



Universidade Da Beira Interior
Faculdade de Ciências Sociais e Humanas
Departamento de Psicologia e Educação

DISSERTAÇÃO DE Mestrado APRESENTADA À
UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR COMO REQUISITO
PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE (2º CICLO) EM PSICOLOGIA, NA
ÁREA DE PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE

**“Abandono Aprendido, Depressão e Estratégias de *Coping* numa
amostra de reclusos”**

Cristina Maria de Jesus Batista Brito

Covilhã

2010



Universidade Da Beira Interior
Faculdade de Ciências Sociais e Humanas
Departamento de Psicologia e Educação

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APRESENTADA À
UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR COMO REQUISITO
PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE (2º CICLO) EM PSICOLOGIA, NA
ÁREA DE PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE

**“Abandono Aprendido, Depressão e Estratégias de *Coping* numa
amostra de reclusos”**

Cristina Maria de Jesus Batista Brito

Covilhã

2010

Dissertação de Mestrado realizada sob orientação da Prof. Doutora Ema Oliveira, apresentado à Universidade da Beira Interior para obtenção do Grau de Mestre em Psicologia, registado na DGES sob o 9463.

AGRADECIMENTOS

À Prof. Doutora Ema Oliveira, orientadora desta dissertação, pela colaboração e sobretudo pela transmissão dos seus valiosos conhecimentos.

À Direcção Geral dos Serviços Prisionais (DGSP), pela autorização concedida para a realização do estudo.

Aos reclusos pela participação, interesse e motivação no preenchimento dos questionários.

Ao Dr. Artur pelo acolhimento, apoio e disponibilidade no Estabelecimento Prisional Regional da Covilhã.

À Dra. Cecília pela amabilidade e colaboração no Estabelecimento Prisional Regional de Castelo Branco.

A todos os guardas prisionais pelo acolhimento e cooperação, durante todo o percurso nos estabelecimentos prisionais.

Ao meu amigo e colega Dr. Paulo Pessoa pelos momentos de partilha e de incentivo.

Um obrigado muito especial à minha família, particularmente ao Miguel e às minhas filhas, Sofia e Joana, por toda a compreensão, apoio e colaboração nos momentos difíceis.

RESUMO

Proporcionar aos reclusos uma reinserção social consistente, através de opções facultativas de carácter reeducativo, constitui uma preocupação actual no contexto prisional português. Na linha deste paradigma mais recente, o desenvolvimento de estudos sobre o abandono aprendido no meio prisional poderá tornar-se profícua para a compreensão de alguns comportamentos dos reclusos, nomeadamente ao nível motivacional, cognitivo e emocional (Naidoo & Pretorius, 2006). Quando o indivíduo se envolve em situações de que julga incontrolláveis, poderá aprender que os eventos não dependem das suas respostas, caindo no desânimo e deixando de empenhar esforços para vencer a adversidade (Seligman, 1975). O presente estudo tem como objectivo principal analisar em que medida a Síndrome do Abandono Aprendido afecta a população prisional na zona Centro do país (distrito de Castelo Branco), pretendendo também analisar a relação entre abandono aprendido, depressão e estratégias de *coping* nesta população. Para o efeito foram utilizados a Escala de Abandono Aprendido (LHS-*Learned Helplessness Scale*), validada para a população portuguesa por Lima Santos, Ribeiro e Faria (2002), o Inventário Depressivo de Beck (BDI-*Beck Depression Inventory*), validado para a população portuguesa por Vaz Serra e Pio Abreu (1973a, 1973b), o *Brief COPE*, validado para a população portuguesa Pais Ribeiro e Rodrigues (2004), e um questionário construído pelos autores de caracterização sócio-demográfica e de história criminal. A amostra foi constituída por 59 sujeitos do sexo masculino entre os 21 e os 80 anos de idade ($M=41,6$; $dp=13,05$), do Estabelecimento Prisional Central de Castelo Branco e do Estabelecimento Prisional Regional da Covilhã. Da análise efectuada verificou-se que o contexto prisional é um local bastante propício para o desenvolvimento do abandono aprendido, depressão e estratégias de *coping* desadaptativas. O abandono aprendido tem maior incidência nos reclusos mais velhos e com um nível de escolaridade mais baixo. Verificaram-se ainda fortes correlações entre o Abandono Aprendido, a Depressão e algumas Estratégias de *Coping*. A prevenção de comportamentos de risco nesta população, associada à adopção de estratégias de *coping* adaptativas, permitirá contribuir para políticas de integração e intervenção mais eficazes, de forma a promover competências para uma melhor reinserção na sociedade, evitando assim a reincidência.

Palavras-chave: Abandono Aprendido, Depressão, Estratégias de *Coping*, Reclusos.

ABSTRACT

Giving prisoners a consistent social reintegration through voluntary choices of character re-educated, is a concern in the current context Portuguese prison. Following this paradigm more recently, the development of studies on the abandonment learned in prison may become useful for understanding some behaviors of inmates, especially as motivational, cognitive and emotional (Naidoo & Pretorius, 2006). When the individual engages in situations, he believes uncontrollable he can learn that the events do not depend on his answers, falling into despair and cease to commit efforts to overcome adversity (Seligman, 1975). The present study aims at investigating to what extent the Learned Abandonment Syndrome affects the prison population in the central region of the country (district of Castelo Branco), intending also to examine the relationship between learned abandonment, depression and coping strategies in this population. To this end were used the Scale of Dismissal Learned (LHS-Learned Helplessness Scale), validated for the Portuguese population by Lima Santos, Ribeiro and Faria (2002), the Beck Depression Inventory (BDI-Beck Depression Inventory), validated for Portuguese population by Serra Vaz and Pio Abreu (1973a, 1973b), the Brief COPE, validated for the Portuguese population by Pais Ribeiro and Rodrigues (2004), and a questionnaire devised by the authors of socio-demographic and criminal history. The sample consisted of 59 males subjects between 21 and 80 years of age ($M = 41.6$, $SD = 13.05$), the Central Prison of Castelo Branco and the Regional Prison of Covilhã. From the analysis it was found that the prison context is a place very conducive to the development of learned abandonment, depression and coping strategies maladjusted. Abandonment has learned a higher incidence in older inmates and with a lower education level. There were strong correlations between the Learned Abandonment, depression and some coping strategies. The prevention of risk behaviors in this population, coupled with the adoption of adaptive coping strategies, will contribute to integration policies and more effective intervention in order to promote better skills for reintegration into society, thereby preventing recurrence.

Keywords: Learned Helplessness, Depression, *Coping* Strategies, Prisoners.

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO.....	1
Capítulo 1 – O Sistema Prisional	4
1.1. Evolução e Caracterização do Meio Prisional	4
1.1.1. O Sistema Prisional Português.....	7
1.1.2. EP Central de Castelo Branco e EP Regional da Covilhã.....	10
1.2. População Prisional	10
Capítulo 2 - Abandono Aprendido	14
2.1. Conceito de Abandono Aprendido.....	14
2.2. Modelos Teóricos do Abandono Aprendido.....	15
2.2.1. Modelo do Abandono Aprendido de Seligman.....	15
2.2.2. Modelo Reformulado do Abandono Aprendido	18
2.2.3. Críticas ao Modelo Reformulado	22
2.3. Abandono Aprendido na População Prisional	23
Capítulo 3 - Depressão	25
3.1. Conceito de Depressão.....	25
3.2. Etiologia da Depressão	26
3.3. Características e Critérios de Diagnóstico da Depressão.....	27
3.4. Epidemiologia da Depressão	30
3.5. Depressão na População Prisional	32
Capítulo 4 - <i>Coping</i>	34
4.1. Conceito de <i>Coping</i>	34
4.2. Modelos Teóricos sobre o <i>Coping</i>	35
4.2.1. <i>Coping</i> Disposicional.....	35
4.2.2. <i>Coping</i> Situacional	36
4.3. <i>Coping</i> na População Prisional	40
Capítulo 5 – Objectivos e Questões do Estudo.....	43
Capítulo 6 – Método	45
6.1. Participantes	45
6.2. Instrumentos	48
6.3. Procedimento.....	51

Capítulo 7 - Resultados	52
7.1. Análises descritivas.....	52
7.2. Análises diferenciais	55
7.3. Análises correlacionais	58
Capítulo 8 – Discussão	61
CONCLUSÃO	67
REFERÊNCIAS	70
Anexos	79

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo de Processamento de <i>Stress</i> e <i>Coping</i> de Lazarus e Folkman (1984)	37
Figura 2 - Percentagem de tempo global estimado de detenção até ao momento	46
Figura 3 - Percentagem de tempo estimado de pena a cumprir	46
Figura 4 - Percentagem de tipos de crime cometidos	47
Figura 5 - Percentagens nas várias categorias de intensidade da sintomatologia depressiva	54

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Número de Estabelecimentos Prisionais em Portugal, por distrito e tipologia (DGSP, 2010).....	9
Quadro 2 - Hipótese Interpretativa do Modelo de Abandono Aprendido (Adaptado de Barros, 1996).....	16
Quadro 3 - Atribuições causais e reacções afectivas face ao êxito e ao fracasso (Adaptado de Mascarenhas et al., 2005)	20
Quadro 4 - Organização das Perturbações de Humor, segundo o DSM-IV (APA, 2002)	28
Quadro 5 - Tipos de Depressão (Adaptado de Canale e Furlan, 2006).....	29
Quadro 6 - Categorias de Estratégias e Respostas de <i>Coping</i> (Moos, 1993).....	38
Quadro 7 - Estatística descritiva dos resultados na Escala de Abandono Aprendido	52
Quadro 8 - Estatística descritiva dos resultados no BDI.....	53
Quadro 9 - Estatística descritiva dos resultados nas sub-escalas do Brief COPE	55
Quadro 10 - Correlação entre a idade dos sujeitos e os resultados nas escalas do EAA,.....	56
Quadro 11 - Diferenças de médias na EAA, tomando a escolaridade, história criminal, flexibilização de pena, apoio social e apoio técnico.....	57
Quadro 12 - Diferenças de médias na Depressão, tomando a escolaridade, história criminal, flexibilização de pena, apoio social e apoio técnico.....	57
Quadro 13 - Correlações entre os resultados obtidos na EAA, no BDI e nas sub-escalas do Brief COPE.....	58
Quadro 14 - Correlações entre os resultados obtidos nas sub-escalas do <i>Brief COPE</i>	59

Siglas

A - Aceitação

AA - Abandono Aprendido

AC - Auto-Culpabilização

AD - Auto Distracção

BDI - *Beck Depression Inventory*

CA - *Coping* Activo

CFE - *Coping* Focalizado nas Emoções

CFP - *Coping* Focalizado do Problema

DC - Desinvestimento Comportamental

EAA - Escala de Abandono aprendido

EP - Estabelecimento Prisional

EP's - Estabelecimentos Prisionais

ES - Expressão de Sentimentos

H - Humor

LHS - *Learned Helplessness Scale*

N - Negação

OMS - Organização Mundial de Saúde

P- Planear

R - Religião

RAVE - Regime aberto voltado para o exterior

RAVI - Regime aberto voltado para o interior

RP - Reinterpretação Positiva

SE - Utilizar Suporte Social Emocional

SI - Utilizar Suporte Instrumental

US - Uso de Substâncias

Vs - Versus

Introdução

Ao longo dos tempos têm sido inúmeros os estudos efectuados sobre a população prisional, grande parte surgem na tentativa de explicação do comportamento delinquente e acerca das suas psicopatologias associadas. Actualmente, considerando-se as dificuldades inerentes à reclusão e suas implicações, o foco tem-se voltado bastante para o processo de adaptação à prisão. Tomando Gonçalves (1999, 2002), a vida entre quatro paredes, a convivência com indivíduos desconhecidos, a nova rotina e, sobretudo, a privação da liberdade, tornam a adaptação à prisão bastante complexa, podendo mesmo desencadear sintomatologia psicopatológica. Porém, o conceito de prisão tem vindo a enfatizar uma vertente de reinserção social, e não apenas de protecção da sociedade daqueles que cometeram actos contra a mesma. Entende-se, nesta perspectiva, que os objectivos cruciais da reclusão devem ser a reinserção e a reeducação, verificando-se uma maior preocupação com a qualidade da adaptação e das condições de vida dos reclusos, tornando-as mais humanas e reabilitadoras (Gonçalves, 2002).

Na linha deste paradigma mais recente, o desenvolvimento de estudos sobre o abandono aprendido (AA) no contexto prisional poderá tornar-se profícua para a compreensão de alguns comportamentos dos reclusos, nomeadamente ao nível motivacional (e.g. quando cessam os esforços para mudar o resultado), ao nível cognitivo (e.g. quando não são aprendidas respostas novas que poderiam provocar alterações nos resultados aversivos) e, por último, ao nível emocional (e.g. quando a depressão e a desistência se instalam) (Naidoo & Pretorius, 2006). Foi precisamente na sequência do contacto com o meio prisional, ao nível do apoio psicoterapêutico a reclusos do Estabelecimento Prisional Regional da Covilhã (experiência desenvolvida no âmbito do estágio curricular na licenciatura de Psicologia Clínica e da Saúde, na Equipa de Tratamento da Covilhã), que surgiu o nosso interesse pelo tema, nomeadamente ao constatar que muitos destes sujeitos apresentavam défices a nível cognitivo, motivacional e comportamental.

Quando o indivíduo se envolve em situações que julga incontrolláveis, poderá aprender que os eventos não dependem das suas respostas, caindo no desânimo, na frustração e/ou na depressão (Seligman, 1975). Desenvolvem-se, assim, condições para a instalação da síndrome do abandono aprendido, em que as pessoas não geram quaisquer estratégias protectoras e adaptativas face ao fracasso, permanecendo passivas perante as dificuldades e acontecimentos aversivos (Araújo-Soares; Figueiredo & Equipa da Dor, 2001; Barros, Barros & Neto, 1993a; Faria, 1990; Fontaine & Faria, 1989; Lima Santos, Ribeiro &

Faria, 2008). Como referem Gonçalves e Vieira (1995), o contexto prisional reúne uma série de variáveis que podem levar à instalação do AA, tais como o sobrepovoamento e consequente impacto no estabelecimento de relações interpessoais saudáveis, as próprias características físicas do estabelecimento prisional, e as várias sub-culturas (formais e informais) aí existentes. Também as diferenças individuais, como o sexo, *locus* de controlo, estilos de *coping* e características de personalidade, podem afectar a qualidade da adaptação à prisão e a predisposição para o desenvolvimento da síndrome.

Neste sentido, o presente estudo surge com os principais objectivos de analisar em que medida o Abandono Aprendido afecta a população prisional do distrito de Castelo Branco e contribuir para uma melhor compreensão do fenómeno nesta população, a partir do estudo da sua relação com a depressão e as estratégias de *coping*. Melhorar o conhecimento sobre os sujeitos reclusos e sobre as consequências, por vezes irreversíveis, da reclusão, tomando um enfoque psicológico, constitui, em nosso entender, um primeiro passo para o desenvolvimento de intervenções mais eficazes, nomeadamente na detecção e actuação precoces sobre padrões atribucionais debilitantes, que podem conduzir o recluso ao desânimo e ao abandono de actividades, ao retraimento e, por vezes, à reincidência.

O presente trabalho encontra-se estruturado fundamentalmente em duas partes. Na primeira parte, procedemos a uma revisão da literatura sobre a evolução e caracterização do meio prisional em geral, descrevendo em seguida a orgânica do meio prisional português e explicitando algumas particularidades da população prisional, assim como alguns problemas e dificuldades da sua adaptação à prisão. Seguidamente, abordamos o conceito de abandono aprendido, destacando o modelo teórico inicial proposto por Seligman (1975) e o modelo reformulado de Abramson, Seligman e Teasdale (1978). Avançamos posteriormente com o tema da Depressão, sobre o qual explicitamos o seu conceito, etiologia, os diferentes sistemas de classificação e epidemiologia. No sentido de uma melhor compreensão acerca do “*Coping*” e das “Estratégias de *Coping*”, apresentamos de seguida uma breve abordagem teórica acerca destes conceitos, destacando vários autores que contribuíram, quer para a compreensão, quer para a construção de instrumentos de avaliação destes construtos. É de salientar que, no final de cada uma das temáticas apresentadas, incluímos um sub-capítulo onde evidenciamos alguns estudos desenvolvidos na área com a população reclusa.

Na segunda parte, apresentamos o estudo empírico realizado, descrevendo os objectivos, questões, método (participantes, instrumentos e procedimento) e, por fim, os resultados obtidos na investigação, procedendo à discussão dos mesmos.

Terminamos com uma síntese das principais conclusões deste trabalho, incluindo uma reflexão sobre as suas principais limitações e implicações, bem como sugestões para desenvolvimentos futuros na investigação sobre o tema.

I Parte – Enquadramento Teórico

Capítulo 1 – O Sistema Prisional

“Quando se está preso, o pior é não poder fechar-se a porta”.

Stendhal, 1987

1.1. Evolução e Caracterização do Meio Prisional

O meio prisional é uma “instituição total”, na medida em que é um local de residência e de trabalho, onde um grande número de pessoas, separadas da sociedade por um período de tempo considerável, leva em conjunto uma vida fechada e formalmente administrada (Goffman, 2005).

No entanto, nem sempre a prisão foi o modo mais usual de condenação de crimes. Até ao início do séc. XVIII, os castigos corporais, o exílio, a pena de morte, os trabalhos forçados e a privação da liberdade, constituem os marcos fundamentais sobre os quais evolui a própria classificação penal (Foucault, 2006; Gonçalves, 2002). Com a Revolução Francesa, a pena de prisão surge como o modelo correcto de castigo, podendo ser graduada e dividida, contendo em si fins não apenas punitivos, mas também regeneradores. Nesta época acentua-se a necessidade de acabar com os suplícios e reservar a pena de morte para casos de violência extrema (Gonçalves, 2002). A punição passa a ser identificada com o resultado de um procedimento legal, que é construído na base de uma lógica que só o direito pode proporcionar. O alvo da punição deixa de ser o corpo, e passa a centrar-se mais na “alma” do indivíduo, considerando-se que através da reflexão o poderemos levar a reconsiderar e a corrigir os seus comportamentos e os seus hábitos (Eiras, 2007; Gonçalves, 2002).

Nos fins do século XIX, concretizam-se as principais medidas reformadoras do sistema penal. A prisão converte-se no elemento fundamental do sistema prisional e a pena principal prevista nos códigos penais passa a ser a privação da liberdade. Esta pena era “considerada recomendável e útil, pois permitia aliar ao sofrimento que a perda de liberdade implicava a regeneração do indivíduo pelo trabalho, pela educação e pela reflexão interior, recuperando, desta forma, o indivíduo delinquente para a vida em sociedade” (Vaz, 2003, p.13).

O séc. XX ficou marcado por profundas reformas a nível económico, político, científico e educativo, que no seu conjunto modificaram a sociedade. Vários investigadores e profissionais (e.g. juristas, educadores, médicos e psicólogos) tentam explicar determinados problemas sociais dentro dos quais se revela a delinquência (Eiras, 2007).

Segundo Lefebvre (1979), o sistema penitenciário teve durante a história diversas valências. Primeiro, o sistema jurídico-social, que se reconhece pela ideologia do castigo, da pena, da dívida, da transgressão à norma, simbolizado pelo bem e pelo mal. Segundo, o sistema religioso e moral, baseado por dois aspectos cruciais, o isolamento (*solitary confinement*) e a moralização, pois o retiro possibilita o auto-exame da consciência e a presença de eclesiásticos reveste o poder moralizante. Terceiro, o sistema económico baseia-se na reeducação dos reclusos, ora pela mão-de-obra barata ora pelo combate ao ócio. Quarto, o sistema técnico-médico resulta da introdução das ciências humanas, havendo a crença que os reclusos possuem uma anomalia, nomeadamente psíquica, o que leva à criação de um processo para cada sujeito, com informações de cariz sociológico, médico e psicológico que serve de suporte na gestão da pena. Finalmente, o sistema sociopedagógico, representado pela procura da ressocialização e da readaptação, visto que há a percepção de que o recluso tem uma formação educacional, profissional e social carenciada. A missão é a reinserção social do indivíduo no meio, após este adquirir competências educacionais que não possuía.

De acordo com Gonçalves (2002), a prisão é “uma forma de punição cujo aparecimento, mudanças e actual permanência, devem ser enquadrados em toda uma ideologia”, assim, “conduz à necessidade de identificar e punir o desvio de acordo com o princípio de uma *ortopedia correctiva*, fundada, consoante os propósitos da ideologia e da época histórica vigentes, na religião, na moral, na sociedade e também no saber intelectual vigentes” (p.141). Vários autores concordam que um dos objectivos da prisão é a limitação da liberdade, o isolamento social temporário, a ressocialização, e não forçosamente a ideia de castigo. Uma reintegração bem-sucedida de (ex)reclusos exige uma abordagem de gestão do caso, desde a detenção, passando pelo tempo de reclusão até ao momento de libertação e depois dele (Cunha, 2008; Gomes, Duarte & Almeida, 2007; Gonçalves, 1999, 2002; Gonçalves & Vieira, 2005a; Rentzmann, 1992).

Gonçalves e Vieira (2005a) destacam a importância de elaborar um “plano individual de acompanhamento” de cada recluso, tomando as suas características de personalidade, o contexto prisional em que está inserido, o tipo de crime cometido, os seus antecedentes criminais e a pena a cumprir. Importa considerar a forma como se processa a adaptação do recluso à prisão, como também desenvolver esforços no sentido de dotar o indivíduo de competências psicológicas, educacionais e sociais, para enfrentar com êxito a reinserção numa vida em liberdade, evitando assim a reincidência. Deste modo, a intervenção não deve ser só limitada ao indivíduo, mas deve igualmente envolver os restantes intervenientes penitenciários (e.g. guardas, técnicos, direcção) e a própria organização prisional, assim como o apoio social.

Goffman (2005) evidencia algumas características das instituições totais: os aspectos da vida de um internado são conduzidos num mesmo espaço e sob a mesma autoridade; a rotina diária é realizada na companhia de outros sujeitos, igualmente internados; as etapas na rotina diária são escaladas e encadeadas, e a sua imposição apoia-se num sistema explícito de regras formais cujo cumprimento é fiscalizado através de agentes institucionais, e por último; as actividades são realizadas com base num plano racional que traduz o completo cumprimento de objectivos da instituição. Qualquer instituição com esta natureza tende a fechar-se, criando uma barreira social com o mundo externo. O próprio espaço físico remete para a característica do enclaustramento, visto que as portas e as grades estão fechadas, e só são abertas por guardas com autorização prévia superior. A passagem por diversas portas gradeadas para deslocação para os diferentes locais, as paredes altas, os arames farpados, entre outros, revelam o ambiente de enclausuramento.

Gonçalves (1999, 2002) afirma que a adaptação à prisão não se revela tarefa fácil: a vida entre quatro paredes, a convivência com sujeitos desconhecidos, a nova rotina, o facto de predominar o poder coercivo – logo, o controlo, concretizado nas ameaças e sanções físicas e psicológicas – e, principalmente, a privação da liberdade, tornam a adaptação ao meio prisional bastante difícil para qualquer ser humano, podendo inclusivamente originar sintomas psicopatológicos. Os traumas, humilhações e depressões sofridas na prisão são por vezes dificilmente superados na sua vida pós-reclusão.

No ambiente prisional, os reclusos são sujeitos a um processo de “prisionização”, na medida em que, segundo Clemmer (1940), é imposta coercitivamente ao recluso uma (sub)cultura carcerária. Trata-se de um processo de aprendizagem baseado numa “dessocialização” do ser humano. Este processo é moroso e progressivo, em que o recluso passa a encarar o trabalho, a roupa lavada e passada, a comida e o alojamento como algo que a instituição lhe deve. Esta alteração de pensamentos conduz, depois, a uma não acomodação com qualquer trabalho, mas a desejar algo que seja mais vocacionado e amplifique as desavenças com outros reclusos. De seguida, dá-se a fase do familiarizar com crenças e costumes do sistema prisional, ou seja, surgem por vezes, os jogos de azar, as práticas homossexuais e a interiorização de rancores e ódios por alguns guardas prisionais (Clemmer, 1940).

A “prisionização” afigura-se, deste modo, como um dos resultados da vida num estabelecimento prisional (EP) e da adaptação do recluso a essa situação (Barreto, 2006). Tomando Cunha (2008), a cultura prisional e o sistema social que ela regula foram gerados na prisão, em resposta a um leque de privações impostas pela reclusão. Entre estas privações, destaca-se a privação de liberdade e sentimento de rejeição pela comunidade; a privação material (bens e serviços); a privação sexual (de contactos heterossexuais); a

privação de autonomia (e a correlativa degradação estatutária) e, por fim; a privação da segurança pessoal (dada a exposição a delinquentes de várias ordens).

Outro efeito da prisão descrito na literatura é a “mortificação do ego”, relacionado com a disciplina aplicada nas instituições totais. O recluso fica sujeito a um processo “natural” de mortificação do “Eu” que evolui à medida que este começa a receber uma instrução (formal e informal) sobre um sistema de privilégios, dado que a ligação com o seu “Eu” civil geralmente é afectada pelos processos do sistema prisional. Um conjunto múltiplo de regras, prescrições e proibições, o próprio ambiente rígido, os privilégios evidenciados em troca da obediência, e os castigos, definidos como consequência à desobediência das regras, constituem as principais exigências quanto à conduta esperada do recluso (Goffman, 2005). Todavia, este fenómeno tem-se vindo a atenuar com a alteração de alguns princípios, procedimentos e condições fornecidas no meio prisional, tais como o direito à confidencialidade da correspondência e dos telefonemas dos reclusos, a oportunidade de participação em actividades de lazer (e.g. televisão dentro da cela), a concessão de electricidade para além do momento de fecho colectivo das luzes e de silêncio, ou ainda, mediante determinadas condições, o direito a visitas íntimas (Cunha, 1994).

Outros factores, geralmente associados à vida em meio prisional complexificam o processo de adaptação à prisão, limitando as capacidades humanas e físicas de um EP. Alguns destes factores estão mais relacionados com a condição de recluso (e.g. necessidade de aceitação do papel de subordinado; novos modos de vestir; diferentes rotinas e hábitos, como dormir em horários fixos e desempenhar trabalhos diversificados; tensões acumuladas no dia-a-dia e maior fragilidade em termos de saúde física e mental; adopção de uma “gíria prisional”); outros com as características dos EPs (e.g. sobrelotação) e da população reclusa (grande parte dos crimes relacionam-se com o consumo de estupefacientes) (Clemmer, 1940; Moreira, 2008).

