U.PORTO

FACULDADE DE DESPORTO
UNIVERSIDADE DO PORTO

Contributo de um Programa de Actividade Física Adaptada em Reclusas Condenadas com Depressão

Dissertação apresentada à Faculdade de Desporto, com vista à obtenção do grau de Mestre em Ciências do Desporto – Área de Especialização em Actividade Física Adaptada (Decreto-Lei n. 216/ 92, de 13 de Outubro).

Orientadora:
Prof.ª Doutora Maria Adília Silva

Co-orientadora:
Prof.ª Doutora Kátia Euclydes Borges

Joana Pinto da Rocha
Porto, Outubro de 2007

Ficha de Catalogação

Rocha, Joana (2007). Contributo de um Programa de Actividade Física Adaptada em Reclusas Condenadas com Depressão. Dissertação para provas de Mestrado no Ramo de Ciência do Desporto. FADEUP, Edição do Autor.

Palavras-chave: Actividade Física Adaptada, Reclusas, Depressão.

TRÊS COISAS...

DE TUDO FICARAM TRÊS COISAS:

A certeza de que estamos sempre a começar...

A certeza de que é preciso continuar...

A certeza de que seremos interrompidos antes de terminar....

PORTANTO DEVEMOS:

Fazer da interrupção um caminho novo...

Da queda, um passo de dança...

Do medo, uma escada...

Do sonho, uma ponte....

Da procura um encontro.

Fernando Pessoa

À memória de minha querida tia, Argentina Rocha

À memória dos meus Avós, Glória, Arlindo, Casimira e António

Aos meus Pais, Zé e Nini, pela Dedicação e Amor incondicional

Ao meu mano, Tiago, pelas nossas vivências

Mas muito especial ao Zé, por nós.

AGRADECIMENTOS

Agradeço às pessoas que me possibilitaram, durante estes dois anos, de uma ou de outra forma a concretização deste trabalho:

- À Prof.ª Adília Silva por assumir a orientação do nosso trabalho, pela amizade, entusiasmo, conhecimentos, disponibilidade, paciência e atenção durante todo o percurso académico.

- À Prof.ª Kátia Borges por aceitar a co-orientação do nosso trabalho, pela amizade e pela ajuda prestada em esclarecimento de aspectos preliminares e relevantes sobre a temática.

- Ao Prof. Pio Abreu pela transmissão de conhecimentos sobre a Depressão e pelos artigos chave sobre o Inventário Depressivo de Beck.

- Ao Dr. Pedro Novais pelo esclarecimento e ajuda na realização do capítulo das referências bibliográficas.

- À Directora e Subdirectora do Estabelecimento Prisional Especial de Santa Cruz do Bispo, Dr.ª Elisabete Dias e Dr.ª Adelina Carvalho, respectivamente pelos conhecimentos prisionais e por me apoiarem neste trabalho.

- Ao coordenador da Santa Casa da Misericórdia do Porto, Dr. Manuel Belchior, pela experiência de direcção prisional.

- Ao Chefe Sousa e aos Guardas pela colaboração na concretização experimental deste trabalho.

- Ao Guarda Antunes pelo empréstimo de bibliografia.

- À Directora Clínica, aos médicos e enfermeiros, pelas informações basilares no diagnóstico da Depressão, na toma de psicofármacos e pelos atestados de aptidão de robustez física.

- Às Senhoras que me possibilitaram o estudo, especialmente às minhas alunas.

- A Deus, porque nos momentos mais difíceis transmitiu-nos mensagens positivas.

- Ao meu marido Zé, pelo Amor e pelo encorajamento, sem os quais este estudo não estaria concluído.

- Aos meus Pais por todo o Amor, carinho e dedicação dado em todos os momentos que precisei.

- Ao meu irmão Tiago que me apoiou e sempre acreditou no meu trabalho.

- Aos meus Avós Maternos, pelo Amor translúcido em momentos chave do meu crescimento.

- Ao meu Avô António e Avó Casimira pelo orgulho que sempre tiveram em mim.

- À minha tia Argentina, porque acreditou e me revelou a vocação e o talento de ensino a Populações Especiais, especificamente nas Perturbações Mentais.

- Por fim, gostaria de agradecer aos meus amigos, familiares e colegas que acreditaram em mim e nas minhas potencialidades.

ÍNDICE GERAL

AGRADECIMENTOS ..... **vii**

ÍNDICE GERAL ..... **ix**

ÍNDICE DE FIGURAS ..... **xi**

ÍNDICE DE QUADROS ..... **xiii**

RESUMO ..... **xv**

ABSTRACT ..... **xvii**

RESUMÉ ..... **xix**

ABREVIATURAS ..... **xxi**

1. INTRODUÇÃO **3**

2. REVISÃO DA LITERATURA **9**

2.1 – Sistema Prisional 9

2.1.1 Caracterização do Meio Prisional 9

2.1.2 População Prisional 16

2.2 – Depressão 20

2.2.1 Conceito 20

2.2.2 Etiologia 22

2.2.3 Sistemas de Classificação 25

2.2.4 Epidemiologia 32

2.3 – Depressão e Actividade Física Adaptada em Meio Prisional 33

2.3.1 – Depressão e Actividade Física Adaptada 43

3. OBJECTIVOS, HIPÓTESES E VARIÁVEIS **51**

4. MATERIAL E MÉTODOS **55**

4.1 – Amostra 55

4.2 – Procedimentos Metodológicos 56

4.2.1 Instrumentos 57
4.2.1.1 Finalidade 59
4.2.1.2 Constituição 60
4.2.1.3 Vantagens 61
4.2.1.4 Desvantagens 62
4.3 – Programa de Actividade Física Adaptada 63
4.4 – Procedimentos Estatísticos 65
4.5 – Limitações Metodológicas 65

5. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS 69

5.1 – Análise dos dados sociodemográficos 69
5.2 – Inventário Depressivo de Beck 76
6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 97

7. CONCLUSÕES 105

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 111

ANEXOS I

Anexo 1 – Carta dirigida ao director geral dos SP v
Anexo 2 – Carta dirigida à directora do EPESCB ix
Anexo 3 – Dados sociodemográficos xiii
Anexo 4 – Inventário depressivo de Beck xvii
Anexo 5 – Carta dirigida à directora clínica do EPESCB xxiii
Anexo 6 – Diário de Campo xxvii

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Subconjunto da AFA, em paralelo com os outros subconjuntos da AF (Simard, 2003:12) 36
Figura 2 – Modelo holístico para orientar a compreensão da finalidade, dos objectivos, dos conteúdos e da duração dos resultados adaptados (Sherrill, 1998:2) 37
Figura 3 – Idades da amostra 69
Figura 4 – Idades do grupo experimental 69
Figura 5 – Idades do grupo de controlo 70
Figura 6 – Habilitações literárias da amostra 70
Figura 7 – Habilitações literárias do grupo experimental 70
Figura 8 – Frequência de escola ou de curso da amostra 71
Figura 9 – Consultas de foro mental da amostra 71
Figura 10 – Consultas do foro mental do grupo experimental 71
Figura 11 – Consultas do foro mental do grupo de controlo 72
Figura 12 – Toma de psicofármacos da amostra 72
Figura 13 – Toma de psicofármacos do grupo experimental (A) e do grupo de controlo (B), após o estudo experimental 72
Figura 14 – Ocupação laboral da amostra 73
Figura 15 – Postos laborais da amostra 73
Figura 16 – Ocupação laboral da amostra, após o estudo experimental 73
Figura 17 – Postos laborais da amostra, após o estudo experimental 74
Figura 18 – Adesão à terapia ocupacional 74
Figura 19 – Adesão à terapia ocupacional, após o estudo experimental 74
Figura 20 – Presença na EF da amostra 75
Figura 21 – Frequência semanal na EF da amostra 75
Figura 22 – Presença na biblioteca da amostra 75
Figura 23 – Frequência semanal na biblioteca da amostra 75
Figura 24 – Grau da Depressão da amostra, no 1.º Momento 76
Figura 25 – Grau da Depressão da amostra, no 2.º Momento 77
Figura 26 – Valores do item autopunição, no 1.º Momento 77
Figura 27 – Valores do item autopunição, no 2.º Momento 78

Figura 28 – Valores do item culpabilidade, no 1.º Momento 78
Figura 29 – Valores do item culpabilidade, no 2.º Momento 79
Figura 30 – Valores do item auto-acusações, no 1.º Momento 79
Figura 31 – Valores do item auto-acusações, no 2.º Momento 80
Figura 32 – Valores do item desejos suicidas, no 1.º Momento 80
Figura 33 – Valores do item desejos suicidas, no 2.º Momento 81
Figura 34 – Valores do item incapacidade de trabalhar, no 1.º Momento 81
Figura 35 – Valores do item incapacidade de trabalhar, no 2.º Momento 82
Figura 36 – Valores do item libido, no 1.º Momento 82
Figura 37 – Valores do item libido, no 2.º Momento 83
Figura 38 – Depressão da amostra e a terapia ocupacional, no 1.º momento . 84
Figura 39 – Depressão da amostra e a terapia ocupacional, no 2.º momento . 85
Figura 40 – Depressão da amostra e o curso ou a escola, no 1.º momento 85
Figura 41 – Depressão da amostra e o curso ou a escola, no 2.º momento 86
Figura 42 – Depressão da amostra e a ocupação laboral, no 1.º momento..... 86
Figura 43 – Depressão da amostra e a ocupação laboral, no 2.º momento..... 87
Figura 44 – Depressão da amostra e a toma de psicofármacos, no 1.º momento 87
Figura 45 – Depressão da amostra e a toma de psicofármacos, no 2.º momento 88
Figura 46 – Depressão do grupo experimental e a terapia ocupacional, no 1.º momento 90
Figura 47 – Depressão do grupo experimental e a terapia ocupacional, no 2.º momento 91
Figura 48 – Depressão do grupo experimental e a ocupação laboral, no 1.º momento 91
Figura 49 – Depressão do grupo experimental e a ocupação laboral, no 2.º momento 92
Figura 50 – Depressão do grupo experimental e a toma de psicofármacos, no 2.º momento 92
Figura 51 – Depressão do Grupo de controlo e a toma de psicofármacos, no 2.º momento 93

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Consistência interna do IDB, nos dois momentos. Valores de alfa de Cronbach 76
Quadro 2 – Comparação entre o primeiro e o segundo momento, na amostra, de avaliação das dimensões: afectiva, auto-estima e somática. Valores da média, do desvio padrão e de p. 84
Quadro 3 – Comparação entre o grupo experimental e o grupo de controlo, no primeiro e no segundo momento de avaliação da Depressão. Valores de média, desvio padrão, *mean rank*, z e p. 88
Quadro 4 – Comparação entre o primeiro e o segundo momento de avaliação da Depressão no grupo experimental e no grupo de controlo. Valores de média, desvio padrão, *mean rank*, z e p. 89
Quadro 5 – Comparação entre o primeiro e o segundo momento, no grupo experimental, de avaliação das dimensões: afectiva, auto-estima e somática. Valores de média, desvio padrão e de p. 89
Quadro 6 – Comparação entre o primeiro e o segundo momento, no grupo experimental, de avaliação dos itens: imagem corporal, peso e libido. Valores de média, desvio padrão e de p. 90
Quadro 7 – Comparação entre o grupo experimental e o grupo de controlo, de avaliação da Depressão, que tomam psicofármacos. Valores de média, desvio padrão e de p. 93

RESUMO

A Depressão é uma perturbação mental bastante frequente em todo o mundo, especialmente no sexo feminino. De acordo com a *World Health Organization* (2001, 2003), a Depressão pode ser caracterizada por um estado de humor deprimido, perda do interesse ou do prazer, sentimentos de culpa ou de baixa auto-estima, distúrbios do sono ou do apetite, baixa energia, e pouca concentração. Estes sintomas podem-se converter em crónicos ou recorrentes e, por conseguinte, causar uma incapacidade substancial nos cuidados individuais, para consigo e para com o outro, e nas respostas do dia a dia. Na actualidade, a Depressão, em mulheres que se encontram em reclusão, tem sido alvo de estudo (Tye e Mullen, 2006), no entanto, pouco se conhece sobre os eventos e as experiências que as mesmas têm na prisão (Keaveny e Zauszniewsky, 1999), muito particularmente ao nível da Actividade Física. Este trabalho tem como objectivo estudar o contributo de um programa de Actividade Física Adaptada em reclusas condenadas com Depressão. A amostra é constituída por 24 indivíduos do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 25 e os 45 anos (16 do grupo de controlo e 8 do grupo experimental). Os instrumentos utilizados foram: uma ficha de dados sociodemográficos para caracterizar a amostra; o Inventário Depressivo de Beck para quantificar a Depressão; e o diário de campo para acompanhar o desenvolvimento do nosso estudo. O programa de Actividade Física Adaptada foi desenvolvido durante dezasseis semanas, com três aulas semanais, com duração de 60 a 90 minutos cada e incluía actividades aeróbias, exercícios de desenvolvimento de força dos principais grupos musculares, e exercícios de interacção social e de relaxamento mental e corporal. Para analisar os grupos, em função do grau da Depressão, optámos por utilizar os testes não paramétricos, nomeadamente, o teste de Mann-Whitney U para comparar o grupo experimental com o grupo de controlo e o teste de Kruskal-Wallis H para comparar o primeiro com o segundo momento de aplicação do Inventário Depressivo de Beck, tanto do grupo experimental como do grupo de controlo. O nível de significância foi mantido em $p \leq 0.01$. Os resultados do nosso estudo revelam que, no primeiro momento, a amostra apresenta valores da Depressão similares em ambos os grupos e que, no segundo momento, o grupo experimental, quando comparado com o grupo de controlo ou com o momento anterior ao programa de Actividade Física Adaptada, apresenta diferenças estatisticamente significativas no grau da Depressão. A dimensão da Depressão com valores mais elevados é a auto-estima. Contudo, o grupo experimental, no segundo momento, diminuiu nas três dimensões, auto-estima, afectiva e somática, de modo estatisticamente significativo.

Palavras-Chave: Actividade Física Adaptada, Reclusas, Depressão.

ABSTRACT

The Depression is a mental disorder quite common all around the world, especially in what concerns women. Accordingly to the World Health Organization (2001,2003), one can distinguish it by some ordinary symptoms as a depressed state of humour, sleep or food disorders, loss of interest or pleasure, guilty feelings, loss of energy and an inability to be focused. These symptoms can become chronic or they can appear many times in a life time, which can cause a substantial incapacity in the individual, in what concerns taking care himself or taking care of others, and a total lack of confidence in dealing with daily tasks. Nowadays, the Depression in women in jail has been studied (Tye and Mullen, 2006), although little is known about the events and experiences that these women have in prison (Keaveny and Zauszniewsky, 1999), particularly in what concerns physical activity. This work has as its ultimate goal to study the positive impact of an Adapted Physical Activity programme in depressed female felon. The sample is constituted by 24 female individuals with ages between 24 and 45 years old (16 from the control group and the others from the experimental group). To accomplish this some instruments were used as: a social and demographic data form, in order to characterize the sample; The Beck Depression Inventory to measure the Depression; and a field diary to follow up the development of our study. The Adapted Physical Activity programme had been developed along 16 weeks, with three weekly classes which lasted between 60 to 90 minutes each, which included aerobic activities and exercises of strength development of the main muscles groups and exercises of social interaction and techniques of both mental and physical relaxation. To make an analysis of the groups according to the Depression level, we have chosen the non-parametric tests, namely the Mann-Whitney U test, in order to compare the experimental group with the control group, and the Kruskal-Wallis H test, to compare the first moment of the application of the Beck Depression Inventory of with the second one, both from the experimental group and the control group. The relevance level remained in $p \leq 0.01$. The results of our study reveal that in the first moment, the sample shows similar levels of Depression in both groups. Furthermore they reveal that in the second moment, the experimental group when compared with the control group or when compared to the moment before the Adapted Physical Activity programme show statistic meaningful differences in the Depression level. The most meaningful dimension in what concerns the Depression is the self-esteem. However, in the second moment, the experimental group have dropped in the three dimensions, self-esteem, cognitive-affective and somatic, in terms of statistically significant.

Key words: Adapted Physical Activity, Female Felon, Depression.

RESUMÉ

La Dépression est une perturbation mentale suffisamment fréquente dans le monde entier, surtout dans le sexe féminin. Conformément à World Health Organization (2001,.2003), la Dépression peut être caractérisé par un état d'humeur décourageante, de perte de l'intérêt ou du plaisir, de sentiments de faute ou de basse auto-estime, d'émeutes du sommeil ou de l'appétit, de basse énergie, et de peu de concentration. Ces symptômes se peuvent convertir dans chroniques ou récurrents et, par conséquent, causer une incapacité substantielle dans les soins individuels, pour elle et envers l'autre, et dans les réponses quotidien. Dans l'actualité, la Dépression, dans des femmes qui se trouvent dans réclusion, a été cible d'étude (Tye et Mullen, 2006), néanmoins, peu se connaît sur les événements et les expériences que les mêmes ont dans la prison (Keaveny et Zauszniewsky, 1999), très particulièrement au niveau de l'Activité Physique. Ce travail a pour objet étudier la contribution d'un programme d'Activité Physique Adaptée dans des prisonnières condamnées avec Dépression. L'échantillon est constitué par 24 personnes du sexe féminin, avec des âges compris entre les 25 et 45 années (16 du groupe de contrôle et 8 du groupe expérimental). Les instruments utilisés ont été : une fiche de données sociodémographiques pour decaractériser l'échantillon ; l'Inventaire Dépressif de Beck pour dequantifier la Dépression; et le quotidien de champ pour deaccompagner le développement de notre étude. Le programme d'Activité Physique Adaptée a été développé pendant seize semaines, avec trois leçons hebdomadaires, avec durée de 60 à 90 minutes chaque et incluait des activités aérobies, exercices de développement de force des principaux groupes musculaires, et exercices d'interaction sociale et de relaxation mentale et corporelle. Pour analyser les groupes, en fonction du degré de la Dépression, nous avons opté utiliser les essais non paramétriques, notamment, l'essai de Mann-Whitney U pour decomparer le groupe expérimental avec le groupe de contrôle et l'essai de Kruskal-Wallis H pour comparer premier avec le second moment d'application de l'Inventaire Dépressif de Beck, tant du groupe expérimental que du groupe de contrôle. Le niveau d'importance a été maintenu dans $p \leq 0.01$. Les résultats de notre étude révèlent que, au premier moment, l'échantillon présente des valeurs de la Dépression semblables dans les tous les deux les groupes et que, au second moment, le groupe expérimental, quand comparé avec le groupe de contrôle ou avec le moment précédent au programme d'Activité Physique Adaptée, présente des différences statistiquement significatives dans le degré de la Dépression. La dimension de la Dépression avec des valeurs plus élevées est l'auto-estime. Néanmoins, le groupe expérimental, au second moment, a diminué dans les trois dimensions, auto-estime, affective et somatique, de manière statistiquement significative.

Palavras-Chave : Activité Physique Adaptée, Prisonnières, Dépression.

ABREVIATURAS

AF – Actividade Física

AFA – Actividade Física Adaptada

APA – Associação de Psiquiatria Americana

BDI – *Beck Depression Inventory*

DP – Desvio Padrão

DSM – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

EF – Educação Física

EP – Estabelecimento Prisional

EPESCB – Estabelecimento Prisional Especial de Santa Cruz do Bispo

ICD – *International Classification of Diseases*

IDB – Inventário Depressivo de Beck

IFAPA – *International Federation of Adapted Physical Activity*

NE – Necessidades Especiais

PAFA – Programa de Actividade Física Adaptada

RAVE – Regime Aberto Voltado para o Exterior

RAVI – Regime Aberto Voltado para o Interior

SC – Serviços Clínicos

SEE – Serviços de Educação e Ensino

SP – Serviços Prisionais

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

WHO – *World Health Organization*

INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

O mundo procura, incessantemente, forma de solucionar os problemas de saúde, do foro físico ou do foro psíquico. Como seria de esperar criaram-se diversas actividades e terapias, tanto no sentido de desenvolver as habilidades do ser humano e de este ascender ao topo das suas capacidades, como de superar as perturbações diárias.

Segundo a *World Health Organization* (WHO, 2006a), saúde não é ausência de doença, mas bem-estar nas vertentes física, psíquica e social. Desta forma, há autores que se centram na questão do bem-estar.

