescription Drug, Misuses, Nonprescription Drug, Nonprescription Drug Misuses, Drug Misuse, Over-the-Counter, Drug Misuses, Over-the-Counter, Misuse, Over-the-Counter Drug, Misuses, Over-the-Counter Drug, Over-the-Counter Drug Misuses, Studies, Case-Comparison, Study, Case-Comparison, Studies, Case-Compeer, Case-Referrent Studies, Case Referrent Studies, Case-Referrent Study, Studies, Case-Referrent, Study, Case-Referrent, Surveys, Disease Frequency, Disease Frequency Survey, Survey, Disease Frequency, Cohort Studies, Closed, Cohort Study, Closed, Study, Closed Cohort, Studies, Closed Cohort, Cohort Studies, Birth, Cohort Studies, Historical, Epidemiologies, Social, Attack Rate, Secondary, Rate, Secondary Attack, Rate, Person-time

Embase: 382

female:ab,ti OR females:ab,ti OR woman:ab,ti OR women:ab,ti AND benzodiazepine:ab,ti OR 'benzodiazepine s':ab,ti AND 'drug therapy':ab,ti OR 'drug treatment':ab,ti OR 'medicament therapy':ab,ti OR 'medicament treatment':ab,ti OR medication:ab,ti OR 'medicinal therapy':ab,ti OR 'medicinal treatment':ab,ti OR 'pharmaceutical therapy':ab,ti OR 'pharmaceutical treatment':ab,ti OR 'pharmaco-therapy':ab,ti OR 'pharmaco treatment':ab,ti OR 'pharmacological therapy':ab,ti OR 'pharmacological treatment':ab,ti OR pharmacotherapy:ab,ti OR pharmacotreatment:ab,ti OR 'therapeutic uses':ab,ti OR 'therapy, drug':ab,ti OR 'therapy, pharmacological':ab,ti OR 'treatment, drug':ab,ti OR 'treatment, pharmacological':ab,ti OR therapy:ab,ti

OR 'combination therapy':ab,ti OR 'disease therapy':ab,ti OR 'disease treatment':ab,ti OR 'diseases treatment':ab,ti OR 'disorder treatment':ab,ti OR 'disorders treatment':ab,ti OR 'efficacy, therapeutic':ab,ti OR 'illness treatment':ab,ti OR 'medical therapy':ab,ti OR 'medical treatment':ab,ti OR 'multiple therapy':ab,ti OR polytherapy:ab,ti OR somatotherapy:ab,ti OR 'therapeutic action':ab,ti OR 'therapeutic efficacy':ab,ti OR 'therapeutic trial':ab,ti OR 'therapeutic trials':ab,ti OR therapeutics:ab,ti OR 'therapy, medical':ab,ti OR 'treatment effectiveness':ab,ti OR 'treatment efficacy':ab,ti OR 'treatment, medical':ab,ti OR 'drug misuse':ab,ti OR 'medicine misuse':ab,ti OR use:ab,ti AND (((('observational study':ab,ti OR 'non experimental studies':ab,ti OR 'non experimental study':ab,ti OR 'nonexperimental studies':ab,ti OR 'nonexperimental study':ab,ti OR 'observation studies':ab,ti OR 'observation study':ab,ti OR 'observational studies':ab,ti OR 'observational studies as topic':ab,ti OR 'observational study as topic':ab,ti OR 'case control study':ab,ti OR 'case-control studies':ab,ti OR 'case-control study':ab,ti OR 'control study, case':ab,ti OR 'matched case control':ab,ti OR 'matched case control studies':ab,ti OR 'matched case control study':ab,ti OR 'cross-sectional study':ab,ti OR 'cross-sectional design':ab,ti OR 'cross-sectional research':ab,ti OR 'cross-sectional studies':ab,ti OR 'cohort analysis':ab,ti OR 'analysis, cohort':ab,ti OR 'cohort fertility':ab,ti OR 'cohort life cycle':ab,ti OR 'cohort studies':ab,ti OR 'cohort study':ab,ti OR 'fertility, cohort':ab,ti OR epidemiology:ab,ti OR 'clinical epidemiology':ab,ti OR 'confounding factors':ab,ti) AND epidemiology:ab,ti OR 'confounding factors, epidemiologic':ab,ti OR 'controlled before after studies':ab,ti OR 'controlled before':ab,ti) AND 'after studies':ab,ti OR 'controlled before':ab,ti) AND 'after study':ab,ti OR 'controlled before-after studies':ab,ti OR 'effect modifier, epidemiologic':ab,ti OR 'effect modifiers':ab,ti) AND epidemiology:ab,ti OR 'effect modifiers':ab,ti) AND psychology:ab,ti OR 'environmental epidemiology':ab,ti OR 'epidemiologic confounding factors':ab,ti OR 'epidemiologic effect modifier':ab,ti OR 'epidemiologic factors':ab,ti OR 'epidemiologic methods':ab,ti OR 'epidemiologic research':ab,ti OR 'epidemiologic research design':ab,ti OR 'epidemiologic studies':ab,ti OR 'epidemiologic study characteristics':ab,ti OR 'epidemiologic study characteristics as topic':ab,ti OR 'epidemiologic survey':ab,ti OR 'epidemiological research':ab,ti OR epidemiometry:ab,ti OR 'historically controlled study':ab,ti OR 'interrupted time series analysis':ab,ti OR 'precipitating factors':ab,ti OR 'sampling studies':ab,ti OR incidence:ab,ti OR 'incidence rate':ab,ti OR 'rate, incidence':ab,ti OR prevalence:ab,ti OR 'prevalence study':ab,ti

PsycInfo: 153

Results for Any Field: Human Females OR "Females (Human)" OR Girls OR Women AND Any Field: Benzodiazepines AND Any Field: "Drug Therapy" Or Medication OR Pharmacotherapy OR "Therapy (Drug)" AND Any Field: "Observational Study" OR Any Field: "Case-Control Study" OR Any Field: "Cross-Sectional Study" OR Any Field: "CohORT Analysis" OR Any Field: Epidemiology OR Any Field: Incidence OR Any Field: Prevalence

SciELO: 24

((TS=(Mulheres OR Women OR Mujeres OR Meninas OR Mulher)) AND TS=(Benzodiazepinas OR Benzodiazepines OR Benzodiazepinas)) AND TS=("Tratamento Farmacológico" OR "Drug Therapy" OR Quimioterapia OR Farmacoterapia OR Quimioterapia OR Quimiotratamento OR "Terapia Farmacológica" OR "Terapia Medicamentosa" OR "Terapia com Drogas" OR "Terapia com Fármacos" OR "Terapia com Medicamentos" OR "Terapia por Drogas" OR "Tratamento Medicamentoso" OR "Tratamento com Drogas" OR "Tratamento com Fármacos" OR "Tratamento com Medicamentos" OR "Usos Terapêuticos" OR "Therapeutic Uses" OR "Usos Terapêuticos" OR "Aplicação Terapêutica" OR "Aplicações Terapêuticas" OR "Efeito Terapêutico" OR "Efeitos Terapêuticos" OR "Indicação Terapêutica" OR "Indicações Terapêuticas" OR "Uso Terapêutico" OR Terapêutica OR Therapeutics OR Terapêutica OR "Ação Terapêutica" OR "Ações Terapêuticas" OR "Medida Terapêutica" OR "Medidas Terapêuticas" OR "Procedimento Curativo" OR "Procedimento Terapêutico" OR "Procedimento de Terapia" OR "Procedimento de Tratamento" OR "Procedimentos Curativos" OR "Procedimentos Terapêuticos" OR "Procedimentos de Terapia" OR "Procedimentos de Tratamento" OR "Propriedade Terapêutica" OR Terapia OR Terapias OR Tratamento OR Tratamentos OR "Uso Indevido de Medicamentos" OR "Drug Misuse" OR "Abuso de Medicamentos" OR "Abuso de Medicamentos" OR "Uso Indevido de Medicamentos de Venda Livre" OR "Uso Indevido de Medicamentos sem Prescrição" OR "Uso Indevido de Remédios sem Prescrição" OR "Uso Medicamentoso Indevido" OR Use)) AND TS=(Prevalência OR Prevalence OR Prevalencia OR "Coeficiente de Prevalência" OR "Prevalência de Período" OR "Prevalência de Ponto" OR "Taxa de Prevalência" OR Incidência OR Incidence OR Incidencia OR "Coeficiente de Incidência" OR "Incidência Cumulativa" OR "Proporção de Incidência" OR "Taxa de Ataque" OR "Taxa de Ataque Secundário" OR "Taxa de Incidência" OR "Taxa por Pessoa" OR "Estudo