No entanto, importa destacar a mudança no paradigma vigente, com a inclusão de práticas mais preventivas e desenvolvimentais, além das exclusivamente remediativas e punitivas. Proporcionar à população prisional uma reinserção social consistente, através de opções facultativas de carácter educativo, formativo e profissional, constitui uma preocupação actual neste contexto.

1.1.1. O Sistema Prisional Português

O percurso conceptual do sistema prisional português é delineado, em termos gerais, a partir da Grande Reforma do Sistema Prisional (Decreto-Lei n.º 26/643, de 28 de Maio de 1936). Com esta reforma assiste-se a um maior investimento junto da população reclusa, no sentido de atender com particular atenção certos grupos específicos, designadamente

doentes psiquiátricos, toxicodependentes, reclusas, jovens-reclusos, etc. O sistema prisional começou a ser reestruturado, tendo em conta a necessidade de um tratamento especializado para cada grupo de delinquentes. Relativamente à execução das penas, a reforma propunha um sistema progressivo, na tentativa de facilitar a reintegração do indivíduo aquando da sua libertação. Em 1936, Portugal contava com 186 Estabelecimentos Prisionais (EP's), que se destinavam à detenção e execução das penas e medidas de segurança. A partir da década de 70, e com a extinção das cadeias comarcas, diminui significativamente o número de prisões. Assim, em 1977, subsistiam apenas 37 EP's (Vaz, 2003).

De acordo com os dados do Ministério da Justiça, Portugal possui a segunda menor taxa de criminalidade da União Europeia, mas é o país que tem a maior percentagem de indivíduos presos (135 reclusos por 100.000 habitantes, quando a média dos países europeus é de 80-90 reclusos por 100.000 habitantes). O tempo médio de permanência dos reclusos na prisão é de 24 meses, enquanto nos restantes países europeus é de 8 meses (Ministério da Justiça, 2004).

Actualmente, os EP's em Portugal estão sob a supremacia da Direcção Geral dos Serviços Prisionais (DGSP), que se constitui como um órgão auxiliar da administração judiciária, integrando-se no Ministério da Justiça. Pertence à administração directa do Estado, não tendo personalidade jurídica nem autonomia financeira, e só nos finais da década de 90 adquire alguma autonomia administrativa. Têm como principais atribuições: orientar os serviços de detenção e execução das penas e medidas de segurança; superintender na sua organização e funcionamento; efectuar estudos e investigações referentes ao tratamento de delinquentes. A sua orgânica encontra-se estabelecida no Decreto-Lei n.º 268/81, de 16 de Setembro, que foi sucessivamente alterado por diversos diplomas legais (DGSP, 2010).

Segundo o Decreto-Lei nº 265/79 (art. 158º), e posteriormente, o Decreto-Lei nº 268/91 (art. 44º), o sistema prisional português, para a execução de medidas privativas de liberdade, integra três tipos de estabelecimentos: Centrais, Regionais e Especiais. Os EP's Centrais orientam-se para o cumprimento de medidas privativas de liberdade, superiores a seis meses; os EP's Regionais destinam-se aos cumprimentos de medidas de prisão preventiva e de penas privativas de liberdade até seis meses; os EP's Especiais são para o internamento de reclusos que careçam de tratamento específico, incluindo centros de detenção e estabelecimentos para jovens adultos, estabelecimentos para mulheres, hospitais prisionais e hospitais psiquiátricos prisionais.

Os 50 EP's existentes no nosso país encontram-se distribuídos por quatro áreas geográficas, também designados por distritos judiciais: Distrito Judicial do Porto, Distrito

Judicial de Coimbra, Distrito Judicial de Évora e Distrito Judicial de Lisboa (inclui Regiões Autónomas), como se pode observar no Quadro 1.

Quadro 1 - Número de Estabelecimentos Prisionais em Portugal, por distrito e tipologia (DGSP, 2010)

Distritos	EP's Centrais	EP's Regionais	EP's Especial
Distrito Judicial do Porto	3	9	1
Distrito Judicial de Coimbra	2	8	1
Distrito Judicial de Lisboa	7	6	2
Distrito Judicial de Évora	3	7	1

Os EP's têm diferentes características e especificidades, que estão associadas ao tipo de população, espaço, alojamento, disciplina/segurança, organização/ocupação interna e legislação/comunicação com o meio exterior. De acordo com o critério de segurança, são classificados de “Segurança Máxima”, “Fechados”, “Abertos” e “Mistos”, integrando a maioria esta última classificação. Enquanto no Regime Aberto se prescinde total ou parcialmente de medidas de segurança, pelo facto de não existirem receios de evasão dos reclusos, no Regime Fechado há medidas rigorosas de vigilância, inclusivamente os reclusos residem numa área restrita e bem vigiada, para impedir a sua evasão. O Regime Misto inclui no mesmo estabelecimento reclusos que se encontram nos dois regimes (Velo, 1998).

O contacto dos reclusos com o mundo exterior tem-se revelado fundamental, quer como meio mais propício ao restabelecimento das relações com a sociedade, de forma geral e progressiva, quer como forma de reduzir as consequências prejudiciais de longos períodos de privação de liberdade (Decreto-Lei nº 265/79, de 1 de Agosto). Assim, os reclusos condenados podem ser colocados em Regime Aberto Voltado para o Interior (RAVI), em Regime Aberto Voltado para o Exterior (RAVE), e ainda beneficiar de saídas ao exterior¹. O RAVI é concedido pelo director do estabelecimento prisional e possibilita o exercício de actividades dentro do perímetro do estabelecimento, sob uma vigilância apaziguada. O RAVE, também concedido pelo Director-Geral, destina-se aos reclusos que, após cumprimento de parte substancial da pena de prisão, pretendam trabalhar, estudar, frequentar cursos de formação profissional ou, mais recentemente, seguir programa de tratamento de toxicodependência no exterior (Cunha, 2002).

As políticas portuguesas têm contribuído na abertura dos Estabelecimentos Prisionais para a comunidade, realizando protocolos com o Ministério da Educação, com o Ministério do Emprego e Segurança Social, com o Ministério da Saúde e com várias

¹ Saídas de precárias prolongadas (até 16 dias por ano); saídas de curta duração (até 48 horas, uma em cada trimestre); saídas de preparação para a liberdade (até 8 dias, durante os últimos três meses do cumprimento da pena), e por último, saídas até doze horas (sob custódia).

unidades e entidades públicas e privadas. Neste modelo de prisão como sistema aberto, o recluso deixa de ser visto como um ser passivo e sob o qual se exerceria o regime penitenciário, para passar a representar uma função activa na vida do próprio sistema, como elemento potenciador da sua própria dinâmica, simultaneamente actor e produto, meio e fim, de toda a cadeia de auto-regulação que o sistema impõe (Gonçalves, 2002).

1.1.2. EP Central de Castelo Branco e EP Regional da Covilhã

Os estabelecimentos prisionais onde se realizou o nosso estudo pertencem ao Distrito Judicial de Coimbra e têm características distintas entre si. O Estabelecimento Prisional de Castelo Branco é Central, e relativamente à segurança é de Regime Fechado. Por outro lado, o Estabelecimento Prisional da Covilhã é Regional e a segurança é de Regime Aberto (RAVI/RAVE). Neste último EP está também integrada a Quinta de São Miguel, que se destina ao acolhimento de reclusos em Regime Aberto, que desenvolvem actividades agrícolas. No entanto, além de próximos geograficamente, estes EP's possuem algumas características semelhantes, nomeadamente no que concerne às unidades de cuidados de saúde, às unidades de ensino, à formação profissional, às ocupações laborais, actividades sócio-culturais e desportivas, à articulação com o exterior e protocolos com instituições públicas e privadas, bem como acolhem, ambos, apenas população reclusa do sexo masculino (DGSP, 2010).

1.2. População Prisional

Segundo Gonçalves (1999) a população prisional constitui “um grupo de indivíduos que são obrigados a viver em determinadas condições de espaço e clima social, por tempo igualmente determinado, mas bastante variável de indivíduo para indivíduo” (p. 209). Esta população depara-se nessa situação, não por sua vontade própria mas porque outrem (e.g. a polícia, os tribunais, a sociedade) assim o decretou, além disso, trata-se de indivíduos que, na maioria dos casos, provêm dos estratos mais desfavorecidos da população geral, com modos de pensar e agir em muito determinados pelas mudanças culturais e económicas próprias dessas camadas sociais.

Um conjunto significativo de estudos têm sido desenvolvidos na tentativa de explicar e caracterizar o comportamento delinquentes (Cooper & Berwick, 2001; Gonçalves, 1999, 2002, 2005; Gonçalves & Vieira, 2005b; Lopez-Coira, 1992). De acordo com estes estudos, devem ser consideradas as condições pessoais e sociais que condicionam a predisposição para a vida criminal no indivíduo, tais como a vinculação social, a necessidade de

estimulação e procura de sensações e o auto-conceito pobre. Gonçalves e Vieira (2005b) referem que a escolha de um “estilo de vida anti-social” poderá explicar-se pela preferência do sujeito em evitar responsabilidades, pela descrença nas vantagens advindas de um desempenho convencional (percepção de que o dispêndio de esforços em prol da convencionalidade não justifica os ganhos) e por um profundo sentimento de incompetência. Assim, a criminalidade é conceptualizada como um estilo de vida marcado pela irresponsabilidade, auto-indulgência, comportamento interpessoal intrusivo e violação de regras sociais. Estes factores interagem entre si e dão origem ao tipo de comportamento que define o estilo de vida criminal do indivíduo.

Segundo estudos de Sinclair e Chapman (1973), a tipologia delinquente divide-se em sete grupos. O primeiro é o *delinquente ocasional*, que se caracteriza pela prática esporádica de delitos sob a influência do álcool e/ou de uma grande pressão psicológica. O segundo é o *delinquente tardio*, um indivíduo sem antecedentes criminais que só na idade adulta começa a cometer infracções, geralmente de ordem económica (e.g. fraudes, desvios). O terceiro é o *delinquente profissional*, o típico delinquente habitual que se caracteriza sobretudo pelo furto desde muito jovem, possuindo um cadastro razoável no domínio dos crimes contra o património. O quarto é o *delinquente agressivo*, caracterizado com um temperamento violento e impulsivo, que geralmente provém de famílias disfuncionais. O quinto é o *delinquente com um estatuto profissional diferenciado*, onde se incluem geralmente cidadãos honestos e respeitáveis, cujo envolvimento no jogo, dívidas, álcool ou prostituição os arrasta para a delinquência. O sexto é o *delinquente com infractores de profissão indiferenciada e integrados socialmente*, constitui o grupo com menor probabilidade de reincidência, e cujas dificuldades financeiras podem estar na origem da infracção. Por último, os *delinquentes inadaptados sociais*, são identificados como os vagabundos e sem-abrigo, cuja inexistência de apoio familiar leva à delinquência.

Relativamente ao ambiente prisional, Irwin e Cressey (1962, cit. in Gonçalves, 2002) descrevem algumas subculturas na prisão: a criminal, a prisional e a convencional ou legítima. A subcultura criminal reflecte-se na forma de estar e de viver dos indivíduos fora do EP, a sua liberdade é baseada em critérios que definem um código criminal. Esta subcultura geralmente origina uma outra muito semelhante, a subcultura prisional. A categoria de reclusos convencional ou legítima, corresponde a indivíduos reservados que se isolam mas respeitam a subcultura criminal. A adaptação à prisão vai depender da forma como o recluso partilhe ou não valores de uma subcultura criminal, podendo causar algumas consequências relativamente à posição que assumir. Neste sentido, os mesmos autores caracterizam três modos de orientação global dos reclusos, no âmbito do cumprimento da sua pena: i) reclusos que “fazem da prisão o seu mundo”, os quais procuram atingir e apoderar-se de posições de prestígio, dominando aspectos importantes da sub-cultura carcerária, dedicam-

se a actividades ilícitas, têm comportamentos agressivos e tentam influenciar e liderar com o seu poder persuasivo (e.g. presidiário veterano); reclusos que procuram “passar despercebidos”, utilizando estratégias de *coping* como evitar problemas, ocupar o tempo com actividades, estabelecer algumas amizades com outros presos, aderir a aspectos do código prisional, nomeadamente, não ser delator ou meter-se na vida dos seus companheiros e oferecer-se com frequência em participar nos programas de tratamento e aperfeiçoamento implementados na prisão, e, por último; reclusos que procuram “utilizar a prisão como meio de reabilitação”, ou seja, aproveitam o internamento forçado para tentar mudar radicalmente a sua vida, dedicam geralmente muito do seu tempo à leitura, à formação escolar e profissional, e por tendência, evitam o contacto com os seus antigos companheiros e, no caso dos toxicodependentes, aceitam a privação da droga resultante da reclusão, como ponto de partida para a sua recuperação (Gonçalves, 2002).

De acordo Clemmer (1940), os reclusos estão sujeitos no seu quotidiano a interferências globais, que são mediatizadas por factores próprios como: a personalidade; a quantidade e qualidade das relações que o detido tem com as pessoas exteriores ao mundo prisional; a integração em grupos por um sentimento de “nós” ou de união, embora não haja um vínculo na totalidade; a idade e a carreira; a atitude do recluso relativamente à aceitação ou não dos “dogmas”; a colocação do recluso numa determinada ala e num determinado trabalho. O mesmo autor descreve que os reclusos podem apresentar um elevado ou baixo grau de “prisionização”. No primeiro caso, incluem-se as situações em que a pena é longa, a personalidade do recluso é mais instável, existe uma maior necessidade de pertença a grupos mais ou menos unidos e uma disposição positiva pela prática da homossexualidade e pelos jogos de azar. Contrariamente, no segundo caso (baixo grau de “prisionização”), geralmente incluem-se os casos em que a personalidade é mais estável (pena a cumprir reduzida), é estabelecido um bom relacionamento com as pessoas do exterior e com os outros reclusos, mas sem integração em grupos com normas e valores estritamente definidos. Assim, se a pena do recluso é muito longa pode emergir uma incapacidade temporária de enfrentar alguns aspectos da vida quotidiana quando voltar para o exterior.

De acordo com alguns autores, uma grande parte dos reclusos *condenados* trabalha para que seja proposta a situação precária e a obtenção de trabalho em RAVI e posteriormente em RAVE, enquanto os *preventivos*² reagem mais aos objectivos imediatos, sendo mais complexa a obtenção de sucesso num projecto de médio ou de longo prazo (Cunha, 2002; Nabo, 2002).

² *Situação Preventiva* - Quando o indivíduo se encontra a aguardar julgamento pelo tribunal.

Nos estudos de Farrington (1998) sobre a reclusão, verificou-se que os reclusos que tinham uma ocupação antes da detenção apresentavam maior tendência para se sentir privados dos seus hábitos de trabalho, originando desmotivação e desinvestimento nas actividades propostas pelo EP, e assim aumentando a probabilidade de se instalar um estado de desânimo e abandono. Na mesma linha, vários autores afirmam que o afastamento dos amigos, dos familiares e da vida laboral, leva a sentimentos de insegurança e de submissão (Barreto, 2006; Cooper & Berwick, 2001). No entanto, Gonçalves (1999, 2002) afirma que o principal problema sentido pelos reclusos é a adaptação entre eles próprios, devido a fenómenos de rejeição, à dificuldade em estabelecer amizades, ao relacionamento geral com a população reclusa ou ainda devido ao medo que sentem uns dos outros.

A partir dos resultados obtidos nalguns estudos diferenciais com a população prisional, podemos encontrar na literatura uma descrição de algumas variáveis sócio-demográficas (e.g. diferenças de género, idade e escolaridade) que tipicamente a caracterizam, assim como algumas variáveis mais relacionadas com a situação penal e história criminal. Relativamente ao género, as mulheres, no geral, são muito afectivas e vinculativas, percebem mais facilmente a dedicação e o apoio por parte dos técnicos, precisam de mais atenção do que o sexo masculino, e são mais fáceis de motivar (Nabo, 2002). Segundo estatísticas da DGSP, reportadas ao ano de 2009 e ao 1º trimestre de 2010, constata-se que a idade média dos reclusos do sexo masculino situa-se aproximadamente nos 35 anos, 10% têm mais de cinquenta anos e 3% tem menos de vinte e um anos. No que respeita à escolaridade, a maioria dos reclusos só possuem o ensino básico (e.g. 35% possuem o 1º Ciclo do Ensino Básico), 5% não sabem ler nem escrever, 9% possui habilitações do ensino secundário e apenas 2% tem ensino superior. No que concerne à situação penal, 19,9% encontram-se preventivos e 80,1% condenados. Tendo em atenção o tipo de crimes, o mais representativo é o crime contra o património cuja percentagem é de 33%, em segundo lugar é o crime contra pessoas com 31,5%, e logo em terceiro, os crimes relativos a estupefacientes com 17% (DGSP, 2010; Gonçalves, 1999, 2002).

Do exposto neste capítulo, depreende-se que a população prisional absorve um universo de pessoas, que estão sujeitos a interferências globais, e que existem alterações na personalidade conforme o tempo de pena. Desta forma, releva-se a importância do papel dos técnicos de reeducação no meio prisional, nomeadamente o Psicólogo, para a detecção precoce de algumas psicopatologias e problemáticas, designadamente o abandono aprendido, a depressão, e a necessidade de promoção de estratégias de *coping* adequadas, de forma a preparar a inserção do recluso no meio prisional e fornecer competências para uma melhor reinserção na sociedade.

Capítulo 2 - Abandono Aprendido

2.1. Conceito de Abandono Aprendido

O construto “abandono aprendido” (*learned helplessness*) foi enunciado, pela primeira vez, por um grupo de investigadores liderados por Martin Seligman em 1967 (Barros, Barros & Neto, 1993a). As experiências deste grupo de investigadores conduziram Seligman à formulação da teoria original de *learned helplessness*.

O conceito de abandono aprendido surge na literatura com vários sinónimos, tais como: desamparo aprendido, resignação aprendida, desajuda aprendida, indefesa aprendida, abandono aprendido, desespero aprendido, impotência aprendida, incontrolabilidade aprendida e desânimo aprendido (Barros et al., 1993a). Segundo vários autores (Barros et al. 1993a; Barros, 1996) a designação *desânimo aprendido*, expressa melhor o significado do construto “learned helplessness” na língua portuguesa. No entanto outros autores (Faria, 1990; Fontaine & Faria; 1989), referem que a expressão *abandono aprendido* é de todas a mais abrangente, pela vantagem de abarcar as três componentes, cognitiva, afectiva (desânimo / desamparo) e comportamental. Caracterizando-se para além de outros sintomas, à debilitação da realização, baixa persistência e mesmo desistência ou abandono das tarefas acompanhados de afectos negativos.

Segundo os mesmos autores a tradução do termo inglês “*hopelessness*” é mais próxima da expressão *desânimo*, em que é usado como sinónimo de expectativas negativas em relação ao futuro e considerado central na síndrome depressiva. As suas manifestações são particularmente nas componentes afectiva (falta de esperança, desespero, desânimo) e cognitiva (expectativas negativas em relação ao futuro) e não existe a componente comportamental. No entanto as expectativas negativas em relação ao futuro (*hopelessness*), podem conduzir ao fenómeno do abandono aprendido (*learned helplessness*) (Faria, 1990).

Por seu turno, Lima e colaboradores (2002) referem que o abandono aprendido representa “um quadro em que o indivíduo acredita que os esforços e as tentativas desenvolvidas para controlar ou prever os resultados e situações, são frustradas, aprendendo que os resultados são independentes das respostas voluntárias” (p.26).

Quando um indivíduo acredita que nada poderá fazer para alterar os eventos que ocorrem na sua vida, as respostas de desistência e de abandono serão as mais previsíveis. Assim, o abandono aprendido envolve três componentes fundamentais: 1) a presença de um acontecimento importante que está para além do controlo pessoal; 2) a resposta de desistência; e por último, 3) a cognição subjacente de que nenhuma acção voluntária será capaz de controlar o resultado. Neste sentido, Faria (1990) refere-se ao conceito de abandono aprendido como uma síndrome, é “uma consequência da adopção de um padrão

atribucional específico na análise de acontecimentos negativos, traduzindo-se quer pela inibição da acção, para evitar tais acontecimentos, quer por sentimentos de desânimo” (p. 27).

2.2. Modelos Teóricos do Abandono Aprendido

2.2.1. Modelo do Abandono Aprendido de Seligman

O modelo de Abandono Aprendido de Seligman (1975) postula que os indivíduos submetidos a situações de aprendizagem em que o seu comportamento não está relacionado com os resultados obtidos (situações incontroláveis) tendem posteriormente a exhibir deficiências do tipo motivacional, cognitivo e afectivo. As deficiências a nível motivacional resultam da dificuldade em iniciar respostas voluntárias e derivam das expectativas de que os resultados são incontroláveis e independentes da sua acção. Esta percepção cognitiva de incontrolabilidade relaciona-se com a resposta afectiva, sendo o afecto depressivo a consequência lógica da expectativa de incontrolabilidade dos resultados (Hunziker, 2005; Jiménez, 2006; Maia, 1998).

O modelo foi inicialmente formulado com base em estudos experimentais realizados com animais e só posteriormente alargado ao estudo de seres humanos. Num dos estudos clássicos, realizado com cães, verificou-se que os animais previamente sujeitos a choques eléctricos a que não conseguiam escapar tendiam subsequentemente a não fazer esforço para escapar de outros choques eléctricos que era possível evitar (Barros, 1996; Castro, 1985; Hunziker, 2005). Os investigadores verificaram que os cães submetidos a estimulação aversiva e incontrolável, mostravam determinados défices motivacionais, cognitivos. Assim, a noção de que certas experiências com resultados que suscitam aversão e parecem incontroláveis conduzem à crença generalizada de que os resultados são independentes das respostas, o que tem como consequência o decréscimo da actividade adaptativa e instrumental dos sujeitos, quando confrontados com estímulos que provocam aversão (Fontaine & Faria, 1989).

No seguimento desta investigação clássica, Seligman e a sua equipa desenvolveram alguns estudos experimentais, com a finalidade de testar o mesmo fenómeno com sujeitos humanos (Barros, 1996). Um dos estudos teve como objectivo analisar as expectativas de sucesso futuro em tarefas de "competência" e de "sorte" com alunos universitários. A amostra foi submetida à execução de dois tipos de tarefas (actividades que exigiam o domínio de competência e actividades cujo sucesso apenas dependia da sorte), e dividida em três grupos, em função do tipo de estimulação fornecido enquanto a realização das

tarefas (e.g. estímulos controláveis; estímulos incontroláveis e sem qualquer estimulação). Foram ainda avaliadas as expectativas de alunos universitários diagnosticados com depressão (sem estimulação prévia). Na análise dos resultados, relativamente às tarefas de competências verificou-se que os alunos deprimidos e os alunos “normais” (com estimulação incontrolável), demonstravam menos alterações de expectativas de sucesso no futuro em comparação dos alunos dos outros dois grupos (estimulação controlável/ausência de estimulação). Por outro lado não se verificou diferenças relativamente às tarefas determinadas pela sorte. Pelos resultados obtidos os investigadores concluíram que os alunos expostos a estímulos incontroláveis e os alunos deprimidos tinham adquirido uma expectativa de incontrolabilidade entre o comportamento e os resultados.

Outro estudo de Seligman (1975) teve como objectivo comparar, em laboratório, as respostas de indivíduos com sentimentos de “abandono” com o comportamento de indivíduos que sofriam de depressão. Os dois grupos evidenciaram padrões de resposta semelhantes, incluindo passividade, atraso na aprendizagem, redução da agressividade, perda de apetite, expectativas negativas e sentimentos de abandono, desesperança e impotência. Da mesma forma, Araújo-Soares e colaboradores (2001) referem que os sintomas do AA apresentam muitas semelhanças com o quadro psicopatológico da depressão, sendo algumas das características comuns: a passividade, a baixa auto-estima, a tristeza, a agressividade e a diminuição de apetite. A ideia chave no conceito de abandono aprendido parece centrar-se, assim, na percepção de falta de controlo sobre os acontecimentos de vida negativos vivenciados pelo indivíduo.

No sentido de compreender os resultados obtidos das investigações, Seligman e seus colaboradores apresentaram uma hipótese interpretativa para o modelo ou teoria do *Abandono Aprendido* (Maier & Seligman, 1976; Seligman, 1975). No Quadro 2 sistematiza-se a hipótese proposta e respectivos pressupostos.

Quadro 2 - Hipótese Interpretativa do Modelo de Abandono Aprendido (Adaptado de Barros, 1996)

1. Quando um organismo não consegue controlar o desenrolar dos acontecimentos pela própria acção, isto é, se os acontecimentos do meio são independentes do seu comportamento, diz-se que se encontra numa situação de não contingência ou incontrolabilidade;
2. Se um organismo for repetidamente exposto a consequências que são independentes de qualquer resposta instrumental (situações de não contingência) aprende que não haverá contingência entre o seu comportamento e o reforço no futuro;
3. Em consequência daquela aprendizagem, o organismo comporta-se de forma "desanimada";
4. O fenómeno do desânimo aprendido caracteriza-se por um triplo défice: motivacional, cognitivo e emocional.

Seligman (1975) refere que quando o indivíduo se envolve em situações incontroláveis, aprende que os eventos não dependem das suas respostas, caindo assim

no desânimo, na frustração e/ou na depressão. Segundo Barros e colaboradores (1993a), quando os sujeitos não conseguem dominar a situação, “generalizam as suas respostas de impotência a outras situações mais ou menos idênticas, o que lhes dificulta a aprendizagem de respostas simples de fuga ou de evitamento” (p. 39). Por outro lado, os indivíduos que não apresentam reacções negativas face a situações de incontrolabilidade, provavelmente vivenciaram experiências prévias de sucesso, ou então mais dificilmente generalizam as suas percepções e expectativas de uma situação adversa para outra.

O modelo do Abandono Aprendido é associado por muitos autores ao conceito de externalidade (expectativa de incontrolabilidade), contemplado no conceito de *locus* de controlo de Rotter (Barros et al., 1993a; Griffith, 1985; Ozioko, 2000). Por exemplo, Barros e Barros (1990) referem que o AA está intimamente ligado ao *locus* de controlo, uma vez que se refere às expectativas do indivíduo em relação à fonte dos reforços, o que se enquadra neste modelo, em que as expectativas se centram na *não-contingência*.