Mota (1997), refere que o bem-estar do indivíduo está directamente ligado à qualidade de vida pela qual este se coliga. Concretamente, às actividades de tempo livre, à relação com o seu corpo, ao movimento, aos ritmos de vida diurno, aos comportamentos do quotidiano, à alimentação, aos hábitos de vida e às exigências do trabalho.

As actividades de lazer, procura de prazer, são um bom meio de favorecer a saúde da pessoa e a Actividade Física Adaptada (AFA) é uma das opções mais consistentes para o reequilíbrio do ser.

A AFA, nos dias de hoje, é definida como um corpo de conhecimentos transdisciplinares dirigidos para a identificação e soluções de diferenças individuais na AF (Actividade Física). A adaptação significa, por isso, modificar, ajustar, ou acomodar de acordo com dados da avaliação, o desporto, a dança, *o fitness* (aeróbica, *step*, exercícios específicos de desenvolvimento de força ou de relaxamento), entre outros (*International Federation of Adapted Physical Activity* – IFAPA, 2004).

Em 1994, na Declaração de Salamanca, propôs-se o termo NE (Necessidades Especiais) para definir qualquer indivíduo que exibisse condições específicas – físicas, sensoriais, cognitivas, emocionais, comunicativas, sociais, ou qualquer combinação destas – face à diversidade cultural (Marques et al., 2001).

Sallis e Owen (1999), asseveram que as perturbações mentais (a ansiedade e a Depressão são as mais comuns) existem em todos os povos e que são a

causa de muito do sofrimento humano. Todavia, o estudo da Depressão tem desenvolvido muito desde que a saúde psicológica se associou à AFA.

Nos anos mais recentes, as perturbações mentais têm sido matéria de estudo em mulheres que estejam a cumprir pena de prisão. As doenças mais usuais das pessoas que se encontram em reclusão são: a Depressão, as desordens da ansiedade, o abuso de substâncias e as desordens da personalidade (Tye e Mullen, 2006). Contudo, pouco é sabido sobre os eventos e experiências que as mulheres têm na prisão (Keaveny e Zauszniewsky, 1999). Historicamente pouca ou nenhuma atenção foi prestada à pesquisa de pessoas do sexo feminino na prisão, quer seja para definir características e NE quer por outras circunstâncias. As mulheres que praticam delitos raramente são notícia pelos *media,* dado que representam um pequeno número da população prisional (6.3%) e porque geralmente a percentagem de sentenciadas, por crimes de violência, não é a mais representativa desta população (Bureau of Justice Statistics [BJS], 1997, cit. Keaveny e Zauszniewsky, 1999).

A reclusão é, pois, um processo de adaptação muito difícil para qualquer ser humano. A punição é algo que está intrínseco à ausência da liberdade física, afastando as pessoas que cometeram algo de ilícito e reprovável da sociedade. Porém, actualmente, o conceito de prisão enfatiza uma vertente de reinserção social, e não só de protecção da sociedade daqueles que cometeram actos contra a mesma. Assim, o objectivo crucial da reclusão é o de reeducação.

O papel de qualquer técnico de reeducação, no caso concreto do professor de Educação Física (EF) é reeducar e reabilitar reclusos que se encontrem num Estabelecimento Prisional (EP) e contribuir para o bem-estar dessa população.

Por conseguinte, no decorrer da nossa investigação, surgiram-nos diversas interrogações que podem ser consubstanciadas nos seguintes aspectos:

- A AFA poderá contribuir para uma diminuição dos valores da Depressão?
- Qual o contributo da AFA em reclusas com Depressão?

Assim sendo, analisamos o contributo de um programa de AFA (PAFA), em reclusas condenadas com Depressão, proporcionado por nós no

Estabelecimento Prisional Especial de Santa Cruz do Bispo (EPESCB), três vezes por semana, com duração de sessenta a noventa minutos, durante 16 semanas.

O principal motor que nos impulsionou na escolha do tema foi a escassez de trabalhos de investigação na área, tanto nacionais como internacionais. Para além deste motivo, outras razões nos moveram. Uma delas foi a ligação por nós estabelecida desde a abertura do EPESCB, a 3 de Janeiro de 2005, como professora de EF. Outras relacionam-se com os projectos implementados nesse EP na área desportiva e na animação sociocultural. Por último, a propensão que sempre tivemos em desenvolver estudos que envolvam populações com perturbações mentais.

Pelo exposto determinamos o seguinte objectivo geral: estudar a influência de um PAFA orientado em reclusas condenadas com Depressão. Como objectivos específicos estabelecemos: analisar a consistência interna do IDB; determinar o grau da Depressão da amostra; analisar os diferentes itens do IDB da amostra; comparar os valores da Depressão das reclusas condenadas que frequentaram o PAFA com as que não frequentaram; comparar os valores das três dimensões (auto-estima, afectiva e somática) do IDB das reclusas condenadas que frequentaram o PAFA; comparar os valores da Depressão de reclusas condenadas que frequentaram o PAFA e têm outras actividades laborais ou terapêuticas com as que frequentaram somente o PAFA; comparar os valores da Depressão de reclusas condenadas que frequentaram o PAFA e tomam psicofármacos com as que não frequentaram o PAFA, mas que tomam psicofármacos.

Descritos os motivos pelos quais nos norteamos e definidos os objectivos do nosso tema é necessário estruturar o trabalho.

Esta investigação insere-se no campo das perturbações depressivas e da AFA em meio prisional, o que legitima, portanto, a importância que foi dada ao sistema prisional, à Depressão e à AFA.

No primeiro capítulo fazemos uma breve introdução ao trabalho, evidenciando os aspectos substanciais do mesmo, e apresentando os objectivos que nortearam toda a sua elaboração.

No segundo capítulo fazemos uma revisão bibliográfica acerca do sistema prisional, pois é o conduto originário das perturbações depressivas, o que nos leva a caracterizar o meio prisional e a população prisional. De seguida, explicamos o conceito, a causalidade, os diferentes sistemas de classificação e a epidemiologia da Depressão. E por último, ainda neste capítulo, fundamentamos a importância da AFA em meio prisional e fazemos referência a estudos sobre Depressão e AFA.

Sucede-se, à revisão da literatura, o capítulo três em que descrevemos os objectivos do nosso estudo, suas hipóteses e variáveis.

Apresentamos seguidamente o capítulo quatro, de Material e Métodos, em que descrevemos a amostra, os procedimentos metodológicos, o PAFA, os procedimentos estatísticos e as limitações metodológicas.

O capítulo cinco diz respeito à apresentação dos resultados, em que se expõe os mesmos de modo preciso, sobre a forma de figuras e quadros.

No capítulo seis fazemos uma discussão dos resultados expostos no capítulo anterior, tendo em apreciação o estado actual do conhecimento na matéria.

O capítulo sete, conclusões, reporta-se de forma clara e concisa aos objectivos e hipóteses formuladas no capítulo três, seguido de sugestões para futuras investigações.

No capítulo oito fazemos menção às referências bibliográficas utilizadas no estudo.

Por último, expomos o capítulo anexos, em que estão inseridos os instrumentos do estudo, designadamente cartas, ficha de dados sociodemográficos, IDB e diário de campo.

REVISÃO DA LITERATURA

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 – Sistema Prisional

2.1.1 Caracterização do Meio Prisional

O meio prisional é uma instituição total, na medida em que é igualmente um local de residência e de trabalho, onde um grande número de pessoas, em situação similar, separadas da macro-sociedade por determinado período de tempo, leva uma vida circunscrita e formalmente administrada (Goffman, 2005).
No entanto, nem sempre a prisão foi o modo mais usual de condenação de crimes. Até meados do século XVIII os condenados eram sujeitos ao "suplício", isto é, o corpo era ferido, dilacerado ou amputado, em locais simbólicos do delito e era exposto vivo ou morto. A flagelação foi gradualmente extinguida, bem como as personagens que se incumbiam de proporcionar o "espectáculo dos horrores" (Foucault, 2006).
Entre 1820 e 1850, os países mais desenvolvidos afiguraram ser possível resolver o problema da delinquência. O pensamento da época baseava-se na ideia de que o sujeito podia ser totalmente regenerado com a inserção do mesmo num espaço limitado e com um quotidiano completamente controlado, consequentemente conduziu à construção de prisões celulares (Santos, 2002).
O modo geral de um instrumento para tornar os indivíduos dóceis e úteis através de um trabalho preciso sobre seu corpo criou a instituição-prisão, antes que a lei a definisse como a pena por excelência. Assim, no fim do séc. XVIII início do séc. XIX, dá-se a passagem para uma penalidade de detenção que, na verdade, era a abertura da punição já existente como mecanismo de coerção (Foucault, 2006).
Paulatinamente, o carrasco e o anatomista foram substituídos por técnicos, tais como: guardas, capelões, educadores, psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, médicos de clínica geral, entre outros.
Em Portugal, o universo recluso feminino, até meados do século XX, tal como nos outros países e na actualidade, era muito reduzido comparativamente com

o número de reclusos masculinos. Entre 1937 e 1941, período que antecede a construção da cadeia central feminina, o número de reclusas não justificava a criação de vários EP. Assim sendo, grande parte da população reclusa feminina foi concentrada num único EP e os EP regionais absorviam reclusas preventivas e condenadas com penas inferiores a 3meses (Cunha, 2002).

De acordo com Lefebvre (1979), o sistema penitenciário durante a história teve distintas valências. Primeiro, o sistema jurídico-social, que se identifica pela ideologia do castigo, da pena, da dívida, da transgressão à norma, simbolizado pelo bem e pelo mal. Segundo, o sistema religioso e moral, apoiado 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, e há a crença que os reclusos possuem uma anomalia, nomeadamente psíquica, o que leva à criação de um dossier 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 busca da ressocialização e da readaptação, visto que há a percepção de que o recluso tem uma formação educacional, profissional e social carenciada. Assim, a missão é a reinserção social do indivíduo no meio, após este adquirir competências educacionais que não tinha.

As instituições totais possuem quatro características. Os aspectos da vida de um internado são conduzidos num mesmo espaço e sob a mesma autoridade; todas as fases na rotina diária são realizadas na companhia de outros sujeitos, igualmente, internados; as etapas na rotina diária são escalonadas e encadeadas e a sua imposição apoia-se num sistema explícito de regras formais cujo cumprimento é fiscalizado através de agentes institucionais; as actividades são realizadas com base num plano racional que traduz o completo cumprimento de objectivos da instituição (Goffman, 2005).

Pode-se compreender o carácter obviado que a prisão-castigo muito cedo assumiu, porém conforme se transformou não desapareceu (Foucault, 2006).

Donde, um EP é definido como um tipo de instituição total organizada para proteger a comunidade contra perigos intencionais e, de uma população criminosa, isolando os reclusos estes deixam de constituir um problema imediato (Goffman, 2005).

Assim, e citando Gonçalves (2002:141), prisão: "é uma forma de punição cujo aparecimento, transformações e actual permanência, devem ser enquadrados em toda uma ideologia que veicula a necessidade de identificar e punir o desvio de acordo com o princípio de uma "ortopedia correctiva", fundada, consoante os desígnios da ideologia e da época histórica vigentes, na religião, na moral, na sociedade e também no saber intelectual vigentes".

Para Goffman (2005) descrever um EP reporta-se, pois, a um exame geral da vida do local que é objecto de estudo. Contudo, há algo de comum a todos os EP: qualquer instituição dessa natureza tende a fechar, simbolizado pela barreira social, com o mundo externo.

O espaço físico remete para a característica do enclausuro, visto que as portas e os gradões estão fechados, e só são abertas por guardas com autorização prévia superior. A passagem por diversas grades para se direccionar para os diferentes locais, as paredes altas, os arames farpados, entre outros, revelam o ambiente cerrado.

No EP, tradicionalmente, predomina o poder coercivo, logo, o controlo, concretizado nas ameaças e sanções físicas e psicológicas, é personificado ora pelos guardas ora pelos presos entre si, com desígnio de conquista de privilégios internos (Gonçalves, 2002).

De acordo com Goffman (2005), o indivíduo, na sociedade moderna, precisa de realizar basicamente três tarefas – dormir, distrair-se e trabalhar – em diferentes locais, com distintos coadjuvantes, sob várias autoridades e sem um plano racional geral. Todavia, a base das instituições totais rege-se pela quebra das barreiras que normalmente separam as três esferas referidas. Os aspectos da vida são realizados num mesmo local e sob a mesma autoridade. Cada fase da actividade diária é realizada na companhia de um grupo elevado, no qual há a preocupação de todos os reclusos serem tratados da mesma forma e, realizarem actividades semelhantes, dentro do possível com base no gosto dos

mesmos. Todas as actividades são rigorosamente executadas em horários fixos, dado que uma actividade conduz, em tempo predeterminado, à seguinte, e toda a sequência de actividades é imposta por um sistema de regras formais explícitas. As actividades de carácter obrigatório são reunidas num único plano racional, supostamente planeado para atender aos objectivos oficiais da instituição.

Assim, desenvolvem-se dois mundos sociais e culturais diferentes que caminham juntos com pontos de contacto, mas com pouca interpenetração. A divisão da equipa dirigente e a de reclusos é uma consequência básica da direcção burocrática de grande número de pessoas e do trabalho que prestam (Goffman, 2005).

Clemmer (1940) diz que os reclusos são sujeitos a um processo de "prisionação", isto é, um processo moroso e progressivo, que se inicia por uma transformação de anonimato a pertença ou não num grupo de indivíduos. Normalmente há uma interiorização de uma gíria prisional e o reconhecimento que os guardas têm um poder incontestável. Passados alguns meses, o recluso geralmente passa a considerar o trabalho, a roupa lavada e passada, a comida e o alojamento como algo que a instituição lhe deve. Esta alteração de pensamentos conduz, posteriormente, a uma não acomodação com qualquer trabalho, mas a desejar algo que seja mais vocacionada 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. A "prisionação" afigura-se, deste modo, como um dos resultados da vida num EP e da adaptação do recluso a essa situação.

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 o que se denomina sistema de privilégios, dado que a ligação com o seu "Eu" civil geralmente é afectada pelos processos de sistema prisional (Goffman, 2005).

Em primeiro existem as regras da instituição que explicitam a austera rotina diária, um conjunto relativamente explícito e formal de prescrições e proibições que expõe as principais exigências quanto à conduta do recluso.

Em segundo, em contraste com esse ambiente rígido apresenta-se um pequeno número de prémios ou privilégios claramente definidos e obtidos em troca da obediência em acção e espírito, à equipa dirigente.

O terceiro está ligado aos castigos, definidos como consequência à desobediência das regras (Goffman, 2005).

Contudo, as mortificações de "Eu" sofreram algumas alterações. A correspondência e os telefonemas dos reclusos são confidenciais, podem ter televisão na cela e dispõe de electricidade além do colectivo fecho das luzes e de silêncio (Cunha, 1994). Os reclusos têm direito a visitas íntimas, desde que o seu comportamento não seja colocado em questão nos momentos de avaliação.

Assim, há factores universais pelos quais os reclusos são sujeitos: aceitação do papel de subordinado; acumulação de conhecimento sobre prisão; surgimento de novos modos de vestir (batas para os condenados), dormir (horários fixos) e trabalhar; utilização de maior ou menor grau, de gíria prisional; reconhecimento que não se deve nada à instituição pelo facto de esta satisfazer as necessidades básicas de cada recluso; desejar um bom trabalho (Clemmer, 1940).

As condições de vida normais na sociedade diferem em muito da vida numa prisão, um bom exemplo disso é o trabalhador que recebe um pagamento em dinheiro e gasta-o para o lar (necessidades familiares) e para o divertimento. No EP qualquer que seja o incentivo, oferecido ao trabalho, não terá o significado estrutural que tem no mundo externo (Goffman, 2005).

Por conseguinte, num EP há vários motivos para trabalhar, tais como: subsistência da família; sustento dos vícios do próprio e de outros companheiros (por diversos interesses); avaliação positiva pela direcção e pelos juízes, do processo do recluso, nos momentos de possível saída do EP, em precárias ou em liberdade.

Nos dias de hoje, os EP dividem-se em estabelecimentos centrais, regionais e especiais, mas a intervenção dos mesmos é baseada não só nas características específicas como na legislação em vigor, no regulamento interno e no tipo e quantidade de reclusos que admite (Gonçalves, 2002).

A sobrelotação da população reclusa, a condição de saúde do recluso, as tensões acumuladas fruto do dia a dia, e o facto de grande parte dos crimes se relacionarem com o consumo de estupefacientes, oneram até aos limites as capacidades humanas e físicas de um EP (Teixeira, 2005).

A vida em grupo exige contacto mútuo e exposição entre reclusos. Desta forma, a autoridade nos EP dirige-se a um grande número de itens de conduta – comportamento – que ocorrem constantemente e que devem ser sempre julgados, avaliados e reeducáveis nas técnicas correctivas, nas metodologias e nas estratégias utilizadas ora no trabalho pelo técnico responsável, ora pelos técnicos de reeducação no momento da interacção.

Consecutivamente, deverá existir uma intervenção ponderada e eficiente tanto dos Serviços Clínicos (SC) como dos Serviços Laborais (colocações laborais e formações profissionais) e dos Serviços de Educação e Ensino (SEE) – Escola, Biblioteca, Espaço Artesanal e Desporto – no sentido de evitar ou colmatar as problemáticas e de reeducarem o indivíduo.

Os pedidos dos reclusos passam pelos SEE, especificamente pelo técnico superior de reeducação que lhe corresponde, seja para mudar o nome de um visitante ou para se inscrever na escola ou nalguma actividade desportiva ou ocupacional (Nabo, 2002).

Os técnicos de reeducação procuram alterar a personalidade do indivíduo, no sentido de alterar a consciência do recluso. Assim, o “tratamento” penitenciário envolve não só a aprendizagem de competências educacionais e profissionais como a aquisição de competências sociais, e deve caminhar no sentido de uma proposta de intervenção integrada, junto do sujeito, da prisão e da comunidade em geral (Gonçalves, 2002).

Os objectivos dos técnicos de reeducação são, sobretudo, preparar a inserção do recluso no meio prisional e dar competências para uma melhor reinserção na sociedade (Nabo, 2002).

Byrne e Howells (2002) referem, mesmo, a existência de diferentes programas para a reabilitação de reclusos, mencionando os de desenvolvimento cognitivo, parental, os de recreação e lazer com perspectiva pedagógica e educativa, e os de integração na comunidade.

Conforme o modelo de EP também o trabalho do técnico varia. Num EP de condenados pode-se desenvolver um projecto educativo com maior continuidade, enquanto numa prisão de preventivos, que saem ou são transferidos ao fim de alguns meses, tal é mais difícil (Nabo, 2002). Além disso, os EP podem ser classificados segundo o regime existente, isto é, um regime fechado significa que não inclui reclusos de regime aberto voltado nem para o interior nem para o exterior (RAVI ou RAVE). O facto de ser um EP fechado conduz a que as actividades sejam acompanhadas por guardas, o que torna mais difícil concretizar certos projectos.

Como nos diz Gonçalves (2002:222) “o tratamento penitenciário começa por ser entendido como decorrente das disposições jurídico-legais implementadas nos EP dando, por um lado, cumprimento às leis e às eventuais medidas flexibilizadoras que tutelam o encarceramento dos indivíduos e, por outro lado, criando ou melhorando as condições de vida na prisão tornando-a mais humana e reabilitadora”.

Segundo Nabo (2002), o ensino é uma peça fundamental na reeducação. Para isso, é necessário que a equipa dinamize diversas áreas: desporto, música, escola ou formação profissional, biblioteca, saúde, teatro, museu e casa das mães. A área do Desporto, bem como a música, é sempre muito procurada pelos reclusos, logo, os professores devem aproveitar as aulas de EF e dos treinos desportivos para a reeducação. A formação profissional é identicamente procurada e fundamental para a reinserção dos indivíduos na sociedade. A promoção da saúde é fundamental, visto que se deve promover acções de informação e de sensibilização quanto a doenças, prevenção e tratamento. O projecto casa das mães deve ser também desenvolvido para um treino de competências parentais e pessoais, criando condições para que haja um ambiente tranquilo, favorável às crianças.

A criação de um processo único do recluso facilitava a recolha, o tratamento e o arquivo de informação e de documentação relativas a cada recluso, nomeadamente, por parte dos técnicos superiores de reeducação, técnicos de saúde e administrativos. Nos EP existiam três processos distintos: os de secretaria, os de educação e os administrativos, acrescidos de um ficheiro na posse dos serviços de vigilância, mas actualmente o processo único já foi implementado e está a haver um esforço por parte de todos os EP para que essa reestruturação seja um sucesso.