Observacional" OR "Observational Study" OR "Estudio Observacional" OR "Estudos de Casos e Controles" OR "Case-Control Studies" OR "Estudios de Casos y Controles" OR "Estudos de Caso-Controle Aninhados" OR "Estudos de Caso-Controle Combinados" OR "Estudos de Caso-Controle com Emparelhamento" OR "Estudos de Comparação de Casos" OR "Estudos de Referência de Casos" OR "Grupos de Estudo" OR "Estudos Transversais" OR "Cross-Sectional Studies" OR "Estudios Transversales" OR "Estudios Seccionais" OR "Estudos de Corte Transversal" OR "Estudos de Prevalência" OR "Levantamentos de Frequência de Doenças" OR "Estudos de Coortes" OR "Cohort Studies" OR "Estudios de Cohortes" OR "Análise de Coortes" OR "Estudos Fechados de Coortes" OR "Estudos Históricos de Coortes" OR "Estudos de Incidência" OR Epidemiologia OR Epidemiology OR Epidemiología OR "Epidemiologia Social")

LILACS: 51

(mh: (mulheres) OR (women) OR (mujeres) OR (meninas) OR (mulher) OR mh: m01.975* OR mh: sp3.001.004.080* OR mh: sp4.127.413.649*) AND (mh: (benzodiazepinas) OR (benzodiazepines) OR (benzodiazepinas) OR mh: d03.633.100.079.080*) AND (mh: "Tratamento Farmacológico" OR "Drug Therapy" OR (quimioterapia) OR (farmacoterapia) OR (quimioterapia) OR (quimiotratamento) OR "Terapia Farmacológica" OR "Terapia Medicamentosa" OR "Terapia com Drogas" OR "Terapia com Fármacos" OR "Terapia com Medicamentos" OR "Terapia por Drogas" OR "Tratamento Medicamentoso" OR "Tratamento com Drogas" OR "Tratamento com Fármacos" OR "Tratamento com Medicamentos" OR mh: e02.319* OR "Usos Terapêuticos" OR "Therapeutic Uses" OR "Usos Terapêuticos" OR "Aplicação Terapêutica" OR "Aplicações Terapêuticas" OR "Efeito Terapêutico" OR "Efeitos Terapêuticos" OR "Indicação Terapêutica" OR "Indicações Terapêuticas" OR "Uso Terapêutico" OR mh: d27.505.954* OR mh: terapêutica OR (therapeutics) OR (terapêutica) OR "Ação Terapêutica" OR "Ações Terapêuticas" OR "Medida Terapêutica" OR "Medidas Terapêuticas" OR "Procedimento Curativo" OR "Procedimento Terapêutico" OR "Procedimento de Terapia" OR "Procedimento de Tratamento" OR "Procedimentos Curativos" OR "Procedimentos Terapêuticos" OR "Procedimentos de Terapia" OR "Procedimentos de Tratamento" OR "Propriedade Terapêutica" OR terapia OR terapias OR tratamento OR tratamentos OR mh: e02* OR mh: vs3.003.001.006* OR "Uso Indevido de Medicamentos" OR "Drug Misuse" OR "Abuso de Medicamentos" OR "Abuso de Medicamentos" OR "Uso Indevido de Medicamentos de Venda Livre" OR "Uso Indevido de Medicamentos sem Prescrição" OR "Uso Indevido de Remédios sem Prescrição" OR "Uso Medicamentoso Indevido" OR mh: e02.319.306* OR (use)) AND (mh: prevalência OR (prevalence) OR (prevalencia) OR "Coeficiente de Prevalência" OR "Prevalência de Período" OR "Prevalência de Ponto" OR "Taxa de Prevalência" OR mh: e05.318.308.985.525.750* OR mh: n01.224.935.597.750* OR mh: n06.850.505.400.975.525.750* OR mh: n06.850.520.308.985.525.750* OR mh: sp5.001.032.063* OR mh: incidência OR (incidence) OR (incidencia) OR "Coeficiente de Incidência" OR "Incidência Cumulativa" OR "Proporção de Incidência" OR "Taxa de Ataque" OR "Taxa de Ataque Secundário" OR "Taxa de Incidência" OR "Taxa por Pessoa" OR mh: e05.318.308.985.525.375* OR mh: n01.224.935.597.500* OR mh: n06.850.505.400.975.525.375* OR mh: n06.850.520.308.985.525.375* OR mh: sp5.001.032.058* OR mh: "Estudo Observacional" OR "Observational Study" OR "Estudio Observacional" OR mh: v03.175.500* OR mh: "Estudos de Casos e Controles" OR "Case-Control Studies" OR "Estudios de Casos y Controles" OR "Estudios de Caso-Controle Aninhados" OR "Estudios de Caso-Controle Combinados" OR "Estudios de Caso-Controle com Emparelhamento" OR "Estudios de Comparação de Casos" OR "Estudios de Referência de Casos" OR "Grupos de Estudo" OR mh: e05.318.372.500.500* OR mh: n05.715.360.330.500.500* OR mh: n06.850.520.450.500.500* OR mh: sp5.001.012.038.049.030* OR mh: "Estudos Transversais" OR "Cross-Sectional Studies" OR "Estudios Transversales" OR "Estudios Seccionais" OR "Estudios de Corte Transversal" OR "Estudios de Prevalência" OR "Levantamentos de Frequência de Doenças" OR mh: e05.318.372.500.875* OR mh: n05.715.360.330.500.875* OR mh: n06.850.520.450.500.875* OR mh: sp5.001.012.033.034* OR mh: sp5.001.012.038.049.040* OR mh: "Estudos de Coortes" OR "Cohort Studies" OR "Estudios de Cohortes" OR "Análise de Coortes" OR "Estudios Fechados de Coortes" OR "Estudios Históricos de Coortes" OR "Estudios de Incidência" OR mh: e05.318.372.500.750* OR mh: n05.715.360.330.500.750* OR mh: n06.850.520.450.500.750* OR mh: sp5.001.012.038.049.035* OR mh: epidemiologia OR (epidemiology) OR (epidemiología) OR "Epidemiologia Social" OR mh: h02.403.720.500* OR mh: sp5.001* OR mh: sp8.946.702.667.586*) AND (db:("LILACS"))

Formulário De Elegibilidade

Prevalence of benzodiazepine use in incarcerated women: a systematic review.

Nome do Revisor: () F M S E () L K

Identificação do artigo: Título 1	
Sobrenome do autor (nome do grupo)	
Nome do jornal	
Ano de publicação	
Volume	

Critérios de elegibilidade

Item avaliado	Especificação	Sim	Não	Não está claro	Critério para inclusão
Tipo de estudo	Estudo de coorte (prospectivo ou retrospectivo)				Incluir se sim
	Estudo transversal				
	Outro desenho				Excluir se sim
Participantes	Mulheres na população geral (exceto grupos específicos)				Incluir se sim
	Uso de BZD por Mulheres em grupos específicos (menores de 18 anos, idosas, gestantes, pacientes psiquiátricas, atenção domiciliar)				Excluir se sim
Exposição	Uso de BZD (uso, uso indevido, abuso)				Incluir se sim
	Uso de BZD associado a outras drogas				Excluir se sim
Desfecho	Os autores apresentaram taxas de prevalência do uso de BZD por mulheres na população estudada				Incluir se sim
DECISÃO FINAL		Incluir		Excluir	
				Não está claro: Entrar em contato com autores	

ANEXO 1- Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

UFRGS - INSTITUTO DE
PSICOLOGIA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Mulheres privadas de liberdade: Contexto de violências e necessidades decorrentes do uso de drogas

Pesquisador: Míriam Thais Guterres Dias

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 89737018.6.0000.5334

Instituição Proponente: Instituto de Psicologia - UFRGS

Patrocinador Principal: Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.832.322

Apresentação do Projeto:

A pesquisa tem como objetivo analisar as condições de saúde mental, violências e uso problemático de álcool e outras drogas em mulheres privadas de liberdade no sistema prisional da Região Metropolitana do estado Rio Grande do Sul. Engloba duas penitenciárias femininas, com um universo de 502 custodiadas em regime fechado.