O *locus* de controlo é definido por Rotter, em 1966, como uma característica psicológica que caracteriza o grau em que o indivíduo percebe que o que lhe acontece na vida do dia-a-dia é consequência das suas acções e, por isso, pode ser controlado por ele (controlo interno) ou, como não tendo relação com o seu comportamento e, por isso, está fora do seu controlo (controlo externo) (Pais Ribeiro, 1994). Rotter conceptualiza o *locus* de controlo como a “percepção do indivíduo que um reforço sucede, ou é contingente, ao seu comportamento, *versus* a percepção, que o reforço é controlado por forças exteriores a ele e pode ocorrer independentemente da sua acção” (Pais Ribeiro, 1994, p.3).

No entanto, vários autores (Barros et al., 1993a; Maia, 1998; Neto & Ito, 1998), questionaram a veracidade deste modelo, revelando a sua insuficiência para explicar a depressão. Desta forma, o modelo não permite fazer predições acerca das condições em que a expectativa de incontrolabilidade conduzirá a sintomas de desânimo a longo prazo (como é que os sintomas se generalizam para outras situações) e em segundo lugar, não especifica as condições em que essas experiências resultam em desânimo específico e/ou temporário. Além disso, nalguns estudos verificou-se que a incontrolabilidade de um evento não produziu abandono, no entanto em algumas vezes até facilitou o desempenho. As críticas levantadas ao modelo inicial de Seligman conduziram à necessidade de o reformular, de modo a garantir uma melhor adequação aos seres humanos

2.2.2. Modelo Reformulado do Abandono Aprendido

Numa tentativa de responder a estas incongruências do modelo original, Abramson, Seligman e Teasdale (1978) realizaram várias reformulações, que serviram de base na construção de um novo modelo. Os autores partem do pressuposto que os sujeitos submetidos a experiências de adversidade formulariam questões sobre a sua incapacidade em controlar os acontecimentos, sendo que as suas respostas influenciariam a expectativa de incontrolabilidade, dando então origem aos sintomas de desânimo (Barros et al., 1993a; Faria, 1990; Lima Santos et al., 2002). Basicamente, o modelo reformulado do AA coloca em causa a possibilidade de o desânimo surgir directamente da percepção de incontrolabilidade, uma vez que os acontecimentos positivos e incontroláveis dificilmente conduzem ao desânimo. Só os resultados incontroláveis aversivos se relacionam com o afecto depressivo. Deste modo, a expectativa de não contingência entre comportamento e resultado não é suficiente para originar o desânimo (Araújo-Soares et al., 2001; Neto & Ito, 1998).

No âmbito da Psicologia Social, as explicações sobre o comportamento dos indivíduos e os acontecimentos complexos da realidade social, constituem o objecto de estudo das teorias de atribuição. A teoria atribucional centra o seu interesse na percepção do sujeito acerca das causas dos acontecimentos, analisando as suas implicações na motivação e na alteração, ou manutenção, de comportamentos orientados para um determinado objectivo, face a experiências de sucesso ou de fracasso (Azevedo & Faria, 2006).

As teorias da atribuição surgiram em 1958, a partir dos trabalhos pioneiros de Fritz Heider, sendo o primeiro a propor uma análise sistemática das estruturas causais. Na base destas teorias está o pressuposto de que o Homem é motivado para descobrir as causas dos eventos e compreender o seu ambiente, considerando que as relações estabelecidas entre o indivíduo e o meio influenciam a forma como este se comporta. Assim, as atribuições causais desempenham um papel fundamental na determinação dos comportamentos, cognições e emoções dos indivíduos (Beck, 2001).

A noção de estilo atribucional, presente no modelo reformulado, configura um conjunto de explicações para os acontecimentos adversos e incontroláveis, com um padrão relativamente consistente e negativo. Mais especificamente, este padrão inclui atribuições dos acontecimentos a factores da pessoa em vez do meio, a aspectos globais em vez de específicos ou particulares e as condições que permanecem no tempo em vez de poderem ser alteradas (Lima Santos et al., 2002; Santos, Santos, Lima & Faria, 2007). Neste modelo “são realçados os processos cognitivos envolvidos na situação de abandono, não sendo necessário que o sujeito vivencie, de forma sucessiva, eventos negativos para desenvolver

abandono: é suficiente que tenha a expectativa de que esses eventos serão incontroláveis” (Lima Santos et al., 2002, p. 78). Ou seja, o indivíduo “aprende” que certos resultados e respostas são independentes da sua acção e faz atribuições quanto às causas deste fenómeno (Fontaine & Faria, 1989).

Enquanto a atribuição causal é um juízo de valor posterior ao acontecimento, o *locus* de controlo é essencialmente uma expectativa, pelo que precede o acontecimento (Barros et al., 1993a). Desta forma, o modelo reformulado afasta-se da teoria de Rotter (*locus* de controlo) integrada no modelo original, e aproxima-se da perspectiva de Weiner, com a teoria atribucional.

Na teoria de Weiner o princípio básico é o “de que os indivíduos procuram descobrir porque é que os acontecimentos, ou pelo menos os mais relevantes ocorrem” (Santos, 1989, p. 39). Devido à diversidade de atribuições causais identificadas, e no sentido de as organizar e sistematizar, Weiner desenvolveu uma categorização com três dimensões bipolares diferentes: o *locus* de causalidade, estabilidade e controlabilidade. O *locus de causalidade* corresponde à localização (interna ou externa) da causa percebida pelo indivíduo; a *estabilidade* refere-se à duração temporal (estável vs. instável) da causa, e por último a *controlabilidade* corresponde à possibilidade de a causa vir a ser alterada pelo indivíduo (controlável vs. incontrolável) (Azevedo & Faria, 2006; Heimberg, Klosko, Dodge, Shadick, Becker & Barlow, 1989; Lima Santos et al., 2002; Santos, 1989; Weiner, Frieze, Kukla, Reed, Rest & Rosenbaum, 1971).

Os pressupostos de Weiner e colaboradores (1971) indicam que o empenho das pessoas na realização de uma tarefa depende, em parte, das suas expectativas de sucesso ou fracasso nesta tarefa específica. Essas expectativas, por sua vez, são determinadas em grande parte, pelas atribuições causais que estabelecem para os eventos que se seguiram ao seu comportamento. Assim, as atribuições causais influenciam as expectativas e, por conseguinte, a motivação e o comportamento.

Os primeiros estudos desenvolvidos para identificar as atribuições causais mais comuns a situações de sucesso e fracasso destacam quatro tipos de causas: capacidade, esforço, sorte e dificuldade da tarefa. Quando o indivíduo atribui o êxito (ou o fracasso) a causas estáveis, tenderá a gerar expectativas de que no futuro continuará a experimentar sucesso (ou fracasso). No entanto, se as causas se consideram instáveis, tanto no caso do êxito como do fracasso, o sujeito terá mais dificuldade em elaborar previsões sobre o que irá acontecer no futuro, pois acredita que tanto uma situação como outra poderão ocorrer. Por outro lado, a atribuição a causas controláveis pelo sujeito, como por exemplo o esforço, produz motivação e persistência, o que contribui para aumentar o rendimento e melhorar, sobretudo face ao fracasso, o que já não ocorrerá no caso de se justificar os resultados com factores incontroláveis, como por exemplo o azar ou a sorte (Azevedo & Faria, 2006; Barros

et al., 1993a). O indivíduo, em função das suas experiências prévias e características pessoais (como o autoconceito), pode ainda recorrer a causas externas (e.g. sorte, dificuldade das tarefas) ou internas (capacidade, esforço, etc.), para explicar os seus bons e fracos desempenhos, estando esta dimensão das atribuições causais mais relacionada com o “locus” da causa – intrapessoal ou alheia ao sujeito (Mascarenhas, Almeida & Barca, 2005; Santos, 1989).

As dimensões causais desempenham também um papel central no processo emocional, já que cada dimensão se encontra relacionada com um conjunto particular de emoções. Procurando ilustrar esta ideia, descrevemos, no Quadro 3, a tipologia de atribuições em função da sua origem interna ou externa, do seu maior ou menor controlo e da sua maior ou menor estabilidade no tempo, explicitando os sentimentos normalmente associados.

Quadro 3 - Atribuições causais e reacções afectivas face ao êxito e ao fracasso (Adaptado de Mascarenhas et al., 2005)

Atribuição causal	Reacções afectivas face ao êxito	Reacções afectivas face ao fracasso
Causa interna, estável e incontrolável (e.g. capacidade)	Sentimento de competência, confiança em si mesmo, orgulho e satisfação	Sentimento de incompetência, perda da confiança em si mesmo
	Altas expectativas de êxito futuro	Baixas expectativas para o futuro
	Responsabilidade diante do êxito	Responsabilidade diante do fracasso
Causa interna, instável e controlável (e.g. esforço)	Orgulho e satisfação	Culpabilidade
	Responsabilidade diante do êxito	Responsabilidade diante do fracasso
	Sentimentos de controlo	Sentimentos de controlo e expectativas de prevenir o fracasso futuro
Causa externa, instável e controlável (e.g. sorte, outras pessoas)	Surpresa	Surpresa
	Ausência de responsabilidade diante do êxito	Ausência de responsabilidade diante do fracasso
	Gratuidade	Conformidade, ira, raiva perante as pessoas responsáveis pelo fracasso

De acordo com Fontaine e Faria (1989), as reacções afectivas originadas directamente pelos resultados (satisfação face ao sucesso vs. insatisfação face ao fracasso), ou indirectamente pelas dimensões causais, assim como os aspectos cognitivos que as suscitam (realçando o papel das expectativas), podem afectar a qualidade da execução do indivíduo, pela selecção ou evitamento de tarefas e de objectivos, pelo tipo de reacções do sujeito perante o fracasso ou a ambiguidade de certos resultados e também pela persistência que suscitam. Desta forma, “prevê-se assim que as atribuições do fracasso a causas internas, estáveis e incontroláveis (e.g. capacidade), possam ter consequências

negativas sobre a persistência na tarefa e a qualidade da realização e possam conduzir a fenómenos como o abandono aprendido” (p. 8).

No entanto, Wortman e Dintzer (1978) indicam a importância de ter em conta, na explicação do fenómeno do abandono aprendido, outras variáveis e processos cognitivos, para além das atribuições e das expectativas. Neste sentido, o modelo reformulado do abandono aprendido vai mais além da perspectiva de Weiner, caracterizando o fenómeno com padrões cognitivos, afectivos e comportamentais mais gerais, sobretudo perante tarefas complexas e que implicam fracasso (Fontaine & Faria, 1989). Nesta base, Abramson e colaboradores (1978) introduziram outra dimensão nas atribuições causais: a *globalidade* (global vs. específica), a qual se refere à amplitude das situações que uma causa pode abranger, ou seja, algumas causas são específicas a uma situação, enquanto outras se generalizam a outras situações e contextos.

De acordo com Abramson e colaboradores (1978), o abandono aprendido foi essencialmente interpretado como incompetência ou incapacidade pessoal de controlar os resultados. Desta forma, os défices de desânimo originados por atribuições internas são designados por *desânimo pessoal*, enquanto os défices provocados por atribuições externas são designados por *desânimo universal*. Salientando que a dimensão *estabilidade* determina a duração no tempo do desânimo, enquanto a dimensão *globalidade* determina a generalização do desânimo a um dado conjunto de situações. Os mesmos autores referem que as causas internas, globais e estáveis perante acontecimentos negativos ou indesejáveis serão representativas de um estilo atribucional debilitante, precursor da depressão. Quando o indivíduo percebe os eventos incontroláveis como sendo causados por causas internas, globais e estáveis encontra-se em risco, pois terá maior probabilidade de apresentar baixa auto-estima, sintomas depressivos e défices cognitivos e motivacionais (Azevedo & Faria, 2006; Fontaine & Faria, 1989; Lima Santos et al., 2002).

No âmbito do modelo reformulado e com o objectivo de avaliar o abandono aprendido - foram construídos alguns instrumentos, designadamente, o *Atributional Styles Questionnaire* (ASQ), construído em 1979 por Abramson, Seligman, Semmel e Von Baeyer, e a *Learned Helplessness Scale* (LHS), construída em 1988, por Quinless e McDermott. A LHS - ou *Escala de Abandono Aprendido* (EAA) - foi traduzida e adaptada para a língua portuguesa em 1999, por Lima Santos e Ribeiro e posteriormente refinada e publicada em 2002, por Lima Santos, Ribeiro e Faria. Foi precisamente este o instrumento utilizado no nosso estudo para a avaliação do AA, pelo que a sua descrição e caracterização serão abordadas mais à frente, no capítulo 6.

Em suma, segundo os modelos teóricos abordados, o abandono aprendido é um construto psicológico que postula a existência e adopção de um padrão atribucional específico para a análise de acontecimentos negativos. Fundamentado na inibição da acção

para evitar tais acontecimentos e em sentimentos de desânimo, este padrão, ou estilo atribucional, representa um conjunto de explicações consistente e negativo para esses acontecimentos, suportadas em factores incontroláveis, globais e estáveis (Abramson et al., 1978, Barros et al., 1993a; Fontaine & Faria, 1989; Faria, 1990; Lima Santos, Ribeiro & Faria, 2008).

2.2.3. Críticas ao Modelo Reformulado

As incongruências dos resultados do modelo inicial levaram a estudos inspirados no modelo reformulado, conduzidos particularmente por Dweck e colaboradores (Dweck, 1975; Dweck & Reppucci, 1973; Dweck & Elliot, 1983; Elliot & Dweck, 1988, cit. in Barros et al., 1993a). Embora este novo modelo supere, de facto, muitas das limitações do modelo inicial, os resultados também não se mostram concludentes, pelo que vários autores criticam as suas concepções fundamentais e a sua contribuição para a compreensão da depressão.

Wortman e Dintzer (1978), por exemplo, reconhecem o contributo do modelo reformulado, mas por outro lado colocam em causa alguns dos seus princípios e questionam as suas potencialidades para explicar a depressão. Segundo os autores, o modelo reformulado postula que os deprimidos, quando sujeitos a situações incontroláveis com resultados negativos, fazem atribuições internas, estáveis e globais, mas não explica porquê, nem por que é que outros indivíduos, face às mesmas situações, fazem atribuições com características contrárias. Na mesma vertente Schwartz (1981), num artigo intitulado "*Does helplessness cause depression or do only depressed people become helpless?*", explica por que razão não faz sentido dar ênfase aos processos atribucionais como explicação da depressão. De acordo com o autor, as pessoas sujeitas a situações de não contingência farão interpretações (como prevê o modelo reformulado) que, devido ao viés positivo que as caracteriza, nunca conduzirão ao desânimo, pois sentir-se-ão "desculpabilizadas". Pelo contrário, os deprimidos identificarão a não contingência, o que poderá ser visto mais como um sintoma de depressão do que a causa.

Desta forma, os autores que criticam o modelo reformulado na explicação da depressão, questionam se é o estilo atribucional que conduz à depressão, ou se este padrão de pensamento é um dos sintomas de depressão. Em suma, os teóricos referem que "explicações causais e estilo explicativo não são por si mesmos suficientes para determinar a depressão, mas sim, factores de risco que aumentam a probabilidade de que a pessoa se sinta deprimida ou em desamparo frente a eventos negativos" (Neto & Ito, 1998, p. 271).

Apesar das críticas que foram surgindo ao longo do tempo, acompanhando a evolução de diversos modelos teóricos para o AA, Fontaine e Faria (1989) indicam que o

estudo sobre este construto proporcionou contributos muito importantes e que, apesar de alguma ineficiência na sua aplicação em certos domínios, tem-se mostrado útil e adequado noutras. Como por exemplo, demonstrou que certas dimensões causais, como a controlabilidade, não são totalmente independentes, referem que há uma focalização das atenções em relação aos padrões atribucionais, para a avaliação das consequências comportamentais das atribuições, principalmente em situações de fracasso e não sobre cada dimensão isoladamente. Para além disso, no que se refere à depressão, que em contextos como a reclusão se manifesta de forma acentuada, salienta-se que os factos dos eventos provocam aversão, por si só, serem insuficientes para explicar as emoções negativas e comportamentos característicos da síndrome, pondo em relevo a estabilidade do padrão atribucional. Assim, Faria (1999) salienta a importância de se estudar as atribuições causais dos sujeitos em função dos diferentes contextos sociais de existência. A constatação de que grupos de sujeitos com costumes de socialização semelhantes desenvolvem padrões atribucionais com o mesmo significado, sugere que a análise da causalidade dos resultados, bem como da sua interpretação em termos de dimensões causais, varia em consequência de experiências individuais e de socialização diferenciadas. Neste sentido, as experiências de vida dos sujeitos suscitarão consequências cognitivas, afectivas e comportamentais diferentes, consoante a especificidade dos contextos de realização em causa.

2.3. Abandono Aprendido na População Prisional

Como já foi referido, no meio prisional existe uma conjugação de factores stressantes (e.g. entrada na prisão, sobrelotação, vitimização, isolamento disciplinar, processo legal, rusgas à cela, falta de privacidade, ruído, falta de conforto, acontecimentos de vida negativos decorrentes da reclusão), que colocam os reclusos em situações de tensão extrema. Mesmo os reclusos mentalmente mais fortes e saudáveis poderão sentir dificuldades ao nível da sua capacidade de resolução de problemas ao longo do processo de reclusão (Moreira, 2008).

No âmbito da teoria do abandono aprendido prevê-se que pessoas que se tornam desanimadas depois de um acontecimento aversivo (e.g. estar preso), mais facilmente olharão para este fenómeno como algo impossível de ser controlado. Assim, as pessoas que se encontram num estado de desânimo e depressão mais facilmente farão um conjunto de atribuições, tais como: auto-culpabilização (atribuições causais internas), em vez de culparem os outros pelo que está a suceder (externa); percepção de que a reclusão irá afectar todas as áreas da sua vida (atribuição global), e não apenas uma área (específica);

e crença na persistência da sua condição (atribuição estável), em vez de acreditarem que esta poderá vir a alterar-se no futuro (instável).

Quando o indivíduo acredita que as causas subjacentes à situação têm a ver com a sua própria falta de capacidade, que sempre foi assim e sempre assim continuará a ser, criam-se condições para a instalação da síndrome de abandono aprendido, situação em que as pessoas não geram quaisquer estratégias protectoras e permanecem passivas perante as dificuldades e acontecimentos aversivos (Araújo-Soares et al., 2001; Barros et al., 1993a; Faria, 1990; Fontaine & Faria, 1989; Lima Santos et al., 2008).

Contudo, fazer atribuições incontroláveis, internas, estáveis e globais não causa por si só depressão. Alguns autores defendem a ideia de que, para além do estilo atribucional, existem outros construtos psicossociais que diferenciam os indivíduos em estado de depressão dos restantes sujeitos, nomeadamente diferenças a nível de atitudes disfuncionais, do suporte social, do ajustamento marital, do estilo de *coping* e da personalidade. Deste modo, a teoria atribucional pode ser apenas uma das explicações possíveis para o aparecimento de uma reacção depressiva nos reclusos, justificando-se o desenvolvimento de mais estudos sobre o AA e a depressão, bem como sobre outros factores ou variáveis que poderão ajudar a uma maior compreensão sobre estes fenómenos, considerando contextos específicos de socialização e interacção com o meio (Araújo-Soares et al., 2001; Faria, 1999; Fontaine & Faria, 1989; Wortman & Dintzer, 1978).

Segundo Gonçalves (1999), o processo adaptativo à prisão não é independente da história pessoal de cada indivíduo e dos vários momentos adaptativos (e.g. escola), desta forma o abandono mais ou menos precoce da escola, e o fracasso na aprendizagem, justifique outras dificuldades de adaptação futuras. Segundo Faria (1999) demonstra que os indivíduos com pouca escolaridade e com poucos recursos económicos, apresentam níveis mais elevados de abandono aprendido. Na mesma linha empírica, os estudos de Lima Santos, Ribeiro e Faria (2002, 2008) revelaram que a manifestação do abandono aprendido está relacionada com o avanço da idade, em que o indivíduo mais velho apresenta alguns défices cognitivos e motivacionais significativos. Por outro lado, no contexto prisional, Gonçalves (1999) revela que a idade é uma variável fundamental, já que os reclusos mais jovens demonstram ser mais susceptíveis a desenvolver problemas adaptativos, por possuírem um repertório limitado de estratégias de *coping*.

Capítulo 3 - Depressão

3.1. Conceito de Depressão

A *depressão*, como categoria clínica, tem sido alvo de alterações na sua classificação nosológica, bem como na definição das suas características, ao longo dos tempos. Numa revisão abrangente, o conceito da depressão parece ter origem no termo *melancolia*, usado por Hipócrates. Este autor atribuía o estado melancólico ao excesso/alteração de bílis negra (humores básicos), tendo particular incidência na Primavera e Outono. Em 1621, Burton publica “anatomia da melancolia”, o qual descreve a sua experiência pessoal ao padecer de períodos “melancólicos” que alternavam com outros de alegria exagerada (Doron & Parot, 2001; Ferreira, 2007; Maia, 2001; Monteiro & Lage, 2007; Teles & Barbosa, 2009).

Mais tarde, na Idade Média, a depressão foi interpretada como um castigo de Deus, pela consciência de pecado (Teles & Barbosa, 2009). Pinel caracterizou a depressão como “uma grande pressão dos espíritos, abrangendo pessimismo, desespero e desconfiança” (Jackson, 1995, p.7). Porém, na década de 80 do século XIX, Emil Kraepelin diferenciou melancolia e depressão, considerando a primeira como entidade de diagnóstico ou tipo de insanidade, e a segunda como a descrição do humor disfórico ou do afecto. A nosologia descrita por este autor serviu de base para muitos dos modelos actuais da depressão (Jackson, 1995; Teles & Barbosa, 2009).

Kraepelin e Meyer introduziram, em 1908, o conceito de “tipos de reacção”, o qual remetendo a compreensão do sujeito para a apreensão das suas relações com o meio psicológico e social, levou a que a depressão fosse considerada “uma doença de adaptação”, cuja severidade seria variável. Com Meyer surge a ideia de interacção entre potencial hereditário e forças psicológicas e sociais desencadeantes de alterações de humor. Freud, contemporâneo de Kraepelin e Meyer, particularmente com a publicação de *Luto e Melancolia*, contribuiu também de forma decisiva para a compreensão da depressão (Caponi, 2009).

Ao longo do século XX, várias conjecturas da *depressão*, foram estudadas e discutidas, como a questão da natureza endógena ou exógena e os termos unipolar e bipolar. No entanto, a modificação mais marcante consistiu em considerar a depressão como doença ou perturbação afectiva ou de humor (Canale & Furlan, 2006; Caponi, 2009; Coelho, 2004; Maia, 2001; Matos, 2001).

Actualmente, o termo depressão, significa uma perturbação de humor, que necessita ser identificada e tratada, e que não está relacionada ao carácter do indivíduo nem com a

própria vontade do mesmo. Na psiquiatria, o termo depressão é usado para designar entidades nosológicas (psicose depressiva, depressão unipolar, transtorno depressivo maior, depressão pós-esquizofrénica), perturbação de humor ou sintomas (nos alcoólicos, esquizoafetivos, demenciados, parkinsonianos) (Canale & Furlan, 2006). No contexto clínico, o termo depressão não se refere somente a um humor deprimido, mas sim a uma complexa síndrome caracterizada por alterações de humor, de psicomotricidade e por uma variedade de distúrbios somáticos e neurovegetativos (APA, 2002).

De uma maneira geral, a depressão pode ser definida como um processo que se caracteriza por lentificação dos processos psíquicos, humor depressivo e/ou irritável (associado à ansiedade e à angústia), redução de energia (desânimo, cansaço fácil), incapacidade parcial ou total de sentir alegria e/ou prazer (anedonia), desinteresse, lentificação, apatia ou agitação psicomotora, dificuldade de concentração e pensamentos de cunho negativo, com perda da capacidade de planejar o futuro e alteração do juízo da realidade. A capacidade de crítica do estado mórbido pode ou não estar preservada. A gravidade e frequência dos sintomas variam muito de um deprimido a outro, podendo ser intermitentes ou predominar lentidão física e mental com inibição e ansiedade, ou ainda intensa agitação psicomotora ou estupor depressivo, com alucinações, ideias deliróides e/ou obnubilação da consciência, no caso da depressão psicótica (APA, 2002; Canale & Furlan, 2006; Caponi, 2009; Coelho, 2004; Maia, 2001; Matos, 2001).

3.2. Etiologia da Depressão

Embora as causas da depressão ainda sejam desconhecidas, muitas teorias têm sido propostas para tentar explicá-la, abrangendo uma interação de diferentes factores biológicos, sociais e psicológicos (Araújo, Nakano & Aquino, 2009; Canale & Furlan, 2006).

Alguns factores de risco contribuem para as variações da depressão, nomeadamente: sexo (morbilidade feminina) nível socioeconómico (maiores riscos na população de baixo nível económico); tipo de personalidade; e acontecimentos de vida (Pedinielli & Bernoussi, 2006).

Os tratamentos da depressão partem de pressupostos teóricos de modelos etiológicos. O modelo biológico debruça-se em estudos sobre neurotransmissores cerebrais e seus receptores, mais concretamente da serotonina, noradrenalina e dopamina (Kaplan et al., 1994). Na mesma linha, Sacristán (2000) enfatiza os factores de índole biológica: genética, hereditariedade, desregulações neuroendócrinas ou desregulações bioquímicas cerebrais, como também, os factores de índole psicológica e da experiência (e.g. factores

sociais, experiências de perda e/ou separação, desânimo aprendido, relações de stress), como explicações das causas da depressão.

No modelo cognitivo assume-se, como característica básica da depressão, a existência de um processamento da informação enviesado no sentido negativo, ou seja, os manifestos emocionais e comportamentais da depressão são produzidos e mantidos por uma avaliação negativa do ambiente e de si próprio (Beck, 1979). Essa avaliação negativa ocorre porque indivíduos depressivos tendem a distorcer as informações do ambiente de forma negativista (Estramiana, Garrido & Gallo, 2010; Lima, Knapp, Blaya, Quarantini, Oliveira & Lima, 2004; Kaplan, Sadock & Greeb, 1994; Neto & Ito, 1998).

Segundo Lima e colaboradores (2004) existe uma ligação nos aspectos neurobiológicos e cognitivos na manutenção da depressão. Justo e Calil (2006) afirmam que a depressão pode ser desencadeada a partir da influência do meio e dos aspectos sociais, estando esse factor ligado ao modo de apresentação dos sintomas, ou seja, da forma como cada indivíduo reagirá diante dele.