Os objectivos da reforma centraram-se, por isso, na criação de um processo único de recolha, ainda que constituído por diversos volumes em fundamentação da área específica, de enquadramento e de tratamento penitenciário, e na criação de um sistema de circulação que permita que o processo único esteja no EP a que o recluso está afecto e que, se possível, permita a sua recuperação caso este, depois da liberdade, reentre no EP (Nabo, 2002).

Em Janeiro de 2005 inaugurou-se o EPESCB, com intuito de aproximar as reclusas da sua zona de residência, atenuando o deslaçamento de relações e a ruptura com o exterior, que as reclusas provenientes do Norte tinham no EP de Tires (Cunha, 2002).

Por conseguinte, o meio prisional sofreu uma evolução no sentido de que o espaço, que acarreta indubitavelmente dor e sofrimento, proporcionasse à população prisional uma reinserção social consistente, através de opções facultativas de carácter educativo, formativo e profissional.

2.1.2 População Prisional

De acordo com Irwin e Cressey (1962), na prisão há três subculturas: a criminal, a prisional e a convencional ou legítima. A subcultura criminal reflecte na forma de estar e de viver dos indivíduos fora do EP, a sua liberdade é baseada em critérios que definem um código criminal.

Com a entrada no EP, o recluso partilha ou não valores da sua vivência no exterior. Geralmente a subcultura criminal origina uma semelhante, subcultura

prisional. A categoria de reclusos legítima corresponde a indivíduos reservados que se isolam mas respeitam a subcultura criminal. Assim sendo, com a chegada de um sujeito a um EP e conforme compartilhe ou não valores de uma subcultura criminal, a sua inserção nesse espaço irá envolver consequências relativas à posição que o recluso assumir (Irwin e Cressey, 1962).

As diferentes subculturas parecem coabitar em quantidades semelhantes, o que determina, de alguma forma, a recriação dos próprios modos de produção (Gonçalves, 2002).

Segundo Goffman (2005) é característico dos reclusos chegarem ao EP com uma "cultura aparente", ou seja, com um modo de vida e um conjunto de actividades aceites ou toleradas (sem nenhuma discussão ou com poucas salvaguardas) até ao momento da entrada na instituição. Aparentemente os EP não substituem algo formado pela sua cultura específica, acontece algo mais limitado do que a aculturação ou assimilação (aprender aspectos de outra cultura no processo de contacto existente entre ambas). Se há mudança cultural, talvez se refira ao afastamento de algumas oportunidades de comportamento e à impossibilidade de acompanhar as mudanças sociais recentes do mundo exterior.

As interferências globais a que os reclusos estão sujeitos pelo dia a dia num EP 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; o recluso aceita ou não os dogmas; colocação do recluso numa determinada ala e num determinado trabalho (Clemmer, 1940).

Uma grande parte dos reclusos condenados trabalha para que seja proposto a precária, a obtenção de trabalho em RAVI e posteriormente RAVE (Cunha, 2002). Os preventivos reagem mais ao objectivo imediato e é mais complicado obter sucesso num projecto de médio ou de longo prazo (Nabo, 2002).

A uniformização das penas acompanha, em paralelo, a homogeneização dos crimes, cujo vector é o tráfico de estupefacientes. Na actualidade, a prisão

tornou-se um prolongamento do bairro, na medida em que o estigma de pertença a um bairro e a grupos conotados com droga e tráfico se instituiu antes da entrada no EP. Mas se o bairro incorporou a prisão, pode-se dizer que, de certa forma, a prisão incorporou o bairro. Grande parte das vezes, a prisão abrange um leque de tal modo vasto de familiares, amigos e vizinhos que o EP acaba por absorver quase que integralmente o círculo dos próximos de um recluso (Cunha, 2002).

Devemos perceber que os reclusos têm uma "história de vida", uma educação familiar e um círculo de amigos que lhes facilitou e incitou ou não o percurso criminal. E se a sua vida foi baseada em estímulos e em desimpedimentos para cometer o crime, inevitavelmente, o trabalho dos técnicos de reeducação e dos professores será acrescido e, muitas vezes, não será o suficiente para cessar os delitos quando o recluso voltar para o exterior.

Assim sendo, os objectivos das diversas equipas dos SEE coadunam-se não só com o acolhimento e acomodamento dos reclusos, mas e principalmente com a programação e coordenação de actividades que permitam a aprendizagem e aperfeiçoamento de competências essenciais e sociais facilitadoras de uma melhor reintegração do cidadão recluso no exterior e do desenvolvimento da responsabilidade de viver a liberdade (Oliveira, 2002).

Todavia, os elementos dos SEE têm que considerar na sua actuação o grau de "prisionação" dos sujeitos. Os reclusos podem, portanto, ter um elevado ou baixo grau de "prisionação". No primeiro caso, a pena é longa, a personalidade do recluso é mais instável, têm 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, a personalidade, normalmente, é mais estável (pena a cumprir reduzida), 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 (Clemmer, 1940).

Assim, se a estada no EP é muito longa, pode mesmo acontecer, caso volte para o mundo externo, uma incapacidade temporária de enfrentar os aspectos da vida diária.

Relativamente ao sexo da população reclusa, as mulheres no geral são muito afectivas e vinculativas se sentem a dedicação e o apoio por parte dos técnicos. Podemos mesmo dizer que normalmente num EP, o sexo feminino precisa de mais atenção do que o sexo masculino, mas que em contrapartida as senhoras são mais fáceis de motivar (Nabo, 2002).

Segundo o relatório de actividades de 2004 dos Serviços Prisionais (SP, 2006), constata-se que a idade média dos reclusos situa-se nos 35 anos. Contudo, há sempre um peso relativo inferior da população mais jovem, 10% têm mais de cinquenta anos e 4% tem menos de vinte e um anos. Tendo em atenção o tipo de crimes, o mais representativo é o crime contra o património cuja percentagem é de 32%, em segundo lugar são os relativos a estupefacientes com 29% e logo em terceiro, o crime contra pessoas com 24%.

No entanto, conforme o relatório referido anteriormente, a população feminina em Portugal corresponde a 7% e as penas situam-se maioritariamente entre 3 e 6 anos (44%) e entre 6 e 9 anos (28%). Relativamente às habilitações literárias, 12% das mulheres são analfabetas, 36% tem o 1.º ciclo do ensino básico e 15% e 16%, correspondentemente, têm o 2.º e 3.º ciclo. Só 9% tem o ensino secundário e 1% o ensino superior. As estrangeiras representam 25% no mundo prisional feminino em que 37% das mulheres são da América do Sul, 34% de África e 27% da Europa (mais Espanholas e de Países de Leste).

Do exposto neste capítulo, pode-se perceber que a população prisional absorve um universo de pessoas próximas do recluso e que estão sujeitos a interferências globais. Além disso, a personalidade do indivíduo pode ser mais ou menos estável, conforme o tempo de pena.

Daí a importância do ensino e do lazer nos reclusos, nomeadamente no Desporto, para a reeducação, para a saúde física e psíquica, e para a adaptação ao meio prisional; e da preparação para reinserção social na passagem de ocupação laboral para o RAVI e posteriormente para o RAVE antes de saírem do EP.

2.2 – Depressão

2.2.1 Conceito

O termo Depressão surgiu no século XIV, oriundo do latim, para expressar algo que passava do cimo para o fundo. No século XIX converteu-se num termo geográfico para designar um aluimento de terreno. A meteorologia e a economia apoderaram-se do termo e, somente por volta de meados do século XIX, a palavra aflora de modo acanhado na área da psiquiatria (Pedinielli e Bernoussi, 2006).

Segundo Leith (2002), Depressão é um termo normalmente utilizado em psiquiatria, no entanto pode ser de natureza clínica ou não-clínica. A não-clínica é transitória, isto é, temporariamente, no decorrer da vida, o ser humano experiencia mudanças de humor e reage às situações de "stress" de forma reactiva.

A Depressão dita "reactiva" ou Depressão normal – *depressibilidade* – é a capacidade de fazer um trabalho de luto e é um sinal de boa saúde mental (Matos, 2001).

A conduta é dominada por ideias pessimistas e de desespero, perturbações do sono, do apetite, da concentração e da memória. A perda de emprego, a separação de alguém, e o final de um projecto importante são exemplos das causas deste tipo de Depressão.

No dia a dia a Depressão aparece, portanto, como um sintoma, pela quebra de ânimo, por um cansaço ocasional ou por uma frustração que a pessoa recupera a curto prazo. A Depressão como síndrome surge quando a enfermidade principal é outra doença (Vaz Serra, 1972).

Depressão é uma palavra frequentemente utilizada para definir o estado sentimental de tristeza de alguém que volta ao estado de espírito normal, todavia, isto não significa que a pessoa tenha uma perturbação depressiva. Só quando os episódios depressivos começam a ser frequentes, intensos e com uma duração maior, há a conversão para a Depressão clínica, a doença é potencialmente debilitante e pode conduzir ao suicídio (Vaz Serra, 1972; Sallis

e Owen, 1999). Expondo Pinho et al. (1997:39), “O suicídio é um acto que põe fim a um processo mais ou menos longo (…) O autor do suicídio leva consigo o seu mistério”.

Citando Canova (2003:60):” O nosso humor é como o céu, que ora está limpo ora nublado: só se entra em patológico quando as nuvens são mais ou menos persistentes”.

De acordo com Matos (2001), o doente deprimido apresenta uma Depressão clínica e, consequentemente, manifesta sintomas evidentes. O indivíduo depressivo não tem uma sintomatologia evidente, mas arrasta uma verdadeira Depressão latente.

Segundo a WHO (2001, 2003), Depressão é uma perturbação mental comum que se caracteriza por estado de humor deprimido, perda do interesse ou do prazer, sentimentos de culpa ou de baixa auto-estima, distúrbios do sono ou do apetite, baixa energia, e pouca concentração. Estes problemas podem-se tornar crónicos ou recorrentes e conduzir à diminuição substancial da capacidade de um indivíduo ter cuidados consigo ou de responder às responsabilidades diárias.

Os vectores do percurso da Depressão podem ser distintos, tanto o excesso de trabalho intelectual ou físico como a ociosidade são aspectos conducentes da Depressão (Canova, 1993).

A Depressão patológica nem sempre atinge a profundidade e o grau psicótico de melancolia (Matos, 2001), isto é, de devaneio soturno, de sobressalto da alma, que caracteriza os estados mais severos (Pedinielli e Bernoussi, 2006).

A cultura pode influenciar a experiência e a descrição de sintomas desta doença (Jorge, 1998). 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). Gorenstein e Andrade (1998), após análise de diferentes estudos, concretamente, de Conde e Useros (1975, Espanha); de Bourque e Beaudette (1982, Canadá); de Gotlib (1984, Canadá); de Lightfoot e Oliver (1985, EUA); de Tanaka-Matsumi e Kameoka (1986, Havay); de Muran (1989, EUA); e de Gorenstein et al. (1995, Brasil) verificaram que os padrões

na Depressão são semelhantes nas diferentes culturas. A diferença estará na forma como se descreve os sintomas.

Vaz Serra e Pio Abreu (1973a) analisaram a amostra francesa de Delay et al. (1963), a amostra inglesa e a amostra portuguesa de Vaz Serra (1972) e apuraram que estas amostras têm em comum a sintomatologia de pessimismo e de incapacidade de decisão. Contudo, aferiram igualmente que o sintoma mais presente nos portugueses foi a tristeza, nos ingleses a culpabilidade e nos franceses o pessimismo.

O sexo, a idade, a classe social, a cultura, entre outras, são variáveis que propendem os sintomas da Depressão de modo tendencialmente característico. Por exemplo, o grau de instrução determina comummente a forma como a pessoa se descreve. Se o grau de educação é elevado as queixas tendem a ser «intelectualizadas», enquanto que os grupos iletrados incidem a sua atenção nas perturbações físicas (Vaz Serra, 1972).

De acordo com Silva (1999), a perturbação depressiva pode-se expressar de uma forma puramente endógena ou igualmente exógena, pois a localização cerebral dos centros de humor está muito próxima do centro da memória (ambos no lobo límbico).

2.2.2 Etiologia

São muitas as razões pelas quais as mulheres adoecem por Depressão numa percentagem quase do dobro em relação aos homens (Canova, 2003). As mulheres geralmente são mais sensíveis, mais intuitivas, e respondem a vibrações e a estímulos que os homens nem se apercebem. A idade fecunda, a alternância de duas hormonas sexuais (progesterona, nos dias que precedem a ovulação e estrogénio nos dias de pós-ovulação) provocam, nalguns casos, mudanças do estado de humor. Mas, a Depressão liga-se fundamentalmente a uma falta de resposta às suas necessidades afectivas (Canova, 1993).

Para Goffman (2005), tradicionalmente, o termo carreira tem sido aplicado para todos os que esperam atingir cargos ascendentes da sua profissão, porém em sentido amplo indica qualquer trajectória percorrida por um indivíduo durante a

sua vida. Essa carreira não é algo que possa ser brilhante ou decepcionante, tanto pode ser um triunfo como um fracasso. É sob esse aspecto que se deve considerar a doença mental. A vantagem de utilizar o nome carreira é a sua ambivalência. Um lado está ligado a assuntos íntimos e preciosos, tais como, por exemplo, a imagem do eu e a segurança sentida; o outro lado liga-se à posição oficial, relações jurídicas e a um estilo de vida, que são a parte acessível ao público.

Há aspectos comportamentais que determinam o episódio depressivo *major*, como: evitar muitos comprometimentos e procurar um emprego para cumprir os horários que se almeja; aguardar por uma situação de tensão ou conflito que acontece normalmente a qualquer indivíduo, seja na área profissional, familiar ou afectiva e não admitir estar triste; esperar preferencialmente pelos equinócios; enclaustrar-se de manhã no seu espaço, na escuridão, optar por se levantar mais tarde e arranjar pretextos menores para o fazer, dormitando durante o dia; mostrar-se aborrecido com tudo; evitar contactos com as pessoas e deixar de cumprir os compromissos; entreter-se a pensar em tudo o que terá de resolver durante a sua vida; dormir o máximo possível durante o dia, sobretudo depois do jantar; durante a noite, ficar a olhar para o ar verificando como foi um dia vazio, ou ver muita televisão (Pio Abreu, 2007).

Num sujeito com Depressão, o cansaço não se refere só ao sentido muscular e ao nervoso, mas também, e sobretudo, ao sentido afectivo (Canova, 1993).

Assim sendo, por vezes, um indivíduo no dia a dia sente-se “em baixo”, mas só após uma análise de sintomas, da quantidade e da frequência dos mesmos se pode determinar se se trata efectivamente de uma Depressão. Os profissionais com especialidade em saúde mental diagnosticam a perturbação depressiva com base em critérios observáveis e da história clínica.

A categoria doença mental altera o destino social (Vaz Serra, 1972; Canova, 1993; Goffman, 2005). Ao comprometer a acção da pessoa, torna-se a origem da interrupção do trabalho ou da quebra de actividades sociais. Além disso, contrariamente à maior parte das doenças epidémicas, o progresso técnico não determina uma diminuição da doença (Canova, 1993).

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

Como diz Pio Abreu (2007), se alguém quiser ter perturbação depressiva, quando tiver uma perda, seja qual for a sua natureza, não chore nem faça luto. Aproveite mesmo para não pensar no assunto, evite falar com amigos ou familiares e dirija-se de imediato a um psiquiatra.

Os tratamentos da Depressão partem de pressupostos teóricos de modelos etiológicos. O modelo biológico debruça-se em estudos sobre neurotransmissores cerebrais e seus receptores. O modelo cognitivo postula que todos os afectos são secundários à cognição.

No modelo biológico acredita-se que a Depressão está relacionada com o hipofuncionamento bioquímico da actividade de neurotransmissores, concretamente da serotonina, noradrenalina e dopamina.

No modelo cognitivo assume-se como característica básica da Depressão, a existência de um processamento da informação enviesado no sentido negativo (Kaplan et al., 1994).

As causas da Depressão são múltiplas e podem estar agrupadas em genéticas, ambientais, psicológicas, éticas 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).

Assim sendo, podemos perceber que a origem da Depressão pode ser, portanto, multifactorial e normalmente surge pela associação de vários agentes. Kaplan et al. (1994) falam-nos de uma sucessão 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.

2.2.3 Sistemas de Classificação

Fernandes da Fonseca (1997) classifica Depressão relativamente à sua forma clínica, em inibida, ansiosa, reactiva e somática, e quanto à sua evolução, em isolada, periódica e alterna (intercala com mania). O seu grau de intensidade varia desde ligeiras (neuroses – sem sair da realidade) até às formas mais graves (psicoses – sai da realidade).

Na Depressão inibida o doente patenteia angústia, inibição ou lentificação dos processos cognitivos e motores, sentimentos de incapacidade, cansaço vital, perda do apetite, o campo de acção estreita-se, predomina a insónia tardia, sentimentos de autodesvalorização e de futuro perdido, instala-se o niilismo, a sociabilidade não faz sentido, bem como a própria presença no mundo.

Na Depressão ansiosa o doente revela ansiedade, inquietude, procura a resolução dos seus problemas a cada obstáculo, a actividade é limitada em círculo, inversão dos ritmos biológicos, as conversas são variadas e inconclusivas, na conversa de morte mantém a esperança temporal de vida.

A Depressão reactiva surge como reacção de esgotamento às pressões da vida.

A Depressão somática aparece como factor secundário de outras doenças.

As distinções existem, no entanto, os efeitos e o tratamento das Depressões são semelhantes (Manual Merk, 2007).

As perturbações depressivas de acordo com o ICD10-R *(International Classification of Diseases* - WHO*,* 2006b) são modificações do humor ou do afecto no sentido depressivo (com ou sem ansiedade associada). A alteração do humor comummente acompanha-se 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. Grande parte dessas perturbações tendem a ser recorrentes e a ocorrência dos episódios

individuais pode frequentemente se relacionar com situações ou factos de stress.

Este agrupamento contém as seguintes categorias (ICD10-R - WHO, 2006b):

F30 – Episódios Maníacos

F30.0) Hipomania

F30.1) Mania sem sintomas psicóticos

F30.2) Mania com sintomas psicóticos

F30.8) Outros episódios maníacos

F30.9) Episódio maníaco não especificado

F31 – Perturbação Afectivo Bipolar

F31.0) Perturbação afectivo bipolar, episódio actual hipomaníaco

F31.1) Perturbação afectivo bipolar, episódio actual maníaco sem sintomas psicóticos

F31.2) Perturbação afectivo bipolar, episódio actual maníaco com sintomas psicóticos

F31.3) Perturbação afectivo bipolar, episódio actual depressivo leve ou moderado

F31.4) Perturbação afectivo bipolar, episódio actual depressivo grave sem sintomas psicóticos

F31.5) Perturbação afectivo bipolar, episódio actual depressivo grave com sintomas psicóticos

F31.6) Perturbação afectivo bipolar, episódio anual misto

F31.7) Perturbação afectivo bipolar, actualmente em remissão

F31.8) Outras perturbações afectivos bipolares

F31.9) Perturbação afectivo bipolar não especificado

F32 – Episódios Depressivos

F32.0) Episódio depressivo leve

F32.1) Episódio depressivo moderado

F32.2) Episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos

F32.3) Episódio depressivo grave com sintomas psicóticos
F32.8) Outros episódios depressivos
F32.9) Episódio depressivo não especificado

F33 – Perturbação Depressiva Recorrente
F33.0) Perturbação depressiva recorrente, episódio actual leve
F33.1) Perturbação depressiva recorrente, episódio actual moderado
F33.2) Perturbação depressiva recorrente, episódio actual grave sem sintomas psicóticos
F33.3) Perturbação depressiva recorrente, episódio actual grave com sintomas psicóticos
F33.4) Perturbação depressiva recorrente, actualmente em remissão
F33.8) Outras perturbações depressivas recorrentes
F33.9) Perturbação depressiva recorrente sem especificação

F34 – Perturbação Persistente do Humor (afectivo)
F34.0) Ciclotimia
F34.1) Distimia
F34.8) Outras perturbações do humor (afectivos) persistentes
F34.9) Perturbação do humor (afectivo) persistente não especificado

F38 – Outras perturbações do humor (afectivos)
F38.0) Outras perturbações do humor (afectivos) isoladas
F38.1) Outras perturbações do humor (afectivos) recorrentes
F38.8) Outras perturbações especificados do humor (afectivos)

F39 – Perturbação do humor (afectivo) não especificado

As subdivisões, da categoria maníaca, aplicam-se exclusivamente a um episódio isolado. Um episódio hipomaníaco ou maníaco em indivíduo que já tenha apresentado um ou mais episódios afectivos prévios (depressivo,

hipomaníaco, maníaco, ou misto) conduz, normalmente, a um diagnóstico de perturbação afectivo bipolar *(*ICD10- R - WHO*,* 2006b). Concretamente:

- A hipomania caracteriza-se pela presença de uma elevação ligeira, mas persistente do humor, da energia e da actividade, associada normalmente a um sentimento intenso de bem-estar e de eficácia física e psíquica. Existe usualmente um aumento da sociabilidade, do desejo de falar, da familiaridade e da energia sexual, e uma redução da necessidade de sono. Estes sintomas não são, entretanto, tão graves de modo a dificultar o funcionamento profissional ou a acontecer uma rejeição social. A euforia e a sociabilidade são por vezes substituídas por irritabilidade, atitude presunçosa ou comportamento grosseiro. As perturbações do humor e do comportamento não são acompanhadas de alucinações ou de ideias delirantes.
- A mania sem sintomas psicóticos significa uma elevação do humor excessiva em relação à situação natural do sujeito, pode variar de uma jovialidade descuidada a uma agitação praticamente incontrolável. Esta elevação é acompanhada de um aumento da energia, levando à hiperactividade, de um desejo de falar e de uma redução da necessidade de sono. A atenção não pode ser mantida, e existe frequentemente uma grande desconcentração. O sujeito apresenta com frequência um aumento da auto-estima com ideias de grandeza e avaliação amplificada de suas capacidades. A perda das inibições sociais pode levar a condutas imponderadas, precipitadas, inapropriadas ou deslocadas.
- A mania com sintomas psicóticos, além do quadro clínico descrito precedentemente, apresenta ideias delirantes (em geral de grandeza) ou alucinações (em geral do tipo de voz que fala directamente ao sujeito), agitação e actividade motora excessiva. O indivíduo torna-se incompreensível ou inacessível para a sociedade.