Trata-se de um estudo quantitativo, transversal do tipo descritivo analítico, que adotará a tecnologia de autoentrevista assistida por computador (audio computerassisted selfinterviewing ACASI), que unificará variados instrumentos: Questionário sociodemográfico; Escala de AutoEstima de ROSENBERG; Inventário de depressão e ansiedade de Beck; Teste TWEAK para avaliar o uso e

abuso de álcool; Questionário sobre Uso e Abuso de Drogas Psicoativas; Escala de Vitimização de Violência Psicológica na infância e na fase adulta e Inventário de Maltrato Psicológico Feminino. Inicialmente será realizada análise univariada por estabelecimento prisional buscando associação com as diferentes variáveis (socioeconômico e demográficas, saúde mental, características da pena e infração cometidas, uso de drogas, violência, etc). Na próxima etapa do estudo aquelas variáveis que tiverem associação com os diferentes tipos de violência até o nível de $p < 0,25$ serão levadas a um modelo multivariado de regressão logística para avaliar seu efeito independente na determinação das variáveis dependentes escolhidas.

Permanecerão as variáveis com nível de significância de 5%. Serão investigados possíveis fatores confundidores e interação. Os dados serão inseridos no programa Epi Info. Será adotado o

Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 2600

Bairro: Santa Cecília

CEP: 90.035-003

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3308-5698

Fax: (51)3308-5698

E-mail: cep-psico@ufrgs.br

Continuação do Parecer: 2.832.322

processo de dupla entrada. Os dados serão analisados no programa STATA® 12.0. Serão calculados intervalos de confiança de 95% (IC 95%) nos parâmetros obtidos.

Quanto ao procedimento metodológico, trata-se de estudo quantitativo transversal, do tipo descritivo analítico de abrangência regional. Para tanto será escolhida uma amostra de sujeitos representativa da população de mulheres privadas de liberdade do Sistema Prisional da Região Metropolitana de Porto Alegre, que engloba duas Penitenciárias Femininas.

A população será de indivíduos do sexo feminino privados de liberdade no Sistema Prisional da Região Metropolitana de Porto Alegre. O universo compreende-se 502 mulheres privadas de liberdade, estando 263 delas nas Penitenciárias Femininas de Guaíba e 239 na Penitenciária Madre Pelletier. A estimativa de tamanho de amostra para o estudo apresentará os seguintes passos: (a) estimar a proporção de sujeitos com um desfecho dicotômico ou o desvio-padrão de um desfecho contínuo; (b) especificar a precisão desejada (amplitude do intervalo de confiança); e (c) especificar o nível de confiança (p. ex. 99%). De modo geral, na avaliação das morbidades, o estudo trabalhará com amostragem probabilística. O plano amostral será aleatório simples ou sistemático empregado em cada unidade penitenciária, tendo por base uma listagem das mulheres privadas de liberdade existentes em um determinado momento. Para o cálculo do tamanho da amostra da metodologia quantitativa considerada a menor prevalência esperada para as morbidades investigadas, nível de confiança de 95%, amplitude do intervalo de confiança de 0,01, e acréscimo de 25% para perdas/recusas.

O Recrutamento será iniciado com a lista de nome das detentas que foram sorteadas aleatoriamente através da listagem geral no Estabelecimento Prisional. O supervisor (pesquisador responsável) deverá solicitar que a agente prisional recrute o número de detentas igual ao número de entrevistadores disponíveis no local da pesquisa de acordo com a lista selecionada aleatoriamente, por cela, a cada ciclo de entrevistas.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Este estudo tem por objetivo principal analisar as condições de saúde mental, violência e uso problemático de álcool e outras drogas por mulheres privadas de liberdade no sistema prisional.

Objetivo Secundário:

a) Identificar as características sociodemográficas das mulheres privadas de liberdade; b) Verificar a prevalência e a associação entre transtornos mentais, tipos de violência e o uso de álcool e outras drogas na população feminina privada de liberdade; c) Caracterizar as tipologias da violência sofrida e/ou perpetrada pelas mulheres privadas de liberdade.

Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 2600

Bairro: Santa Cecília

CEP: 90.035-003

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3308-5688

Fax: (51)3308-5688

E-mail: cep-psico@ufrgs.br

Continuação do Parecer: 2.832.322

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Desconforto psicológico que a participante poderá sentir é o de compartilhar informações pessoais associado a condições de violências sofridas ou perpetradas ao longo da vida, ou em alguns tópicos que possa se sentir incômodo em falar ou registrar dados no instrumento.

O pesquisador deixará claro que a participante não precisa responder a qualquer pergunta (vide TCLE). Os profissionais da unidade de saúde da penitenciária estarão disponíveis para o acolhimento destas participantes, se necessário.

Benefícios:

1. Caso as informações obtidas por esta pesquisa possam beneficiar o tratamento de saúde das participantes, elas serão prontamente repassadas à unidade de saúde onde a participante está sendo acompanhada, mediante autorização da participante.
2. Subsidiar a elaboração de diretrizes específicas para a implantação de uma Linha de Cuidado de Atenção Integral à Saúde da População Prisional Feminina, vinculada a Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Privada de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), e as Redes de Atenção Psicossocial (RAPS) no âmbito do SUS/RS.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Esta pesquisa está sendo analisada pela segunda vez por este comitê e contempla nesta versão as observações feitas em sua primeira versão. Trata-se de pesquisa relevante, com preocupação ética e social evidenciada.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
----------------	---------	----------	-------	----------

Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 2600
Bairro: Santa Cecília CEP: 90.035-003
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-5898 Fax: (51)3308-5898 E-mail: cep-psico@ufrgs.br

**UFRGS - INSTITUTO DE
PSICOLOGIA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO**



Continuação do Parecer: 2.832.322

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1123866.pdf	04/07/2018 09:26:57		Aceito
Parecer Anterior	CARTAtenspendentes.pdf	04/07/2018 09:18:38	Aguida Luana Veriato Schultz	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TECLEalterado.pdf	04/07/2018 09:18:06	Aguida Luana Veriato Schultz	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRostoAssinadaPB.pdf	08/05/2018 11:11:40	Miniam Thais Guterres Dias	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CartaAnuenciaReitoria.pdf	07/05/2018 17:49:34	Aguida Luana Veriato Schultz	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoMulheresprivadasdeliberdade2.pdf	07/05/2018 17:46:34	Aguida Luana Veriato Schultz	Aceito
Outros	AutorizacaoSUSEPE.pdf	07/05/2018 17:38:05	Aguida Luana Veriato Schultz	Aceito
Outros	AprovacaoComissaoDePesquisadePsicologia.pdf	07/05/2018 17:37:17	Aguida Luana Veriato Schultz	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DeclaracaoStela.pdf	07/05/2018 17:35:03	Aguida Luana Veriato Schultz	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DeclaracaoAguida.pdf	07/05/2018 17:34:51	Aguida Luana Veriato Schultz	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DeclaracaoElson.pdf	07/05/2018 17:34:38	Aguida Luana Veriato Schultz	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DeclaracaoLuciane.pdf	07/05/2018 17:34:23	Aguida Luana Veriato Schultz	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DeclaracaoRenata.pdf	07/05/2018 17:34:04	Aguida Luana Veriato Schultz	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 20 de Agosto de 2018

Assinado por:
Clarissa Marceli Trentini
(Coordenador)

Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 2600

Bairro: Santa Cecília

CEP: 90.035-003

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3308-5898

Fax: (51)3308-5898

E-mail: cep-psico@ufrgs.br

ANEXO 2 – Parecer da Susepe para realização da pesquisa

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
SUPERINTENDÊNCIA DOS SERVIÇOS PENITENCIÁRIOS
ESCOLA DO SERVIÇO PENITENCIÁRIO

**AUTORIZAÇÃO**

Na data de 26/04/2018 a Escola do Serviço Penitenciário (setor responsável pelas pesquisas entre a SUSEPE e as Instituições de Ensino Superior) autoriza (o/a) pesquisador (a) Miriam Thais Guterres Dias e sua equipe a realizarem a pesquisa sob o título "Mulheres privadas de liberdade: contexto de violências e necessidades decorrentes do uso de drogas" contemplada pelo Edital Programa Pesquisa para o SUS: Gestão compartilhada em Saúde PPSUS – FAPERGS 2017, elaborada por pesquisadores da UFRGS, DAS-SES/RS e GHC, a partir do Programa de Pós-graduação em Política Social e Serviço Social, junto ao Presídio Estadual Feminino Madre Pelletier e a Penitenciária Estadual Feminina de Guaíba.