As causas da depressão são múltiplas e podem estar agrupadas em genéticas, ambientais, psicológicas, étnicas e somáticas. Como exemplos: alterações de neurotransmissores, hormonas e da imunologia estão intrinsecamente ligados, a predisposição familiar; acontecimentos emocionalmente desagradáveis que decorrem durante a vida de um indivíduo; o modo de encarar a realidade, uma personalidade introvertida, cognições, pensamentos e expectativas; os confrontos de valores; efeitos de alguns tratamentos para doenças físicas, sintomatologia de foro físico ou psíquico (Manual Merk, 2007). A origem da depressão pode ser, portanto, multifactorial e normalmente surge pela associação de vários agentes. No mesmo sentido, Kaplan e colaboradores (1994) descrevem uma sequência complexa de factores que podem levar à instalação e manutenção de uma perturbação depressiva, ou seja, dos factores genéticos, cuja causalidade directa ainda não está comprovada; dos factores biológicos, referindo-se essencialmente a alterações da regulação neuro-endócrina e a alterações dos ritmos do sono; e dos factores psicossociais, abordando aspectos como as experiências de vida e de stress ambiental.

3.3. Características e Critérios de Diagnóstico da Depressão

Fernandes Fonseca (1997) classifica depressão relativamente à sua forma clínica, em inibida, ansiosa, reactiva e somática, e quanto à sua evolução, em isolada, periódica e alternada (intercala com mania). O seu grau de intensidade varia desde ligeira (neuroses) até às formas mais grave (psicoses). As perturbações depressivas de acordo com o ICD10-

R (WHO, 2006) são modificações do humor ou do afecto no sentido depressivo (com ou sem ansiedade associada). A alteração do humor comumente é acompanhada de uma modificação no nível global da actividade, e na maioria os outros sintomas são secundários quer às alterações do humor e da actividade quer ao contexto destas alterações. A maior parte dessas perturbações tendem a ser recorrentes e a ocorrência dos episódios individuais pode frequentemente relacionar-se com situações ou factos de stress.

Segundo o DSM-IV (APA, 2002) a característica importante das Perturbações de Humor é a própria perturbação de humor que lhes está associada. Entre elas encontram-se a Depressão Depressiva Major, Perturbação Distímica, Perturbação Depressiva sem outra Especificação, Perturbação Bipolar I, Perturbação Bipolar II, Perturbação Ciclotímica, Perturbação Bipolar sem Outra Especificação, Perturbação do Humor Secundária a Um Estado Físico Geral, Perturbação do Humor Induzida por Substâncias, Perturbação do Humor Sem Outra Especificação (Quadro 4).

Quadro 4 - Organização das Perturbações de Humor, segundo o DSM-IV (APA, 2002)

Perturbações Depressivas (Perturbação Unipolar)	Perturbações Bipolares	Outras Perturbações Perturbações baseadas na etiologia
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Perturbação Depressiva Major; ▪ Perturbação Distímica; ▪ Perturbação Depressiva sem outra Especificação. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Perturbação Bipolar I; ▪ Perturbação Bipolar II; ▪ Perturbação Ciclotímica; ▪ Perturbação Bipolar sem Outra Especificação 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Perturbação do Humor Secundária a Um Estado Físico Geral; ▪ Perturbação do Humor Induzida por Substâncias ▪ Perturbação de Humor Sem Outra Especificação

No DSM-IV (APA, 2002) distinguem-se três tipos de depressão: “episódio depressivo major”, episódio único, que corresponde ao que habitualmente é designado por expressão aguda; o “episódio depressivo major recorrente”, em que há dois ou mais episódios depressivos major (para poderem ser considerados episódios separados, deve existir entre eles um intervalo de pelo menos dois meses consecutivos); e por último, a “perturbação distímica” caracterizada pela existência de humor depressivo durante a maior parte do dia (mais de metade dos dias, durante dois anos), podendo este estado ser relatado pelo próprio ou pelos outros. Em crianças e adolescentes pode ser encontrado um humor irritável e a sua duração deve ser, pelo menos, de um ano. A “depressão major” é descrita como um período de pelo menos duas semanas durante o qual existe humor depressivo ou perda de interesse em quase todas as actividades. Os indivíduos devem, também, experimentar pelo menos um sintoma adicional de uma lista que inclui alterações no apetite ou peso, sono e actividade psicomotora, diminuição da energia, sentimentos de desvalorização pessoal ou

culpa, dificuldades em pensar, concentrar-se ou tomar decisões, ou pensamentos recorrentes a propósito da morte ou ideação, planos ou tentativas suicidas.

De acordo com vários autores, a forma mais comum de classificação da depressão é aquela que diferencia a depressão bipolar e a depressão unipolar: a primeira caracterizada por longos períodos de depressão intercalados com episódios de mania (euforia), e a segunda por um estado contínuo ou periódico de depressão (APA, 2002; Canale & Furlan, 2006; Lima et al., 2004; Kaplan et al., 1994; Neto & Ito, 1998). Louzã-Neto e colaboradores (1995, cit. in Canale & Furlan, 2006) apresentam uma outra classificação, que considera os seguintes subtipos específicos de depressão: distímia, ciclotímia, depressão endógena ou melancólica, depressão atípica, depressão sazonal, depressão psicótica e depressão recorrente breve (cf. Quadro 5).

Quadro 5 - Tipos de Depressão (Adaptado de Canale e Furlan, 2006)

Distímia	Quadro depressivo leve, intermitente, de início insidioso, em que o indivíduo sofre oscilações de humor depressivo súbitas ou contínuas, de intensidade variável ao longo do dia e de um dia a outro, durante anos.
Ciclotímia	Caracteriza-se por instabilidade persistente do humor com alternância de inúmeros períodos distímicos.
Depressão endógena ou melancólica	Possui génese biológica, não importando se existe ou não factor psicogénico desencadeante.
Depressão atípica	Humor reactivo a estímulos e inversão dos sintomas vegetativos da depressão endógena (hipersonia, aumento do apetite e do peso).
Depressão sazonal	Caracterizada por episódios depressivos recorrentes no Outono e no Inverno e ausência de depressão na Primavera e no Verão.
Depressão psicótica	Trata-se de depressão grave, com presença de delírios e/ou alucinações, podendo ocorrer turvação da consciência em casos mais graves.
Depressão recorrente breve	Depressivos que apresentam sintomas por menos de duas semanas, um a dois episódios ao mês, pelo período de um ano.

Clinicamente, a depressão apresenta sintomas que vão além das alterações do humor. São frequentes alterações psicomotoras, cognitivas, neurovegetativas, nos ritmos circadianos e a sazonalidade. Os sintomas de humor são caracterizados pelo humor deprimido ou disfórico, variação diurna de humor (depressão do início da manhã; o humor melhora com o decorrer do dia), culpabilização, anedonia, retraimento social e ideação suicida. Nos sintomas cognitivos (do pensamento), verifica-se a falta de concentração e memória, indecisão e lentidão de pensamento. Relativamente aos sintomas somáticos são descritos pela perturbação do sono (insónia, hipersonia), perturbação do apetite (perda ou aumento de peso), perda de interesse pelo sexo, fadiga, obstipação, dores de cabeça e

agravamento de estados dolorosos. Por último os sintomas de psicose são descritos pelos pensamentos delirantes, alucinações e estados catatónicos (Mondimore, 2002).

Mato (2001) acrescenta ainda outras características ou sintomas, sendo menos típicas, que descrevem precisamente outra face desta condição clínica – a depressão atípica ou mascarada. Nesta situação, sem qualquer referência a queixas psicológicas, verificam-se sintomas de hiperfagia, hipersónia e queixas somáticas várias, como por exemplo, cefaleias ou outras dores, o que contribui em larga escala para o subdiagnóstico da depressão e a consequente ausência de um tratamento adequado. Quanto aos aspectos sociais, descreve também as dificuldades em estabelecer e manter um relacionamento interpessoal adequado, o isolamento social, a mudança radical na qualidade das relações e o absentismo escolar ou profissional, o que globalmente contribui para uma perda generalizada da qualidade de vida.

Segundo Montgomery (1995), alguns dos sintomas nucleares da depressão podem ser preditivos de tentativas de suicídio em doentes vulneráveis. O mesmo autor, postula ainda que, além da depressão, os pensamentos suicidas, a insónia e o pessimismo sobre o futuro podem ser indicadores responsáveis. Assim como, a dificuldade de concentração, a anedonia e o isolamento social, reflectem um maior risco. O risco de morte por suicídio é substancialmente maior na doença depressiva, tendo-se observado, “um número constante de cerca de 15% dos doentes deprimidos que eventualmente se matam” (p.102). Neste sentido alguns estudos revelam um maior risco na primeira semana após a avaliação da depressão do doente.

Maia (2001) descreve que a avaliação psicométrica da depressão através de escalas do tipo de auto relato tem dado origem a vários instrumentos, nomeadamente, o MMPI-D30 (Dempsy, 1964); SDS (Zung, 1965); Multiple Affect Adjective Check List (MAACL, Zuckerman & Lubin, 1980); BDI – Beck Depression Inventory ou Inventário Depressivo de Beck (Beck, Ward, Mendelsohn, Mock & Erbaugh, 1961/versão portuguesa aferida por Vaz Serra e Pio Abreu, 1973a e b), esta última é bastante utilizada em Portugal, quer no âmbito clínico quer em investigação, assim como o Inventário de Avaliação Clínica da Depressão (IACLIDE, Vaz Serra, 1994).

3.4. Epidemiologia da Depressão

Ao longo dos últimos anos, verificou-se um aumento significativo de indivíduos com quadro clínico de depressão. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2020, a depressão será das doenças com maior prevalência na população em geral, tornando-se

num dos principais problemas de saúde no mundo (APA, 2002; Araújo et al., 2009; Gonçalves & Fagulha, 2004; Lima et al., 2004; Maia, 2001; Vieira & Coutinho, 2008).

Dados recolhidos nos Estados Unidos da América (EUA) sugerem que aproximadamente 1,2% da população sofrem de algum tipo de Perturbação de Humor (APA, 2002). A prevalência da depressão em Portugal é cerca de 5% a 8%, com maior incidência no Sul, associada ou não ao suicídio, que predomina na região do Alentejo (Hallstrom & Maclure, 2000).

O risco ao longo da vida para a *Perturbação Depressiva Major* em amostras comunitárias tem variado de 10% a 25% para as mulheres e de 5% a 12% para homens. Quanto à *Perturbação Distímica*, a prevalência pontual seria de cerca de 3% para o conjunto da população, com uma probabilidade de ocorrência 2 a 3 vezes superior nas mulheres relativamente aos homens. As mulheres experimentam a depressão cerca de duas vezes mais frequentemente que os homens, especialmente a depressão bipolar. Muitos factores hormonais podem contribuir para a taxa aumentada de depressão em mulheres, particularmente factores, como mudanças do ciclo menstrual, gravidez, aborto, período pós-parto, pré-menopausa, e menopausa. A depressão no homem é geralmente mascarada por álcool ou drogas, ou pelo hábito socialmente aceitável de trabalhar horas excessivamente longas. A depressão tipicamente aparece em homens não como abandono ou desesperança, mas como irritação, raiva, e desencorajamento; portanto, a depressão pode ser difícil de reconhecer como tal em homens. Mesmo se um homem percebe que está deprimido, ele pode estar menos disposto do que uma mulher a procurar apoio. Quanto à idade, trata-se de uma patologia que atinge todas as faixas etárias, desde a infância até à terceira idade (APA, 2002).

Embora a depressão seja uma doença que afecta todas as culturas, existem diferenças marcantes quanto à incidência e à prevalência de transtornos depressivos em diferentes populações. Nalguns estudos realizados com amostras francesas, inglesas e portuguesas, verificou-se que estas têm em comum a sintomatologia de pessimismo e de incapacidade de decisão (Vaz Serra & Pio Abreu, 1973a). Contudo, aferiram igualmente que o sintoma mais presente nos portugueses foi a tristeza, nos ingleses a culpabilidade e nos franceses o pessimismo. A depressão pode ser expressa por queixas de “nervos” ou cefaleias nas culturas mediterrânicas e latinas; e a fraqueza, o cansaço ou “desequilíbrio”, os problemas de “coração” nas culturas chinesas e asiáticas (APA, 2002). Desde modo, além das diferenças metodológicas e da avaliação diagnóstica desses estudos, supõe-se que exista realmente variabilidade no quadro clínico de depressão de uma cultura para outra e, numa mesma cultura, em distintos grupos populacionais.

3.5. Depressão na População Prisional

Araújo e colaboradores (2009) referem a importância de estudos da depressão no meio prisional, uma vez que a literatura sugere, que “a prisão subjuga o recluso ao comando de uma estrutura autoritária e de uma rígida rotina de controlo sobre os indivíduos de forma contínua” (p. 381). Desta forma, tais condições, aliadas à privação da liberdade e do convívio social, à mudança de ambiente e tensão, poderiam promover a incidência da depressão e ansiedade nesta população.

A situação de privação imposta pelo ambiente carcerário não actua necessariamente da mesma forma em todos os reclusos. A vivência de situações adversas desencadeia, em cada indivíduo, diferentes respostas, reacções variadas, algumas adaptativas e outras que os expõem a riscos ainda maiores. O comportamento dos indivíduos perante essas situações irá depender da sua vulnerabilidade. A vulnerabilidade pode ser definida como uma predisposição para o desenvolvimento de disfunções psicológicas ou de respostas pouco apropriadas à ocasião, entre elas possíveis respostas deprimidas ou ansiosas (Moreira, 2008). De acordo Cooper e Berwick (2001) os reclusos com antecedentes psiquiátricos, sentimentos de culpa, falta de amigos e visita externa, que não participavam em programas de formação, desporto ou passatempos e que interiorizavam a severidade, constrangimentos e preocupações do ambiente prisional, tinham mais probabilidade de experienciar níveis elevados de ansiedade, depressão e comorbilidade psicológica.

Segundo Araújo e colaboradores (2009) os factores de risco para a depressão derivam de alguns eventos vitais (mudanças identificáveis no padrão de vida que afecta o bem estar do indivíduo); do stress crónico (condições que em longo prazo trazem dificuldades, tais como dificuldades financeiras e nas relações interpessoais, além de ameaças permanentes à segurança do indivíduo) e depende do suporte social (factores sócio-ambientais que podem modificar o efeito de stressores sobre as pessoas, tais como falta do cônjuge e isolamento social). No ambiente prisional estes factores assumem particular incidência, reforçando a hipótese de que o índice de depressão nesta população pode ser alto, considerando-se que a maioria dos estudos epidemiológicos mostra uma associação entre eventos negativos e depressão major (Boothby & Durham, 1999; Buffard, 1973; Gonçalves, 1999, 2002, 2005; Heimberg, Klosko, Dodge, Shadick, Becker & Barlow, 1989; Lopez-Coira, 1992; Mazerol, 1977; Ribeiro & Barros, 1995; Vieira, 1998).

Efectivamente a fase inicial do cumprimento da pena é responsável pela depressão e pelos estados ansiógenos, inerente à preocupação com possíveis consequências relacionadas com a detenção e com a incerteza de como vai decorrer o processo judicial. Esta fase da execução da pena potencia imensas reacções emocionais negativas, como

tristeza, solidão, medo, raiva, impotência, que potencia maior risco suicida durante esta fase da execução da pena (Gonçalves, 1999, 2002, 2005; Moreira, 2008).

No Brasil, Araújo e colaboradores (2009) efectuaram um estudo com o objectivo de analisar a depressão no meio prisional, utilizando o Inventário de Depressão de Beck (BDI). Os resultados apontaram para níveis elevados nas questões referentes à culpa, autopunição e autoaversão, sendo importante salientar que em nenhum dos itens se verifica um nível mais alto nos reclusos mais antigos, comparativamente com os reclusos mais novos. Estes por sua vez, também apresentam níveis mais elevados nos itens referentes a sentimentos de tristeza, pessimismo, fracasso, choro, irritabilidade, mudanças na auto-imagem, insónia, perda de apetite, perda de peso e preocupações com a saúde. Outro estudo no meio prisional português (Ribeiro & Barros, 1995) chegou a resultados idênticos, com a Escala de Autoavaliação da Depressão de Zung. Segundo a literatura, os níveis de depressão parecem diminuir à medida que o recluso em prisão preventiva se adapta à cultura prisional. A carga emocional a que o recluso está sujeito na fase inicial da execução da pena parece diminuir à medida que o recluso se adapta à instituição prisional (Gonçalves, 2002).

Capítulo 4 - Coping

4.1. Conceito de Coping

O *coping* tem sido traduzido por várias expressões, tais como “adaptação”, “confronto”, “gerir”, “lidar com”, para se referir ao mesmo fenómeno (Jesus & Pereira, 1994; Pais Ribeiro, 2009). Ao longo da sua vida o indivíduo é confrontado com múltiplos acontecimentos, problemas e situações mais ou menos difíceis, para as quais precisa de encontrar “estratégias de confronto” e “formas de lidar”. Segundo vários autores (Abreu, 2003; Costa & Leal, 2006; Pais Ribeiro, 2009; Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004), um indivíduo quando é confrontado com acontecimentos de vida, por ele avaliados como perturbadores, o seu organismo responde de forma a tentar gerir esses acontecimentos e ajustar-se a eles.

Pais Ribeiro e Rodrigues (2004) descrevem várias definições de *coping*, como, “qualquer esforço de gestão de stress; coisas que as pessoas fazem para evitarem ser magoadas pelos constrangimentos da vida; comportamentos cobertos ou abertos que as pessoas implementam para eliminar o distress psicológico ou as condições stressantes” (p.3). Outros autores, descrevem o *coping* como um conjunto de estratégias para responder a um acontecimento *stressante* (Abreu, 2003; Feldman, 2001; Oliveira, 1998; Pais Ribeiro, 2009; Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004; Santos, Pais Ribeiro & Lopes, 2006; Santos, Ribeiro & Guimarães, 2003; Suls, David & Harvey, 1996; Vaz-Serra, 1989). Numa perspectiva mais abrangente, Lazarus e Folkman (1984) conceptualizaram o *coping* como “o conjunto de esforços cognitivos e comportamentais destinados a controlar, reduzir ou tolerar as exigências internas ou externas que ameaçam ou excedem os recursos adaptativos de um indivíduo” (p.141).

De uma forma geral, e de acordo com vários autores, o conceito de *coping* tem sido descrito como um factor estabilizador, que facilita o ajustamento individual ou a adaptação quando se está perante situações ou acontecimentos stressantes (Antoniazzi, Dell’Aglio & Bandeira, 1998; Folkman, 1984; Folkman & Lazarus, 1985; Lazarus & Folkman, 1984; Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004;). Ao longo dos tempos o conceito de *coping* foi evoluindo devido ao contributo de várias perspectivas que enfatizam diferenças marcantes, tanto a nível teórico como a nível metodológico, dependendo das suas derivações epistemológicas.

4.2. Modelos Teóricos sobre o *Coping*

Entre os vários modelos propostos na literatura sobre o *coping*, destacam-se duas grandes correntes conceituais. A primeira, aborda o *coping* segundo o ponto de vista disposicional, descrevendo-o como um traço ou estilo (Carver, Scheier, & Weintraub, 1989; Endler & Parcker, 1990). A segunda corrente denominada situacional, caracteriza o *coping* como um processo cognitivo, activo e consciente, de avaliação e resposta a situações de stress (Antoniazzi et al., 1998; Lazarus & Folkman, 1984).

4.2.1. *Coping* Disposicional

Como as teorias sobre o *coping* inicialmente se basearam na “psicologia do ego”, predominou uma abordagem do conceito orientado para o traço (Vaillant, 1994). As primeiras investigações nessa área procuraram classificar os indivíduos de acordo com sua tendência para utilizarem certo estilo de *coping*, comumente através de entrevistas clínicas ou em testes projectivos a partir dos quais os processos de *coping* eram inferidos, mas não directamente estudados ou avaliados. A avaliação do *coping*, desta forma, era constituída em geral por classificações unidimensionais tais como a repressão ou sensibilização, e incluíam mecanismos de defesa inconscientes, assim como os comportamentos e pensamentos conscientes. Os estilos de *coping* eram também classificados segundo critérios hierárquicos e de saúde *versus* doença, onde os níveis de categorização variavam conforme as suas características adaptativas e funcionais (Antoniazzi et al., 1998; Carver et al., 1989). Estas abordagens iniciais conceptualizavam o *coping* como um fenómeno psíquico de características relativamente estáveis e duradouras, avaliadas através de entrevistas e testes de personalidade criados segundo a tradição dos inventários de traço (Holahan, Moos & Schaefer, 1996; Pais Ribeiro, 2009; Pais Ribeiro & Rodrigues, 2009; Suls et al., 1996).

Contemporaneamente, o carácter disposicional do *coping* tem sido amplamente estudado em investigações que avaliam as possíveis relações entre *coping* e personalidade. Desta forma, alguns autores apontam para o facto de que as diferenças individuais podem influenciar as respostas de *coping* a partir da presença de certa estabilidade nas suas manifestações, representada por “estilos” ou “disposições” que as pessoas possuem e utilizam quando se confrontam com situações de stress (Urquijo, Monchietti & Krzemien, 2008).

Segundo Carver e Scheier (1994) os indivíduos utilizam estratégias preferenciais de *coping* através de diversas situações problemáticas (circunstâncias), bem como em momentos distintos (tempo). Assim, desenvolvem formas habituais de lidar com o stress e

estes hábitos, ou estilos de *coping*, podem influenciar as suas reacções em novas situações. Os mesmos autores descrevem o estilo de *coping*, não em termos de preferência de um estilo de *coping* sobre outros, mas em termos da tendência a usar uma reacção de *coping* em maior ou menor grau, frente a situações de stress. Porém, os estilos de *coping* não implicam necessariamente a presença de traços subjacentes de personalidade que predisporiam o indivíduo a responder de determinada forma. Os estilos de *coping* podem reflectir a tendência a responder de uma forma particular, quando o indivíduo é confrontado com uma série específica de circunstâncias (Carver et al., 1989). Os traços de personalidade mais estudados, que se relacionam com as estratégias de *coping*, são: optimismo, rigidez, auto-estima e *locus* de controlo (Carver & Scheier, 1994; Carver et al., 1989; Suls et al., 1996).

4.2.2. *Coping* Situacional

A partir da década de 60, surge uma nova perspectiva que enfatiza os comportamentos de *coping* e seus determinantes cognitivos e situacionais (Suls et al., 1996). Segundo Folkman e Lazarus (1985), o *coping* é definido como um processo transaccional entre a pessoa e o ambiente, com ênfase no processo, tanto quanto em traços de personalidade. Esta época foi bastante marcante pelos avanços obtidos nesta área, que geraram inúmeras publicações, em especial pelo grupo de Lazarus e Folkman (Antoniazzi et al., 1998; Lazarus & Folkman, 1984). O *coping*, segundo a perspectiva situacional, é visto como um processo cognitivo que se modifica em função do tempo e da situação de stress na qual o indivíduo se encontra envolvido. As reacções ou o tipo de estratégias de *coping* utilizado dependem de exigências objectivas, de avaliações subjectivas e da interacção entre a pessoa e o ambiente (Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004).

Quanto à eficácia das estratégias de *coping* utilizadas pelos indivíduos, Beresford (1994) afirma que embora a avaliação da eficácia ou da adaptabilidade das estratégias de *coping* demonstre ser subjectiva e complexa, em muitas pesquisas, o *coping* deve ser visto como independente do seu resultado positivo ou negativo. Deste modo, determinada estratégia de *coping* não pode ser considerada como intrinsecamente boa ou má, adaptativa ou desadaptativa mas precisa ser avaliada a partir do contexto em que sucedeu o evento stressante, das características do próprio evento e dos indivíduos envolvidos. Assim, a eficácia e a adaptabilidade das estratégias de *coping* não são determinadas *a priori*, mas de acordo com a pessoa, o tipo de situação, o tempo e os resultados advindos da sua utilização (Urquijo, Monchietti & Krzemien, 2008).

Nesta perspectiva, o modelo de *coping* abrange quatro conceitos principais (cf. Figura 1): (a) o *coping* é um processo ou uma interacção que se dá entre o indivíduo e o

ambiente; (b) a sua função é de gestão da situação stressante, ao invés do controlo ou domínio da mesma; (c) os processos de *coping* pressupõem a noção de avaliação, ou seja, como o fenómeno é percebido, interpretado e cognitivamente representado na mente do indivíduo; (d) o processo de *coping* constitui-se numa mobilização de esforço, através da qual os indivíduos irão empreender esforços cognitivos e comportamentais para administrar (reduzir, minimizar ou tolerar) as exigências internas ou externas, que surgem da sua interacção com o ambiente (Lazarus & Folkman, 1984).