A perturbação afectivo bipolar caracteriza-se por dois ou mais episódios nos quais o humor e o nível de actividade do sujeito estão profundamente perturbados, sendo que esta perturbação consiste nalgumas ocasiões numa elevação do humor e num aumento da energia e da actividade (hipomania ou

mania) e em outras, de um aviltamento do humor e de redução da energia e da actividade (Depressão). Os pacientes que sofrem somente de episódios repetidos de hipomania ou mania são classificados como bipolares *(*ICD10-R - WHO*,* 2006b).

A APA (2002) no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* IV – *Text Review* (DSMIV-TR) classifica a perturbação afectivo bipolar em dois tipos: bipolar I e bipolar II. A característica essencial do primeiro é um curso clínico caracterizado pela ocorrência de um ou mais episódios maníacos ou episódios mistos. Com frequência, mas não obrigatoriamente, os indivíduos também tiveram um ou mais episódios depressivos *major*. Na perturbação bipolar II há um percurso clínico marcado pela ocorrência de um ou mais episódios depressivos *major*, acompanhados por pelo menos um episódio hipomaníaco.

Segundo ICD10-R (WHO*,* 2006b), os episódios depressivos típicos estão agrupados em três graus da Depressão: leve, moderado ou grave. O paciente apresenta um aviltamento do humor, da energia e da actividade; sofre uma alteração na capacidade de experimentar o prazer, uma perda de interesse, uma diminuição da capacidade de concentração, associadas em geral à fadiga, mesmo após um esforço mínimo; observa-se igualmente, na maioria, problemas do sono e diminuição do apetite; existe quase sempre uma diminuição da auto-estima e da autoconfiança e frequentemente ideias de culpabilidade e ou de indignidade, mesmo nas formas leves. O humor depressivo varia pouco de dia para dia ou segundo as circunstâncias e pode-se acompanhar de sintomas ditos "somáticos", por exemplo perda de interesse ou do prazer; despertar matinal precoce, bastante horas antes da hora habitual; agravamento matinal da Depressão; lentidão psicomotora importante; agitação; perda de apetite; perda de peso; e perda da libido. O número e a gravidade dos sintomas permitem, pois, determinar os graus de um episódio depressivo.

O episódio depressivo *major* é um período de pelo menos duas semanas consecutivas, quase todos os dias, durante a maior parte do dia, em que há ou humor depressivo ou perda de interesse da vida familiar, íntima, social e laboral. A pessoa deve experimentar, do mesmo modo, quatro sintomas de

uma lista que inclui: alterações do apetite e do peso; agitação ou inibição psicomotora; insónia ou hipersónia; fadiga ou perda de energia quase todos os dias; sentimentos de desvalorização pessoal ou de culpa; dificuldades de concentração ou em tomar decisões; ou pensamentos recorrentes a intenções de morte ou planos, ensaio ou imaginação suicida (APA, 2002).

Segundo o DSM-IV-TR (APA, 2002), os indivíduos com episódio depressivo *major* apresentam frequentemente choro fácil, irritação, preocupação com ruminações obsessivas, ansiedade, fobias, preocupações excessivas sobre a saúde física.

Tal como afirma ICD10-R *(*WHO*,* 2006b):

- No episódio depressivo leve, normalmente, estão presentes dois ou três dos sintomas citados anteriormente. O paciente usualmente sofre com a presença destes sintomas, mas provavelmente será capaz de desempenhar a maior parte das actividades.
- No episódio depressivo moderado, geralmente, estão presentes quatro ou mais dos sintomas citados anteriormente e o paciente aparentemente tem muita dificuldade para continuar a desempenhar as actividades de rotina.
- O episódio depressivo grave apresenta vários sintomas e estes são marcantes e angustiantes, exprimem tipicamente a perda da auto-estima e as ideias de baixa valia ou de culpa. As ideias e os actos suicidas são comuns e observa-se em geral uma série de sintomas "somáticos".
- O episódio depressivo grave com sintomas psicóticos corresponde à descrição supracitada, mas é acompanhado de alucinações, ideias delirantes, e de uma lentidão psicomotora. As actividades sociais usuais tornam-se impossíveis. Além disso, pode existir o risco de morrer por suicídio, por desidratação ou por desnutrição. As alucinações e os delírios podem não corresponder ao carácter dominante do distúrbio afectivo.

De acordo com o ICD10-R *(*WHO*,* 2006b), as perturbações do humor persistentes são habitualmente flutuantes. Os episódios individuais não são suficientemente graves para justificar um diagnóstico de episódio maníaco ou de episódio depressivo leve. Porém, como persistem por anos e, por vezes,

durante a maior parte da vida adulta do paciente, levam a um sofrimento e a incapacidades consideráveis. Em certos casos, episódios maníacos ou depressivos recorrentes ou isolados podem-se sobrepor a uma perturbação afectivo persistente.

A perturbação depressiva recorrente caracteriza-se pela presença de dois ou mais episódios depressivos *major*, pela exclusão de psicoses e pela ausência de episódios maníacos (APA, 2002).

Para o ICD10-R *(*WHO*,* 2006b), a ciclotimia corresponde a uma instabilidade persistente do humor que comporta numerosos períodos da Depressão ou de leve elevação, mas nenhum deles é suficientemente grave ou prolongado para responder aos critérios de uma perturbação afectivo bipolar ou de uma perturbação depressivo recorrente. A perturbação está presente geralmente em familiares dos pacientes que apresentam uma perturbação afectivo bipolar. Algumas pessoas ciclotímicas apresentarão elas próprias posteriormente uma perturbação afectiva bipolar.

A distimia, conforme o ICD10-R *(*WHO*,* 2006b), condiz com um rebaixamento crónico do humor, persistindo por vários anos, mas cuja gravidade não é suficiente ou na qual os episódios individuais são muito curtos para responder aos critérios de perturbação depressiva recorrente grave, moderado ou leve. Na distimia “ser doente é a única profissão possível, e a ida ao médico a única distracção aceite por todos” (Pio Abreu, 2007:121).
A perturbação distímica é, portanto, o humor cronicamente depressivo durante mais de metade dos dias, pelo menos durante dois anos, mas menos intenso do que a perturbação depressiva *major* (APA, 2002).

Assim sendo, as manifestações mais visíveis da Depressão são o humor depressivo, o choro fácil, a irritabilidade, a perda de energia, a perda de apetite, a lentificação psicomotora, as perturbações do sono e as tentativas de suicídio.

2.2.4 Epidemiologia

As perturbações depressivas constituem um problema real de saúde pública devido ao número de doentes atingidos. A prevalência é calculada entre 5% e 15% consoante o cálculo proposto – prevalência pontual, período de seis meses, um ano, na vida inteira – mas, em média, a prevalência pontual se situaria em 12% (Pedinielli e Bernoussi, 2006).
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 e Maclure, 2000).

A perturbação depressiva *major* é definida por um ou mais episódios depressivos *major*, sem história de episódios maníacos, mistos ou hipomaníacos, podendo ser ligeiro, moderado, grave sem características psicóticas ou grave com características psicóticas. A APA (2002) sugere que cerca de 15% das pessoas com Depressão grave se suicidam e que a prevalência de mulheres com perturbação depressiva *major* é superior e tem variado de 15 a 25%.

Na idade adulta, as mulheres têm duas a três vezes mais probabilidades de desenvolverem perturbação distímica do que os homens (APA, 2002).
Embora existam indicações de que a incidência da Depressão é mais elevada na meia-idade, a doença não escolhe idades (Hallstrom e Maclure, 2000).
Normalmente, as pessoas com problemas severos de saúde mental morrem 10 a 15 anos mais cedo do que a população normal. No entanto, as causas podem ser distintas, sendo as mais comuns, o suicídio, a morte acidental e as doenças isquémicas cardíacas (Lawrence et al., 2003).

Do exposto, podemos reiterar que a prevalência da Depressão é bastante elevada, cerca de 12%, e mais alta no sexo feminino.

2.3 – Depressão e Actividade Física Adaptada em Meio Prisional

Uma pessoa que chegue, pela primeira vez, a um EP tem uma concepção de si própria que se tornou possível por algumas disposições sociais estáveis no seu mundo doméstico. Com a entrada na instituição é de imediato privado da protecção e do apoio existente na sua vida no exterior. Desta forma, iniciam-se mudanças radicais na sua carreira moral, designadas por degradações, humilhações e profanações do ”Eu”. O seu “Eu” é sistematicamente, embora muitas vezes não intencionalmente, mortificado (Goffman, 2005).

A barreira que os EP colocam entre o recluso e o mundo externo constitui a primeira mutilação do “Eu”, assim, há a perturbação dos papéis que pode variar conforme os processos e os anos de condenação. Apesar de existir uma retoma dos papéis quando o recluso voltar ao mundo externo existem perdas irrecuperáveis (Goffman, 2005). Em contrapartida, alguns dos indivíduos, posteriormente, não irão repetir os mesmos erros e tentarão ter uma vida com base nos deveres civis, tal como foram reeducados no EP.

No momento de admissão, os bens da pessoa são retirados, confiscados e só mais tarde, alguns são autorizados a utilizar na instituição. Subsequentemente, durante a sua estada, pode ser obrigado a sofrer exames à sua pessoa ou à cela de forma aleatória, rotineira ou sempre que existam indícios de comportamentos ilícitos.

Os processos de admissão talvez possam ser chamados de “programação” pelo seu enquadramento e pelo modelar com base nas operações de rotina a que é sujeito (Goffman, 2005).

O facto de não existirem chaves para os reclusos, bem como os mesmos estarem sujeitos a buscas ou confiscos periódicos e a mudanças de cela, de quando em vez, reforçam a perda de posse. Além disso, os reclusos executam rotinas de vida diária que consideram estranhas e que são conducentes à mortificação do “Eu”.

O sentimento de humilhação para alguns reclusos, durante as visitas, é algo que também os martiriza. Além do mais, as passagens para espaços distintos da instituição através de grades, tal como foi descrito no capítulo anterior, e as

celas com uma barra superior de vidro conduzem a um sentimento terrificante de constante exposição. Outro dos momentos degradantes é nas saídas a tribunal ou aos hospitais, pela entrada ou saída nas carrinhas celulares ou pela utilização de algemas, perante o público.

Há algo que, igualmente, desagrada os reclusos, a mistura de grupos etários, raciais e étnicos. Muitas pessoas pensam, mesmo, que estão a ser contaminadas pelo contacto com companheiros indesejáveis.

Todavia, não pudemos dizer que estes sentimentos perante estes factos sejam sempre os mesmos, visto que a capacidade de adaptação varia de indivíduo para indivíduo. As visitas tornam-se, em muitos casos, no momento mais aprazível, não só pelo apoio e afecto que sentem, por parte de familiares e amigos, como por ser a única forma de contacto com o mundo exterior específico que o recluso tinha.

Como nos transmite Goffman (2005), o recluso não pode fugir facilmente da pressão de julgamentos oficiais e da rede envolvente de coerção. Em primeiro, tais regras são muitas vezes ligadas a uma obrigação de executar a actividade regulada em uníssono com grupos de outros reclusos. Em segundo, essas regras difusas ocorrem num sistema de autoridade para impor disciplina aos reclusos.

Em muitos EP as mortificações são oficialmente racionalizadas com outros fundamentos, tais como, por exemplo, higiene (no caso da utilização das casas de banho das alas ou locais de trabalho, constantemente vigiados), responsabilidade pela vida (alimentação vigiada), segurança (restrições pelos regulamentos das prisões).

Assim, as dificuldades vividas pelos reclusos no processo de adaptação são: o sentido de ineficácia pessoal; a relação entre os desejos e os intentos de reeducação do EP; e por último, a relação entre o esquema simbólico de interacção do destino do “Eu” e o esquema convencional, psicofisiológico, centrado no conceito de tensão.

O processo de adaptação à instituição, às regras e às actividades de carácter laboral, educativo e de lazer realizadas diariamente varia de indivíduo para indivíduo.

Por conseguinte, o processo de acompanhamento dos reclusos determina, em parte, o percurso prisional da pessoa. Logo, é crucial organizar e dinamizar actividades culturais, desportivas e recreativas para promover a vertente psicossocial e não agravar a biológica.

Todavia, para que os reclusos se inscrevam nas aulas de AF é fundamental publicitar, de modo oral e escrito, os benefícios da AF e promover nas alas e nas aulas uma dinâmica de interacção apelativa professor-recluso(s) e recluso(s)-recluso(s).

O contexto em que se encontram os indivíduos, isto é, o espaço físico e psicológico e o gosto pela prática desportiva determina o tipo de actividades a aplicar nas aulas, bem como os projectos a implementar.

Nas aulas de AFA, as turmas têm indivíduos com NE, há diversas actividades, entre as quais destacamos: o *fitness*, exercícios aeróbios, de desenvolvimento da força e de relaxamento; a dinamização de grupos de dança; e a organização de torneios desportivos, bem como o ensino dessas modalidades. A articulação com os SEE e com os SC determinam o sucesso da AFA num EP, visto que a reabilitação e reeducação dos reclusos deve ser concretizada de modo transdisciplinar.

O termo AFA foi introduzido em 1973, quando profissionais belgas e canadianos fundaram a IFAPA. Porém, a primeira tentativa de definição internacional de AFA ocorreu mais tarde, em 1989, no nono simpósio internacional de Berlim. Doll Tepper e outros profissionais definiram AFA numa perspectiva multinacional: AFA reporta-se ao movimento e às Actividades Físicas e Desportivas, nas quais é dada um realce especial aos interesses e capacidades das pessoas com condições de deficiência, limitações, problemas de saúde ou idosos (Van Coppenolle e Potter, 2004).

Actualmente, a AFA desenvolve-se de forma muito activa em diferentes instituições e serviços públicos e privados. Este âmbito de conhecimentos melhorou paulatinamente desde os anos oitenta e tem florescido, na medida em que há uma metodologia própria e há meios para que os especialistas desenvolvam a sua profissão (Simard, 2003).

De acordo com a IFAPA (2004), AFA é um campo de trabalho académico e profissional que adopta uma atitude de aceitação das diferenças através do acesso a estilos de vida activos e do desporto, e promove a inovação, a entrega cooperante e os sistemas de *empowerment* (dar a alguém a possibilidade de melhorar as habilidades ou as capacidades).

A AFA tem muitos significados, mas o seu foco central está na atenção específica a cada indivíduo durante a prática de AF por profissionais especializados (IFAPA, 2007). A AFA inclui, mas não é limitada somente, a EF, o desporto, a recreação, a dança e as artes criativas, a nutrição, a medicina e a reabilitação.

Simard (2003), clarifica o que envolve a AF e quais são as áreas que abarcam a AFA de modo simples (figura 1). A AFA procura superar as limitações que os problemas de saúde podem originar na possibilidade da pessoa participar em AF, ora na disciplina de EF, nas actividades de natureza, no desenvolvimento da aptidão física ora nos treinos e jogos de competição.

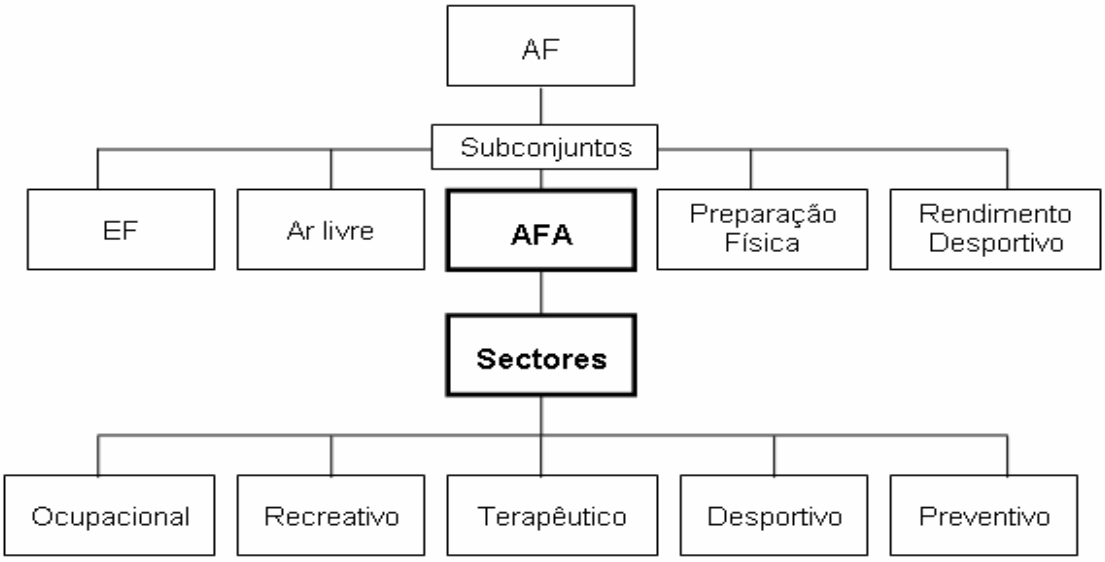


Figura 1 – Subconjunto da AFA, em paralelo com os outros subconjuntos da AF (Simard, 2003:12)

Citando Marques et al. (2001:78): “a AFA sublinha e congrega todas as formas de participação desportiva de um qualquer indivíduo, mesmo com fortes limitações da capacidade de movimento, e seja qual for o objectivo dessa actividade (educativo, recreativo, competitivo ou terapêutico)”.

Segundo Sherrill (1998), o modelo holístico da AFA exprime a auto-actualização como a finalidade e, consequentemente, como o resultado desejado no apoio a indivíduos com NE (figura 2).

Como podemos observar, a AFA permite uma auto-actualização dos problemas psicomotores através de: ajustes do autoconceito, da imagem corporal e da competência social; desenvolvimento da aptidão física, utilizando as habilidades motoras dos desportos, da dança, dos jogos e das actividades de meio aquático; interacção dos aspectos cognitivos, afectivos e psicomotores; adopção de estilos de vida saudáveis.