Acrescentamos que a Escola do Serviço Penitenciário, através do Grupo de Trabalho em Ética em Pesquisas, realizou análise ética e documental do projeto em tela, deixando a critério do (a) diretor (a) do estabelecimento prisional questões práticas, tais como disponibilização de espaços, efetivo funcional para movimentação de apenados e organização do tempo.

Mediante esta autorização, solicitamos que após o término do Projeto, o (a) pesquisador (a) envie seu trabalho final de pesquisa, para a Escola do Serviço Penitenciário, de forma impressa ou digital.

Destacamos que o (a) pesquisador (a) deverá respeitar, rigorosamente, os procedimentos operacionais e de segurança de acordo com a Administração do Estabelecimento Prisional onde irá ocorrer a pesquisa.

Atenciosamente,

Adão José Flores Filho
Diretor da Escola do Serviço Penitenciário

ANEXO 3 – Questionário sobre drogas de abuso

Agora vamos falar sobre as tuas experiências com uso de cigarro, álcool e outras drogas. Relembrando que as perguntas se referem à dois períodos: antes de ser presa, e agora, aqui na prisão. Inserir questão sobre idade que experimentou. ESSE INSTRUMENTO PODERÁ SER AUTO ASSISTIDO (PREENCHIDO PELA PARTICIPANTE DA PESQUISA).	
1. Cigarro / Tabaco - antes de ser presa?	☐ Não ☐ Sim
1A. Se sim, qual a frequência?	☐ Todos os dias ☐ Uma vez por semana ☐ Mais de uma vez por semana ☐ Uma vez ao mês ☐ Mais de uma vez ao mês ☐ Uma vez a cada seis meses ☐ Mais de uma vez a cada seis meses ☐ Uma vez no ano ☐ Mais de uma vez ao ano ☐ Uma vez na vida (só experimentou) ☐ Não sei ☐ Não quero responder
2. Cigarro / Tabaco - atualmente (últimos 6 meses)?	☐ Não ☐ Sim
2A. Se sim, qual a frequência?	☐ Todos os dias ☐ Uma vez por semana ☐ Mais de uma vez por semana ☐ Uma vez ao mês ☐ Mais de uma vez ao mês ☐ Uma vez a cada seis meses ☐ Mais de uma vez a cada seis meses ☐ Uma vez no ano ☐ Mais de uma vez ao ano ☐ Uma vez na vida (só experimentou) ☐ Não sei ☐ Não quero responder
3. Bebida alcoólica - antes de ser presa?	☐ Não ☐ Sim
3A. Se sim, qual a frequência?	☐ Todos os dias ☐ Uma vez por semana ☐ Mais de uma vez por semana ☐ Uma vez ao mês ☐ Mais de uma vez ao mês ☐ Uma vez a cada seis meses ☐ Mais de uma vez a cada seis meses ☐ Uma vez no ano

	☐ Mais de uma vez ao ano ☐ Uma vez na vida (só experimentou) ☐ Não sei ☐ Não quero responder
4. Bebida alcoólica - atualmente (últimos 6 meses)?	☐ Não ☐ Sim
4A. Se sim, qual a frequência?	☐ Todos os dias ☐ Uma vez por semana ☐ Mais de uma vez por semana ☐ Uma vez ao mês ☐ Mais de uma vez ao mês ☐ Uma vez a cada seis meses ☐ Mais de uma vez a cada seis meses ☐ Uma vez no ano ☐ Mais de uma vez ao ano ☐ Uma vez na vida (só experimentou) ☐ Não sei ☐ Não quero responder
5. Maconha - antes de ser presa?	☐ Não ☐ Sim
5A. Se sim, qual a frequência?	☐ Todos os dias ☐ Uma vez por semana ☐ Mais de uma vez por semana ☐ Uma vez ao mês ☐ Mais de uma vez ao mês ☐ Uma vez a cada seis meses ☐ Mais de uma vez a cada seis meses ☐ Uma vez no ano ☐ Mais de uma vez ao ano ☐ Uma vez na vida (só experimentou) ☐ Não sei ☐ Não quero responder
6. Maconha - atualmente (últimos 6 meses)?	☐ Não ☐ Sim
6A. Se sim, qual a frequência?	☐ Todos os dias ☐ Uma vez por semana ☐ Mais de uma vez por semana ☐ Uma vez ao mês ☐ Mais de uma vez ao mês ☐ Uma vez a cada seis meses ☐ Mais de uma vez a cada seis meses ☐ Uma vez no ano ☐ Mais de uma vez ao ano ☐ Uma vez na vida (só experimentou)

	☐ Não sei ☐ Não quero responder
7. Cocaína cheirada - antes de ser presa? (aspirada pelo nariz)	☐ Não ☐ Sim
7A. Se sim, qual a frequência?	☐ Todos os dias ☐ Uma vez por semana ☐ Mais de uma vez por semana ☐ Uma vez ao mês ☐ Mais de uma vez ao mês ☐ Uma vez a cada seis meses ☐ Mais de uma vez a cada seis meses ☐ Uma vez no ano ☐ Mais de uma vez ao ano ☐ Uma vez na vida (só experimentou) ☐ Não sei ☐ Não quero responder
8. Cocaína cheirada - atualmente (últimos 6 meses)? (aspirada pelo nariz)	☐ Não ☐ Sim
8A. Se sim, qual a frequência?	☐ Todos os dias ☐ Uma vez por semana ☐ Mais de uma vez por semana ☐ Uma vez ao mês ☐ Mais de uma vez ao mês ☐ Uma vez a cada seis meses ☐ Mais de uma vez a cada seis meses ☐ Uma vez no ano ☐ Mais de uma vez ao ano ☐ Uma vez na vida (só experimentou) ☐ Não sei ☐ Não quero responder
9. Cocaína injetável - antes de ser presa?	☐ Não ☐ Sim
9A. Se sim, qual a frequência?	☐ Todos os dias ☐ Uma vez por semana ☐ Mais de uma vez por semana ☐ Uma vez ao mês ☐ Mais de uma vez ao mês ☐ Uma vez a cada seis meses ☐ Mais de uma vez a cada seis meses ☐ Uma vez no ano ☐ Mais de uma vez ao ano ☐ Uma vez na vida (só experimentou) ☐ Não sei ☐ Não quero responder

10. Cocaína injetável - atualmente (últimos 6 meses)?	☐ Não ☐ Sim
10A. Se sim, qual a frequência?	☐ Todos os dias ☐ Uma vez por semana ☐ Mais de uma vez por semana ☐ Uma vez ao mês ☐ Mais de uma vez ao mês ☐ Uma vez a cada seis meses ☐ Mais de uma vez a cada seis meses ☐ Uma vez no ano ☐ Mais de uma vez ao ano ☐ Uma vez na vida (só experimentou) ☐ Não sei ☐ Não quero responder
11. Crack - antes de ser presa?	☐ Não ☐ Sim
11A. Se sim, qual a frequência?	☐ Todos os dias ☐ Uma vez por semana ☐ Mais de uma vez por semana ☐ Uma vez ao mês ☐ Mais de uma vez ao mês ☐ Uma vez a cada seis meses ☐ Mais de uma vez a cada seis meses ☐ Uma vez no ano ☐ Mais de uma vez ao ano ☐ Uma vez na vida (só experimentou) ☐ Não sei ☐ Não quero responder
12. Crack - atualmente (últimos 6 meses)?	☐ Não ☐ Sim
12A. Se sim, qual a frequência?	☐ Todos os dias ☐ Uma vez por semana ☐ Mais de uma vez por semana ☐ Uma vez ao mês ☐ Mais de uma vez ao mês ☐ Uma vez a cada seis meses ☐ Mais de uma vez a cada seis meses ☐ Uma vez no ano ☐ Mais de uma vez ao ano ☐ Uma vez na vida (só experimentou) ☐ Não sei ☐ Não quero responder
13. Ecstasy - antes de ser presa? (bala)	☐ Não ☐ Sim