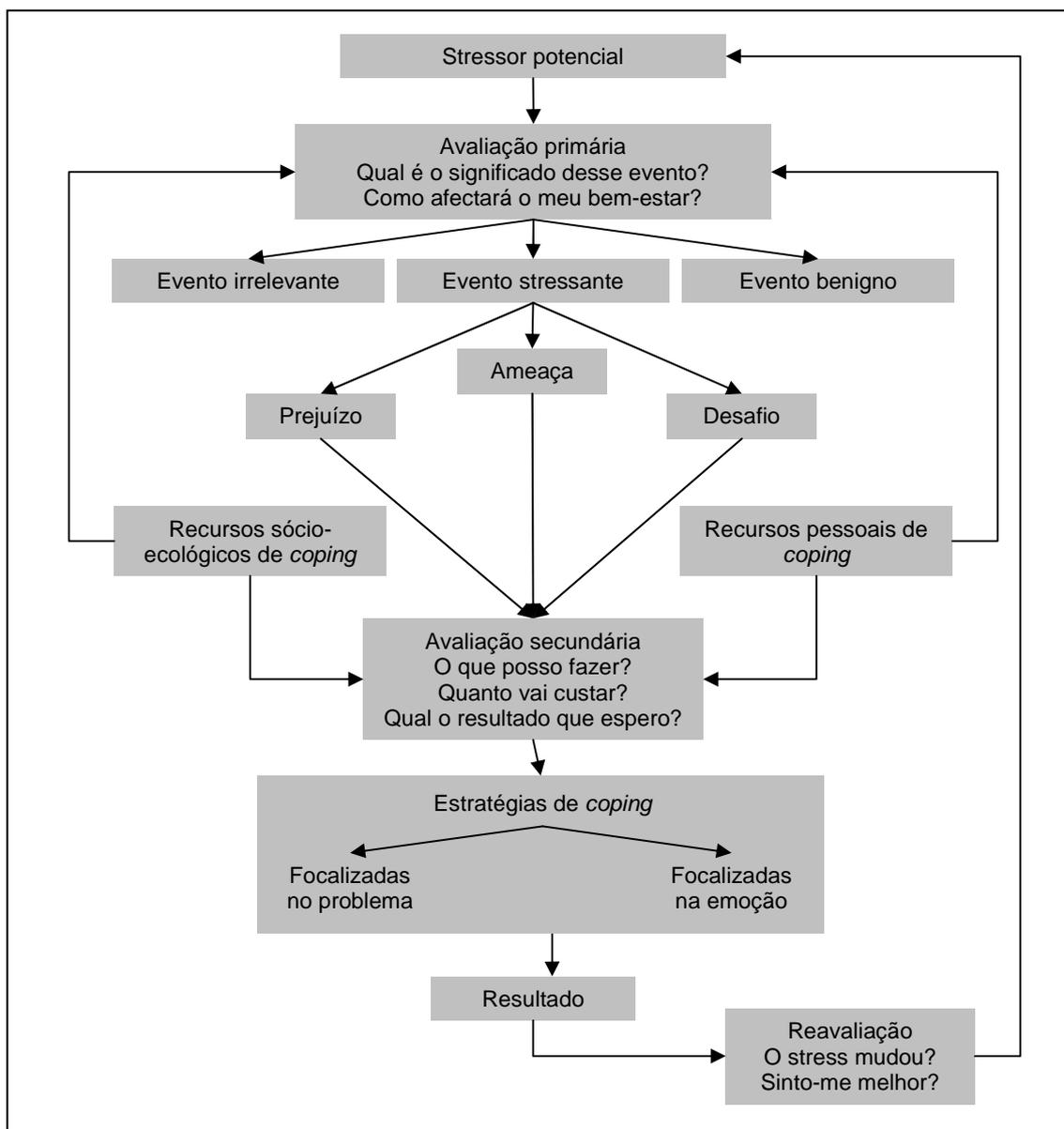


Figura 1 - Modelo de Processamento de Stress e Coping de Lazarus e Folkman (1984)

Neste modelo de Lazarus e Folkman (1984), o *coping* é dividido em duas categorias: o *coping focalizado no problema* - a situação a ser enfrentada é avaliada como susceptível à

mudança, constituindo-se um esforço para actuar na situação que originou o *stress* e o *coping focalizado na emoção* - a avaliação indica que nada pode ser feito para modificar a situação stressante, o esforço neste caso está voltado para a regulação do estado emocional. O uso de estratégias de *coping* focalizado no problema ou na emoção depende de uma avaliação da situação de stress na qual o sujeito se encontra envolvido.

Subsistem dois tipos de avaliação de acordo com esta teorização: avaliação primária e secundária. A avaliação primária é um processo cognitivo através do qual os indivíduos chegam ao risco envolvido numa determinada situação de stress. Na avaliação secundária, as pessoas analisam quais são os recursos disponíveis e as opções para lidar com o problema. Em situações avaliadas como modificáveis, o *coping* focalizado no problema tende a ser mais utilizado, enquanto o *coping* focalizado na emoção tende a ser mais utilizado nas situações avaliadas como inalteráveis.

Para estes autores, o *coping* é centrado no processo e não no traço, e diferencia-se dos comportamentos automáticos adaptativos. A noção de *esforço* salienta o processo em vez do resultado, e o termo *gerir* pretende evitar a associação directa do *coping* com o sucesso. Por outras palavras, o esforço de *coping* pode não ser bem sucedido e, por isso, ele não se pode definir com base no sucesso do processo. Esta definição implica que as estratégias de *coping* sejam acções deliberadas que podem ser aprendidas, usadas e descartadas. Portanto, mecanismos de defesa inconscientes e não intencionais, como negação, deslocamento e regressão, não podem ser considerados como estratégias de *coping*. Além disso, somatização, dominação e competência são vistos como produtos dos esforços de *coping* e não como estratégias (Antoniazzi et al., 1998).

Moos (1993) distingue as estratégias de *coping* em quatro grandes categorias principais, conforme se pode constatar no Quadro 6: as estratégias de aproximação e evitamento; e as respostas cognitivas e comportamentais.

Quadro 6 - Categorias de Estratégias e Respostas de *Coping* (Moos, 1993)

	Estratégias de Aproximação	Estratégias de Evitamento
Respostas Cognitivas	Análise Lógica	Evitamento Cognitivo
	Reavaliação Positiva	Aceitação/ Resignação
Respostas Gratificação Comportamentais	Apoio Social	Busca de Respostas Gratificação
	Resolução de Problemas	Descarga Emocional

As estratégias de *coping* de aproximação possuem a finalidade de solucionar a situação stressante, de modo idêntico ao *coping* focalizado no problema. Por outro lado, as estratégias de evitamento procuram controlar as emoções e/ou os pensamentos sobre o problema, sem enfrentar a situação de risco, como o *coping* centrado na emoção. As respostas cognitivas são aquelas que utilizam esforços cognitivos (e.g. a percepção da situação stressante para enfrentar o problema), por outro lado, as respostas comportamentais, traduzem acções no confronto de ocasiões problemáticas (Moos, 1993). O mesmo autor refere que as estratégias de *coping* de aproximação, ou focalizadas no problema, estão positivamente relacionadas com o estado de saúde e o bem-estar, ao passo que as estratégias de evitamento, ou focalizadas na emoção, estão mais associadas a comportamentos psicopatológicos.

Apesar das duas abordagens serem comumente estudadas como representantes de teorias opostas, elas frequentemente interagem, explicando diferenças individuais em termos de *coping* e reacção a situações de stress. Ambas também enfatizam as diferenças entre os dois tipos fundamentais de *coping*: uma refere-se aos esforços para mudar ou administrar uma situação stressante, outra, aos esforços para mudar ou administrar as emoções negativas associadas à situação de stress. Neste sentido, os *estilos de coping* têm sido mais relacionados às características de personalidade, enquanto as *estratégias* referem-se às acções cognitivas ou comportamentais, adoptadas no curso de um episódio particular de stress. Aparentemente, os estilos podem influenciar a extensão das estratégias de *coping* seleccionadas, embora sejam normalmente concebidos como representando fenómenos distintos, tendo diferente origem teórica (Carver et al. 1989; Holahan et al., 1996).

Actualmente, a atenção dos investigadores, em diversas áreas da psicologia, tem-se voltado para o potencial do *coping* enquanto preditor de adaptabilidade social e potencial regulador da ligação stress-saúde. Para o estudo do *coping* e das suas potenciais vinculações com processos adaptativos, os investigadores têm procurado avaliar suas relações com o auto-conceito, auto-estima, bem-estar subjectivo, depressão e controlo percebido (Telles-Correia, Mega, Barbosa, Barroso & Monteiro, 2008).

A diversidade de estratégias de *coping* existentes, bem como a personalidade de cada indivíduo, levam a que os resultados encontrados não sejam claros quando se procura seleccionar as técnicas de *coping* mais eficazes (Endler & Parcker, 1990; Seidl, Tróccoli & Zannon, 2001). Normalmente, os indivíduos tendem a responder de forma mais ou menos estável a diferentes situações stressantes e a basearem a estratégia adoptada na percepção das suas capacidades em ultrapassar a situação (Santos, Ribeiro & Guimarães, 2003).

Segundo Antoniazzi e colaboradores (1998) observou-se um desenvolvimento teórico e científico sobre o *coping*, a partir da construção de vários instrumentos para a sua

avaliação (Carver, Scheier & Weintraub, 1989; Endler & Parcker, 1990; Folkman & Lazarus, 1985, Kohlsdorfa & Júnior, 2009). Os instrumentos de avaliação do *coping* pretendem medir o grau em que um indivíduo utiliza cada um dos estilos de *coping* definidos pelos modelos teóricos subjacentes, tanto no dia-a-dia, como em situações específicas de stress (Telles-Correia et al., 2008). De entre os mais usados em Portugal, destacam-se o Inventário de Resolução de Problemas (IRP) (Vaz Serra, 1989), a Escala Toulousiana de *Coping* (ETC) (Tap, Costa & Alves, 2005), e o Brief COPE (Pais Ribeiro, 2004).

Numa revisão sobre o tema, vários autores afirmam que o estudo do *coping* constitui uma área problemática, especialmente pela falta de clareza conceptual e por questões metodológicas presentes nos estudos que visam avaliá-lo (Antoniazzi et al., 1998; Endler & Parcker, 1990; Kohlsdorfa & Júnior, 2009; Seidl et al., 2001). Das dificuldades encontradas destacam-se as seguintes: a construção de medidas restritas ao uso da análise factorial exploratória decorrente da falta de direcção que a teoria oferece; a dificuldade em identificar que itens são válidos para representar diferentes estratégias; a natureza do conceito de *coping* e dificuldades relacionadas com o aspecto psicométrico das medidas de *coping*.

4.3. *Coping* na População Prisional

Um *coping* adaptado a determinada situação conduz a um ajustamento adequado, evidenciando um “bem-estar, um bom funcionamento social, e boa saúde somática” (Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004, p. 4). Lazarus e Folkman (1984) descrevem que uma situação é percebida pelo indivíduo como mais ou menos ameaçadora, a partir da avaliação que ele faz dela, em função do significado que ela tem para si. Uma vez que as pessoas não são todas iguais, um acontecimento que deixa um indivíduo muito perturbado pode ser indiferente para outro, existindo uma grande variabilidade entre os acontecimentos indutores de *stress* e a vulnerabilidade.

Segundo Zeidner e Saklofske (1996), uma importante variável no estudo do *coping*, é a depressão, considerando que algumas características depressivas afectam a selecção de estratégias de *coping* e a percepção real da sua eficácia. Algumas investigações demonstram, por exemplo, que a depressão e a ansiedade estão positivamente relacionadas com as estratégias de evitamento (Martins & Pacheco, 2008). Moos (1993) refere ainda que as estratégias de evitamento estão relacionadas com comportamentos psicopatológicos.

De acordo com a literatura, a entrada na prisão é responsável por emoções e cognições negativas acerca do próprio, dos outros e do futuro, e potencia o surgimento ou agravamento de sintomatologia psicopatológica (e.g. depressão, sentimentos de desanimo,

perturbações da personalidade) (Gonçalves, 2005; Guimarães, Meneghel & Oliveira, 2006; Michael, DeLuca, Boldt & Zamble, 2001; Moreira, 2008; Reed, Alenazi & Potterton, 2009; Sinclair & Chapman 1973). A capacidade do recluso na utilização de estratégias de *coping* adaptativas perante estes acontecimentos stressantes é limitada, o que aumenta a predisposição para comportamentos suicidários. Assim, a qualidade das estratégias de *coping* utilizadas pelos reclusos vulneráveis ao stress prisional ditará a ocorrência ou não de um comportamento auto-lesivo. A capacidade de utilizar estratégias de *coping* adaptativas vai depender da intensidade e do tipo de stressor, assim como dos traços de personalidade (e.g. impulsividade, agressividade, pensamento dicotómico), ou seja das predisposições e vulnerabilidades que o recluso importa para o meio prisional (Goncalves, 2005; Moreira, 2008).

Zamble e Porporino (1988) efectuaram um estudo longitudinal sobre a evolução adaptativa e os processos de confronto (*coping*) no meio prisional, com reclusos do sexo masculino. Neste estudo os autores concluíram que a ocorrência de distúrbios emocionais e os problemas adaptativos eram uma realidade presente em quase todos os reclusos no início do cumprimento da pena, mas que se dissipava à medida que os sujeitos se habituavam à rotina prisional. As principais modificações adaptativas surgiram na área de socialização, sendo a “idade”, uma variável fundamental, já que os sujeitos mais jovens seriam mais susceptíveis de desenvolver problemas adaptativos, por possuírem um reportório mais limitado de estratégias de *coping*. Outros estudos confirmam estes resultados, nomeadamente quanto à relação entre a idade, estratégias de *coping* e entrada precoce no mundo prisional, ajudando a relativizar a ideia dos efeitos prejudiciais e permanentes da reclusão (Gonçalves, 2002).

Em suma, a população reclusa revela poucas e/ou deficientes estratégias de *coping* (Cunha, 1994; Cunha, 2002, 2008; Gonçalves, 2002, 2005; Guimarães et al., 2006; Michael et al., 2001; Reed et al., 2009; Sinclair & Chapman 1973) que ainda por cima são limitadas pela progressiva permanência “atrás das grades”. Gonçalves (2002) afirma que a inexistência de estratégias positivas “acentuam cada vez mais as dificuldades adaptativas à vida em liberdade e reforça-se o apego a actividades desviantes com os consequentes reingressos na prisão, perpetuando-se assim o ciclo da reincidência” (p. 216). Neste sentido, e em termos de intervenção, Zamble e Porporino (1988) propõem desde logo o ensino de competências de *coping* associadas ao planeamento de estratégias de longo prazo.

II Parte – Componente Empírica

Capítulo 5 – Objectivos e Questões do Estudo

O presente estudo surge com os principais objectivos de analisar em que medida o Abandono Aprendido afecta a população prisional do distrito de Castelo Branco, tomando em consideração algumas características dos sujeitos (e.g. idade, escolaridade, história criminal) e contribuir para uma melhor compreensão do fenómeno nesta população, a partir do estudo da sua relação com a depressão e as estratégias de *coping*.

Este estudo pretende ainda aumentar o conhecimento empírico sobre o meio prisional e desenvolver reflexões importantes sobre as consequências, por vezes irreversíveis, da reclusão, salientando a importância da detecção precoce e intervenção sobre padrões atribucionais debilitantes, que podem conduzir o recluso ao desânimo e, conseqüentemente, ao abandono de actividades, ao isolamento, ou até à reincidência. Julgamos que a prevenção de comportamentos de risco nesta população, associada à adopção de estratégias de *coping* adaptativas, permitirá contribuir para políticas de integração e de acolhimento dos reclusos nos EP's, com intervenções centradas na melhoria do processo à adaptação à prisão e da reintegração social do recluso.

Com base nos objectivos deste estudo, formularam-se as seguintes questões de investigação:

1. Como se manifestam o abandono aprendido e a depressão junto dos sujeitos reclusos?
2. Como se correlaciona a idade dos reclusos com o abandono aprendido, a depressão e as estratégias de *coping*?
3. Existem diferenças significativas ao nível do abandono aprendido e da depressão nos reclusos em função do grau de escolaridade?
4. Existem diferenças significativas ao nível do abandono aprendido e da depressão nos reclusos em função das actividades exercidas no estabelecimento prisional?
5. Existem diferenças significativas ao nível do abandono aprendido e da depressão nos reclusos em função da sua história criminal (primários ou reincidentes)?
6. Existem diferenças significativas ao nível do abandono aprendido e da depressão nos reclusos em função do tempo de pena a cumprir?

7. Existem diferenças significativas ao nível do abandono aprendido e da depressão nos reclusos em função das medidas de flexibilização da pena?
8. Existem diferenças significativas ao nível do abandono aprendido e da depressão nos reclusos em função do suporte social percebido?
9. Existem diferenças significativas ao nível do abandono aprendido e da depressão nos reclusos em função do suporte técnico que recebem no Estabelecimento Prisional?
10. Existe uma correlação significativa entre abandono aprendido e depressão nos sujeitos reclusos?
11. Existe uma correlação significativa entre Abandono Aprendido e estratégias de *coping* nos sujeitos reclusos?

A presente investigação segue, portanto, os parâmetros de um estudo transversal, de carácter exploratório/descritivo e correlacional (analisando as relações entre construtos e eventuais diferenças em função das características dos sujeitos).

Capítulo 6 – Método

6.1. Participantes

A amostra foi seleccionada por conveniência no Estabelecimento Prisional Central (EPC) de Castelo Branco e Estabelecimento Prisional Regional (EPR) da Covilhã, sendo constituída por 59 reclusos do sexo masculino, entre os 21 e os 80 anos de idade ($M=41,6$; $dp=13,05$). O EPR da Covilhã funciona em regime aberto, pelo que integra uma outra instituição, designadamente, a Quinta de São Miguel. Assim, a amostra foi constituída por 25 sujeitos do EPC de Castelo Branco, 19 do EPR da Covilhã e 15 da Quinta de São Miguel.

Quanto ao estado civil, 33 dos sujeitos são solteiros (55,9%), 10 são casados/união de facto (16,9%), 2 viúvos (3,4%) e 14 são divorciados/separados (23,7%).

No que diz respeito à escolaridade, a maioria dos reclusos possui habilitações inferiores ao Ensino Secundário, sendo que 6 sujeitos nunca foram à escola ou não completaram o 1º Ciclo do Ensino Básico (10,2%), 14 sujeitos completaram o 1º Ciclo do Ensino Básico (23,7%), 17 o 2º Ciclo (46,7%), 16 o 3º Ciclo (27,1%) e apenas 6 concluíram o Ensino Secundário (10,2%).

Quanto à situação profissional antes da detenção, 2 sujeitos nunca trabalharam (3,4%), 2 encontravam-se desempregados (3,4%), 3 estavam reformados (5,1%), 14 trabalhavam por conta própria (23,7%), 32 trabalhavam por conta de outrem (54,2%) e 6 trabalhavam por conta própria e por conta de outrem (10,2%). Relativamente à profissão exercida antes da detenção, a maioria da amostra trabalhava no ramo da construção civil (44,1%), seguidamente no ramo da agricultura (10,2%), do comércio (10,2%), da mecânica (8,5%), e os restantes noutras profissões (e.g. motorista, guarda nocturno, auxiliar da acção médica, operador de máquinas). Verifica-se, assim, que praticamente todos os sujeitos possuem habilitações académicas muito baixas, bem como exerciam, antes da detenção, actividades profissionais com salários precários.

No que concerne à história criminal, nem todas as questões foram respondidas pela totalidade da amostra, verificando-se um maior número de dados omissos relativamente ao tempo de pena cumprido ($n=15$) ou a cumprir ($n=14$), e em relação ao tipo de crime cometido ($n=13$). Entre os participantes que responderam, 59,3% cumpre pena de prisão pela primeira vez ($n=35$) e 35,6% são reincidentes ($n=21$). Entre este último grupo, 16,9% teve 2 detenções, 11,9% teve 3 e 5,1% já teve 5 detenções.

Considerando o tempo global estimado de detenção até ao momento no total da amostra, 22% ($n=13$) referiu estar detido há um ano (ou menos), 25,5% ($n=15$) entre 2 e 3 anos, 20,4% ($n=12$) entre 4 e 6 anos, e 4 reclusos (6,8%) têm um tempo de detenção igual

ou superior a 11 anos. A média global do tempo de detenção em toda a amostra é de 3,82 anos, variando entre 1 e 22 anos.

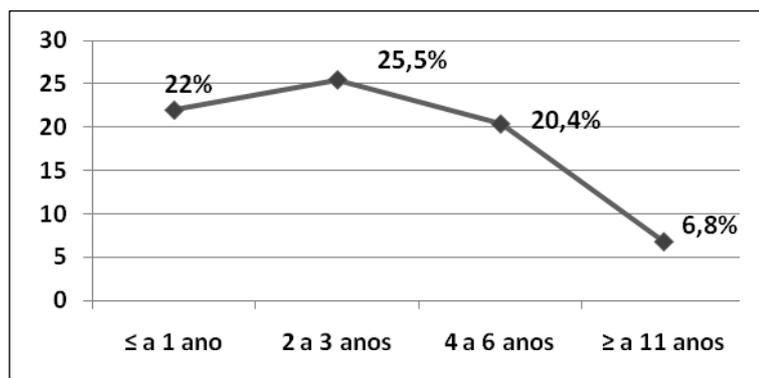


Figura 2 - Percentagem de tempo global estimado de detenção até ao momento

Respeitante ao tempo de pena para cumprir, 10,2% (n=6) dos reclusos têm menos de 1 ano, 37,4% (n=22) tem entre 2 a 4 anos, 10,2% (n=6) tem 5 a 7 anos, 8,5% (n=5) tem 8 a 10 anos, e por último 6,8% (n=4) têm um tempo de pena para cumprir igual ou superior a 13 anos.

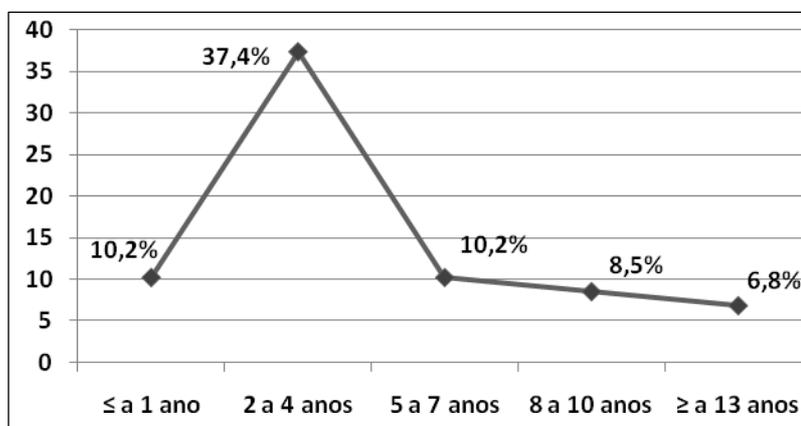


Figura 3 - Percentagem de tempo estimado de pena a cumprir

Relativamente ao tipo de crime, como se pode observar na Figura 4, o mais representativo é o crime contra o património (com 18 furtos - 30,5%, e uma falsificação - 1,7%), seguido do crime contra pessoas (5 homicídios - 8,5%, 4 agressões - 6,8%, duas violações - 3,4%, e uma tentativa de homicídio - 1,7%) e, por fim, os crimes relativos a estupefacientes (3 crimes, por tráfico - 5,1%). É de salientar que 7 reclusos (11,9%)

responderam que cometeram vários tipos de crime e 5 (8,5%) referiram outros tipos de crime, como por exemplo, condução sem carta, lenocínio, incêndio, posse de arma ilegal.

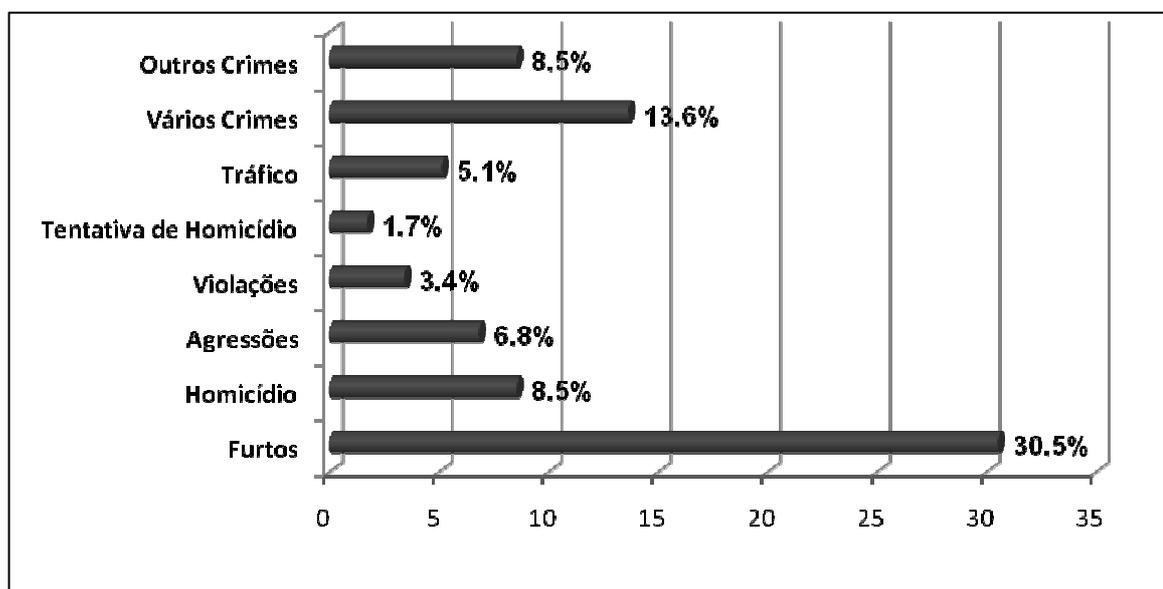


Figura 4 - Percentagem de tipos de crime cometidos

Em relação às medidas de flexibilização da pena, 22 reclusos (37,3%) referem que não beneficiam de nenhuma; no regime de RAVI encontram-se 15 reclusos (25,4%) e no regime de RAVE, 4 reclusos (6,8%). Existem ainda alguns reclusos que beneficiam de saída precária (30,5%), encontrando-se na sua maioria em RAVI (28,8%).

Salienta-se o facto de que a maioria dos reclusos (n=50, 84,7%) participa em actividades dentro dos EP's, tais como: actividades laborais (e.g. limpezas, agricultura, cozinha, bar) (n=19, 32,2%); actividades educacionais (e.g. escola, formações, etc.) (n=15, 25,4%); e, por fim, actividades lúdicas (e.g. desporto, divertimentos, jogos) (n=1, 1,7%). Importa referir que alguns dos sujeitos participam em mais do que um tipo de actividade (16,9% laboral/educacional e 1,7% laboral/educacional/lúdica).

Relativamente ao apoio social, a maior parte dos reclusos referem ter o apoio dos familiares (n=25, 42,4%), sendo que 17 reclusos (28,8%) mencionaram os familiares e amigos e 1 (1,7%) apontou outra fonte de apoio. Por outro lado, 16 reclusos (27,1%) referem não ter nenhum apoio social. Quanto ao apoio técnico, 17 dos reclusos (28,8%) referem não procurar apoio técnico dentro do EP, em contrapartida 12 procuram (20,3%) o apoio do Serviço Social; (n=12, 20,3%) do Serviço Social e Médico; 5 procuram (8,5%) o apoio do

Serviço Médico; 3 procuram (5,1%) apoio no Serviço de Psicologia e 5 procuram (8,5%) apoio do Serviço de Psicologia, Social e Médico.

6.2. Instrumentos

- **Questionário de Caracterização Sócio-demográfica e Criminal**

Este questionário foi construído propositadamente para este estudo, baseando-se no levantamento de dados sociodemográficos (idade, estado civil, escolaridade, profissão antes da detenção) e história criminal (primário/reincidente, número de vezes detido, tipo de crime, flexibilização da pena, actividade exercida no EP, apoio social e técnico).

- **Escala de Abandono Aprendido (LHS-*Learned Helplessness Scale*)**

A Escala de Abandono Aprendido (EAA) foi construída no quadro do modelo reformulado do Abandono Aprendido de Abramson, Seligman e Teasdale (1978), a partir da *Learned helplessness Scale* (LHS) de Quinless e Mcdermott (1988, cit. in Lima Santos, Ribeiro & Faria, 2002), traduzida e adaptada para a língua portuguesa por Lima Santos e Ribeiro em 1999, e, posteriormente, refinada e publicada por Lima Santos, Ribeiro e Faria (2002). A escala apresenta 20 itens, cujo formato de resposta é uma escala de tipo *Likert* de 4 pontos, variando entre “Concordo Totalmente” (4 pontos) e “Discordo Totalmente” (1 ponto), pelo que quanto maior for o valor assinalado pelos sujeitos maior será o nível de abandono aprendido apresentado.