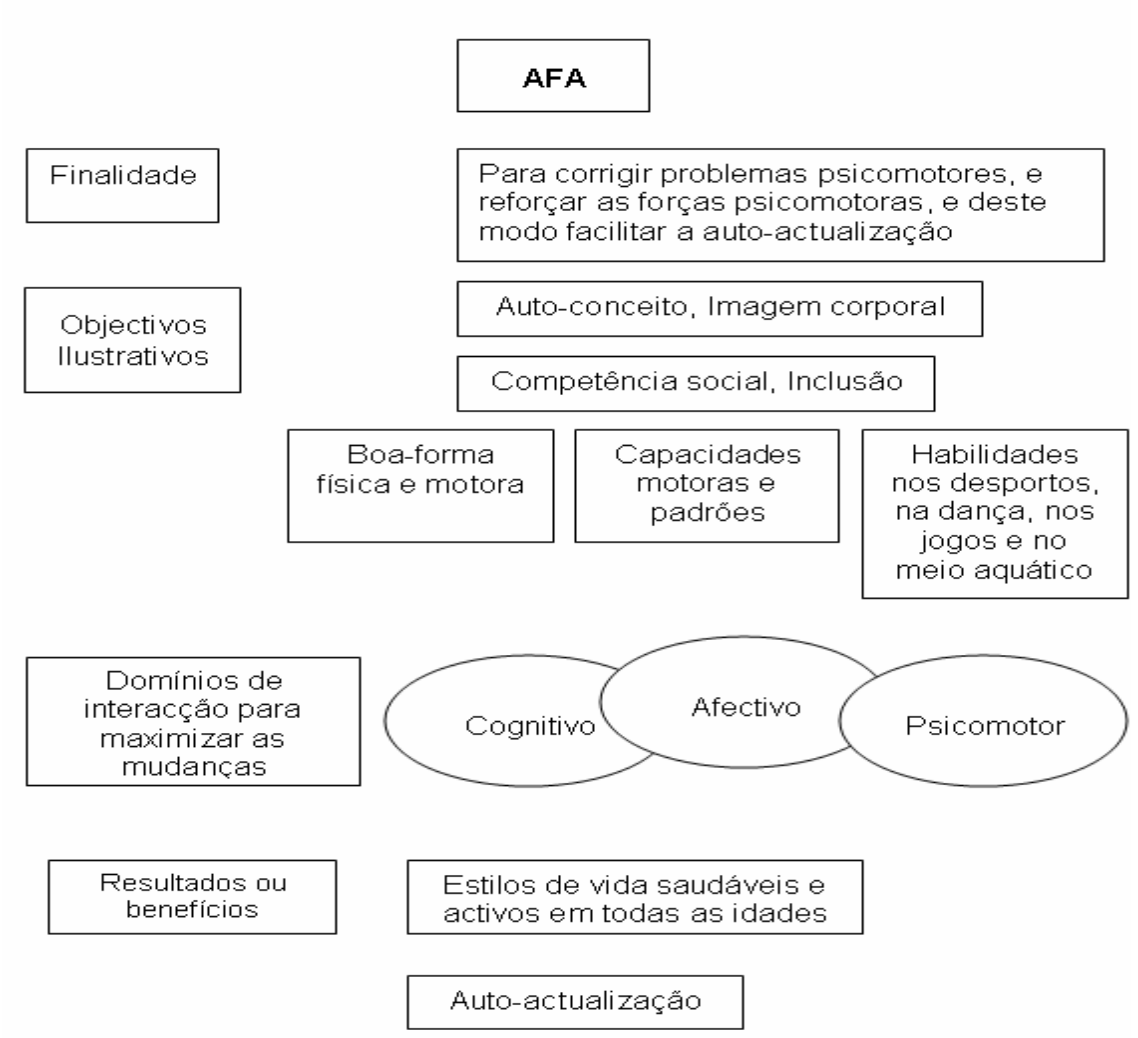


Figura 2 – Modelo holístico para orientar a compreensão da finalidade, dos objectivos, dos conteúdos e da duração dos resultados adaptados (Sherrill, 1998:2)

A AFA permite, portanto, ao participante, ser sujeito da sua própria história, como de um agir colectivo e cultural (Borges, 2004).

Como nos transmite Teixeira (2005), a AF promove não só benefícios físicos e psicológicos aos reclusos, como fornece um meio eficiente de gestão prisional.

Os aspectos específicos do sistema prisional são, pois, modos peculiares das instituições. O EP é um híbrido social, parcialmente comunidade residencial, parcialmente organização formal, o que nos permite estudar com bastante fiabilidade os aspectos psicossociológicos.
Segundo Gonçalves (2002), a conformidade com os regulamentos durante a vida na prisão, normalmente tem um efeito em "U", isto é, um maior grau de cumprimento das regras no início e no fim da pena. Durante a permanência no EP surgem problemas, tais como: alterações sensoriais, modificações da auto-imagem, problemas de sedentariedade, perturbações de sexualidade, perturbações relacionadas com o consumo de estupefacientes, perturbações relacionadas com as doenças infecto-contagiosas, perturbações afectivas, perturbações da adaptação à prisão, perturbações do sono, suicídio e tentativas de suicídio.

Os reclusos continuamente só visualizam algumas dezenas de metros, pois o espaço é interrompido por diversas barreiras o que leva, por vezes, a uma "cegueira de prisão"; têm ausência de uma variada paleta de cores e estão sujeitos a grandes contrastes de iluminação. O que culmina, por vezes, em dores de cabeça, e quando saem do espaço prisional em padecimento de tonturas e de vertigens. Relativamente à audição, os reclusos podem sofrer perdas significativas, pelo ruído constante e retumbante, característicos de abrir e fechar gradões, de coabitar num espaço com muitas pessoas, entre outros. O olfacto tende a ser igualmente afectado, pelo cheiro peculiar dos EP, nomeadamente odores das limpezas. O gosto pode ser afectado pelos menus ora insípidos ora com muito condimento (Gonçalves, 2002).
A perda da imagem, de cada um, acontece como consequência do processo de mortificação do "Eu" e da destruição da identidade. O desleixo e o abandono podem ser resultado de uma patologia mais grave, como a Depressão (Goffman, 2005).

Os problemas relativos à inactividade física são directamente responsáveis pelo excesso de peso, rigidez muscular, mialgias e, por vezes, degenerescências osteo-articulares e insuficiências cardio-respiratórias. As perturbações de foro sexual são uma consequência da inibição de contactos sociais durante um tempo excessivo, o que pode levar a práticas homossexuais ou simplesmente no investimento da masturbação, porém, os envolvimentos nem sempre são inócuos e podem acarretar problemas de auto-imagem. Os problemas do consumo de estupefacientes são derivados do seu consumo anterior à reclusão e das consequências da não obtenção no EP; os primeiros culminam em decadência física e psíquica; os segundos terminam em explosões de agressividade, ansiedade e angústia exasperada. Os doentes infecto-contagiosos sofrem duplamente, pela doença e pela prisão. Os reclusos ao deixar de poder ter ao alcance os entes queridos, sempre que desejam, como mecanismo de defesa isolam-se afectivamente do mundo (Gonçalves, 2002).

Na realidade, mesmo durante as visitas, por razões de segurança, há determinados gestos de carinho que os reclusos são proibidos e censurados de realizar, logo começam a demonstrar uma frieza manifesta. Além disso, se os reclusos forem desamparados, pela família e pelos amigos, pode levar a um desânimo muito elevado. Sintetizando, no meio prisional existe um conjunto de respostas adaptativas que o recluso encontra para lidar com o stress que são expressas em perturbações de tonalidade ansiosa, de tonalidade depressiva, de tonalidade psicótica, do comportamento, hipocondríacas e psicossomáticas (Gonçalves, 2002).

O sono é um mecanismo de regeneração do cérebro e de síntese proteica. O equilíbrio entre o período de sono e de vigília pode ser alterado por factores como a existência de perturbações mentais, consumo de substâncias psicotrópicas e pelo longo período de confinamento (12horas), fecho das celas, normalmente das 19h às 7h. O instante de fecho da cela – enclausuramento nocturno – é considerado pelas reclusas como um dos momentos mais abominados (Pimenta, 1992).

O factor isolamento surge inequivocamente como o grande detonador do suicídio (ocorre menos em situações de sobrelotação prisional). Os suicídios são superiores em reclusos estrangeiros, em preventivos e em condenados por crimes graves (Gonçalves, 2002).

A população reclusa feminina é, em regra, muito baixa, raramente excede os 7% da população prisional, tal como já foi mencionado, tanto em Portugal como na generalidade dos países da União Europeia e nos Estados Unidos da América, por isso as necessidades específicas deste grupo tende a permanecer em segundo plano nas políticas penitenciárias, e a sua concentração num menor número de EP tende a gerar efeitos particulares quando comparada à reclusão em EP masculinos (Cunha, 2006).

A Depressão surge inúmeras vezes pela percepção que o sujeito tem de uma solidão afectiva que habitualmente é acompanhada da física, e que pode subsistir mais dolorosa quando vivida no meio dos outros que, ou a ignoram ou nada fazem para a tornar menos pesada (Canova, 1993). E como foi patente, num EP as pessoas são sujeitas a um grau de solidão extremo e às chamadas degradações do “Eu”.

Jordan et al. (2001), efectuaram um estudo, através de 805 entrevistas sobre a saúde mental e a utilização de estupefacientes entre 1991 e 1992, comparando mulheres condenadas da prisão do Norte de Carolina com a comunidade local. A maioria da população (53,5%) referiu que recebia tratamento por uso de substâncias ilícitas ou por doenças mentais e 14,9% por ambas. A investigação concluiu que ser reincidente é um dos preditores mais robustos na utilização dos serviços referidos e que há um subgrupo problemático fruto do tempo de enclausuramento. Além disso, percepcionou-se uma severidade mais acentuada pelo grupo aprisionado, especialmente quando era associada a um desajuste social da personalidade.

O papel dos técnicos de reeducação e dos professores centra-se na reabilitação e reeducação do indivíduo relativamente à interacção social, às

regras, aos direitos e deveres cívicos, bem como na promoção do bem-estar desta população.

A AFA contribui, tal como já foi referido, para uma intervenção individual do recluso, para o estudo do comportamento humano e para o desenvolvimento social.

Marivoet (2005) menciona, analogamente, que o desporto contribui claramente para a experimentação de formas sociais, de relacionamento e de interacções sociais, que dificilmente existem noutra área, devido ao reconhecimento da própria consciência, da autoconfiança e do sentido de valorização de todos os intervenientes.

Citando a Provedoria da Justiça (2003:400): "Não é demais realçar a importância da actividade desportiva como contributo para o bem-estar geral dos reclusos, como meio de formação pessoal e, também, como meio útil à eliminação das naturais tensões de quem vive privado da liberdade e confinado num espaço relativamente reduzido, reduzindo assim a agressividade existente no meio prisional".

As formas de intervenção terapêutica, designadamente os psicofármacos, a psicoterapia e a AFA são fulcrais na diminuição da Depressão (Van Coppennolle, 1992). Existe uma estreita ligação entre a AFA e a Depressão. O efeito antidepressivo do exercício pode ter a mesma magnitude de intervenções psicoterapêuticas e pode ser utilizado como complemento ao tratamento *standard* da Depressão moderada e severa (Mutrie, 2000). Conforme a WHO (2001), o tratamento de primeira linha para a maioria das pessoas com Depressão consiste na medicação de antidepressivos, na psicoterapia ou numa combinação de ambos.

De acordo com Canova (1993) se, por um lado, a terapia não farmacológica necessita de tempos muito mais longos do que o psicofármaco para demonstrar os seus resultados, por outro lado, o psicofármaco deve ser acompanhado de terapia não farmacológica, pois pode determinar o tratamento por uma mudança de posicionamento face a si próprio e ao mundo que o rodeia.

Assim sendo, as reclusas devem ter acesso à AFA, e o profissional que possibilita essas aulas deve influenciar as pessoas a adoptar um estilo de vida mais activo (caminhar no recreio, fazer actividades desportivas nos campos de jogos exteriores, entre outras) no meio prisional. No planeamento das aulas de AFA o professor deve ter em consideração cinco hipóteses – a hipótese das monoaminas, a hipótese das endorfinas, a hipótese da auto-estima, a hipótese da interacção e a hipótese da distracção – referidas por Leith (2002), e desenvolvias no ponto seguinte, porque permitem ter uma visão mais alargada das consequências dos mecanismos fisiológicos e psicológicos, maximizando a sua acção.

Os PAFA, de acordo com o *American College of Sports Medicine*, devem consistir num mínimo de três sessões semanais, de 20 a 60 minutos cada sessão. Uma alternativa a esta estrutura é um estilo de vida activo com AF diária de intensidade moderada ou classes de aeróbica de baixo impacto (Faulkner et al., 2005).

No entanto, no meio prisional, a possibilidade de ter um estilo de vida activo é reduzida ou nula sendo necessária AFA diária em paralelo à escola ou à colocação em postos laborais.

As aulas de AFA requerem, pois, princípios que modifiquem o comportamento, com auto-monitorização, suporte social e objectivos espaçados. Os participantes precisam traçar os objectivos e auto-monitorizar as mudanças para alterar com sucesso o seu comportamento. Estes métodos incluem monitorização da frequência cardíaca e proporcionar atenção individualizada aos participantes na intervenção de grupo (Dishman e Buckworth, 1996). Se os indivíduos possuem um nível baixo inicial de aptidão física, dormem pouco e estão cansados pelo efeito dos psicofármacos, o PAFA tem que ser planeado de forma muito gradual (Faulkner et al., 2005). A realização das actividades e o reconhecimento de sucesso nas mesmas, constrói a sensação de auto-eficácia, isto é o mais importante preditor de adesão num PAFA (McAuley, Blissmer, 2000).

A AFA deve, portanto, ser utilizada como uma fuga (distracção) aos estímulos não prazerosos ou às queixas somáticas (Daley, 2002).

As populações com Depressão que utilizaram como terapia a AFA ou PAFA obtiveram efeitos muito positivos (Van Coppenolle, 1992; Sallis e Owen, 1999; Mutrie, 2000; Lawlor e Hopker, 2001; Marchand, 2001; Leith, 2002; Morres et al., 2003; Matos et al., 2004; Van de Vliet et al., 2004; Faulkner e Taylor, 2005; Knapen et al., 2005) como podemos verificar no ponto seguinte.

2.3.1 – Depressão e Actividade Física Adaptada

Vários estudos se têm debruçado na temática AFA e Depressão. De seguida apresentamos algumas dessas pesquisas.

Van Coppenolle (1992) aplicou um PAFA a pacientes psiquiátricos internos com Depressão e concluiu que durante as sessões há um sentimento de relaxamento, um impacto positivo no apetite e no sono e uma sensação de bem-estar. Além do mais, após dez sessões, a regularidade e a natureza estrutural dos exercícios, as interacções sociais e a apreciação que os pacientes experimentaram: motivou-os a superar os objectivos, as próprias expectativas e a melhorar a imagem corporal; conduziu a uma redução dos sintomas da Depressão, a uma melhor resolução dos problemas e a maior flexibilidade dessa resolução quando os eventos requerem adaptação; e incitou-os a melhorar e a ter maior interesse pelas suas capacidades físicas. A terapia psicológica sob a forma de um PAFA entre 12 e 16 semanas permite ao paciente experimentar sucessos para funcionar melhor novamente, a Depressão diminui, recupera o balanço emocional e experimenta sensações de bem-estar psicológico.

Sallis e Owen (1999) efectuaram uma revisão da literatura de estudos, sobre os efeitos da AFA na saúde psicológica, em que comparavam grupos de sujeitos fisicamente activos com grupos de sujeitos inactivos. Esses estudos demonstraram efeitos positivos, tais como: os estudos prospectivos revelaram que a prática de AFA diminui o risco de voltarem a ter Depressão; estudos sobre o tratamento da Depressão e ansiedade, em pacientes, indicam que a AFA é uma terapia *standard* efectiva; em estudos com populações jovens verificaram que a AFA pode melhorar a auto-estima e reduzir a Depressão e a

ansiedade. Os efeitos psicológicos negativos na AF também foram encontrados quando esta é excessiva, mas também aferiram que isso raramente acontece. Além disso, neste estudo constatou-se que uma redução significativa da Depressão, nas duas ou três semanas após um tratamento regular de AFA é similar aos estudos de psicofármacos.

Mutrie (2000) fez um estudo de natureza qualitativa sobre a relação entre a AF e a Depressão e verificou que a ligação destas duas temáticas começou à vinte anos, porém, apurou que há muito trabalho a desenvolver para comprovar a importância entre o desenvolvimento fisco e mental e um olhar mais positivo do papel da AFA na melhoria da saúde mental.

Lawlor e Hopker (2001) efectuaram um estudo cujo objectivo era verificar o efeito da AFA em indivíduos com Depressão não medicados. A meta-análise de indivíduos com Depressão e com prática de AFA, mas sem tratamento, reportou um excelente efeito em indivíduos com Depressão moderada ou severa, e estes resultados revelaram-se análogos a outras intervenções psicoterapêuticas.

Marchand (2001) realizou, igualmente, um estudo qualitativo e constatou que os programas aeróbios com duração de quatro meses, apresentam reduções no grau da Depressão e quando comparados com sujeitos sedentários percepciona-se de modo mais marcado a importância da AF. Além disso, afirmou que quando se compara dois grupos com Depressão clínica, onde uns executam exercícios aeróbios e outros exercícios anaeróbios, verifica-se redução dos valores da Depressão em ambos os grupos e que não há diferenças significativas entre os mesmos. Os indivíduos que praticam AF com regularidade relatam sentir-se mais relaxados, com mais vontade de participar em diferentes actividades diárias, com melhor auto-estima, maior autoconfiança e com melhor produtividade no trabalho.

Leith (2002) efectuou uma revisão de literatura sobre a AF e a Depressão e revelou que são várias as hipóteses explicativas da importância de um PAFA em populações com perturbações depressivas. No entanto, as mais actuais são a hipótese das monoaminas, a hipótese das endorfinas, a hipótese da auto-estima, a hipótese da interacção e a hipótese da distracção. A AF optimiza

a transmissão sináptica aminérgica cerebral, a noradrenalina, a dopamina e a serotonina são aminas que agem no despertar e na capacidade da atenção. A AF provoca a produção de beta-endorfinas, estas são formadas endogenamente em diferentes localizações do cérebro, e a libertação das mesmas relaciona-se com a redução da dor, a estimulação sensorial e a potencialização do estado de euforia. A AFA pode favorecer feedbacks proprioceptivos ao indivíduo, tanto pelas capacidades funcionais alcançadas pelo corpo como pela melhoria da estrutura corporal (aumento da massa muscular e perda de peso). O apoio recíproco dos participantes no PAFA é fundamental para a melhoria do estado psíquico. Alem disso, quando se analisa a ligação da AFA, à ansiedade e à Depressão, verifica-se que a AFA poderá ser um modo de melhorar os níveis de ansiedade e de reverter a doença mental, instalada, da população que a pratica AFA de forma regular. Porém, não foi identificado particularmente um exercício-tipo para reduzir o estado de ansiedade e da Depressão. Tanto os exercícios aeróbios, como anaeróbios estão estritamente relacionados com essa diminuição. Além disso, há melhores resultados em pessoas que os praticam pelo menos três vezes por semana, acima dos 15-20 minutos, durante um período prolongado (de preferência mais de 8 semanas).

Morres et al. (2003) realizaram um estudo cujo objectivo principal era examinar a relação entre a participação na AFA e o grau da Depressão, em pacientes psiquiátricos femininos internos. A amostra era constituída por 38 sujeitos e aplicaram o inventário depressivo de Beck, versão holandesa e a participação na AFA foi avaliada pela escala de suporte social para AF de Anderson e Fox (1999). A investigação de suporte social das competências é considerada de grande interesse no domínio da saúde mental. Portanto, uma análise mais aprofundada das variáveis na participação de AF é justificada e exerce uma forte influência no grau da Depressão.

Matos et al. (2004) efectuaram um estudo cujo principal objectivo era identificar a percepção, de psiquiatras e de professores de EF que actuam em clínicas psiquiátricas em Florianópolis, do contributo da AFA no tratamento da Depressão. Os participantes revelaram que a AFA é uma via de auxílio no

tratamento da Depressão, é um agente profiláctico capaz de influenciar de forma positiva os sintomas fisiológicos, psicológicos e sociológicas da doença. Os psiquiatras declararam que a AFA tem uma influência bastante positiva no tratamento dos sintomas físicos, em supressão aos sintomas psicológicos, e a diminuição da insónia foi o aspecto mais relacionado com os benefícios da AF regular. Além do mais, os psiquiatras perceberam que os sintomas, a frequência e a duração da Depressão são menores em pacientes que praticam AF regularmente.