13A. Se sim, qual a frequência?	☐ Todos os dias ☐ Uma vez por semana ☐ Mais de uma vez por semana ☐ Uma vez ao mês ☐ Mais de uma vez ao mês ☐ Uma vez a cada seis meses ☐ Mais de uma vez a cada seis meses ☐ Uma vez no ano ☐ Mais de uma vez ao ano ☐ Uma vez na vida (só experimentou) ☐ Não sei ☐ Não quero responder
14. Ecstasy - atualmente (últimos 6 meses)? (bala)	☐ Não ☐ Sim
14A. Se sim, qual a frequência?	☐ Todos os dias ☐ Uma vez por semana ☐ Mais de uma vez por semana ☐ Uma vez ao mês ☐ Mais de uma vez ao mês ☐ Uma vez a cada seis meses ☐ Mais de uma vez a cada seis meses ☐ Uma vez no ano ☐ Mais de uma vez ao ano ☐ Uma vez na vida (só experimentou) ☐ Não sei ☐ Não quero responder
15. LSD - antes de ser presa? (doce, ácido)	☐ Não ☐ Sim
15A. Se sim, qual a frequência?	☐ Todos os dias ☐ Uma vez por semana ☐ Mais de uma vez por semana ☐ Uma vez ao mês ☐ Mais de uma vez ao mês ☐ Uma vez a cada seis meses ☐ Mais de uma vez a cada seis meses ☐ Uma vez no ano ☐ Mais de uma vez ao ano ☐ Uma vez na vida (só experimentou) ☐ Não sei ☐ Não quero responder
16. LSD - atualmente (últimos 6 meses)? (doce, ácido)	☐ Não ☐ Sim
16A. Se sim, qual a frequência?	☐ Todos os dias ☐ Uma vez por semana

	☐ Mais de uma vez por semana ☐ Uma vez ao mês ☐ Mais de uma vez ao mês ☐ Uma vez a cada seis meses ☐ Mais de uma vez a cada seis meses ☐ Uma vez no ano ☐ Mais de uma vez ao ano ☐ Uma vez na vida (só experimentou) ☐ Não sei ☐ Não quero responder
17. Inalantes - antes de ser presa? (Loló, lança perfume, cola de sapateiro, verniz, acetona, esmalte, gasolina, sucesso, bombinha para asma, etc)	☐ Não ☐ Sim
17A. Se sim, qual a frequência?	☐ Todos os dias ☐ Uma vez por semana ☐ Mais de uma vez por semana ☐ Uma vez ao mês ☐ Mais de uma vez ao mês ☐ Uma vez a cada seis meses ☐ Mais de uma vez a cada seis meses ☐ Uma vez no ano ☐ Mais de uma vez ao ano ☐ Uma vez na vida (só experimentou) ☐ Não sei ☐ Não quero responder
18. Inalantes - atualmente (últimos 6 meses)? (Loló, lança perfume, cola de sapateiro, verniz, acetona, esmalte, gasolina, sucesso, bombinha para asma, etc)	☐ Não ☐ Sim
18A. Se sim, qual a frequência?	☐ Todos os dias ☐ Uma vez por semana ☐ Mais de uma vez por semana ☐ Uma vez ao mês ☐ Mais de uma vez ao mês ☐ Uma vez a cada seis meses ☐ Mais de uma vez a cada seis meses ☐ Uma vez no ano ☐ Mais de uma vez ao ano ☐ Uma vez na vida (só experimentou) ☐ Não sei ☐ Não quero responder
19. Calmante e/ou sedativos - antes de ser presa? (Diazepam, Rivotril, Alprazolam, Clonazepam, Lexotan, Rohypnol, Valium, Dormonid)	☐ Não ☐ Sim

19A. Se sim, qual a frequência?	☐ Todos os dias ☐ Uma vez por semana ☐ Mais de uma vez por semana ☐ Uma vez ao mês ☐ Mais de uma vez ao mês ☐ Uma vez a cada seis meses ☐ Mais de uma vez a cada seis meses ☐ Uma vez no ano ☐ Mais de uma vez ao ano ☐ Uma vez na vida (só experimentou) ☐ Não sei ☐ Não quero responder
19B. Se sim, por prescrição médica?	☐ Não ☐ Sim
20. Calmante e/ou sedativos - atualmente (últimos 6 meses)? (Diazepam, Rivotril, Alprazolam, Clonazepam, Lexotan, Rohypnol, Valium, Dormonid)	☐ Não ☐ Sim
20A. Se sim, qual a frequência?	☐ Todos os dias ☐ Uma vez por semana ☐ Mais de uma vez por semana ☐ Uma vez ao mês ☐ Mais de uma vez ao mês ☐ Uma vez a cada seis meses ☐ Mais de uma vez a cada seis meses ☐ Uma vez no ano ☐ Mais de uma vez ao ano ☐ Uma vez na vida (só experimentou) ☐ Não sei ☐ Não quero responder
20B. Se sim, por prescrição médica?	☐ Não ☐ Sim
21. Ritalina - antes de ser presa?	☐ Não ☐ Sim
21A. Se sim, qual a frequência?	☐ Todos os dias ☐ Uma vez por semana ☐ Mais de uma vez por semana ☐ Uma vez ao mês ☐ Mais de uma vez ao mês ☐ Uma vez a cada seis meses ☐ Mais de uma vez a cada seis meses ☐ Uma vez no ano ☐ Mais de uma vez ao ano ☐ Uma vez na vida (só experimentou) ☐ Não sei

	☐ Não quero responder
21B. Se sim, por prescrição médica?	☐ Não ☐ Sim
22. Ritalina - atualmente (últimos 6 meses)?	☐ Não ☐ Sim
22A. Se sim, qual a frequência?	☐ Todos os dias ☐ Uma vez por semana ☐ Mais de uma vez por semana ☐ Uma vez ao mês ☐ Mais de uma vez ao mês ☐ Uma vez a cada seis meses ☐ Mais de uma vez a cada seis meses ☐ Uma vez no ano ☐ Mais de uma vez ao ano ☐ Uma vez na vida (só experimentou) ☐ Não sei ☐ Não quero responder
22B. Se sim, por prescrição médica?	☐ Não ☐ Sim
23. Rebite - antes de ser presa? (bola, bolinha, boleta)	☐ Não ☐ Sim
23A. Se sim, qual a frequência?	☐ Todos os dias ☐ Uma vez por semana ☐ Mais de uma vez por semana ☐ Uma vez ao mês ☐ Mais de uma vez ao mês ☐ Uma vez a cada seis meses ☐ Mais de uma vez a cada seis meses ☐ Uma vez no ano ☐ Mais de uma vez ao ano ☐ Uma vez na vida (só experimentou) ☐ Não sei ☐ Não quero responder
23B. Se sim, por prescrição médica?	☐ Não ☐ Sim
24. Rebite - atualmente (últimos 6 meses)? (bola, bolinha, boleta)	☐ Não ☐ Sim
24A. Se sim, qual a frequência?	☐ Todos os dias ☐ Uma vez por semana ☐ Mais de uma vez por semana ☐ Uma vez ao mês ☐ Mais de uma vez ao mês

	☐ Uma vez a cada seis meses ☐ Mais de uma vez a cada seis meses ☐ Uma vez no ano ☐ Mais de uma vez ao ano ☐ Uma vez na vida (só experimentou) ☐ Não sei ☐ Não quero responder
24B. Se sim, por prescrição médica?	☐ Não ☐ Sim