Na investigação concretizada por Lima Santos, Ribeiro e Faria (2002), a EAA apresentou boas qualidades psicométricas. O estudo da fidelidade foi realizado através do *alpha* de Cronbach, revelando um valor elevado (0,97) superior ao valor da versão original, no entanto, verificou-se fortes correlações dos itens com a escala total, o que suporta a homogeneidade da escala. Através da análise factorial para o estudo da validade, sem pré-definição do número de factores e após rotação *varimax* revelaram-se duas soluções factoriais, tendo-se optado mais tarde pela solução de apenas um factor. Desta forma observou-se que as estruturas factoriais da versão americana e portuguesa são diferentes, explicando a solução unifactorial na versão portuguesa 65,4% da variância total dos resultados. Em relação ao estudo da sensibilidade, a versão portuguesa da *Learned Helplessness Scale* regista valores de média e de mediana próximos e os valores mínimo e máximo atingidos asseguram uma boa dispersão dos resultados da escala, sendo que a assimetria e a curtose são aceitáveis.

- **Inventário Depressivo de Beck** (*BDI-Beck Depression Inventory*)

A sintomatologia depressiva foi avaliada com a versão portuguesa do Inventário de Depressão de Beck (Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961; Vaz Serra & Pio Abreu, 1973a,b). Este instrumento, construído por Beck e os seus colaboradores em 1961, constitui uma das mais antigas e mais usadas escalas ao nível da auto-avaliação da depressão, permanecendo ainda actual (Maia, 2001; Teles & Barbosa, 2009; Vaz Serra, Patto & Lima, 1976).

Este instrumento é constituído por 21 grupos de 4, 5 ou 6 afirmações, respeitantes a toda a sintomatologia depressiva. Dos 21 conjuntos de afirmações, 11 relacionam-se com aspectos cognitivos, 5 com sintomas somáticos, 2 com comportamentos observáveis, 2 com o afecto e 1 com sintomas interpessoais (Vaz Serra, 1994). Cada conjunto apresenta as afirmações por ordem crescente de gravidade do sintoma, para que o sujeito que responde a este inventário escolha facilmente aquela (e apenas uma) que melhor descreve a forma como se sente no momento do preenchimento. O modo de resposta a cada um dos itens tem a forma de Guttman, ou seja, são apresentadas 4 a 6 frases e destas o sujeito terá de escolher uma que melhor descreva a forma como se tem sentido “durante as últimas duas semanas”, incluindo o dia de preenchimento do inventário.

Os itens estão divididos em duas sub-escalas: Sub-Escala Afectiva e Sub-Escala Somática. A Sub-Escala Afectiva refere-se a: estado de humor, pessimismo, sentimento de fracasso, sentimento de insatisfação, sentimentos de culpabilidade, sentimentos de autopunição, ódio a si mesmo, auto-acusações, desejos suicidas, crises de choro, irritabilidade, afastamento social, incapacidade de decisão, distorção da imagem corporal. Por outro lado a Sub-Escala Somática refere-se a: incapacidade de trabalhar, perturbação de sono, fadigabilidade, perda de apetite, perda de peso, hipocondria e diminuição da libido (Beck et al., 1961; Vaz Serra e Pio Abreu, 1973a). A cada afirmação corresponde um valor (0, 1, 2 ou 3). O total da soma das 21 pontuações varia no intervalo de 0 a 63, permitindo diferenciar os níveis de depressão, desde “ausente” a “grave”. Foi considerada uma pontuação de 12 como ponto de corte que divide os indivíduos em deprimidos e não deprimidos. A cotação do instrumento, além da pontuação global, permite ainda que a intensidade da sintomatologia depressiva seja categorizada da seguinte forma: 1) ausência de depressão: 0-9; 2) depressão ligeira: 10-20; 3) depressão moderada: 21-30; e 4) depressão grave: pontuação global superior a 30 (Vaz Serra & Pio Abreu, 1973a, 1973b). O Inventário Depressivo de Beck foi aferido para a população portuguesa em 1973, por Vaz Serra e Pio de Abreu, tendo sido usado, desde então, em várias investigações.

- **Brief COPE**

O *Brief COPE* foi traduzido e adaptado para a língua portuguesa por Pais Ribeiro e Rodrigues (2004), para o estudo da validade concorrente da escala em análise. Constitui uma forma abreviada do “COPE Inventory” (Carver et al., 1989), cujo desenvolvimento teve por base teórica o modelo transaccional proposto por Lazarus e Folkman em 1986, o modelo comportamental de auto-regulação (Carver et al., 1989), bem como diversa literatura existente sobre o assunto (Carver, 1997). O *Brief COPE* é um instrumento onde os construtos avaliados são as estratégias de *coping* usadas pelas pessoas para lidar com situações *stressantes*. Foi concebido para ser utilizado em diferentes contextos e para ser aplicado a indivíduos com idades superiores a 14 anos. É um instrumento multidimensional, composto por 14 dimensões que conceptualizam diferentes formas de *coping*: *Auto-distracção*; *Coping Activo*; *Uso de substâncias*; *Recurso ao suporte social por razões emocionais*; *Recurso ao suporte social por razões instrumentais*; *Comportamento de desprendimento*; *Expandir*; *Reinterpretação positiva*; *Planeamento*; *Negação*; *Humor*; *Aceitação*; *Religião e Culpa*. Cada dimensão é composta por dois itens. Segundo Carver e colaboradores (1989) e Carver (1997), algumas destas estratégias (dimensões) têm um forte suporte teórico na sua conceptualização, outras foram introduzidas por evidenciarem um grande recurso por parte das pessoas.

Utilizando a taxonomia de Lazarus e Folkman (1986, cit. in Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004), o *Coping* activo (levar o indivíduo a tomar atitudes com vista a remover ou circunscrever o *stressor*), o Planeamento (pensar em diferentes formas de enfrentar o *stressor*) e o Recurso ao suporte social por razões instrumentais (procura de assistência, informação ou conselhos sobre o que fazer perante o *stressor*) fazem parte do “*coping* focado no problema”; as restantes onze estratégias fazem parte do “*coping* focado nas emoções”. O *Brief COPE* pode ser auto-preenchido ou administrado pelo entrevistador. O questionário é precedido por uma introdução breve em que se pede às pessoas para responderem sobre o modo como lidam com situações de stress. As respostas são organizadas segundo uma escala de tipo *Likert* de 4 pontos: “*Nunca faço*” (0), “*Faço algumas vezes*” (1), “*Faço com frequência*” (2) e “*Faço quase sempre*” (3). Quanto maior o valor atribuído a cada sub-escala, maior a concordância com a estratégia de *coping* em análise. É uma escala considerada fiável e válida pelos autores (Carver et al., 1989; Carver, 1997), com valores de *Alpha de Cronbach* que se situam entre 0,50 (*Expandir*) e 0,90 (*Uso de substâncias*). No estudo realizado por Pais Ribeiro e Rodrigues (2004) com 364 estudantes do ensino secundário (12^o ano), os valores situaram-se entre 0,55 (*Aceitação*) e 0,83 (*Humor*).

6.3. Procedimento

Após a autorização da Direcção Geral dos Serviços Prisionais para a realização desta investigação (cf. Anexo 1), foi solicitada a colaboração à Direcção do Estabelecimento Prisional Central de Castelo Branco e do Estabelecimento Prisional Regional da Covilhã, tendo-se dado a conhecer os objectivos do estudo e procedimentos necessários.

Para a aplicação dos questionários, foram disponibilizados, pelos respectivos Estabelecimentos Prisionais, locais apropriados para o efeito (e.g. sala de aulas, sala de visitas, refeitório). Seguidamente, a aplicação dos questionários foi feita de forma colectiva, pelo próprio investigador, constituindo-se pequenos grupos em cada estabelecimento prisional. Foi obtido o consentimento informado dos participantes (cf. Anexo 2), após a explicitação acerca dos objectivos da investigação, do tipo de informação recolhida, da natureza voluntária, anónima e confidencial da sua participação, da inexistência de qualquer tipo de penalização pela não participação e do tempo necessário à aplicação dos instrumentos. Face às particularidades da amostra, procurou-se desdramatizar a situação de avaliação e motivar os sujeitos para responder com sinceridade. Para o tratamento estatístico dos dados foi realizado no programa informático SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 18.0.

Capítulo 7 - Resultados

7.1. Análises descritivas

Apresentam-se em seguida os resultados obtidos nos vários instrumentos aplicados na amostra global e tomando as variáveis independentes consideradas: escolaridade ($\leq 1^{\circ}$ Ciclo do Ensino Básico X $\geq 3^{\circ}$ Ciclo do Ensino Básico), história criminal (Primário X Reincidente), medidas de flexibilização de pena (Sim X Não), apoio social (Sim X Não) e recurso a apoio técnico (Sim X Não). No Quadro 7 apresentamos os resultados globais obtidos na Escala de Abandono Aprendido (médias, desvios-padrão e valores mínimo e máximo) no total da amostra e segundo cada uma das variáveis em análise.

Quadro 7 - Estatística descritiva dos resultados na Escala de Abandono Aprendido

Variáveis		n	M	DP	Min.-Máx.
Escolaridade	≤ 1 Ciclo	20	47,5	11,29	30-67
	≥ 3 Ciclo	22	41,2	6,29	25-51
História Criminal	Primário	35	42,3	9,34	20-62
	Reincidente	21	45,7	8,60	35-67
Medidas Flexibilização	Sim	37	45,5	8,62	25-67
	Não	22	41,1	10,0	20-62
Apoio Social	Sim	43	42,5	9,21	20-67
	Não	16	47,6	8,94	35-65
Apoio Técnico	Sim	42	43,4	9,10	20-67
	Não	17	45,1	10,09	29-65
EAA TOTAL		59	43,9	9,34	20-67

Analisando, em primeiro lugar, os resultados obtidos na amostra global, verificamos que a média na EAA na nossa amostra ($M=43,9$), apesar de superior, não difere muito da obtida no estudo de aferição do instrumento ($M=42,5$) (Santos, Ribeiro & Faria, 2002). No entanto, o valor do desvio-padrão é bastante inferior ao obtido na amostra normativa (9,34 e 15,15, respectivamente), o que aponta, como seria de esperar, para uma distribuição mais homogénea dos resultados na nossa amostra, comparativamente com a população em geral.

A partir da análise das médias obtidas na EAA em função do nível escolaridade, verifica-se que os sujeitos com menor escolaridade obtiveram resultados mais elevados

($M=47,5$), comparativamente com o grupo de escolaridade superior ($M=41,2$). Relativamente à história criminal, os reclusos detidos pela primeira vez demonstram médias mais baixas na EAA ($M=42,3$) em comparação com os reclusos reincidentes ($M=45,7$).

No que concerne ao apoio social, o grupo de reclusos que referiu não possuir qualquer tipo de apoio social, apresenta uma média bastante superior ($M=47,6$), relativamente ao restante grupo ($M=42,5$). Quanto ao apoio técnico verifica-se que os sujeitos que referem procurar apoio dos técnicos de reeducação, mostra uma média consideravelmente mais baixa ($M=43,4$), comparativamente com os sujeitos que não procuram qualquer apoio.

Quadro 8 - Estatística descritiva dos resultados no BDI

Variáveis	n	M	DP	Min.-Máx.	
Escolaridade	≤ 1 Ciclo	20	16,3	8,70	5-31
	≥ 3 Ciclo	22	14,9	9,70	0-35
Historia Criminal	Primário	21	13,5	8,54	0-35
	Reincidente	35	15,5	9,41	0-38
Medidas Flexibilização	Sim	37	14,3	8,31	0-31
	Não	22	15,3	10,37	0-38
Apoio Social	Sim	43	15,5	8,46	0-35
	Não	16	12,3	10,45	0-38
Apoio Técnico	Sim	42	15,3	8,54	0-35
	Não	17	13,1	10,35	0-38
BDI Total		59	14,6	9,06	0-38

Analisando as médias obtidas no BDI em função do nível escolaridade, verifica-se que os sujeitos com menor escolaridade obtiveram resultados mais elevados ($M=16,3$), comparativamente com o grupo de escolaridade superior ($M=14,9$). Quanto à história criminal, os reclusos reincidentes demonstram médias mais baixas no BDI ($M=15,5$) em comparação com os reclusos primários ($M=13,5$).

No que concerne ao apoio social, o grupo de reclusos que referiu não possuir qualquer tipo de apoio social, apresenta uma média bastante superior ($M=47,6$), relativamente ao restante grupo ($M=42,5$). Quanto ao apoio técnico verifica-se que os sujeitos que referem procurar apoio dos técnicos de reeducação, mostra uma média

consideravelmente mais baixa ($M=43,4$), comparativamente com os sujeitos que não procuram qualquer apoio.

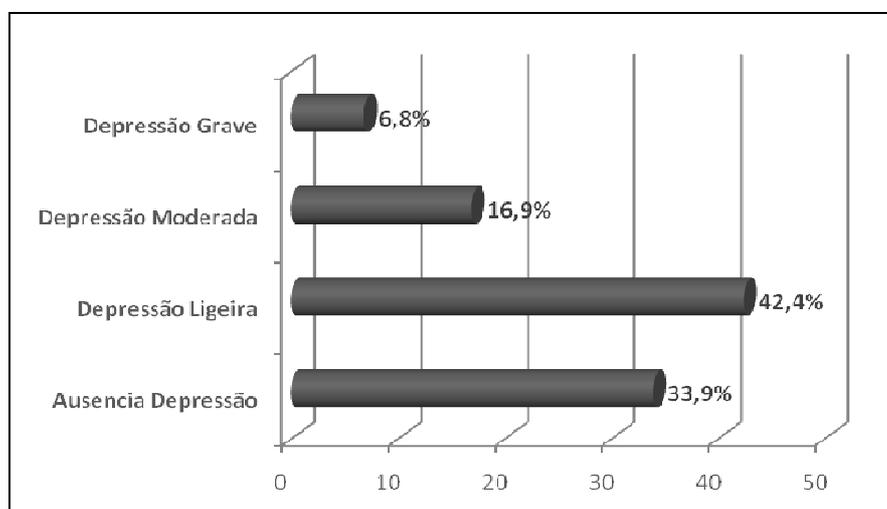


Figura 5 - Percentagens nas várias categorias de intensidade da sintomatologia depressiva

Na Figura 5 pode observar-se a categorização da intensidade da sintomatologia depressiva segundo o Inventário de Depressão de Beck (BDI), os dados evidenciam que a maioria dos sujeitos deste estudo apresenta sintomatologia depressiva, designadamente, 42,4% dos reclusos apresentam uma “depressão ligeira”, 16,9% “depressão moderada” e 6,8% “depressão grave”. Desta forma verifica-se uma presença bastante acentuada de sintomatologia depressiva na amostra deste estudo.

No que se refere à análise descritiva dos itens mais cotados do Brief COPE, apresentamos no Quadro 9 os resultados globais (médias, desvios-padrão e valores mínimo e máximo) no total da amostra e segundo cada uma das variáveis em análise.

Da análise das médias obtidas nas sub-escalas do Brief COPE, verifica-se que o Planear ($M=4,1$) e o *Coping* Activo ($M=4,0$) apresentam valores mais altos em comparação com as outras sub-escalas, o que significa que os sujeitos utilizam com maior frequência estratégias de *Coping* Focalizado no Problema.

Nas sub-escalas que pertencem ao *Coping* Focalizado nas Emoções, a Reinterpretação Positiva ($M=3,8$), Aceitação ($M=3,7$), Humor ($M=3,2$) Auto-Distracção ($M=3,1$) e Auto-Culpabilização ($M=3,0$) mostram valores mais elevados comparativamente com as restantes sub-escalas do mesmo grupo. Por outro lado, a sub-escala Uso de Substâncias é a que apresenta uma média mais baixa no Brief COPE ($M=0,7$). No que

concerne à utilização do suporte, verifica-se que os sujeitos utilizam mais o Suporte Social Emocional ($M=3,0$) em comparação com o Suporte Instrumental ($M=2,4$).

Quadro 9 - Estatística descritiva dos resultados nas sub-escalas do Brief COPE

Brief COPE		M	dp	Min.-Máx
Coping Focalizado nos Problemas (CFP)	<i>Coping</i> activo (CA)	4,0	1,49	1-6
	Planear (P)	4,1	1,61	0-6
	Utilizar suporte instrumental (SI)	2,4	1,72	0-6
Coping Focalizado nas Emoções (CFE)	Utilizar suporte social emocional (SE)	3,0	1,82	0-6
	Religião (R)	2,7	2,01	0-6
	Reinterpretação positiva (RP)	3,8	1,59	0-6
	Auto-culpabilização (AC)	3,0	1,67	0-6
	Aceitação (A)	3,7	1,56	0-6
	Expressão de sentimentos (ES)	2,7	1,66	0-6
	Negação (N)	2,6	1,56	0-6
	Auto distração (AD)	3,1	1,74	0-6
	Desinvestimento comportamental (DC)	1,1	1,40	0-6
	Uso de substâncias (US)	0,7	1,13	0-6
	Humor (H)	3,2	1,88	0-6

No que concerne à utilização do suporte, verifica-se que os sujeitos utilizam mais o Suporte Social Emocional ($M=3,0$) em comparação com o Suporte Instrumental ($M=2,4$). Na sub-escala Religião demonstra ser pouco utilizada pelos sujeitos ($M=2,7$), o que aponta não necessitarem de apoio religioso. A sub-escala do Uso de Substâncias é a escala com média mais baixa do Brief COPE ($M=0,7$).

7.2. Análises diferenciais

Pretendendo dar resposta à segunda questão deste estudo, procedemos a uma análise de correlações (*rho* de Spearman) entre a idade e os restantes construtos avaliados: abandono aprendido (AA), depressão e estratégias de *coping*.

Conforme podemos observar no quadro 10, verifica-se uma correlação estatisticamente significativa entre a idade e o AA ($r = ,273$; $p < ,05$), o que indica que nos sujeitos mais velhos existe uma maior probabilidade de se manifestar a síndrome. Por outro lado, não encontramos correlações significativas entre a idade e a depressão.

Quadro 10 - Correlação entre a idade dos sujeitos e os resultados nas escalas do EAA, BDI e Brief COPE

	EAA	BDI	CA	P	SI	SE	R	RP	AC	A	ES	N	AD	DC	US	H	CFP	CFE	
Idade	r	,273	-,094	-,311	-,261	-,339	-,200	,050	-,490	-,270	-,340	-,355	-,277	-,214	-,062	-,228	-,105	-,405	-,449
	p	,036	,480	,016	,046	,009	,130	,707	,000	,039	,008	,006	,033	,103	,643	,082	,430	,001	,000

Relativamente à relação entre idade e estratégias de *coping*, podemos assinalar como mais significativa a correlação com a sub-escala Reintegração Positiva ($r=-,490$; $p<,001$), seguindo-se também correlações significativas com as sub-escalas Expressão de Sentimentos ($r=-,355$; $p<,01$), Suporte Instrumental ($r=-,339$; $p<,01$) e Aceitação ($r=-,340$; $p<,01$) e, por fim, com as sub-escalas *Coping* Activo ($r=-,311$; $p<,05$); Planear ($r=-,261$; $p<,05$); Auto-culpabilização ($r=-,270$; $p<,05$) e Negação ($r=-,277$; $p<,05$).

Em relação às dimensões avaliadas - *Coping* Focalizado nas Emoções e *Coping* Focalizado no Problema, também se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($r=-,449$; $p<,001$ e $r=-,405$; $p<,01$ respectivamente).

Todas as correlações encontradas entre a idade e as diferentes estratégias de *coping* são negativas, o que não significa necessariamente que os reclusos mais velhos apresentam resultados mais desfavoráveis, mas apenas que usam menos essas estratégias perante a adversidade. Na verdade, resultados mais baixos nas sub-escalas Auto-culpabilização e Negação, poderão traduzir melhores recursos por parte dos sujeitos, uma vez que a utilização deste tipo de estratégias é geralmente desadequada e prejudicial num processo de adaptação, desenvolvimento e bem-estar do indivíduo.

Quanto às análises diferenciais no Abandono Aprendido, tomando as variáveis escolaridade ($\leq 1^{\circ}$ Ciclo do Ensino Básico X $\geq 3^{\circ}$ Ciclo do Ensino Básico), história criminal (Primário X Reincidente), medidas de flexibilização de pena (Sim X Não), apoio social (Sim X Não) e recurso a apoio técnico (Sim X Não), apresentamos no quadro 11 os resultados obtidos, a partir da utilização do Teste-T de Student para amostras independentes.

Analisando os níveis de significância obtidos, constatamos a existência de diferenças estatisticamente significativas apenas numa das variáveis independentes em estudo: a escolaridade ($t=2,202$; $p<,05$). Como seria de esperar, são os sujeitos com escolaridade inferior os que apresentam resultados mais desfavoráveis ao nível do abandono aprendido.

Quadro 11 - Diferenças de médias na EAA, tomando a escolaridade, história criminal, flexibilização de pena, apoio social e apoio técnico

	<i>t</i>	<i>p</i>
Escolaridade	2,202	,034
Historia Criminal	1,398	,169
Flexibilização de pena	1,724	,093
Apoio Social	1,923	,065
Apoio Técnico	,624	,38

As análises diferenciais entre os vários grupos de sujeitos ao nível da depressão foram também elaboradas com base no Teste-T (Quadro 12).

Quadro 12 - Diferenças de médias na Depressão, tomando a escolaridade, história criminal, flexibilização de pena, apoio social e apoio técnico

	<i>t</i>	<i>p</i>
Escolaridade	,778	,441
Historia Criminal	,824	,414
Flexibilização de pena	,386	,702
Apoio Social	1,098	,284
Apoio Técnico	,756	,456

Conforme se pode constatar, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nas médias obtidas no BDI em nenhuma das variáveis em análise.

De salientar, que não chegamos a desenvolver análises estatísticas para averiguar a relação entre a participação em actividades no estabelecimento prisional com o AA e Depressão, uma vez que apenas 9 sujeitos referiram não participar nestas actividades, sendo este um grupo pouco significativo, comparativamente com a larga maioria de reclusos (84,7%) que participam.

7.3. Análises correlacionais

As últimas questões do nosso estudo reportam-se à relação entre abandono aprendido, depressão e estratégias de *coping*. No quadro 13 apresentamos os resultados obtidos na análise correlacional efectuada (*rho* de Spearman).

Quadro 13 - Correlações entre os resultados obtidos na EAA, no BDI e nas sub-escalas do Brief COPE

		BDI	CA	P	SI	SE	R	RP	AC	A	ES	N	AD	DC	US	H	CFP	CFE
EAA	r	,298	-,266	-,141	-,059	,119	-,221	-,213	-,187	-,161	-,110	,062	-,107	,383	,014	-,048	-,201	-,132
	p	,022	,042	,287	,659	,371	,093	,105	,156	,224	,407	,639	,418	,003	,915	,720	,127	,317
BDI	r		,042	,005	,150	,155	-,162	-,164	,417	,068	,286	,266	-,005	,318	,096	-,286	,082	,142
	p		,751	,971	,257	,242	,219	,214	,001	,608	,028	,042	,970	,014	,469	,028	,535	,283

Os resultados obtidos revelam correlações significativas entre o AA, a depressão e algumas estratégias de *coping*. A correlação entre os resultados na Escala de Abandono Aprendido e os resultados no BDI apresenta-se no sentido esperado, ou seja, a presença de abandono aprendido relaciona-se positivamente com a depressão ($r=,298$; $p<,05$).

A correlação mais significativa entre o abandono aprendido e as estratégias de *coping* situa-se na sub-escala Desinvestimento Comportamental ($r=,383$; $p<,01$), verificando-se também uma correlação com a sub-escala Coping Activo ($r=-,266$; $p<,05$), sendo esta no sentido negativo, como seria de esperar, uma vez que esta sub-escala se reporta à utilização de estratégias mais adaptativas por parte dos sujeitos, o que não acontece quando manifestam níveis mais elevados de desânimo ou abandono.

Relativamente à relação entre depressão e estratégias de *coping*, podemos assinalar correlações positivas significativas nas seguintes sub-escalas do Brief COPE (por ordem decrescente de significância): Auto-Culpabilização ($r=,417$; $p<,01$); Desinvestimento Comportamental ($r=,318$; $p<,001$); Expressão de Sentimentos ($r=,286$; $p<,05$) e Negação ($r=,266$; $p<,05$). A sub-escala Humor apresenta uma correlação negativa estatisticamente significativa com os resultados no BDI ($r=-,286$; $p<,05$). Estes resultados são consistentes com a sintomatologia da depressão (e.g. humor caracterizado pela tristeza, comportamentos de choro, desânimo e abandono, desespero).

Seguidamente apresentamos o quadro 14, com os resultados das análises correlacionais entre as diversas sub-escalas do Brief COPE. Pretendemos, com esta análise, comparar as correlações encontradas entre as estratégias de *coping* utilizadas pelos sujeitos reclusos, com as correlações encontradas na amostra normativa, tomando

como referência os resultados dos estudos de validação do instrumento para a população portuguesa (Pais Ribeiro, 2004).

Quadro 14 - Correlações entre os resultados obtidos nas sub-escalas do *Brief COPE*

		P	SI	SE	R	RP	AC	A	ES	N	AD	DC	US	H
CA	r	,510	,122	,301	,144	,443	,261	,365	,165	,086	,478	-,214	,199	,071
	p	,000	,358	,020	,275	,000	,046	,004	,211	,518	,000	,104	,130	,595
P	r		,270	,323	,082	,687	,420	,515	,223	,198	,280	-,185	,077	,312
	p		,039	,013	,537	,000	,001	,000	,090	,132	,032	,160	,563	,016
SI	r			,418	,084	,207	,432	,270	,279	,172	,216	,137	-,011	,271
	p			,001	,525	,117	,001	,038	,032	,193	,101	,299	,932	,038
SE	r				,134	,216	,210	,108	,193	,071	,087	,000	,127	,106
	p				,312	,101	,110	,416	,143	,592	,513	,997	,336	,426
R	r					,222	-,039	,285	,031	,079	,210	-,168	,212	,304
	p					,091	,768	,029	,814	,554	,110	,202	,107	,019
RP	r						,237	,541	,300	,151	,226	-,187	,106	,348
	p						,071	,000	,021	,253	,085	,155	,426	,007
AC	r							,394	,412	,372	,149	,204	,000	-,052
	p							,002	,001	,004	,260	,122	,997	,694
A	r								,339	,207	,069	,065	,222	,202
	p								,009	,116	,603	,624	,092	,125
ES	r									,311	,098	,193	,190	,099
	p									,016	,459	,143	,150	,454
N	r										,122	,193	,174	,096
	p										,359	,142	,188	,470
AD	r											,027	,038	,216
	p											,838	,777	,100
DC	r												,153	-,123
	p												,308	,354
US	r													,024
	p													,855

Comparando os resultados obtidos na nossa amostra com os da amostra normativa, podemos concluir que se verifica um número superior de correlações entre as várias sub-escalas do Brief COPE nos sujeitos reclusos, o que poderá explicar-se pelo facto de estarmos perante um grupo de sujeitos com características mais homogêneas, no que se reporta às suas vivências no momento actual e ao comportamento adoptado perante a adversidade.