Van de Vliet et al. (2004) efectuaram um estudo com o propósito de obter uma visão dos efeitos da AFA, através de análise de classes hierárquicas, nos aspectos de funcionalidade de um paciente depressivo. Baseado numa entrevista retrospectiva de um paciente masculino depressivo com 32 anos, imediatamente após alta hospitalar, fizeram uma análise de classes hierárquicas das situações relevantes no hospital, incluindo diferentes componentes de tratamento, das emoções e das reacções comportamentais. Embora não exista um efeito directo antidepressivo da AFA, os resultados revelam que a AFA em conjunto com um programa de tratamento cognitivo e comportamental, estava associado a mudanças positivas no paciente, isto é, estratégias de melhoria das dificuldades, esforços sustentados para continuar as actividades e consciencialização do seu bem-estar físico.

Faulkner et. al (2005) examinaram, evidenciaram e sustentaram a necessidade de intervir para promover a AFA em pessoas com perturbações mentais severas, através de estudos efectuados. Os indivíduos com perturbações mentais severas apresentam um risco elevado de doenças crónicas, que surgem pelo comportamento sedentário, como a diabetes e as doenças cardiovasculares. Os benefícios psicológicos em pacientes depressivos são demonstrados com a AFA e assemelham-se a outras intervenções psicoterapêuticas. A AFA pode, igualmente, minorar sintomas secundários como a baixa auto-estima e o isolamento social. Porém, embora os PAFA possam ser eficientes em populações com perturbações mentais severas, especialmente os programas de caminhadas, as mudanças nos estilos de vida, com actividade de intensidade moderada durante o dia, será o mais ajustado.

As investigações sugerem que a AFA é bem aceite pelas populações com perturbações mentais e que é muitas vezes considerada uma das componentes mais valorizadas do tratamento. As pessoas com problemas de saúde mental, como exemplo a Depressão *major*, têm baixa saúde física e têm incapacidades psiquiátricas, sociais e cognitivas. Contudo, a AFA é uma forma potencial de permitir qualidade de vida nestas pessoas.

Knapen et al. (2005) fizeram um estudo cujo principal objectivo era comparar as mudanças no autoconceito físico, na auto-estima global, na depressão e na ansiedade após participação num de dois programas de terapia psicomotora, durante 16 semanas, para pacientes psiquiátricos internos não psicóticos. O segundo objectivo era verificar as relações entre estas variáveis. 199 indivíduos foram sujeitos a um programa psicomotor que consistia em exercícios aeróbios e treino de força ou diferentes formas de exercício físico e treino de relaxamento. O autoconceito, a auto-estima, a Depressão e a ansiedade foram avaliados, respectivamente, pela versão holandesa do p*rofile* de autopercepção física, pelo Inventário de auto-estima de Rosenberg, pelo *Beck Depression Inventory* (BDI), e pelo inventário do estado de ansiedade, após 8 semanas e no final da intervenção terapêutica. Os resultados sugeriram que ambos os programas são efectivos no aumento da auto-estima. A relação entre o melhoramento do autoconceito físico, da auto-estima global, da Depressão e da ansiedade suportam o papel potencial do autoconceito físico no processo de melhoria da Depressão e da ansiedade.

Como se pode constatar, o ciclo de vida humana é uma dinâmica comportamental, com aumento de manifestação da Depressão à medida que a pessoa experimenta isolamento, e a AFA tende a melhorar a capacidade física e funcional, a proporcionar uma sensação de bem-estar e a contribuir, consequentemente, para uma qualidade de vida superior.

OBJECTIVOS, HIPÓTESES E VARIÁVEIS

3. OBJECTIVOS, HIPÓTESES E VARIÁVEIS

Objectivo geral:

- Estudar a influência de um PAFA orientado em reclusas condenadas com Depressão.

Objectivos específicos:

- Analisar a consistência interna do IDB;
- Determinar o grau da Depressão da amostra;
- Analisar os diferentes itens do IDB da amostra;
- Comparar os valores da Depressão das reclusas condenadas que frequentaram o PAFA com as que não frequentaram;
- Comparar os valores das três dimensões (auto-estima, afectiva e somática) do IDB das reclusas condenadas que frequentaram o PAFA;
- Comparar os valores da Depressão de reclusas condenadas que frequentaram o PAFA e têm outras actividades laborais ou terapêuticas com as que frequentaram somente o PAFA;
- Comparar os valores da Depressão de reclusas condenadas que frequentaram o PAFA e tomam psicofármacos com as que não frequentaram o PAFA, mas que tomam psicofármacos.

Hipóteses:

H.1 – Os valores da Depressão das reclusas condenadas que frequentaram o PAFA são inferiores aos das que não frequentaram.

H.2 – Os valores das dimensões auto-estima, afectiva e somática, no grupo experimental, são inferiores no segundo momento.

H.3 – Os valores da Depressão nas reclusas condenadas que frequentaram o PAFA e praticam actividades laborais ou terapêuticas são inferiores aos das reclusas que frequentaram somente o PAFA.

H.4 – As reclusas que tomam psicofármacos e frequentaram o PAFA apresentam valores da Depressão mais baixos do que as reclusas que tomam psicofármacos e não frequentaram o PAFA.

Variáveis:

Variáveis Independentes

- PAFA
- Ocupação laboral
- Terapia ocupacional
- Psicofármacos

Variável Dependente

- Valores da Depressão

MATERIAL E MÉTODOS

4. MATERIAL E MÉTODOS

Escolhido um tema é necessário definir uma metodologia própria para que o trabalho se torne uma realidade. Durante o nosso percurso de investigação pretendíamos avaliar o grau da Depressão, através do Inventário Depressivo de Beck (IDB), versão Portuguesa, de um grupo de reclusas condenadas previamente diagnosticadas com Depressão e posteriormente comparar dois grupos distintos, o grupo experimental com envolvimento num PAFA e o grupo de controlo.

Neste capítulo descrevemos a Amostra, os procedimentos Metodológicos, o Instrumento, o Programa de Actividade Física Adaptada e os procedimentos Estatísticos que foram utilizados neste estudo.

4.1 – Amostra

De 144 reclusas condenadas do EPESCB, em Setembro de 2006, 99 autorizaram os SC a fornecer-nos o diagnóstico psiquiátrico, isto é 69% do grupo. Porém, importa referir que a algumas das reclusas não lhes foi pedida a autorização, porque sairiam em liberdade antes do primeiro trimestre de 2007.

Das 99 reclusas, 54 foram identificadas como pessoas com Depressão pelos SC, isto é 55% das reclusas condenadas que consentiram entrar no estudo. No entanto, como o acesso aos processos psiquiátricos foi demorado, 15 senhoras tiveram que ser retiradas do estudo, pois atingiam o fim ou os cinco sextos da pena durante o segundo trimestre de 2007.

Por conseguinte, neste estudo participaram 39 mulheres condenadas com Depressão, que começaram por preencher o IDB e a ficha de dados sociodemográficos. Destas, segundo o IDB, 3 não tinham Depressão. Das 36 senhoras 22 aderiram ao PAFA, mas só 12 frequentaram as aulas e apenas 8 o fizeram com assiduidade.

No decorrer do estudo foram excluídas as reclusas condenadas que:

- Iriam sair em Liberdade durante a aplicação do mesmo.

- Tinham idades superiores a 45 anos, pois tentamos que as idades do grupo de controlo fossem as mais idênticas possíveis às do grupo experimental.

Assim, o grupo experimental ficou constituído por 8 elementos e o grupo de controlo por 16.

4.2 – Procedimentos Metodológicos

i. Um pedido de autorização aos SP para realizar o estudo no EPESCB (anexo 1) e à Directora do EPESCB (anexo 2) e, posteriormente, apresentamos um pré-projecto;

ii. Contactamos a Directora Clínica e o Psiquiatra para reiterar pormenores nas questões de acesso aos diagnósticos de psiquiatria;

iii. Após a aprovação do estudo pelos SP e pelo EPESCB, e com base no ponto (ii), solicitou-se às reclusas condenadas que autorizassem os SC a fornecer-nos o seu diagnóstico psiquiátrico;

iv. As participantes do estudo, reclusas condenadas com Depressão, foram contactadas no sentido de participarem na pesquisa;

v. A amostra respondeu a uma ficha sobre os dados sociodemográficos, (anexo 3) para caracterizar a amostra, o tipo de actividades frequentadas e a toma de psicofármacos, e ao IDB (Vaz Serra, 1972 – anexo 4). De seguida, dividiu-se o grupo em dois, o de controlo e o experimental, que foi sujeito a um PAFA. Por fim, após quatro meses (de 22 de Janeiro de 2006 a 28 de Maio de 2007), 48 sessões entre 60 e 90 minutos, aplicou-se novamente os mesmos instrumentos.

No primeiro momento de aplicação dos instrumentos optamos por reunir a amostra para explicar e ajudar no preenchimento dos mesmos; porém, como a maioria das participantes do estudo eram iletradas ou com baixa literacia surgiram muitas dúvidas, e as respostas foram nulas ou incompletas. Assim, nesse dia e no dia seguinte reunimos, de modo individual, com as pessoas cuja

aplicação dos instrumentos estava inválido e administrá-los de modo oral, explicitando algumas palavras.
Após a aplicação do IDB solicitou-se à directora clínica (anexo 5) e em particular aos médicos de clínica geral e aos enfermeiros, para que os mesmos fizessem os exames convenientes para atestarem robustez física aos elementos do grupo experimental.
Durante o desenvolvimento experimental fizemos um diário de campo e sintetizamos o mesmo (anexo 6) para que a evolução comportamental e o planeamento efectuado no PAFA fosse demonstrado por escrito.

No segundo momento decidimos aplicar oralmente os instrumentos às participantes do estudo, pois, tal como já tínhamos detectado, as habilitações literárias, da maioria da amostra, eram baixas e tinha-se detectado dificuldades no entendimento das palavras do IDB. Por último, a psiquiatra colaborou connosco no sentido de discriminar a dosagem de psicofármacos a cada sujeito da amostra.

4.2.1 Instrumentos

Uma ficha sobre os dados sociodemográficos foi utilizada, com o intuito de recolher informações sobre: a idade, as habilitações literárias, a filiação; o tratamento de psicologia e psiquiatria, o uso de psicofármacos; as actividades laborais, cursos ou escola; a frequência na biblioteca, no espaço artesanal e nas aulas de EF. Esta ficha foi efectuada por nós, uma vez que não havia nenhuma que reproduzisse as variáveis mais marcantes num EP, como as actividades de cariz educativo, laboral ou terapêutico que são facultadas nesse espaço. No entanto, a actividade artes plásticas não será alvo de análise e discussão, pois, no segundo momento de avaliação passou a ser uma actividade de carácter laboral e de 29% de frequência da amostra ou de 50% do PAFA passaram a não ter nenhuma pessoa; a actividade biblioteca é um espaço de cariz cultural importante no desenvolvimento psicossocial da amostra mas, dado que ambos os grupos frequentam esse espaço numa

percentagem idêntica e os valores da Depressão foram muito díspares no segundo momento, não será variável de discussão.

O segundo instrumento aplicado foi o IDB, traduzido do BDI (Beck et al., 1961), por Vaz Serra em 1972 e apresentado, na sua tese de doutoramento. A validação foi efectuada por Pio Abreu e Vaz Serra (1973 a, b e c).

O IDB é formado por 21 grupos de sintomas estabelecidos de acordo com o comportamento usualmente manifesto pelos doentes com Depressão (Vaz Serra, 1972; Vaz Serra e Pio Abreu, 1973a).

Na investigação de Gorenstein e Andrade (1996), foi administrada a versão Portuguesa, do Brasil, do BDI em 270 estudantes brasileiros no sentido de comparar os resultados com estudos precedentes e suportar a validação do constructo do BDI no Brasil. E foi conseguido, pois a consistência interna do estudo foi de 0.81.

Gorenstein et al. (1999) aplicaram, igualmente, o BDI – versão Portuguesa, do Brasil – em estudantes de um colégio brasileiro, 845 do sexo feminino e 235 do sexo masculino, com o desígnio de avaliar as propriedades psicométricas do teste e depararam-se com uma consistência interna de 0.86.

Nos estudos de validação do IDB, versão Portuguesa, extraíram-se as seguintes conclusões: o critério clínico da gravidade de um quadro depressivo e o valor apresentado pela escala patentearam uma correlação estatisticamente muito significativa; o IDB revelou-se perfeitamente apto para diferenciar entre uma amostra depressiva e não-depressiva, e capaz de detectar a evolução clínica; os sintomas mostram diferenças e encontram-se aptos a detectar aspectos díspares dos quadros depressivos (Vaz Serra e Pio Abreu, 1973 a e c).

Os resultados do estudo publicado por Gorenstein e Andrade (1996) comprovaram, igualmente, a validade discriminante do BDI, pela sua capacidade de distinguir pacientes deprimidos, de ansiosos e de indivíduos "ditos normais".

O BDI tem sido traduzido para diversas línguas, nas quais as comparações psicométricas demonstraram versões diferentes de alta relevância cultural.

Vaz Serra e Pio Abreu (1973c) verificaram que as correlações mais altas da amostra Portuguesa se revelaram diferentes das amostras de outros países, facto que se torna indicativo da possível influência de factores culturais na manifestação dos quadros depressivos.

Contrariamente, Gorenstein e Andrade (1998) afirmam que o estudo de Gorenstein et al. (1995, Brasil) mostrou um padrão de resposta semelhante à versão original e aos estudos relatados noutros idiomas (Bourque e Beaudette, 1982, Canadá; Gotlib, 1984 Canadá; Tanaka-Matsumi e Kameoka, 1986, Havay; Conde e Useros 1975, Espanha; Muran 1989, EUA; e Lightfoot e Oliver 1985, EUA).

O índice de classificação de pessoas com Depressão, com base em parâmetros específicos da doença é elevado (86,5%). O BDI, em qualquer cultura, mede não só aspectos gerais da psicopatologia como aspectos específicos da Depressão (Gorenstein e Andrade, 1998).

4.2.1.1 Finalidade

Actualmente, na maioria das perturbações mentais, não há marcadores biológicos ou outras representações que mesurem de modo objectivo a presença da perturbação no paciente, pois o juízo é baseado em sintomas clínicos declarados (Menezes, 1998).

A linguagem, comunicação não verbal e o comportamento interpessoal são formas indispensáveis dos sujeitos comunicarem os seus sintomas (Jorge, 1998).

Era comum nos anos 60 e 70 diferentes psiquiatras atribuírem diagnósticos clínicos distintos a um mesmo grupo de sujeitos, visto que os critérios e as formas de se obter as informações dos indivíduos eram dissemelhantes (Menezes, 1998; Jorge, 1998).

Por esse motivo, nesse período iniciou-se um elevado esforço e interesse para colmatar o desajuste de diagnósticos psiquiátricos e, assim, haver concordância entre os diferentes psiquiatras. Logo, desenvolveu-se uma

variedade de diagnósticos operacionais e de entrevistas psiquiátricas padronizadas.

Assim sendo, a utilização de instrumentos adequados à investigação tornou-se obrigatória na área de psiquiatria, pela validade e fiabilidade dos resultados (Menezes, 1998).

A escala por nós escolhida determina a gravidade da Depressão através da auto-avaliação de cada sujeito da amostra.

A auto-avaliação do paciente é consistente com o comportamento total do paciente quando este é observado por um clínico. Deste modo, há uma elevada significância na relação entre os valores do inventário e a avaliação clínica no grau da Depressão (Beck et al., 1961).

4.2.1.2 Constituição

A escala (Beck et al., 1961; Vaz Serra e Pio Abreu, 1973a; Beck et al., 1988; Gorenstein e Andrade 1996; Gorenstein, et al., 1999) consiste em 21 itens, incluindo sintomas e atitudes, cuja intensidade varia desde um nível neutro até a um nível máximo de severidade elevada, com avaliação de 0 a 3.

Concretamente, cada grupo sintomatológico envolve uma sucessão de questões dispostas do menos grave para o mais grave, permitindo localizar cada sintoma dentro de uma categoria: inexistente, leve, moderado e grave. A pontuação total obtida por determinado indivíduo permite reconhecer se há ou não quadro depressivo (Vaz Serra e Pio Abreu, 1973a).

Os itens referem-se a: estado de ânimo triste, pessimismo, sentimento de fracasso, insatisfação, sentimentos de culpabilidade, sentimentos ou desejo de autopunição, ódio a si mesmo, auto-acusações, desejos suicidas, crises de choro, irritabilidade, afastamento social, incapacidade de decisão, distorção da imagem corporal, incapacidade de trabalhar, perturbação de sono, fatigabilidade, perda de apetite, perda de peso, hipocondria e diminuição da libido (Beck et al., 1961; Vaz Serra, 1972; Vaz Serra e Pio Abreu, 1973a; Beck et al., 1988; Gorenstein e Andrade 1996; Gorenstein et al., 1999).

Cada grupo de sintomas é formado por um número de perguntas, que vão de quatro a seis, dispostas por ordem progressiva de gravidade. Assim, quando existem mais de quatro postulados é porque alguns são alternantes, isto é, têm o mesmo valor de outros também existentes, permitindo uma maior maleabilidade de escolha (Vaz Serra, 1972; Vaz Serra e Pio Abreu, 1973a).

Os grupos de sintomas do IDB interligam-se a três dimensões. A dimensão da baixa auto-estima verifica-se na sensação de fracasso, nos sentimentos de culpa, no sentido de punição, no ódio ao próprio, nas auto-acusações e na incapacidade de trabalhar. A dimensão do coeficiente-afectivo observa-se na sensação de tristeza, no pessimismo, na perda de satisfação, nos desejos suicidas, nas crises de choro, na irritabilidade, no desinteresse social e nas indecisões. A dimensão somática reporta-se na perturbação do sono, na fatigabilidade, na perda de apetite e na hipocondria. A distorção da imagem corporal, a perda de peso e a perda de libido não estão ligados a nenhuma dimensão (Gorenstein et al.,1999).

Segundo Kendall et al. (1987) e Beck et al. (1988), nas amostras de pacientes com perturbações de humor, a pontuação do subgrupo depressivo é >20 e do subgrupo não-depressivo ≤ 20. Para Beck et al. (1961), valores dos itens: <10 significa nenhuma ou mínima Depressão; de 10 a 18, Depressão leve; de 19 a 29, Depressão moderada; e de 30 a 63, Depressão severa.

4.2.1.3 Vantagens

A partir dos anos 60 e 70, o grau dos sintomas da Depressão começou a ser medido por questionários, como o BDI, pois o pressuposto dos mesmos era estimar quantitativamente a gravidade da doença previamente diagnosticada por especialistas da área de Saúde Mental – Psiquiatras e Psicólogos – através de entrevistas clínicas livres, semi-estruturadas ou estruturadas.

O BDI patenteia uma fidedignidade elevada. O acordo entre o olhar de dois psiquiatras no diagnóstico das categorias – perturbação psicótica, perturbação psiconeurótica e perturbação da personalidade – e o BDI é de 73% em 100 casos (Beck et al., 1961).

Das várias escalas existentes, de auto-avaliação da Depressão, a mais utilizada é o BDI e merece destaque pelo fundamento teórico que emana e pela percentagem dos aspectos que valoriza. A categoria mais valorizada é a cognitiva, a segunda é a somática, a terceira é o humor e em quarto, e em simultâneo, a social e a irritabilidade (Calil e Pires, 1998).

Este tipo de escala depressiva tenta avaliar como o doente se vê e sente e não como o médico o observa. Desta forma, permite eliminar toda a subjectividade clínica de que a observação se possa revestir (Vaz Serra e Pio Abreu, 1973a).

A avaliação dos sintomas da Depressão é crucial, tanto no acompanhamento do desenvolvimento da resposta em estudos sobre a eficácia das intervenções terapêuticas como na elaboração do diagnóstico (Calil e Pires, 1998).

Assim sendo, existem algumas vantagens na utilização do BDI: resolve o problema da variabilidade clínica, do juízo nosológico, das entidades e encontra uma medida consistente e *standard* que não é sensível pela orientação teórica ou idiossincrática do indivíduo que administra o inventário; o inventário pode ser facilmente utilizado pelo entrevistador e é mais económico; fornece um valor numérico, o que facilita a comparação quantitativa com outros dados; e reflecte mudanças no grau da Depressão, ou seja fornece uma medida objectiva do progresso dos psicofármacos, da psicoterapia e de outras formas de tratamento (Beck et al., 1961).