B. Tratamento em saúde para uso, abuso ou dependência de álcool e outras drogas	
25. Antes de ser presa você já realizou algum tratamento em saúde para o uso de álcool ou outras drogas?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei ☐ Não quero responder
25A. Se sim, onde (marque mais de uma se necessário)?	☐ Atenção Primária (UBS, ESF) ☐ Atenção Secundária (CAPS) ☐ Atenção Terciária (Hospital Geral, Hospital Psiquiátrico) ☐ Outro ☐ Não sei ☐ Não quero responder
25B. Se outro, qual? (Comunidade Terapêutica, Grupos de Apoio - AA NA)	_____
25C. Se não, já sentiu necessidade de realizar algum tipo de tratamento em saúde para uso de álcool ou outras drogas?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei ☐ Não quero responder
26. Atualmente, nos últimos seis meses, já teve algum atendimento em saúde relacionado ao uso de álcool ou outras drogas?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei ☐ Não quero responder
26A. Se sim, onde (marque mais de uma se Atenção Primária (UBS, ESF) necessário)?	☐ Atenção Primária (UBS, ESF) ☐ Atenção Secundária (CAPS) ☐ Atenção Terciária (Hospital Geral, Hospital Psiquiátrico) ☐ Outro ☐ Não sei ☐ Não quero responder

26B. Se outro, qual? (Comunidade Terapêutica, Grupos de Apoio - AA NA)	_____
26C. Se não, já sentiu necessidade de realizar algum tipo de tratamento em saúde para uso de álcool ou outras drogas?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei ☐ Não quero responder
27. Você já sofreu algum tipo de violência sob efeito ou em busca de álcool ou outras drogas?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei ☐ Não quero responder
27A. Se sim, qual? (marque mais de uma se necessário)	☐ Violência Financeira/Econômica ☐ Violência Psicológica/Moral ☐ Violência Física ☐ Violência Sexual ☐ Não sei ☐ Não quero responder
27B. Se sim, quem fez isso com você? (marque mais de uma se necessário)	☐ Familiar (es) ☐ Companheiro (a) ou Ex ☐ Conhecido (a) ☐ Desconhecido (a) ☐ Autoridades do Estado ☐ Não sei ☐ Não quero responder
27B. Qual(is) familiar(es)?	_____
27B. Qual(is) familiar(es)?	_____
27B. Qual(is) familiar(es)? - não quis responder	☐ Não sei ☐ Não quero responder
27B. Qual(is) conhecido(s)?	_____
27B. Qual(is) conhecido(s)?	_____
27B. Qual(is) conhecido(s)? - não quis responder	☐ Não sei ☐ Não quero responder
27B. Qual(is) Autoridade(s) do Estado?	_____
27B. Qual(is) Autoridade(s) do Estado?	_____
27B. Qual(is) Autoridade(s) do Estado? - não quis responder	☐ Não sei ☐ Não quero responder

Respondente deste instrumento	☐ Entrevistador ☐ Entrevistado ☐ Ambos
-------------------------------	--

ANEXO 4 - Questionário sobre violências

Estamos concluindo a nossa entrevista e essas serão as últimas perguntas que farei a você. Você sabe que muitas pessoas que já foram presas, passaram por algumas situações de violência ao longo da vida. Então, farei algumas perguntas sobre situações de violência que você possa ter vivenciado ao longo da sua vida (infância, adolescência, vida adulta) ou no momento da sua prisão e agora, aqui na penitenciária. ESSE INSTRUMENTO PODERÁ SER AUTO ASSISTIDO (PREENCHIDO PELA PARTICIPANTE DA PESQUISA).	
Subcomponente: Violência ANTES de ser presa Violência Financeira/Econômica: É o ato de violência que implica dano, perda, subtração, destruição ou retenção de objetos, documentos pessoais, instrumentos de trabalho, bens e valores da pessoa atendida/vítima. Consiste na exploração imprópria ou ilegal, ou no uso não consentido de seus recursos financeiros e patrimoniais.	
1. Ao longo da sua vida, (antes de ser presa), alguém já pegou seu dinheiro, bens materiais ou objetos pessoais sem sua permissão?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei ☐ Não quero responder
1A. Quem ou quais pessoas fizeram isso com você? (Você pode marcar mais de uma opção se necessário)	☐ Familiar(es) ☐ Companheiros(a) ou Ex ☐ Conhecido(a) ☐ Desconhecido(a) ☐ Autoridades do Estado ☐ Não sei ☐ Não quero responder
Qual(is) familiar(es)?	_____
Qual(is) familiar(es)?	_____
Qual(is) familiares - não quis responder	☐ Não sei ☐ Não quis responder
Qual(is) conhecido(a)?	_____
Qual(is) conhecido(a)?	_____
Qual(is) conhecido(a)? - não quis responder	☐ Não sei ☐ Não quis responder
Qual(is) Autoridade(s) do Estado?	_____
Qual(is) Autoridade(s) do Estado?	_____
Qual(is) Autoridade(s) do Estado? - não quis responder	☐ Não sei ☐ Não quis responder
Violência Psicológica/Moral: É toda forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobrança exagerada, punições humilhantes e utilização da pessoa para atender às necessidades psíquicas de outrem. É toda ação que coloque em risco ou cause dano à autoestima,	

à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa.	
2. Antes de você ser presa, já sofreu alguma violência moral? (ameaçada, humilhada, chantageada, perseguida, impedida de ver algum familiar)	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei ☐ Não quero responder
2A. Quem ou quais pessoas fizeram isso com você? (Você pode marcar mais de uma opção se necessário)	☐ Familiar(es) ☐ Companheiros(a) ou Ex ☐ Conhecido(a) ☐ Desconhecido(a) ☐ Autoridades do Estado ☐ Não sei ☐ Não quero responder
Qual(is) familiar(es)?	_____
Qual(is) familiar(es)?	_____
Qual(is) familiares - não quis responder	☐ Não sei ☐ Não quis responder
Qual(is) conhecido(a)?	_____
Qual(is) conhecido(a)?	_____
Qual(is) conhecido(a)? - não quis responder	☐ Não sei ☐ Não quis responder
Qual(is) Autoridade(s) do Estado?	_____
Qual(is) Autoridade(s) do Estado?	_____
Qual(is) Autoridade(s) do Estado? - não quis responder	☐ Não sei ☐ Não quis responder
2B. Quantos anos você tinha quando fizeram isso com você? (Você pode marcar mais de uma opção se necessário)	☐ Entre 0 e 9 anos ☐ Entre 10 e 19 anos ☐ Entre 20 e 24 anos ☐ Entre 25 e 29 anos ☐ Com 30 anos ou mais ☐ Não sei ☐ Não quero responder
Violência Física: maus-tratos físicos ou abuso físico. São atos violentos, nos quais se fez uso da força física de forma intencional, não acidental, com o objetivo de ferir, lesar, provocar dor e sofrimento ou destruir a pessoa, deixando, ou não, marcas evidentes no seu corpo.	
3. Antes de você ser presa, ao longo de toda a sua vida, alguém já lhe agrediu fisicamente? (tapas, empurrão, beliscão, puxar os cabelos, esbofeteou, espancou, queimou, tentou enforcar, feriu você com faca, outro objeto perfuro-cortante,	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei ☐ Não quero responder

revólver ou outra arma de fogo)	
3A. Quem ou quais pessoas fizeram isso com você? (Você pode marcar mais de uma opção se necessário)	☐ Familiar(es) ☐ Companheiros(a) ou Ex ☐ Conhecido(a) ☐ Desconhecido(a) ☐ Autoridades do Estado ☐ Não sei ☐ Não quero responder
Qual(is) familiar(es)?	_____
Qual(is) familiar(es)?	_____
Qual(is) familiares - não quis responder	☐ Não sei ☐ Não quis responder
Qual(is) conhecido(a)?	_____
Qual(is) conhecido(a)?	_____
Qual(is) conhecido(a)? - não quis responder	☐ Não sei ☐ Não quis responder
Qual(is) Autoridade(s) do Estado?	_____
Qual(is) Autoridade(s) do Estado?	_____
Qual(is) Autoridade(s) do Estado? - não quis responder	☐ Não sei ☐ Não quis responder
3B. Quantos anos você tinha quando fizeram isso com você? (Você pode marcar mais de uma opção se necessário)	☐ Entre 0 e 9 anos ☐ Entre 10 e 19 anos ☐ Entre 20 e 24 anos ☐ Entre 25 e 29 anos ☐ Com 30 anos ou mais ☐ Não sei ☐ Não quero responder
4. Antes de ser presa, alguém já tentou ou forçou manter relações sexuais com você sem a sua permissão? (passou a mão em genitais, ou forçou qualquer outra conduta que considere de cunho sexual)	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei ☐ Não quero responder
4A. Quem ou quais pessoas fizeram isso com você? (Você pode marcar mais de uma opção se necessário)	☐ Familiar(es) ☐ Companheiros(a) ou Ex ☐ Conhecido(a) ☐ Desconhecido(a) ☐ Autoridades do Estado ☐ Não sei ☐ Não quero responder
Qual(is) familiar(es)?	_____