As correlações mais significativas verificam-se entre as seguintes sub-escalas: *Coping Activo* e *Planear* ($r=,510$; $p<,001$); *Coping Activo* e *Reinterpretação Positiva* ($r=,443$; $p<,001$); *Planear* e *Reinterpretação Positiva* ($r=,418$; $p<,001$); *Planear* e *Auto-Culpabilização* ($r=,420$; $p<,001$); *Planear* e *Aceitação* ($r=,515$; $p<,001$), *Reinterpretação Positiva* e *Aceitação*

($r=,541$; $p<,001$); Utilizar Suporte Instrumental e Utilizar Suporte Emocional ($r=,418$; $p<,01$); Utilizar Suporte Instrumental e Auto-Culpabilização ($r=,432$; $p<,01$); Reinterpretação Positiva e Humor ($r=,348$; $p<,01$); Auto-Culpabilização e Expressão de Sentimentos ($r=,412$; $p<,01$) e, por último; Auto-Culpabilização e Negação ($r=,348$; $p<,01$).

Capítulo 8 – Discussão

De acordo com a contextualização teórica inicialmente apresentada, qualquer análise realizada sobre o fenómeno da reclusão deve considerar como base as diferenças individuais de cada recluso (e.g. idade, sexo, *locus* de controlo, estilos de *coping* e características de personalidade), as condições pessoais e sociais que condicionam a predisposição para a vida criminal, assim como o contexto prisional em que está inserido, o tipo de crime cometido, os seus antecedentes criminais e a pena a cumprir (Cooper & Berwick, 2001; Gonçalves, 1999, 2002, 2005; Gonçalves & Vieira, 2005b; Lopez-Coira, 1992).

Segundo dados estatísticos (DGSP, 2010; Gonçalves, 1999, 2002) a média de idade do recluso do sexo masculino em Portugal é aproximadamente de 35 anos de idade, tendo-se verificado na nossa amostra uma média superior ($M=41,6$). Existem poucos sujeitos casados na nossa amostra, e a maioria possui um grau de escolaridade inferior ao ensino secundário, o que é consistente com os dados descritivos da população reclusa a nível nacional (DGSP, 2010; Gonçalves, 1999, 2002). A nível profissional, a maioria dos sujeitos trabalhavam antes da detenção, e embora as suas profissões se enquadrem num nível sócio-económico muito baixo, seria de esperar pelos dados nacionais, que grande parte dos reclusos estivesse no desemprego (Gonçalves, 1999, 2002).

Segundo a literatura, considerar a faixa etária do recluso é fundamental no contexto prisional, já que os sujeitos mais jovens demonstram ser mais susceptíveis a desenvolver problemas adaptativos, por possuírem um repertório limitado de estratégias de confronto (Gonçalves, 1999). Por outro lado, conclui-se nalguns estudos que a manifestação do abandono aprendido está relacionada com o avanço da idade, em que o indivíduo mais velho tem uma maior tendência para apresentar défices cognitivos e motivacionais (Lima Santos, Ribeiro & Faria, 2002, 2008). Em concordância com estudos anteriores, no nosso observou-se uma correlação positiva estatisticamente significativa entre a idade e abandono aprendido, assim como uma relação negativa significativa entre a idade e as estratégias de *coping*. Quando o indivíduo acredita que as causas dos acontecimentos aversivos são incontrolláveis, ao longo do tempo vai desenvolvendo um conjunto de atribuições debilitantes, o que pode originar a instalação da síndrome de abandono aprendido, em que os reclusos não geram quaisquer estratégias protectoras e permanecem passivos perante as dificuldades e acontecimentos aversivos (Araújo-Soares et al., 2001; Barros et al., 1993a; Barros et al., 1993b; Faria, 1990; Fontaine & Faria, 1989; Lima, 2008; Lima Santos et al., 2008). Desta forma o recluso, com o passar do tempo, terá maior tendência a caminhar para um processo de abandono aprendido, deixando de acreditar que vale a pena mobilizar

esforços no sentido da mudança e de uma melhor adaptação, deixando também de utilizar um conjunto de estratégias adaptativas essenciais para o funcionamento do seu bem-estar.

Alguns estudos realçam a importância do matrimónio, como sendo uma base estruturante na vida de muitos delinquentes (Gonçalves, 2002). Neste caso os sujeitos não possuem um suporte ou uma “base estruturante”, o que pode originar alguns sentimentos de desânimo e uma maior probabilidade de desenvolver a síndrome de abandono aprendido. Este factor é importante na análise dos resultados do nosso estudo, uma vez que a maioria dos reclusos não têm uma relação conjugal estável.

Relativamente à variável “escolaridade” verificaram-se diferenças estatisticamente significativas no abandono aprendido com resultados mais desfavoráveis no nível inferior de habilitações académicas. Estes dados são consistentes com a literatura (DGSP, 2010; Gonçalves, 1999, 2002). Segundo Gonçalves (1999), o processo adaptativo à prisão não é independente da história pessoal de cada indivíduo e dos vários momentos adaptativos (e.g. escola), desta forma o abandono mais ou menos precoce da escola, e o fracasso na aprendizagem, poderá promover outras dificuldades de adaptação futuras.

O facto de os reclusos possuírem baixo nível de escolaridade e pertencerem a um estrato social mais desfavorecido, poderá originar défices tanto nos seus recursos individuais, como económicos, encontrando-se mais susceptíveis e vulneráveis perante situações mais difíceis de controlar. Assim, “o sujeito prefere evitar as responsabilidades, tem muitas dúvidas sobre as vantagens de um desempenho convencional, é portador de um profundo sentimento de incompetência, e entende que o dispêndio de esforços em prol da convencionalidade, não justifica os ganhos” (Gonçalves & Vieira, 2005b), promovendo desta forma a reincidência. Por outro lado, as suas condições pessoais e sociais podem limitar as suas competências e apresentar atribuições debilitantes, e assim manifestar níveis mais elevados de abandono aprendido (Brantlinger, 1990; Crandall, Katkovsky & Crandall, 1965; Seligman, 1992, cit in Faria, 1999).

A maioria dos reclusos do nosso estudo exercia uma profissão antes da detenção, o que poderá colocá-los em maior risco de abandono aprendido. Em relação à situação profissional, Farrington (1998) verificou que os reclusos que exerciam uma actividade profissional antes da detenção e ficam depois privados dos seus hábitos laborais, têm maior tendência para se sentirem desmotivados, observando-se assim um desinvestimento em actividades propostas pelo Estabelecimento Prisional. No entanto, a maioria da amostra desempenha actividades no EP, o que indica que os reclusos ainda demonstram alguma motivação para participar em actividades, contudo é de salientar que os sujeitos seguem as normas e regras e participam em actividades com o intuito de

obter algum benefício dentro do EP (e.g. direito a saídas precárias) (Gonçalves, 1999, 2000).

Em relação à variável “história criminal” (primário/reincidente), não se verificam diferenças estatisticamente significativas em função do abandono aprendido nem da depressão. No entanto, é de salientar que na análise das médias, observam-se valores mais altos de abandono aprendido e de depressão nos reclusos reincidentes comparativamente com os primários. De acordo com a literatura, os reclusos preventivos, os condenados recentemente e os primários na carreira criminal, são os que desenvolvem mais depressões. A fase inicial potencia imensas reacções emocionais negativas e prevê maior risco suicida. Estas reacções parecem diminuir à medida que o recluso se adapta à cultura prisional (Gonçalves, 1999, 2002, 2005; Moreira, 2008). No entanto, outros estudos apontam que esta variável não se correlaciona com a depressão, com a ansiedade, com o stress ou com aspectos disciplinares (Zamble & Porporino, 1988). Da mesma forma, num estudo efectuado por Lima (2008), não se verificaram diferenças significativas entre o grupo de primários e reincidentes ao nível do abandono aprendido, nem para a depressão. Desta forma o nosso estudo relativamente à história criminal, corrobora com algumas investigações efectuadas nesta temática.

O tempo de pena é uma variável bastante importante para analisar o fenómeno da reclusão, no entanto parece ser bastante complexo o seu estudo, pelo facto de que não estão todos presos desde a mesma data, por isso alguns investigadores salientam a sua importância empírica para estudos longitudinais (Gonçalves, 2002; Zamble & Porporino, 1988). No entanto é importante salientar que o tempo da pena pode influenciar o processo de adaptação à prisão. Neste sentido, Clemmer (1940) refere que quanto maior for o tempo da pena, maior é o grau de “prisionização” nos reclusos, a personalidade torna-se mais instável, há necessidade de integração em grupos mais ou menos unidos, sente-se mais vulnerável, e existe maior probabilidade de manifestar o abandono aprendido comparativamente com os reclusos com pena mais curta, em que a personalidade é mais estável, mantêm bons contactos com as pessoas do exterior e com os outros reclusos, mas sem integrar-se em grupos com normas e valores estritamente definidos. Desta forma os participantes do nosso estudo com penas mais longas poderão ter maior probabilidade de apresentar a síndrome de abandono aprendido.

No que se refere ao tipo de crime cometido pelos sujeitos da nossa amostra, constata-se que o mais representativo é o crime contra o património (e.g. furtos, falsificações), em seguida o crime contra as pessoas (e.g. homicídio, agressões, violações, tentativa de homicídio) e por último os crimes relativos a estupefacientes (e.g. tráfico). Segundo os dados da DGSP e literatura (Gonçalves, 1999, 2002), a representatividade do

tipo de crime cometido em Portugal verifica-se da mesma forma, corroborando assim os resultados obtidos.

Em relação às medidas de flexibilização da pena, verifica-se que a maioria dos reclusos usufrui de alguma medida (RAVI/RAVE/precária). No entanto salienta-se que os EP's do nosso estudo são de regimes distintos (aberto e fechado), assim importa destacar que os sujeitos que se encontram em regime fechado são os que não possuem medidas de flexibilização. Ao nível das medidas de flexibilização da pena não se encontraram diferenças estatisticamente significativas nos construtos avaliados. Todavia, é importante referir que na análise descritiva evidencia-se resultados mais elevados de abandono aprendido nos reclusos que beneficiam de medidas flexíveis (RAVI, RAVE, precária), em comparação com os restantes reclusos. Segundo Lima (2008), o recluso que beneficia de alguma medida de flexibilidade e pode sair do EP, pode experienciar elevados níveis de stress e sentimentos de incontrolabilidade, o que poderá ajudar a explicar a maior tendência para o abandono aprendido no grupo de reclusos que usufruem destas medidas, e um estado de estabilidade e de adaptação à prisão nos restantes reclusos.

Não se verificaram neste estudo diferenças significativas no abandono aprendido em função do apoio social ou técnico recebido, o que corrobora com o estudo de Lima (2008). No entanto, a partir das estatísticas descritivas efectuadas, observou-se um nível mais elevado de abandono aprendido nos reclusos que referem não ter apoios, comparativamente com os restantes reclusos. Relativamente ao apoio social, alguns autores salientam que o afastamento dos amigos, dos familiares e da vida laboral, leva a sentimentos de insegurança e de submissão (Bitencourt, 1993, cit. in Barreto, 2006; Cooper & Berwick, 2001). Outros autores indicam também que a falta de suporte social pode originar sentimentos negativos, como abandono, isolamento social, tristeza, sentimentos de culpa, depressão, baixa auto-estima, podendo assim manifestar-se o abandono aprendido (Cooper & Berwick, 2001; Moreira, 2008). Assim, quando o sujeito se encontra num estado de desânimo e de abandono não utiliza estratégias adaptativas (e.g. procura de auxílio de alguém ou de um profissional), por isso a importância da detecção precoce da síndrome de abandono aprendido de forma a intervir atempadamente.

Em relação à depressão os sujeitos do estudo manifestam elevados índices de depressão, a maioria encontra-se na “depressão ligeira”, depois na “depressão moderada” e por último na “depressão grave”. Segundo estudos epidemiológicos, o próprio ambiente prisional desencadeia altos índices de depressão (Boothby & Durhamt, 1999; Buffard, 1973; Gonçalves, 1999, 2002, 2005; Heimberg, et al. 1989; Lopez-Coira, 1992; Mazerol, 1977; Ribeiro & Barros, 1995; Vieira, 1998). Neste sentido os resultados obtidos vão de acordo com a literatura, o que alerta para a importância e a necessidade de intervenções no sentido do não agravamento do quadro clínico.

Embora alguns estudos (Araújo et al., 2009; Gonçalves, 2002) demonstrem uma relação da idade e com a depressão, os nossos dados não revelam diferenças estatísticas significativas nesta variável, o que poderá significar que a depressão pode emergir em qualquer idade na população reclusa.

Como era previsto a depressão apresenta relações e diferenças estatisticamente significativas em função do abandono aprendido. Segundo vários os autores as causas internas, globais e estáveis perante acontecimentos negativos ou indesejáveis são representantes de um estilo atribucional debilitante, precursor da depressão (Abramson, Seligman & Teasdale, 1978; Azevedo & Faria, 2006; Fontaine & Faria, 1989; Lima Santos et al., 2002).

No que se refere às estratégias de *coping*, verifica-se que os sujeitos utilizam com maior frequência as estratégias de “Planear” e “*Coping Activo*”, o que significa que utilizam estratégias focalizadas nos problemas ou estratégias de aproximação, que são as mais adaptativas. De seguida, empregam estratégias de “Reinterpretação Positiva”, “Humor”, “Aceitação” e “Auto distracção”, as quais, embora contemplem estratégias focalizadas nas emoções, são também adaptativas. Em menor frequência, os sujeitos também utilizam estratégias desadaptativas, nomeadamente “Auto-culpabilização”, “Expressão de Sentimentos”, “Negação” e “Desinvestimento Comportamental”. A sub-escala “Uso de Substâncias” foi referida como a menos utilizada, o que poderia significar que o facto de os participantes estarem fechados na prisão lhes impede o acesso a qualquer tipo de substâncias. No entanto, atendendo à forte incidência de consumo apontada na literatura junto desta população (Rodrigues, 2005; Torres & Gomes, 2005), consideramos mais plausível questionar a veracidade das suas respostas a estes itens, pelo eventual medo de represálias.

Os resultados obtidos ao nível das estratégias de *coping* utilizadas não foram os que esperávamos, em função da literatura consultada. Segundo vários autores, a população reclusa revela poucas e/ou deficientes estratégias de *coping* (Cunha, 1994; Cunha, 2002, 2008; Gonçalves, 2002, 2005; Guimarães et al., 2006; Michael et al., 2001; Reed et al., 2009; Sinclair & Chapman 1973). Por outro lado alguns autores (Gonçalves, 2005; Moreira, 2008) afirmam que a capacidade de utilizar estratégias de *coping* adaptativas vai depender da intensidade e do tipo de stressor, assim como dos traços de personalidade (e.g. impulsividade, agressividade, pensamento dicotómico), ou seja das predisposições e vulnerabilidades que o recluso importa para o meio prisional. No entanto, importa salientar que, comparativamente com a população normativa, encontramos no nosso estudo um maior número de correlações entre as várias sub-escalas do Brief COPE, o que poderá explicar-se pelo facto de estarmos perante um grupo de sujeitos com características mais

homogéneas, no que se reporta às suas vivências no momento actual e ao comportamento adoptado perante a adversidade.

Os resultados obtidos revelam uma relação positiva e muito significativa entre o abandono aprendido, depressão e algumas estratégias de *coping*, nomeadamente o “Desinvestimento Comportamental”. Também se verificou uma correlação negativa entre o abandono aprendido e o “*Coping Activo*”. Desta forma podemos verificar que o abandono aprendido afecta o comportamento do sujeito, a nível motivacional (e.g. quando cessam os esforços para mudar o resultado), a nível cognitivo (e.g. quando não são aprendidas respostas novas que poderiam provocar alterações nos resultados aversivos) e por último a nível emocional (e.g. quando a depressão e a desistência se instalam) (Naidoo & Pretorius, 2006).

Segundo alguns autores (Zeidner & Saklofske, 1996), a depressão é uma variável importante no estudo do *coping*, pelo facto de algumas características depressivas afectarem a selecção de estratégias de *coping* e a percepção real da sua eficácia. No nosso estudo, evidenciam-se correlações positivas entre a depressão e a “Aceitação”, “Desinvestimento Comportamental”, “Expressão de Sentimentos” e “Negação”, e uma correlação negativa entre depressão e “Humor”. Algumas investigações demonstram que a depressão e a ansiedade estão positivamente relacionadas com as estratégias de evitamento (Martins & Pacheco, 2008). Moos (1993) descreve ainda que as estratégias de evitamento estão relacionadas com comportamentos psicopatológicos. Neste sentido os resultados obtidos da correlação da depressão e estratégias de *coping* vão de encontro as evidências empíricas.

CONCLUSÃO

Actualmente o conceito de prisão enfatiza uma vertente de reinserção e reeducação do indivíduo, numa perspectiva mais humanitária e reabilitadora. Desta forma Gonçalves (1999) refere: “Perceber a delinquência que temos e elaborar atempadamente e de forma correcta planos de intervenção e prevenção é pois uma tarefa de actualidade e acuidade (p. 388).

Verificámos no nosso estudo que o contexto prisional é um local bastante propício para o desenvolvimento do abandono aprendido, tendo-se analisado algumas formas de manifestação desta síndrome e a sua relação com a depressão e as estratégias de *coping* dos reclusos. Analisando as variáveis sócio-demográficas em função do abandono aprendido, a idade e a escolaridade foram as únicas que apresentaram diferenças estatisticamente significativas. Relativamente à depressão, verifica-se um elevado número de “depressões ligeiras”, desta forma alerta-se para a importância e a necessidade de intervenções no sentido de não agravamento do quadro clínico.

Este estudo também pretendeu aumentar o conhecimento empírico sobre a população reclusa e desenvolver reflexões importantes sobre o processo da reclusão e das consequências que advêm dele. Assim, evidencia-se que a punição é algo que está intrínseco à ausência da liberdade física, o próprio afastamento da sua família, o isolamento da sociedade, a convivência no meio delinquente, o sistema autoritário (o controlo de todos os actos do recluso), as relações contraditórias e ambivalentes entre os profissionais dos EP's e os reclusos (por um lado recebem apoio e por outro são retidos, reprimidos e punidos), torna a reclusão um processo de adaptação muito difícil e complexo para qualquer ser humano.

Por outro lado, os efeitos da “prisionização” marcam profundamente a personalidade do indivíduo, nomeadamente, a perda da identidade e a aquisição de uma nova identidade; o sentimento de inferioridade; o empobrecimento psíquico; a dependência; a procura de protecção e de soluções fáceis; a projecção da culpa no outro e a dificuldade de elaboração de planos. Assim, uma multiplicidade de factores de risco pode predispor a síndrome do abandono aprendido, daí a necessidade da detecção precoce e intervenção sobre padrões atribucionais debilitantes que podem conduzir o recluso ao desânimo e, conseqüentemente, ao abandono de actividades, ao isolamento, ou até à reincidência. O papel do psicólogo no meio prisional, apesar de muitas vezes ser desvalorizado, poderá constituir um forte apoio no sentido de promover estratégias de *coping* adaptativas, preparar a inserção do recluso no meio prisional e fornecer competências para uma melhor reinserção na sociedade.

A sobrecarga de estudos desenvolvidos junto da população reclusa poderá ter originado a fraca adesão dos sujeitos neste estudo, o que se pôde constatar ao nível da desmotivação e desinteresse manifestados pelos que optaram não participar. Uma das principais limitações deste estudo prende-se precisamente com o reduzido tamanho da amostra, insuficiente para fazer algumas inferências mais detalhadas, ou generalizações para a população.

Durante a aplicação dos questionários, embora os reclusos tenham sido informados sobre o carácter confidencial e anónimo da sua participação, foi observado algum constrangimento por parte de alguns reclusos relativamente às questões da sua história criminal, havendo um grande número de respostas omissas nestas questões, o que dificultou a análise de resultados nalgumas variáveis.

Ainda é de salientar que a população reclusa possui características muito específicas, nomeadamente, um grande número de analfabetos e participantes com um baixo nível de escolaridade, pelo que se verificou alguma dificuldade no preenchimento dos questionários por parte de alguns reclusos. Neste sentido, em investigações futuras é necessário ter em consideração estes factores, efectuando questionários breves e curtos, com questões preferencialmente directas e objectivas.

Segundo a literatura (Gonçalves, 1999, 2000; Gonçalves & Vieira, 1995; Moreira, 2008) algumas reflexões são levantadas acerca do contexto prisional, a que mais se destaca é o sobrepovoamento e as suas consequências. Questiona-se o facto de Portugal possuir a segunda menor taxa de criminalidade da União Europeia, e ser o país que tem maior percentagem de indivíduos presos. Para além disso, o tempo médio de permanência dos reclusos na prisão em Portugal é de 24 meses, enquanto nos restantes países europeus é de 8 meses.

No futuro seria importante investir em estudos mais aprofundados, de preferência longitudinais, de forma averiguar e analisar alterações comportamentais, motivacionais e emocionais durante a detenção, de forma a detectar algumas lacunas existente nos contextos prisionais e de forma a contribuir para melhores métodos de reinserção e reeducação nos reclusos. Para além de estudos científicos sobre o meio prisional, deveria haver um maior investimento em programas de intervenção específicos para indivíduos (ex)recluídos, de forma a promover a sua “identidade”, “autonomia”, “autoconfiança”, “auto-estima”, “responsabilidade”, “capacidades”, “competências”.

Um maior investimento no estudo da temática abordada será bastante relevante, no sentido de se conhecerem melhor alguns factores de risco no contexto prisional para o desenvolvimento do abandono aprendido e de se criarem condições para a sua detecção precoce, de forma a não agravar a síndrome ou outras psicopatologias e dificuldades associadas (e.g. depressão, estratégias de *coping* desadaptativas).

A prevenção de comportamentos de risco nesta população, associada à adopção de estratégias de *coping* adaptativas, permitirá contribuir para políticas de integração e de acolhimento dos reclusos nos EP's, com intervenções centradas na melhoria do processo de adaptação à prisão e da reintegração social do recluso.

Referências

- Abramson, L. Y.; Seligman M. E. P. & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-79.
- Abreu, C. F. (2003). Recursos e estratégias para lidar com a crise. *Revista Sinais Vitais*, 48, 43-46.
- American Psychiatric Association (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – DSM-TR (4ª Ed.)*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Antoniazzi, A. S.; Dell'Aglio, D. D. & Bandeira, D. R. (1998). A evolução do conceito de *coping*: uma revisão teórica. *Temas de Psicologia*, 3, 273-294.
- Araújo, F. A. F. M.; Nakano, T. C. & Aquino, M. L. (2009). Prevalência de depressão e ansiedade em detentos. *Avaliação Psicológica*, 8 (3), 381-390.
- Araújo-Soares, V.; Figueiredo, M. & Equipa de Dor (2001). Dor: A hidra de sete cabeças. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 3 (2), 159-184.
- Azevedo, A. S. & Faria, L. (2006). Motivação, sucesso e transição para o ensino superior. *Psicologia*, 20 (2), 69-93.
- Barreto, M. L. S. (2006). Depois das grades: um reflexo da cultura prisional em indivíduos libertos. *Psicologia Ciência e Profissão*, 26 (4), 582-593.
- Barros, A. M. & Barros, J. H. (1993b). Desempenho na matemática: atribuições causais dos alunos. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 29 (1), 97-110.
- Barros, A. M. (1996). Atribuições Causais e Expectativas de Controlo do Desempenho na Matemática. *Instituto de Educação e Psicologia. Centro de Estudos em Educação e Psicologia*. Braga: Universidade do Minho.
- Barros, J. H. & Barros, A. M. (1990). Variáveis sociocognitivas do professor: teoria e investigação. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 26, 95-117.
- Barros, J. H.; Barros, A. M. & Neto, F. (1993a). *Psicologia do Controlo Pessoal: aplicações educacionais, clínicas e sociais*. Braga: Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho.
- Beck, A. T.; Ward, C.; Mendelson, M.; Mock, J. & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Beck, A.; Emery, G.; Rush, A. & Shaw, B. (1979). *Terapia Cognitiva da Depressão*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Beck, M. L. G. (2001). A Teoria da atribuição e sua relação com a educação. *Maringá*, 1 (3).
- Beresford, B. A. (1994). Resources and strategies: How parents cope with the care of a disable child. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 171-209.