4.2.1.4 Desvantagens

As desvantagens nas escalas de auto-avaliação prendem-se com: a necessidade do paciente ter um certo grau de educação, para entender todos os postulados dos itens; um doente com psicopatologia grave falsear ou encontrar-se incapaz de preencher o IDB (Pio Abreu, 1973a; Calil e Pires, 1998). Porém, o facto das pessoas envolvidas terem baixo nível de educação, pode ser colmatado com uma entrevista, aplicando o IDB, em que o entrevistador explica o sentido da frase ou dá sinónimos, a cada palavra desconhecida da escala.

4.3 – Programa de Actividade Física Adaptada

O programa foi desenvolvido com actividades aeróbias durante 20 a 40 minutos realizadas no ginásio (*step* e caminhada ou corrida) e na sala das máquinas (remo, *step* e bicicleta), com exercícios de desenvolvimento da força dos principais grupos musculares durante 20 minutos e com exercícios de interacção social e de relaxamento mental e corporal durante 10 a 20 minutos.
Os objectivos gerais do PAFA coadunam-se, portanto com o desenvolvimento da aptidão física ao nível do aparelho cardio-respiratório, da força média, da força dos membros superiores (MS), da força dos membros inferiores (MI), da consciência corporal e do relaxamento corporal.
Os objectivos específicos prendem-se com: a predisposição do organismo para a aula, a mobilização das principais estruturas mio-articulares e dos diferentes segmentos corporais, o aumento da motivação, a criação de uma coreografia de *step* gradual, o desenvolvimento da interacção social, da atenção, do equilíbrio, da memória de curto e médio prazo.
A parte inicial da aula era iniciada com corrida, caminhada, remo ou bicicleta durante 10 a 20 minutos. De seguida, fazia-se mobilização articular e alongamentos das principais articulações. Na parte fundamental da aula realizava-se uma coreografia de *step* entre 15 e 20 minutos e exercícios ora com halteres ora sem halteres de desenvolvimento da força média, MS e MI. Na parte final da aula executava-se jogos de confiança e de interacção social e exercícios de descontracção mental e muscular.
No início do PAFA, os *steps* foram colocados em círculo e de forma transversal, para visualização e interacção de todos os elementos do PAFA, e a coreografia do *step* foi simples; passado um mês do PAFA juntou-se outra coreografia e após mais duas semanas a colocação do *step* foi de forma longitudinal, como se de pétalas de uma flor se trata-se; e de duas em duas semanas juntou-se ou uma nova coreografia com passos mais complexos ou aumentou-se os batimentos da música. No fim do segundo mês de PAFA a coreografia tinha uma ligação de sequências, em que por breves momentos todo o grupo juntava as mãos no centro da flor.

Assim sendo, a estrutura da aula foi pensada com o intuito de trabalho individual, mas com interacção social entre professora-aluna e entre aluna-aluna (s).

Durante o desenvolvimento da força, nos primeiros 2 meses, os exercícios eram realizados com duas séries de 15 repetições e à medida que sentia que a capacidade da aluna passava para outro patamar fazia os exercícios com 3 séries de 20 repetições. De salientar que a mudança de halteres e o número de repetições, no final superior a 30, foi baseada nas capacidades de cada indivíduo.

A parte final da aula demorava entre 10 e 20 minutos, e procurava-se consciencializar corporalmente os elementos do PAFA através de exercícios de flexibilidade e de respiração controlada. Além disso, gradualmente inseriu-se exercícios de desenvolvimento de aptidões sociais a pares e do grupo todo.

Considerando que os PAFA devem incluir uma prática regular, continuada e assente em alguns princípios, para que a AFA tenha efeitos positivos na saúde e bem-estar do indivíduo (Carvalho e Mota, 2002):

- Incluímos diferentes elementos de aptidão física, de forma a intervir sobre as diferentes capacidades motoras;
- Utilizamos três sessões semanais com um tempo superior a 45 minutos;
- Determinamos um programa atractivo e motivante, com exercícios de fácil compreensão e desempenho, mas graduais em complexidade e intensidade;
- Abrangemos exercícios de grupo, para promover a socialização;
- O programa continha actividades variadas.

O PAFA foi igualmente baseado nos seguintes fundamentos (Van Coppenolle, 1992):

- Experiência de sucesso através de objectivos realizáveis;
- Intervenção social pela interacção entre o professor e o grupo;
- Após cada sessão os exercícios foram readaptados conforme as necessidades individuais;

- Ensinar individualmente a solucionar os próprios problemas;
- Progresso e evolução nos exercícios, para aumentar a motivação e conduzir a uma percepção de recuperação da fadiga mais rápida;
- Exercícios de relaxamento para promover um impacto no apetite e no sono;
- As interacções sociais, a regularidade e a natureza estrutural dos exercícios conduziram a uma avaliação crítica da performance e à superação das próprias expectativas.

4.4 – Procedimentos Estatísticos

A descrição sumária dos dados foi efectuada de acordo com os procedimentos habituais (frequência absoluta, média e desvio padrão).
Para testar as diferenças de médias entre os dois grupos foi utilizada a análise de variância com nível de significância $p \leq 0.01$.
Para analisar os grupos, em função do grau da Depressão, optámos por utilizar os testes não paramétricos. Aplicamos o teste de hipóteses de Mann-Whitney U para comparar o grupo PAFA com o grupo de controlo e o teste de hipóteses de Kruskal-Wallis H para comparar o primeiro momento com o segundo momento de aplicação do IDB, tanto do grupo PAFA como do grupo de controlo.
Assim, inseriu-se os dados no Programa *Microsoft Excel* do *Office XP* e fez-se um estudo e uma exposição geral das informações transmitidas pela amostra e pelo PAFA. A análise dos dados foram tratados no programa *SPSS – version 15.0 for Windows.*

4.5 – Limitações Metodológicas

Uma das grandes limitações do estudo foi a reduzida amostra, pois corresponde a uma percentagem baixa da população reclusa feminina condenada com Depressão.

Outra das limitações prende-se com o facto de o estudo ser pioneiro em Portugal e por essa razão haver escassez de estudos semelhantes.

Por último, o facto das dimensões, do IDB, excluir os itens, imagem corporal, peso e libido. Na nossa opinião a imagem corporal devia ser incluída na auto-estima e os restantes dois itens na dimensão somática. Além disso, a escala ficaria mais completa se acrescentássemos a Versão Portuguesa do *Physical Self-Perception Profile* (Fonseca e Fox, 2002).

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

5. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados do nosso estudo serão expostos em dois pontos: a análise dos dados sociodemográficos e o Inventário Depressivo de Beck. O primeiro ponto permite uma maior perceptibilidade e consistência das variáveis que influenciam o nosso estudo. O segundo ponto diz respeito aos dados globais da amostra no IDB, tais como, grau da Depressão, valores dos itens, valores das dimensões, valores da Depressão com a frequência ou não em actividades terapêuticas, laborais e educativas, valores da Depressão na toma de psicofármacos; aos dados relativos ao grupo experimental e de controlo, tais como, valores da Depressão, valores das dimensões do grupo experimental, itens excluídos das dimensões, valores da Depressão do grupo experimental nas actividades laborais ou terapêuticas, os valores da Depressão do grupo experimental e de controlo na toma de psicofármacos.

5.1 – Análise dos dados sociodemográficos

As idades da amostra (figura 3) estão compreendidas entre os 25 e os 45 anos. A percentagem de idades mais elevada situa-se entre os 32 e os 38 anos, com 45%, seguindo-se as idades entre os 25 e os 31 anos, com 38%.

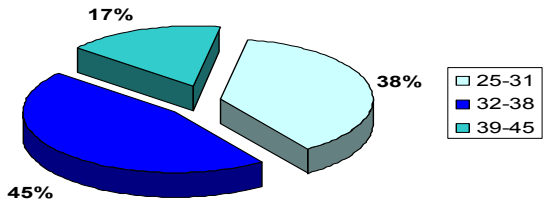


Figura 3 – Idades da amostra

Quanto às idades do grupo experimental (figura 4), a percentagem mais elevada situa-se entre os 25 e os 31 anos, com 50%.

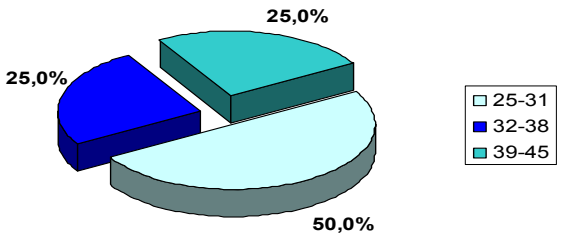


Figura 4 – Idades do grupo experimental

As idades do grupo de controlo (figura 5) situam-se maioritariamente entre os 32 e os 38 anos, com 56%.

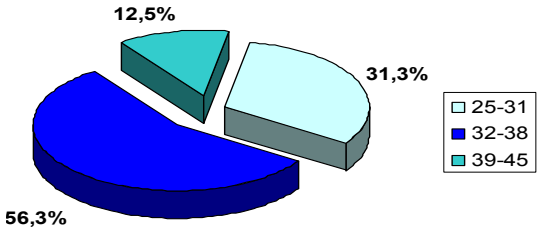


Figura 5 – Idades do grupo de controlo

A amostra é na grande maioria mãe, concretamente 83,3% assume esse papel. A distribuição tem uma forma equitativa nos dois grupos, isto é, 85% no grupo experimental e 81% no grupo de controlo são mães.

Relativamente às habilitações literárias da amostra (figura 6), constatamos que a amostra tem baixa literacia: 17% não tem habilitações literárias; 8% aprendeu a ler e a escrever; 29% tem o 1.º ciclo e 38% tem o 2.º Ciclo. Somente 4% tem o ensino secundário e 4% tem o ensino superior.

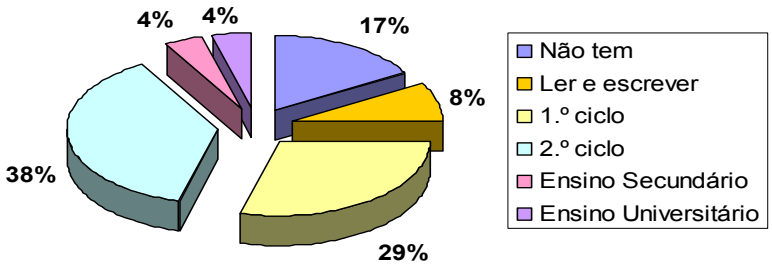


Figura 6 – Habilitações literárias da amostra

As habilitações literárias do grupo experimental (figura 7) são diferentes do grupo de controlo, visto que a adesão do grupo iletrado ao PAFA não existiu e a percentagem, a partir do 2.º ciclo foi superior. Concretamente, o 2.º ciclo teve uma percentagem de aderência ao PAFA de 49% e o ensino secundário e superior de 26%.

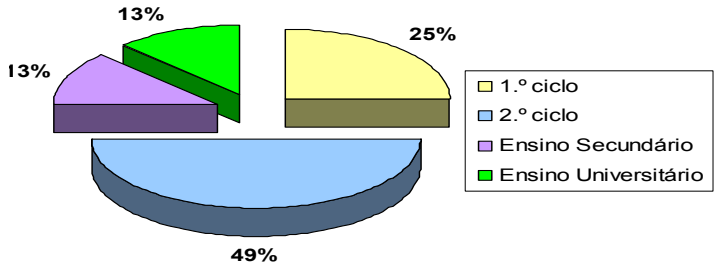


Figura 7 – Habilitações literárias do grupo experimental

A frequência de algum curso ou escola da amostra (figura 8) corresponde a 58% e todos os elementos do grupo experimental frequentam actividades de carácter educativo ou formativo.

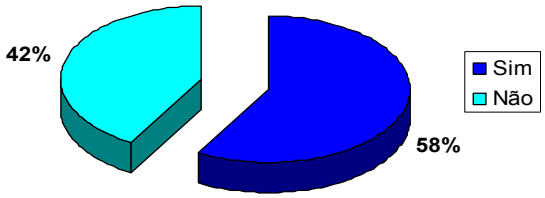


Figura 8 – Frequência de escola ou de curso da amostra

As consultas de foro mental da amostra (figura 9) revelam que todos os sujeitos do estudo frequentam as consultas de psicologia e somente 21% não frequentam as consultas de psiquiatria.

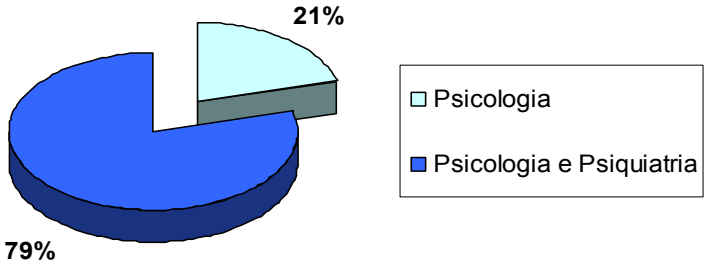


Figura 9 – Consultas de foro mental da amostra

O tipo de consultas de foro mental, do grupo experimental (figura 10), é similar ao grupo de controlo (figura 11). Porém, a percentagem de pessoas nas consultas de psiquiatria é ligeiramente superior no grupo experimental.

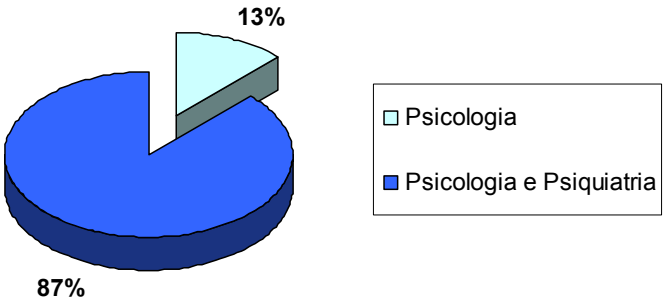


Figura 10 – Consultas do foro mental do grupo experimental

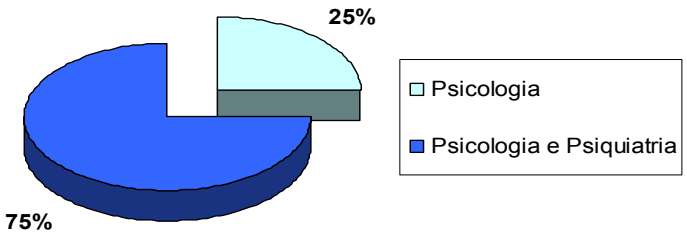


Figura 11 – Consultas do foro mental do grupo de controlo

A toma de psicofármacos da amostra (figura 12) é elevada, isto é 79% da população toma psicofármacos com fins terapêuticos. Apesar de o grupo experimental e o grupo de controlo terem uma percentagem diferente na toma de psicofármacos, ambas são elevadas, concretamente 87% e 71% respectivamente.

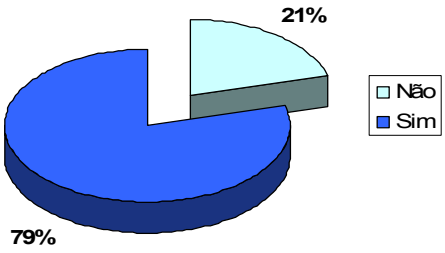


Figura 12 – Toma de psicofármacos da amostra

No entanto, quando analisamos a toma de psicofármacos dos diferentes grupos, no momento após o estudo experimental, verificam-se algumas diferenças. Ou seja, a toma de psicofármacos modifica-se em alguns casos.
Concretamente, quando se examina a toma de psicofármacos, no segundo momento, do grupo experimental (figura 13, A) constata-se uma diminuição da mesma em 62% e do grupo de controlo (figura 13, B) afere-se uma manutenção dos psicofármacos em 43% dos casos.

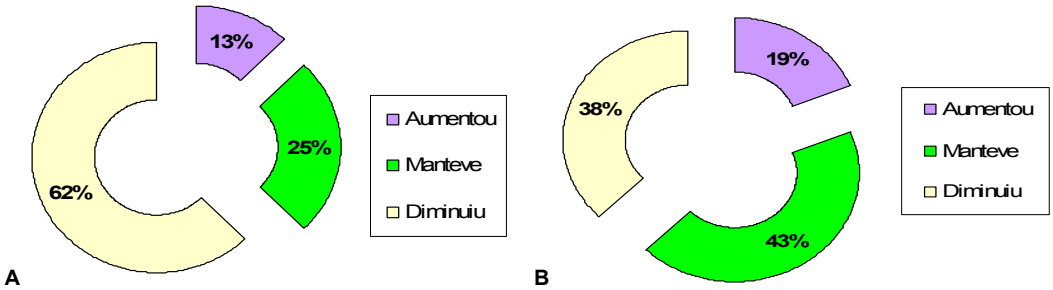


Figura 13 – Toma de psicofármacos do grupo experimental (A) e do grupo de controlo (B), após o estudo experimental

A ocupação laboral da amostra (figura 14) é conseguida em 58% e os postos laborais (figura 15) são diferentes, mas com uma percentagem superior nos trabalhos de carácter doméstico.

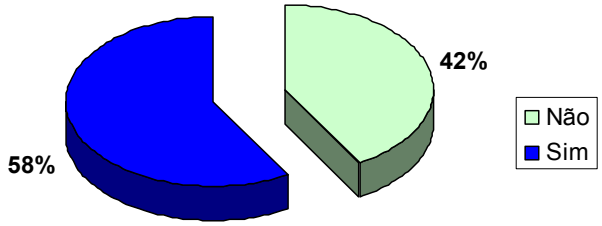


Figura 14 – Ocupação laboral da amostra

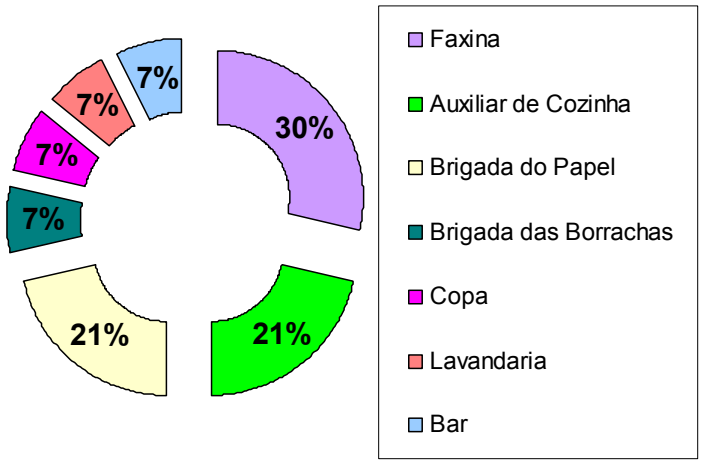


Figura 15 – Postos laborais da amostra

Após o estudo experimental, a ocupação laboral da amostra (figura 16) aumentou e os postos laborais (figura 17) alteraram-se, contudo os trabalhos de tipo doméstico aumentaram bastante, com a copa e com a cozinha.

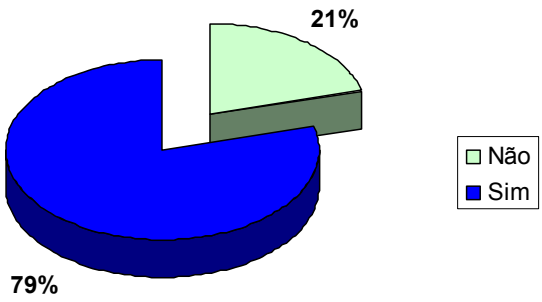


Figura 16 – Ocupação laboral da amostra, após o estudo experimental

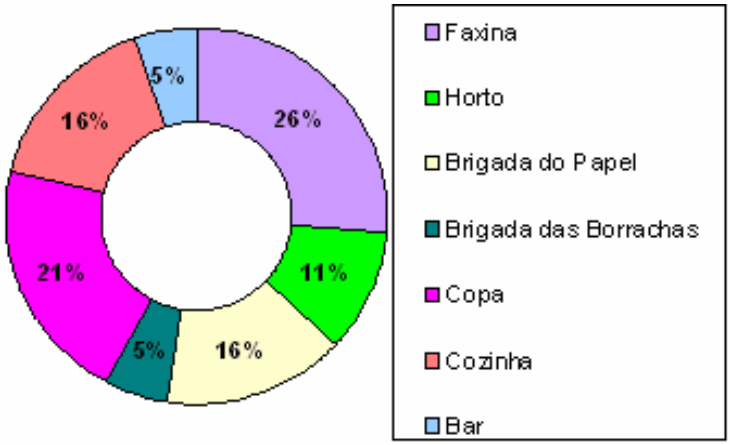


Figura 17 – Postos laborais da amostra, após o estudo experimental

O aumento do número de reclusos em postos laborais, no segundo momento, prende-se com o facto de várias pessoas do grupo de controlo terem começado a trabalhar, concretamente, de 56% passaram a 81%. No grupo PAFA, o aumento foi menor, de 62% passaram a 75%.