Qual(is) familiar(es)?	_____
Qual(is) familiares - não quis responder	☐ Não sei ☐ Não quis responder
Qual(is) conhecido(a)?	_____
Qual(is) conhecido(a)?	_____
Qual(is) conhecido(a)? - não quis responder	☐ Não sei ☐ Não quis responder
Qual(is) Autoridade(s) do Estado?	_____
Qual(is) Autoridade(s) do Estado?	_____
Qual(is) Autoridade(s) do Estado? - não quis responder	☐ Não sei ☐ Não quis responder
4B. Quantos anos você tinha quando fizeram isso com você? (Você pode marcar mais de uma opção se necessário)	☐ Entre 0 e 9 anos ☐ Entre 10 e 19 anos ☐ Entre 20 e 24 anos ☐ Entre 25 e 29 anos ☐ Com 30 anos ou mais ☐ Não sei ☐ Não quero responder
Subcomponente: Violência NO ATO da prisão	
No momento em que você foi presa você sofreu alguma violência? (Você pode marcar mais de uma opção se necessário) ☐ Física (tapas, empurrão, beliscão, puxar os cabelos, esbofeteou, espancou, queimou, tentou enforcar, feriu você com faca, outro objeto perfuro-cortante, revólver ou outra arma de fogo). ☐ Psicológica/Moral (ameaçada, humilhada, chantageada, perseguida, impedida de ver algum familiar). ☐ Sexual (passou a mão em genitais, ou forçou qualquer outra conduta que considere de cunho sexual). ☐ Econômica (teve dinheiro, bens materiais ou objetos pessoais retirados sem a permissão). ☐ Tortura (ato de constranger alguém com emprego de força ou grave ameaça, causando-lhe sofrimento físico ou mental com fins de obter informação, declaração ou confissão da vítima ou de terceira pessoa; provocar ação ou omissão de natureza criminosa). ☐ Não sofreu violência.	
Quem fez isso com você (Você pode marcar mais de uma opção se necessário)	☐ Policiais ☐ Familiares ☐ Companheiro ou ex ☐ Desconhecidos ☐ Outro(a) ☐ Não sei ☐ Não quero responder

Se outro, quem:	_____
Se outro, quem:	_____
Se outro, quem: - não quis responder	☐ Não sei ☐ Não quis responder
Subcomponente: Violência DEPOIS de ser presa PRISÃO ATUAL	
5. Na prisão atual, você já teve dinheiro, bens materiais ou objetos pessoais retirados/pegos sem a sua permissão?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei ☐ Não quero responder
5A. Quem fez isso com você? (Você pode marcar mais de uma opção se necessário)	☐ Presas ☐ Agentes prisionais/policiais ☐ Outros funcionários da prisão ☐ Visitante ☐ Outro(a) ☐ Não sei ☐ Não quero responder
Se outro, quem:	_____
Se outro, quem:	_____
Se outro, quem: - não quis responder	☐ Não sei ☐ Não quis responder
6. Na prisão atual, você já foi acusada injustamente de ter cometido algum delito? (usar, esconder ou vender drogas, usar ou receber celular, facilitar entrada de armas, pegar objetos sem permissão, etc.)	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei ☐ Não quero responder
6A. Quem fez isso com você? (Você pode marcar mais de uma opção se necessário)	☐ Presas ☐ Agentes prisionais/policiais ☐ Outros funcionários da prisão ☐ Visitante ☐ Outro(a) ☐ Não sei ☐ Não quero responder
Se outro, quem:	_____
Se outro, quem:	_____
Se outro, quem: - não quis responder	☐ Não sei

	☐ Não quis responder
7. Na prisão atual, você já sofreu alguma violência moral? (ameaçada, humilhada, chantageada, perseguida, impedida de ver algum familiar)	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei ☐ Não quero responder
7A. Quem fez isso com você? (Você pode marcar mais de uma opção se necessário)	☐ Presas ☐ Agentes prisionais/policiais ☐ Outros funcionários da prisão ☐ Visitante ☐ Outro(a) ☐ Não sei ☐ Não quero responder
Se outro, quem:	_____
Se outro, quem:	_____
Se outro, quem: - não quis responder	☐ Não sei ☐ Não quis responder
8. Na prisão atual, alguém já lhe agrediu fisicamente? (tapas, empurrão, beliscão, puxar os cabelos, esbofeteou, espancou, queimou, tentou enforcar, feriu você com faca, outro objeto perfuro-cortante, revólver ou outra arma de fogo)	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei ☐ Não quero responder
8A. Quem fez isso com você? (Você pode marcar mais de uma opção se necessário)	☐ Presas ☐ Agentes prisionais/policiais ☐ Outros funcionários da prisão ☐ Visitante ☐ Outro(a) ☐ Não sei ☐ Não quero responder
Se outro, quem:	_____
Se outro, quem:	_____
Se outro, quem: - não quis responder	☐ Não sei ☐ Não quis responder
9. Na prisão atual, alguém já tentou manter relações sexuais com você sem a sua permissão? (passou a mão em genitais, ou forçou qualquer outra conduta que considere de cunho sexual)	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei ☐ Não quero responder
9A. Quem fez isso com você? (Você pode marcar mais de uma opção se necessário)	☐ Presas

	☐ Agentes prisionais/policiais ☐ Outros funcionários da prisão ☐ Visitante ☐ Outro(a) ☐ Não sei ☐ Não quero responder
Se outro, quem:	_____
Se outro, quem:	_____
Se outro, quem: - não quis responder	☐ Não sei ☐ Não quis responder
10. Na prisão atual, já colocaram você em uma cela em isolamento (tranca, solitária)?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei ☐ Não quero responder
10A. E qual o tempo máximo que você já ficou em condição de isolamento (tranca, solitária)?	_____
Tempo declarado em	☐ Dias ☐ Meses
11. E você ficou com alguma sequela física (problemas no corpo) por causa de alguma dessas situações que aconteceram na prisão atual?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei ☐ Não quero responder
12. E você ficou com alguma sequela psicológica (problemas emocionais, pânico, depressão) por causa de alguma dessas situações que aconteceram na prisão atual?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei ☐ Não quero responder
13. E você recebeu ou recebe atendimento de saúde por causa de alguma violência dentro da prisão atual?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei ☐ Não quero responder
Respondente deste instrumento	☐ Entrevistador ☐ Entrevistado ☐ Ambos

ANEXO 5 - Escala de transtorno geral de ansiedade (GAD-7)

Durante as últimas 2 semanas, com que frequência você foi incomodada(o) pelos problemas abaixo?	
1. Sentir-se nervosa/o, ansiosa/o ou muito tensa/o (últimas 2 semanas)	☐ Nenhum dia da semana ☐ Algumas vezes na semana ☐ Mais de 7 dias ☐ Quase todos os dias
2. Não ser capaz de impedir ou de controlar as preocupações (últimas 2 semanas)	☐ Nenhum dia da semana ☐ Algumas vezes na semana ☐ Mais de 7 dias ☐ Quase todos os dias
3. Preocupar-se muito com diversas coisas (últimas 2 semanas)	☐ Nenhum dia da semana ☐ Algumas vezes na semana ☐ Mais de 7 dias ☐ Quase todos os dias
4. Dificuldade para relaxar (últimas 2 semanas)	☐ Nenhum dia da semana ☐ Algumas vezes na semana ☐ Mais de 7 dias ☐ Quase todos os dias
5. Ficar tão agitada/o que se torna difícil permanecer sentada/o (últimas 2 semanas)	☐ Nenhum dia da semana ☐ Algumas vezes na semana ☐ Mais de 7 dias ☐ Quase todos os dias
6. Ficar facilmente aborrecida/o ou irritada/o (últimas 2 semanas)	☐ Nenhum dia da semana ☐ Algumas vezes na semana ☐ Mais de 7 dias ☐ Quase todos os dias
7. Sentir medo como se algo horrível fosse acontecer (últimas 2 semanas)	☐ Nenhum dia da semana ☐ Algumas vezes na semana ☐ Mais de 7 dias ☐ Quase todos os dias
Escore final _____	
Indicador positivo (pontuação maior/igual a 10 pontos)	
Respondente deste instrumento	☐ Entrevistador ☐ Entrevistado ☐ Ambos