- Boothby, J. L. & Durham, T. W. (1999). Screening for depression in prisoners using the Beck Depression Inventory. *Criminal Justice and Behavior*, 26 (1), 107-124.
- Buffard, S. (1973). *Le froid pénitentiaire. L' impossible réforme des prisons*. Paris: Seuil.
- Canale, A. & Furlan, M.M.D.P. (2006). Depressão. *Arquivo do Mudi.*, 10 (2), 23-31.
- Caponi, S. (2009). Uma análise epistemológica do diagnóstico de depressão. *Caderno Brasileiro Saúde Mental*, 1 (1), 1-8.
- Carver, C. S. & Scheier, M. F. (1994). Situational *coping* and *coping* dispositions in a stressful transaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 184-195.
- Carver, C. S. (1997). You want to measure *coping* but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4, 92-100.
- Carver, C.; Scheier, M. & Weintraub, J. (1989). Assessing *coping* strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56 (2), 267-283.
- Castro, M. S. L. (1985). Desânimo aprendido: Das expectativas de aprendizagem animal à análise das atribuições na aprendizagem humana – algumas implicações desenvolvimentais. In J. Cruz, L. Almeida & O. Gonçalves (Orgs.), *Intervenção psicológica na educação* (pp. 115-124). Porto: A.P.L.P.
- Clemmer, D. (1940). *The prison community*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Coelho, R. (2004). *Depressão. Perspectiva Psicodinâmica*. Lisboa: Lidel.
- Cooper, C., & Berwick, S. (2001). Factors affecting psychological well-being of three groups of suicide-prone prisoners. *Current Psychology*, 20 (2), 169-182.
- Costa, E. S. & Leal, I. P. (2006). Estratégias de *coping* em estudantes do ensino superior, *Análise Psicológica*, 2 (23), 189-199.
- Cunha, M. I. (2002). *Entre o Bairro e a Prisão: Tráfico e Trajectos*. Lisboa: Fim de Século.
- Cunha, M. I. (2008). *Aquém e Além da Prisão: Cruzamentos e Perspectivas*. Lisboa: Editora Noventa Graus.
- Cunha, M. P. (1994). *Malhas que a Reclusão Tece: Questões de Identidade numa Prisão Feminina*. Lisboa: Gabinete de Estudos Jurídico-Sociais.
- Dempsey, P. A. (1964). Unidimensional Depression Scale for the MMPI. *Journal of Consulting Psychology*, 28, 364-370.
- Direcção Geral Serviços Prisionais. Estatística da criminalidade em Portugal. Retirado a 4 de Janeiro de 2010, de <http://www.dgsp.mj.pt>.
- Doron, R. & Parot, F. (2001). *Dicionário de Psicologia*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Eiras, B. D. (2007). Uma janela para o mundo: Bibliotecas e bibliotecários em meio prisional. *Boletim da Biblioteca Municipal de Oeiras*. Lisboa: Câmara Municipal de Lisboa.

- Endler, N. S., & Parcker, J. D. A. (1990). Multidimensional assessment of *coping*: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 844-854.
- Estramiana, J. L. A.; Garrido, L. A. & Gallo, I. S. (2010). Causas sociales de la depresión: Una revisión crítica del modelo atributivo de la depresión. *Revista Internacional de Sociología*, 68 (2), 333-348.
- Faria, L. (1990). *Concepções pessoais de inteligência*. Dissertação para provas de aptidão pedagógica e capacidade científica. Porto: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Faria, L. (1999). Contextos sociais de desenvolvimento das atribuições causais: O papel do nível sócio-económico e da raça. *Análise Psicológica*, 2 (27), 265-273.
- Farrington, D. P. (1998). O desenvolvimento do comportamento anti-social e ofensivo desde a infância até a idade adulta. *Temas Penitenciários*, 2 (1), 7-16.
- Feldman, R. S. (2001). Psicologia da saúde: stress, *coping* e saúde. *Compreender a psicologia*. (5ª ed.). Lisboa: McGraw-Hill.
- Fernandes Fonseca, F. (1997). *Psiquiatria e Psicopatologia* (2ª Ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Ferreira, B. (2007). Depressão “unipolar” de início precoce. *PsiLógos*, 4 (1), 64-71.
- Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process: A study of emotion and *coping* during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 150-170.
- Folkman, S. (1984). Personal control and stress and *coping* processes: A theoretic analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46 (4), 839-852.
- Fontaine, A. M. & Faria, L. (1989). Teorias pessoais do sucesso. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 5, 5-18.
- Foucault, M. (2006). *Vigiar e Punir*. (Tradução de Ramalhete, R.). Petrópolis: Editora Vozes.
- Goffman, E. (2005). *Manicómios, Prisões e Conventos* (Tradução de Leite, D. M.). São Paulo: Perspectiva.
- Gomes, C.; Duarte, M. & Almeida, J.(2007). Crimes, penas e reinserção social: Um olhar sobre o caso português. *Actas dos ateliers do Vº Congresso Português de Sociologia Sociedades Contemporâneas: Reflectividade e Acção Ateliê: Direito, Crimes e Dependências*, 27-34.
- Gonçalves, B. & Fagulha, T. (2004). Prevalência e diagnóstico da depressão em medicina geral e familiar. *Revista Portuguesa Clínica Geral*, 20, 13-27.
- Gonçalves, R. A. & Vieira, H. (1995). Sobrepovoamento, stress e estratégias de confronto em meio prisional. *Revista Portuguesa de Ciência Criminal*, 5, 173-207.
- Gonçalves, R. A. & Vieira, S. (2005a). Atitudes face aos reclusos em guardas prisionais: Implicações para a formação do pessoal penitenciário. *Temas Penitenciários*, 3 (1- 2), 23-28.

- Gonçalves, R. A. & Vieira, S. (2005b). A avaliação do estilo de vida criminal em ofensores sexuais. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 1, 81-92.
- Gonçalves, R. A. (1999). *Psicopatia e Processos Adaptativos à Prisão*. Braga: Universidade do Minho.
- Gonçalves, R. A. (2002). *Delinquência, Crime e Adaptação à Prisão*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Gonçalves, R. A. (2005). Stress e vitimação em meio prisional. O crime e o castigo. In A. M. Pinto & A. L. Silva (Coords.), *Stress e bem-estar* (pp. 135-149). Lisboa: Climepsi.
- Griffith, J. (1985) Evidence of Unidimensionality of Locus of Control in Women Prisoners. *Journal of Offender Counseling Services Rehabilitation*, 9 (1), 57-69.
- Guimarães, C. F.; Meneghel, S. N. & Oliveira, C. S. (2006). Subjectividade e estratégias de resistência na Prisão. *Psicologia Ciência e Profissão*, 26 (4), 632-645.
- Hallstrom, C. & Maclure, N. (2000). *Ansiedade e Depressão – Perguntas e Respostas*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Heimberg, R. G. ; Klosko, J. S. ; Dodge, C. S. ; Shadick, R. ; Becker, R. E. & Barlow, D. H. (1989). Anxiety disorders, depression, and attributional style: A further test of the specificity of depressive attributions. *Cognitive Therapy and Research*, 13 (1), 21-36.
- Holahan, C. J.; Moos, R. H. & Schaefer, J. A. (1996). *Coping*, stress, resistance, and growth: conceptualising adaptive functioning. In M. Zeidner, & N. S. Endler (Eds.), *Handbook of coping: theory, research, applications* (pp. 24-43). New York: John Wiley & Sons.
- Hunziker, M. H. L. (2005). O desamparo aprendido revisitado: estudos com animais. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 21, 131-139.
- Jackson, S. W. (1995). A history of melancholia and depression. In G. H Pollock & H. M. Visotsky (Eds.). *Depression and Stress*, 1, 3-42.
- Jesus, S. & Pereira, A. (1994). *Estudo das Estratégias de Coping Utilizadas pelos Professores*. In APPORT. Évora: Universidade de Évora.
- Jiménez, A. T.; Robert, A.; Tejero, A.; Boget, T. & Cobos, J. P. (2006). Indefensión aprendida y dependencia de sustancias. *Trastornos Adictivos*, 8 (3), 168-75.
- Justo, L. P. & Calil, H. M. (2006). Depressão: o mesmo acometimento para homens e mulheres? *Revista Psiquiatria Indivíduo*, 33 (2), 74-79.
- Kaplan, H.; Sadock, B & Greeb, J. (1994). *Synopsis of Psychiatry* (7th Ed.). Baltimore: William & Wilkins.
- Kohlsdorfa, M. & Júnior, Á. L. C. (2009). O Autorrelato na pesquisa em Psicologia da saúde: desafios metodológicos. *Psicologia Argumento*, 27 (57), 131-139.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lefebvre, H. (1979). *O Marxismo*. (5.^a Ed.) São Paulo: Difel.

- Lima Santos, N.; Ribeiro, H. & Faria, L. (2002). Adaptação da “Escala de Abandono Aprendido” (Learned Helplessness Scale) ao contexto português. *Revista de Psiquiatria*, 23 (3-4), 25-44.
- Lima Santos, N.; Ribeiro, H. & Faria, L. (2008). Manifestações de “Abandono Aprendido” e risco psicossocial: Estudo diferencial numa amostra da cidade do Porto. *Mente Social*.
- Lima, A. P. M. (2008). Síndrome de Abandono Aprendido: Factor de risco nos processos de intervenção em educação social nos estabelecimentos prisionais portugueses (Estudo Exploratório). *Dissertação de Mestrado*. Porto: Universidade Portucalense.
- Lima, M. S.; Knapp, P.; Blaya, C.; Quarantini, L. C.; Oliveira, I. R. & Lima, P. A. S. P. (2004). Depressão. In: P. Knapp & Colaboradores. *Terapia Cognitivo-Comportamental na Prática Psiquiátrica*. (pp. 168-192). Porto Alegre: Artmed.
- Lopez-Coira, M. M. (1992). Reclusos y guardianes: La prision como contexto. In J. Barroso & R. A. Gonçalves (Eds.), *Psicología e intervenção social de justiça* (pp. 69-90). Porto: APPORT.
- Maia, A. C. (1998). Narrativas protótipo e organização do conhecimento na depressão. *Tese de Doutoramento*. Universidade do Minho: Braga.
- Maia, A. C. (2001). Modelos de avaliação da experiencia depressiva. *Revista Psiquiatria Clínica*, 22 (2), 197-204.
- Maier, S. F. & Seligman, M. E. P. (1976). Learned helplessness: Theory and evidence. *Journal of Experimental Psychology*, 105, 3-46.
- Manual Merk (2007). Perturbações Mentais: Depressão e Mania. Medicina. *Acta Médica Portuguesa*, 6, 95-99.
- Martins, A. & Pacheco, A. (2008). Promoção de Estratégias de *Coping*: Gestão do Tempo e Técnicas de Respiração e Relaxamento, In Educação para a Saúde no Século XXI: *Teorias, Modelos e Práticas - Centro de Investigação em Educação e Psicologia*. Évora: Universidade de Évora.
- Mascarenhas, S.; Almeida, L. S. & Barca, A. (2005). Atribuições Causais e rendimento escolar: impacto das habilitações escolares dos pais e do género dos alunos. *Revista Portuguesa de Educação*, 18 (1), 77-91.
- Matos, A. C. (2001). *A depressão*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Mazerol, M. T. (1977). *Evolution et devenir criminel*. Paris: Le Centurion.
- Michael, T. ; DeLuca, R. ; Boldt, E. & Zamble, E. (2001). Victimization, fear, and coping in prison. *Doctoral Thesis*. Winnipeg, MB: University of Manitoba.
- Ministério da Justiça (2004). Anteprojecto da Lei-Quadro da reforma do sistema Prisional. Relatório final da comissão de estudo e debate da reforma do sistema prisional. Retirado a 4 de Janeiro de 2010, de <http://www.portugal.gov.pt>.
- Mondimore, F. M. (2002). *Perturbação Bipolar: Guia para doentes e suas famílias*. Lisboa: Climepsi Editores.

- Monteiro, K. C. C. & Lage, A. M. V. (2007). Depressão: Uma 'Psicopatologia' Classificada nos Manuais de Psiquiatria. *Psicologia Ciência e Profissão*, 27 (1), 106-119.
- Montgomery S. A. (1995). *Ansiedade de Depressão* (2ª Ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Moos, R. H. (1993). *Coping Response Inventory Adult Form – Professional Manual*.
- Moreira, N. A. C. (2008). *Sofrimento, desespero e comportamentos suicidários na prisão*. Coimbra: Quarteto.
- Nabo, P. (2002). Educar para a Reinserção. *Prisões em Revista*, 20, 5-9.
- Naidoo, P. & Pretorius, T. (2006). The moderating role of helplessness in rheumatoid arthritis, a chronic disease. *Social Behavior and Personality*, 34 (2), 103-112.
- Neto, F. L. & Ito, L. M. (1998). Terapia Comportamental-Cognitiva da Depressão. In A. V. Cordioli (Ed.), *Psicoterapias: Abordagens Actuais* (2ª Ed.) (pp. 404-416). Porto Alegre: Artmed.
- Oliveira, C. M. S. (1998). O stress e *coping*: e a formação em enfermagem? *Servir*, 46 (6), 288-296.
- Ozioko, J. O. C. (2000). Locus of Control, Learned Helplessness and Gender as Factors in Mathematics. *Nigerian Journal of Basic & Applied Psychology*, 5 (1-2), 1-14.
- Pais Ribeiro, J. L. & Rodrigues, A. (2004). Questões acerca do *coping*: a propósito do estudo de adaptação do Brief COPE. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5 (1), 3-15.
- Pais Ribeiro, J. L. & Rodrigues, A. (2009). Quando a avaliação do *coping* precisa de ser breve: estudo de uma versão ainda mais reduzida do Brief COPE. In S.N. Jesus, I. Leal & M. Rezende (Eds.), *Actas do I Congresso Luso-Brasileiro de Psicologia da Saúde* (pp.473-481). Faro: CUIP.
- Pais Ribeiro, J. L. (1994). Reconstrução de uma Escala de Locus-de-Controlo de Saúde. *Psiquiatria Clínica*, 15 (4), 207-214.
- Pais Ribeiro, J. L. (2009). *Coping*: Estratégias para redução do stress. *Executive Health and Wellness*, 1 (9), 28-29.
- Pedinielli, J. L. & Bernoussi, A. (2006). *Os Estados Depressivos*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Reed, P.; Alenazi, Y. & Potterton, F. (2009). Effect of time in prison on prisoners' use of *coping* strategies. *International Journal of Prisoner Health*, 5 (1), 16-24.
- Rentzmann, W. (1992). Pierres angulaires d'une philosophie moderne de traitement: Normalisation, ouverture et responsabilité. *Bulletin d'Information Pénitentiaire*, 16, 7-14.
- Ribeiro, J. L. & Barros, R. A. (1995). Estado depressivo em função do tempo de permanência em prisão preventiva. In L. S. Almeida, M. S., Araújo, M. C., Vila-Chã & M. E. Oliveira (Orgs.), *Actas da Convenção Anual da APPORT* (pp. 79-83). Lisboa: APPORT.

- Rodrigues, S. (2005). Programa de Intervenção em Grupo para Toxicodependentes ligados ao Sistema de Justiça. In M. P., Guerra & L., Lima. *Intervenção Psicológica em Grupos em Contextos de Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Sacristán, J. R. (2000). *Psicopatologia Infantil Básica: Teoria e casos clínicos*. Madrid: Pirámide.
- Santos, C. S. V. B.; Pais Ribeiro, J. & Lopes, C. (2006). Estudo de Adaptação da Escala de Ajustamento Mental ao Cancro de um Familiar (Eamc-F). *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7 (1), 29-55.
- Santos, L. R.; Ribeiro, J. P. & Guimarães, L. (2003). Estudo de uma escala de crenças e de estratégias de *coping* através do lazer. *Análise Psicológica*, 21 (4), 441-451.
- Santos, N.; Lima, A. P. & Faria, L. (2007). Escala de Abandono Aprendido (EAA) revisitada: Estudo no contexto prisional do norte de Portugal. *Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da UFP*, 4, 172-184.
- Santos, P. J. (1989). Classificação das atribuições e satisfação com os resultados escolares. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 5, 39-45.
- Schwartz, B. (1981). Does helplessness cause depression, or do only depressed people become helpless? Comment on Alloy & Abramson. *Journal of Experimental Psycholog. General*, 110, 429-435.
- Seidl, E. M. F.; Tróccoli, B. T. & Zannon, C. M. L. C. (2001). Análise factorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 17 (3), 225-234.
- Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness: depression, development and death*. New York: W. H. Freeman.
- Sinclair, I. & Chapman, B. (1973). A typological and dimensional study of a sample of prisoners. *The British Journal of Criminology*, 13 (4), 341-353.
- Suls, J.; David, J. P. & Harvey, J. H. (1996). Personality and *coping*: Three generations of research. *Journal of Personality*, 64, 711-735.
- Tap, P.; Costa, E. S. & Alves, M. N. (2005). Escala Toulousiana De *Coping* (ETC): Estudo de adaptação à população portuguesa. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6 (1), 47-56.
- Teles, D. C. & Barbosa, A. (2009). Ansiedade e Depressão em Medicina: Modelos Teóricos e Avaliação. *Acta Médica Portuguesa*, 22 (1), 89-98.
- Telles-Correia, D. T.; Mega, I.; Barbosa, A.; Barroso, E. & Monteiro, E. (2008). *Coping* nos doentes transplantados. *Acta Médica Portuguesa*, 21 (2), 141-148.
- Torres, A. C. & Gomes, M. C. (2005). Drogas e Prisões: Relações Próximas. *Revista Toxicodependências, Ed. IDT*, 11 (2), 23-40.
- Urquijo, S.; Monchietti, A. & Krzemien D. (2008). Adaptación a la crisis vital del envejecimiento: Rol de los estilos de personalidad y de la apreciación cognitiva en adultas mayores. *Anales de psicología*, 24 (2), 299-311.

- Vaillant, G. E. (1994). Ego mechanisms of defense and personality psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology, 103*, 44-50.
- Vaz Serra, A. & Pio Abreu, J. L. (1973a). Aferição dos quadros clínicos depressivos. I – Ensaio de aplicação do “Inventário Depressivo de Beck” a uma amostra portuguesa de doentes deprimidos. *Coimbra Médica, 20*, 623-644.
- Vaz Serra, A. & Pio Abreu, J. L. (1973b). Aferição dos quadros clínicos depressivos. II – Estudo preliminar de novos agrupamentos sintomatológicos para complemento do “Inventário Depressivo de Beck”. *Coimbra Médica, 20*, 713-736.
- Vaz Serra, A. (1989). Um estudo sobre *coping*: O Inventário de Resolução de Problemas. *Psiquiatria Clínica, 9* (4), 301-316.
- Vaz Serra, A. (1994). *IACLIDE: Inventário de Avaliação Clínica da Depressão*. Coimbra: Psiquiatria Clínica.
- Vaz Serra, A.; Patto, M. L. V. & Lima, M. M. V. (1976). Aplicação do Inventário Depressivo de Beck – a uma amostra de indivíduos normais. *Medicina, 10*, 537-548.
- Vaz, M. J. (2003). Prisões de Lisboa no último quartel do séc. XIX. In A. Dores (Org.) *Prisões na Europa*. (pp.11-21). Oeiras: Celta Editora.
- Veloso, M. J. (1998). O Tempo no Estabelecimento Prisional. *Dissertação de Mestrado em Relações Interculturais*. Porto: Universidade Aberta.
- Vieira, H. (1998). Intervenções em meio prisional: Abordagem exploratória. *Temas Penitenciários, 2* (1), 45-54.
- Vieira, K. F. L. & Coutinho, M. P. L. (2008). Representações sociais da depressão e do suicídio elaboradas por estudantes de psicologia. *Psicologia Ciência e Profissão, 28* (4), 714-727.
- Weiner, B.; Frieze, I. H.; Kukla, A.; Reed, L.; Rest, S. & Rosenbaum, R. M. (1971). *Perceiving the causes of success and failure*. Morristown, NJ: General Learning Press.
- World Health Organization (2006). Switzerland, Geneva: ICD – Chapter V: Mental and Behavioural Disorders (F00-F99) – Mood [affective] disorders (F30-F39). Retirado a 4 de Janeiro de 2010, de <http://www.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>.
- Wortman, C. B. & Dintzer, L. (1978). Is an attributional analysis of the learned helpless phenomenon viable?: A critique of the Abramson Seligman-Teasdale reformulation. *Journal of Abnormal Psychology, 87*, 75-90.
- Zamble, E. & Porporino, F. J. (1988). *Coping, behaviour and adaptation in prison inmates*. New York: Springer-Verlag.
- Zeidner, M. & Saklofske, D. (1996). Adaptive and maladaptive *coping*. In M. Zeidner & N. S. Endler (Eds.), *Handbook of Coping* (pp. 505-531). New York: Wiley.
- Zung, W. W. K. (1965). A self rating depression scale. *Archives of General Psychiatry, 12*, 65-70.
- Zurckerman, M. & Lubin, B. (1980). *Manual of the Multiple Affect Adjective Check List*. Newark: University of Delaware.

Recursos Legais:

Decreto-Lei nº 26/643, (art. 211º), de 28 de Maio
Decreto-Lei nº 265/79, (art. 158º), de 1 de Agosto
Decreto-Lei nº 268/81, (art. 62º), de 16 de Setembro
Decreto-Lei nº 268/91, (art. 44º), de 6 de Agosto

Anexos

Anexo I

Autorização da Direcção Geral dos Serviços Prisionais



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DIRECÇÃO-GERAL DOS SERVIÇOS PRISIONAIS
Direcção de Serviços de Planeamento e Relações Externas

Exma Senhora
Profª Doutora Ema Patrícia Oliveira

Departamento de Psicologia e Educação
Universidade da Beira Interior
Estrada do Sineiro

6 201 - 001 COVILHÃ

V/ referência	N/ referência	Ofício N.º	Data
Mail de 26 / 04 / 2010		160/DSPRE/2010	2010 / 04 / 27

Assunto: Rectificação a Ofício 102/DSPRE relativo a Investigação académica para Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde pela F. Ciências Sociais e Humanas da U. Beira Interior

Em ordem a rectificar o Ofício 102/DSPRE de 18.03.2010, informa-se que onde se lê "Ana Rita Mendes Domingos" se deverá ler "Cristina Batista".

Daqui decorre que tenho a honra de informar V Exa. de que, por Despacho do senhor Director – Geral, Dr. Rui Sá Gomes, datado de 16/03/2010, e tendo em vista a realização da dissertação de mestrado com o tema "Abandono Aprendido, depressão e estratégias de coping numa amostra de reclusos", a mestranda Cristina Batista está autorizada a desenvolver investigação no Estabelecimento Prisional de Castelo Branco e no Regional da Covilhã. Em tudo o mais, o trabalho de campo deverá seguir os termos e condições referidos no Ofício supracitado e agora objecto de rectificação.

Com um pedido de desculpas pelo lapso, aceite os melhores cumprimentos.

MJM A Directora de Serviços

(Maria José Matos)

Maria José Matos

Nota: Os E P serão informados por Fax desta rectificação.

SM/2010

Anexo II

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

No âmbito da dissertação de Mestrado em Psicologia a apresentar no Departamento de Psicologia e Educação da Universidade da Beira Interior, Cristina Maria de Jesus Batista Brito pretende desenvolver um estudo intitulado “*Abandono Aprendido, depressão e estratégias de coping numa amostra de reclusos*”. Este estudo tem como objectivos analisar em que medida o Síndrome do Abandono Aprendido afecta a população reclusa e como se caracteriza em função de algumas características (sócio-demográficas, sintomatologia depressiva e estratégias de *coping*). Neste sentido, vem solicitar a sua colaboração no preenchimento de alguns questionários.

Informa-se que a sua participação é **voluntária**, podendo desistir a qualquer momento, sem que isto traga algum prejuízo.

Estará garantido o **sigilo** de todas as informações e dados recolhidos, respeitando o carácter **confidencial** e **anónimo** da sua participação.

O seu contributo é muito importante para a realização desta investigação, pelo que, desde já, agradeço a sua colaboração.

Eu, _____, concordo em participar na investigação: “*Abandono Aprendido, depressão e estratégias de coping numa amostra de reclusos*”, no âmbito da dissertação de mestrado em Psicologia, e compreendo os objectivos pretendidos no estudo.

Data: ____/____/2010

Assinatura: _____

Anexo III

Questionário de Caracterização Sócio-Demográfica e Criminal



Universidade da Beira Interior
Departamento de Psicologia e Educação

A presente investigação insere-se numa dissertação de mestrado em Psicologia, a apresentar no Departamento de Psicologia e Educação da Universidade da Beira Interior. O estudo pretende analisar em que medida a Síndrome do Abandono Aprendido afecta a população reclusa e como se caracteriza e correlaciona em função de algumas variáveis (sócio-demográficas, sintomatologia depressiva e estratégias de *coping*). A participação nesta investigação é **voluntária** e todos os dados recolhidos através deste questionário são **anónimos** e estritamente **confidenciais**. Agradeço a participação.

Questionário de Caracterização Sócio-Demográfica e Criminal

Data: ----/----/----

1. Idade	
-----------------	--

2. Estado Civil	
Solteiro	<input type="checkbox"/>
Casado//União facta	<input type="checkbox"/>
Viúvo	<input type="checkbox"/>
Divorciado//Separado	<input type="checkbox"/>

3. Escolaridade	
Nunca foi à escola/nunca compl.1º.ciclo	<input type="checkbox"/>
1º. Ciclo (antiga 4ª. classe)	<input type="checkbox"/>
2º. Ciclo (6º. ano)	<input type="checkbox"/>
3º. Ciclo ou equivalente (9º. ano)	<input type="checkbox"/>
Secundário ou equivalente (12º. ano)	<input type="checkbox"/>
Bacharelato/Licenciatura	<input type="checkbox"/>

4.Actividade (s) profissional antes da detenção		
Nunca Trabalhou	<input type="checkbox"/>	
Desempregado	<input type="checkbox"/>	
Reformado	<input type="checkbox"/>	
Trabalhava por conta própria	<input type="checkbox"/>	Em quê? _____
Trabalhava por conta de outrem	<input type="checkbox"/>	Em quê? _____

5. História criminal	
Primário (1ª vez)	<input type="checkbox"/>
Reincidente (mais que uma vez)	<input type="checkbox"/>
✓ N.º de vezes que já esteve detido	_____
✓ Tempo total estimado de pena cumprido (de todas as detenções)	_____
Actualmente, há quanto tempo está detido?	_____
Tempo de pena a cumprir	_____
Tipo de Crime _____	

6. Medidas de flexibilização da pena	
Saídas de precária	<input type="checkbox"/>
R.A.V.I. (Regime aberto voltado p/ interior)	<input type="checkbox"/>
R.A.V.E. (Regime aberto voltado p/ exterior)	<input type="checkbox"/>
Não beneficia de nenhuma	<input type="checkbox"/>

7. Exerce alguma actividade (s) no estabelecimento (e.g. educacional, profissional, lúdico)	
Não	<input type="checkbox"/>
Sim	<input type="checkbox"/>
▪ Qual/Quais?	

8. Apoio social (eg. visitas, apoio financeiro, apoio emocional)	
Nenhum	<input type="checkbox"/>
Familiares	<input type="checkbox"/>
Amigos	<input type="checkbox"/>
Familiares e amigos	<input type="checkbox"/>
Outro (s)	<input type="checkbox"/>
▪ Qual/Quais?	

9. Apoio técnico que procura no Estabelecimento Prisional	
Nenhum apoio	<input type="checkbox"/>
Serviço de Psicologia	<input type="checkbox"/>
Serviço Social (Educador/assistente)	<input type="checkbox"/>
Serviço Médico	<input type="checkbox"/>
Outro (s)	<input type="checkbox"/>
▪ Qual/Quais?	

Por favor, verifique se respondeu a todas as questões
MUITO OBRIGADA PELA PARTICIPAÇÃO