ANEXO 6 - Escala sobre a saúde do paciente (PHQ-9)

ESSE INSTRUMENTO PODERÁ SER AUTO ASSISTIDO (PREENCHIDO PELA PARTICIPANTE DA PESQUISA). Durante as últimas 2 semanas, com que frequência você foi incomodado/a pelos problemas abaixo?	
1. Tive pouco interesse ou prazer em fazer as coisas (últimas 2 semanas)	☐ Nenhum dia da semana ☐ Algumas vezes na semana ☐ Mais de 7 dias ☐ Quase todos os dias
2. Senti desânimo, desalento ou falta de esperança (últimas 2 semanas)	☐ Nenhum dia da semana ☐ Algumas vezes na semana ☐ Mais de 7 dias ☐ Quase todos os dias
3. Tive dificuldade em adormecer ou em dormir sem interrupções, ou dormi demais (últimas 2 semanas)	☐ Nenhum dia da semana ☐ Algumas vezes na semana ☐ Mais de 7 dias ☐ Quase todos os dias
4. Senti cansaço ou falta de energia (últimas 2 semanas)	☐ Nenhum dia da semana ☐ Algumas vezes na semana ☐ Mais de 7 dias ☐ Quase todos os dias
5. Tive falta ou excesso de apetite (últimas 2 semanas)	☐ Nenhum dia da semana ☐ Algumas vezes na semana ☐ Mais de 7 dias ☐ Quase todos os dias
6. Senti que não gosto de mim mesmo/a - ou que sou um(a) fracasso ou que desiludi a mim mesmo/a ou à minha família (últimas 2 semanas)	☐ Nenhum dia da semana ☐ Algumas vezes na semana ☐ Mais de 7 dias ☐ Quase todos os dias
7. Tive dificuldade em me concentrar nas coisas, como ler ou ver televisão (últimas 2 semanas)	☐ Nenhum dia da semana ☐ Algumas vezes na semana ☐ Mais de 7 dias ☐ Quase todos os dias
8. Me movi ou falei tão lentamente que outras pessoas podem ter notado. Ou o oposto: estive agitado/a ponto de andar de um lado para o outro muito mais do que é habitual (últimas 2 semanas)	☐ Nenhum dia da semana ☐ Algumas vezes na semana ☐ Mais de 7 dias ☐ Quase todos os dias
9. Pensei que seria melhor estar morto/a, ou em me machucar de alguma forma (últimas 2 semanas)	☐ Nenhum dia da semana ☐ Algumas vezes na semana ☐ Mais de 7 dias ☐ Quase todos os dias

Escore final _____	
Indicador positivo (pontuação maior/igual a 10 pontos)	
Respondente deste instrumento	☐ Entrevistador ☐ Entrevistado ☐ Ambos

ANEXO 7 - Escala TEPT (PCL-C)

Abaixo, há uma lista de problemas e de queixas que as pessoas às vezes apresentam como uma reação a situações de vida estressantes. Por favor, indique o quanto você foi incomodado por estes problemas durante o último mês. Por favor, marque 1 para "nada", 2 para "um pouco", 3 para "médio", 4 para "bastante" e 5 para "muito".	
1. Memória, pensamentos e imagem repetitivos e perturbadores referentes a uma experiência estressante do passado (durante o último mês)?	☐ (1) Nada ☐ (2) Um pouco ☐ (3) Médio ☐ (4) Bastante ☐ (5) Muito
2. Sonhos repetitivos e perturbadores referentes a uma experiência estressante do passado (durante o último mês)?	☐ (1) Nada ☐ (2) Um pouco ☐ (3) Médio ☐ (4) Bastante ☐ (5) Muito
3. De repente agir ou sentir como se uma experiência estressante do passado estivesse acontecendo de novo (como se você estivesse revivendo) (durante o último mês)?	☐ (1) Nada ☐ (2) Um pouco ☐ (3) Médio ☐ (4) Bastante ☐ (5) Muito
4. Sentir-se muito chateado ou preocupado quando alguma coisa lembra você de uma experiência estressante do passado (durante o último mês)?	☐ (1) Nada ☐ (2) Um pouco ☐ (3) Médio ☐ (4) Bastante ☐ (5) Muito
5. Sentir sintomas físicos (por exemplo, coração batendo forte, dificuldade de respirar, suores) quando alguma coisa lembra você uma experiência estressante do passado (durante o último mês)?	☐ (1) Nada ☐ (2) Um pouco ☐ (3) Médio ☐ (4) Bastante ☐ (5) Muito
6. Evitar pensar ou falar sobre uma experiência estressante do passado ou evitar ter sentimentos relacionados a esta experiência (durante o último mês)?	☐ (1) Nada ☐ (2) Um pouco ☐ (3) Médio ☐ (4) Bastante ☐ (5) Muito
7. Evitar atividades ou situações porque elas lembram uma experiência estressante do passado (durante o último mês)?	☐ (1) Nada ☐ (2) Um pouco ☐ (3) Médio ☐ (4) Bastante ☐ (5) Muito
8. Dificuldades para lembrar-se de partes importantes desde uma experiência estressante do passado (durante o último mês)?	☐ (1) Nada ☐ (2) Um pouco

	☐ (3) Médio ☐ (4) Bastante ☐ (5) Muito
9. Perda de interesse nas atividades de que você antes costumava gostar (durante o último mês)?	☐ (1) Nada ☐ (2) Um pouco ☐ (3) Médio ☐ (4) Bastante ☐ (5) Muito
10. Sentir-se distante ou afastado das outras pessoas (durante o último mês)?	☐ (1) Nada ☐ (2) Um pouco ☐ (3) Médio ☐ (4) Bastante ☐ (5) Muito
11. Sentir-se emocionalmente entorpecido ou incapaz de ter sentimentos amorosos pelas pessoas que lhe são próximas (durante o último mês)?	☐ (1) Nada ☐ (2) Um pouco ☐ (3) Médio ☐ (4) Bastante ☐ (5) Muito
12. Sentir como se você não tivesse expectativas para o futuro (durante o último mês)?	☐ (1) Nada ☐ (2) Um pouco ☐ (3) Médio ☐ (4) Bastante ☐ (5) Muito
13. Ter problemas para pegar no sono ou para continuar dormindo (durante o último mês)?	☐ (1) Nada ☐ (2) Um pouco ☐ (3) Médio ☐ (4) Bastante ☐ (5) Muito
14. Sentir-se irritável ou ter explosões de raiva (durante o último mês)?	☐ (1) Nada ☐ (2) Um pouco ☐ (3) Médio ☐ (4) Bastante ☐ (5) Muito
15. Ter dificuldades para se concentrar (durante o último mês)?	☐ (1) Nada ☐ (2) Um pouco ☐ (3) Médio ☐ (4) Bastante ☐ (5) Muito
16. Estar "superalerta", vigilante ou "em guarda" (durante o último mês)?	☐ (1) Nada ☐ (2) Um pouco ☐ (3) Médio ☐ (4) Bastante ☐ (5) Muito

17. Sentir-se tenso ou facilmente sobressaltado (durante o último mês)?	☐ (1) Nada ☐ (2) Um pouco ☐ (3) Médio ☐ (4) Bastante ☐ (5) Muito
Escore final _____	
Indicador positivo (pontuação maior/igual a 50 pontos)	
Respondente deste instrumento	☐ Entrevistador ☐ Entrevistado ☐ Ambos

ANEXO 8 - Normas dos periódicos (endereços eletrônicos)

Título	Endereço de acesso
<i>Scientific Reports</i>	https://www.nature.com/srep/author-instructions
<i>Drug and alcohol dependence</i>	https://www.elsevier.com/journals/drug-and-alcohol-dependence/0376-8716/guide-for-authors