Relativamente à terapia ocupacional a amostra, no primeiro momento, tinha uma adesão de 25% (figura 18) e, no segundo momento, houve uma leve diminuição, de 4% (figura 19). Todavia, a descida foi mais sentida no grupo experimental, na medida em que 50% frequentava essas actividades e passaram a frequentar somente 13%.

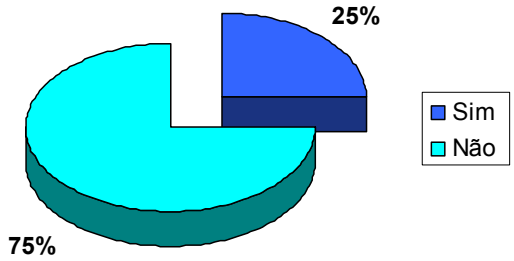


Figura 18 – Adesão à terapia ocupacional

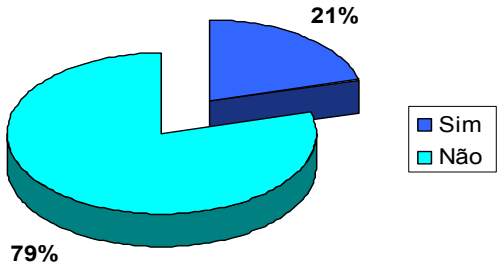


Figura 19 – Adesão à terapia ocupacional, após o estudo experimental

No primeiro momento, a presença na EF da amostra (figura 20) era de 29%, 19% no grupo de controlo e 50% no grupo experimental, porém a frequência semanal (figura 21) era igual ou inferior a duas vezes por semana.

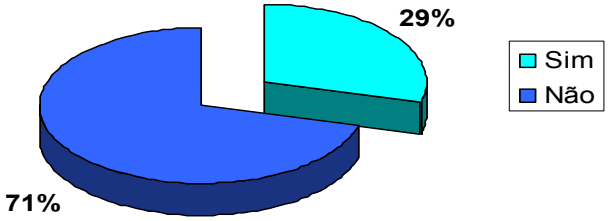


Figura 20 – Presença na EF da amostra

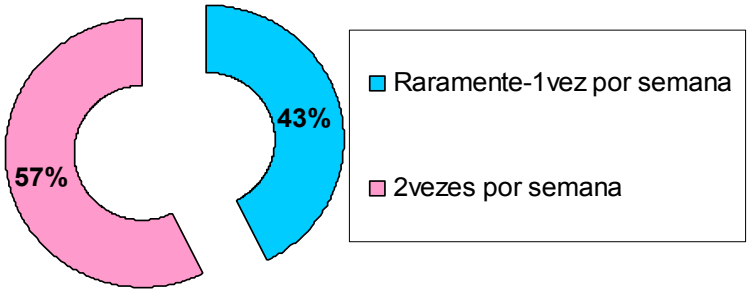


Figura 21 – Frequência semanal na EF da amostra

A presença da amostra na biblioteca (figura 22) é elevada e similar nos grupos experimental e controlo, contudo, somente 50% tem uma elevada frequência semanal (figura 23) nesse espaço. No segundo momento, a frequência da amostra na biblioteca diminuiu para metade, mas foi similar em ambos os grupos.

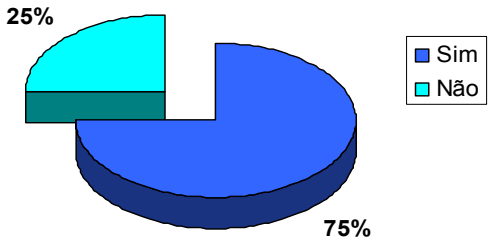


Figura 22 – Presença na biblioteca da amostra

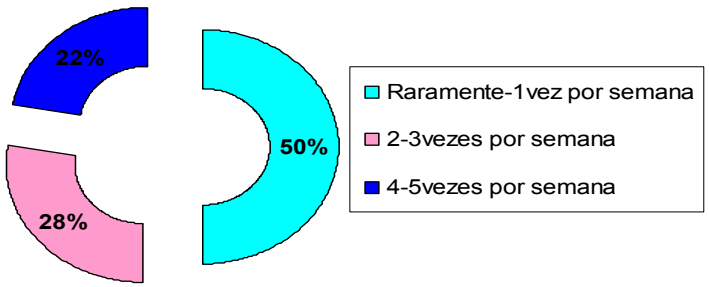


Figura 23 – Frequência semanal na biblioteca da amostra

5.2 – Inventário Depressivo de Beck

Com base nos objectivos do estudo, apresentaremos de seguida os resultados do mesmo.
Como variáveis independentes temos o PAFA, a ocupação laboral, a terapia ocupacional, e os psicofármacos que servirão como base às comparações estabelecidas.

No primeiro momento de aplicação da escala, a consistência interna (quadro 1) foi de 0,768 e, no segundo momento, de 0,795. Os valores conferem uma homogeneidade dos itens, nos dois momentos, bastante satisfatória.

Quadro 1 – Consistência interna do IDB, nos dois momentos. Valores de alfa de Cronbach

	1.º Momento	2.º Momento
Alfa de Cronbach	0,768	0,795

Dados globais da amostra

O **grau da Depressão** da amostra no primeiro momento (figura 24) corresponde a uma curva normal, e situa-se entre um grau da Depressão leve, com valor de 14, e um grau da Depressão severo de 48. O valor médio é de 27, logo o grau da Depressão da amostra situa-se no nível moderado.

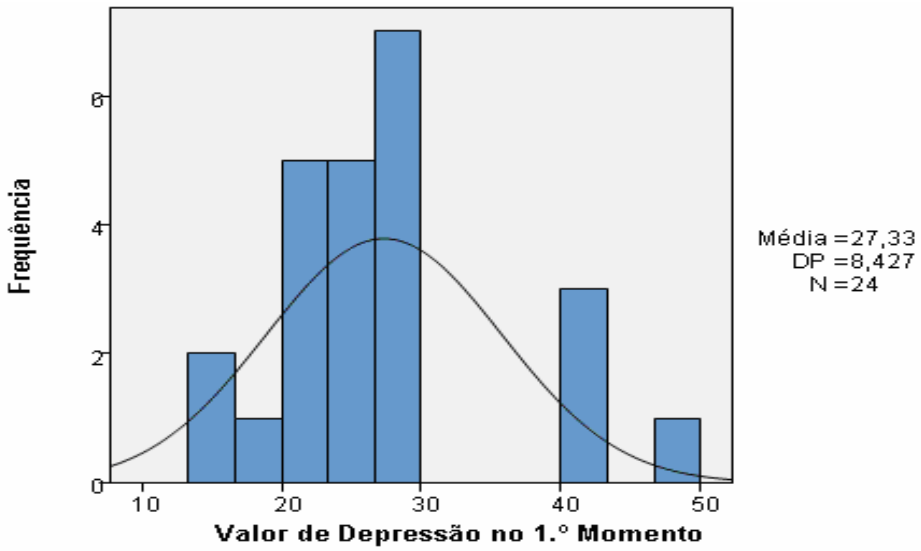


Figura 24 – Grau da Depressão da amostra, no 1.º Momento

O grau da Depressão da amostra no segundo momento (figura 25) corresponde igualmente a uma curva normal, em que os valores variam desde um grau de Depressão leve, com 10, e um grau de Depressão severo, com 45. A média é menor no 2.º momento, com um valor de 25, mas o grau de Depressão da amostra é igualmente moderado.

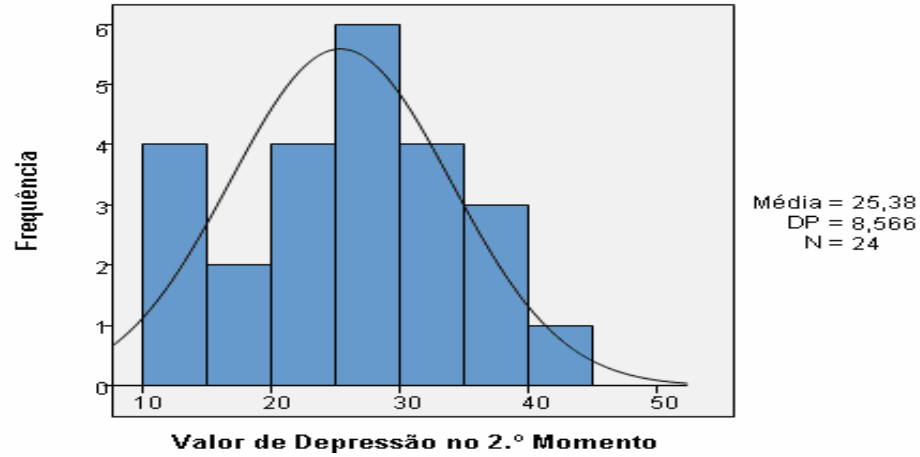


Figura 25 – Grau da Depressão da amostra, no 2.º Momento

Ao analisarmos a escala (IDB), ao nível dos diferentes **itens**, constatamos que os valores mais elevados são a autopunição, a culpabilidade e as auto-acusações, e os valores mais baixos os desejos suicidas, a incapacidade de trabalhar e a libido.

A observação das figuras 26 e 27 permite-nos dizer que o item autopunição, no primeiro momento, apresenta valores muito elevados e que no segundo momento há um decréscimo do valor médio.

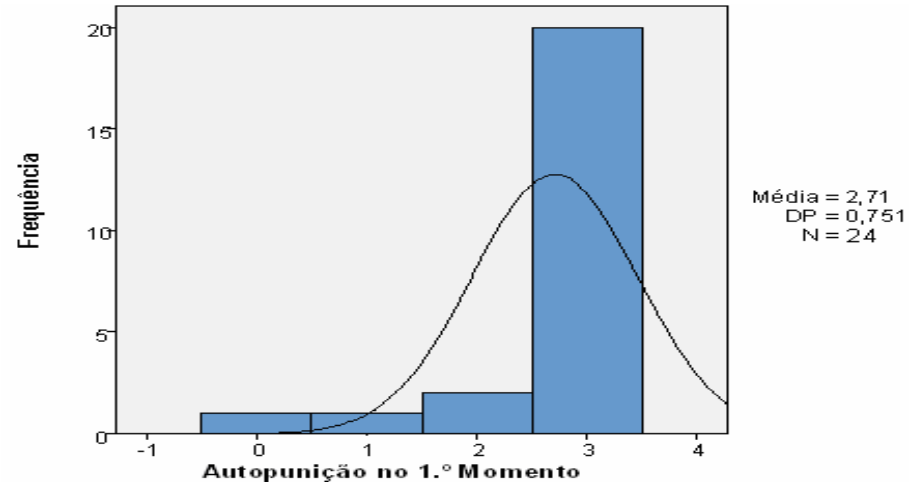


Figura 26 – Valores do item autopunição, no 1.º Momento

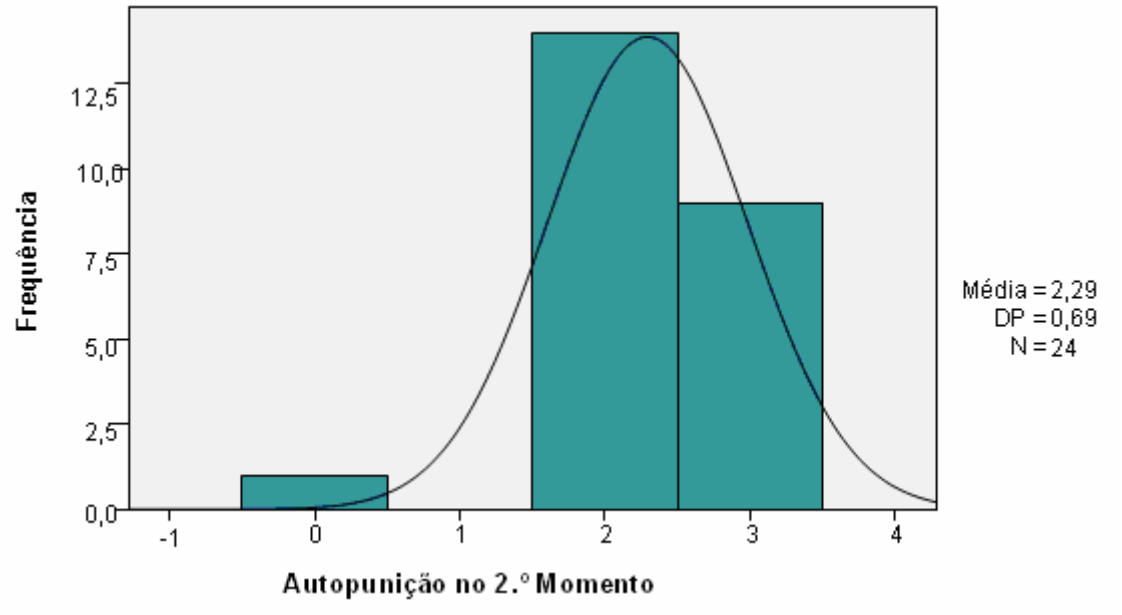


Figura 27 – Valores do item autopunição, no 2.º Momento

Quanto ao item culpabilidade (figuras 28 e 29) podemos dizer que os valores do mesmo, nos dois momentos, são elevados e que no segundo momento todos os indivíduos apresentam o mesmo valor.

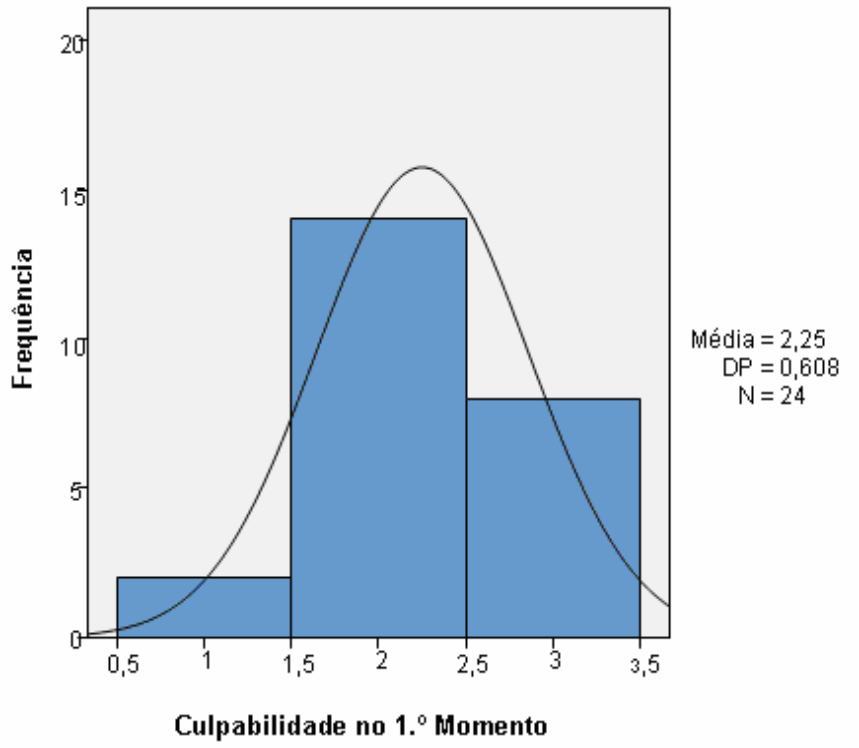


Figura 28 – Valores do item culpabilidade, no 1.º Momento

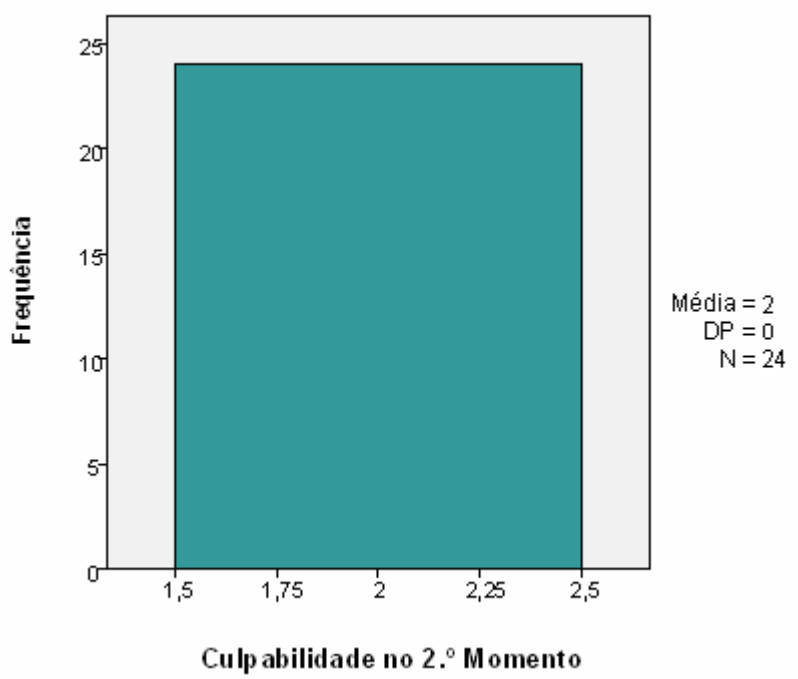


Figura 29 – Valores do item culpabilidade, no 2.º Momento

Ao analisarmos o item auto-acusações (figuras 30 e 31) podemos afirmar que os valores, no primeiro momento, são moderados e que no segundo momento há uma elevação dos mesmos.

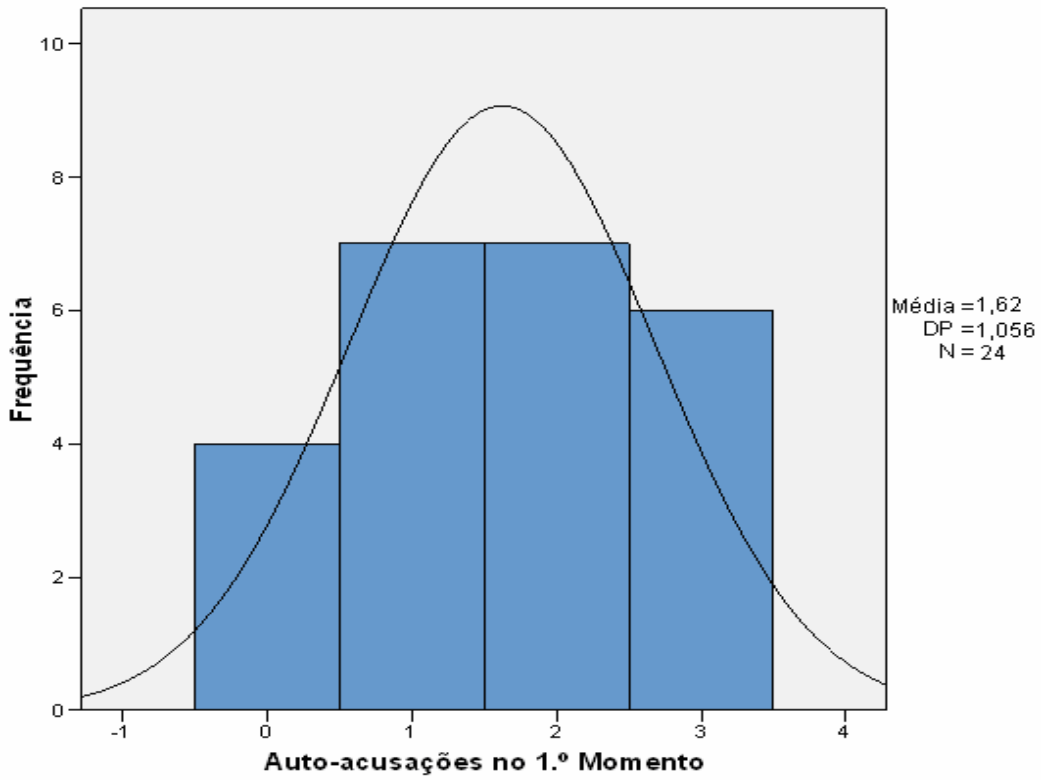


Figura 30 – Valores do item auto-acusações, no 1.º Momento

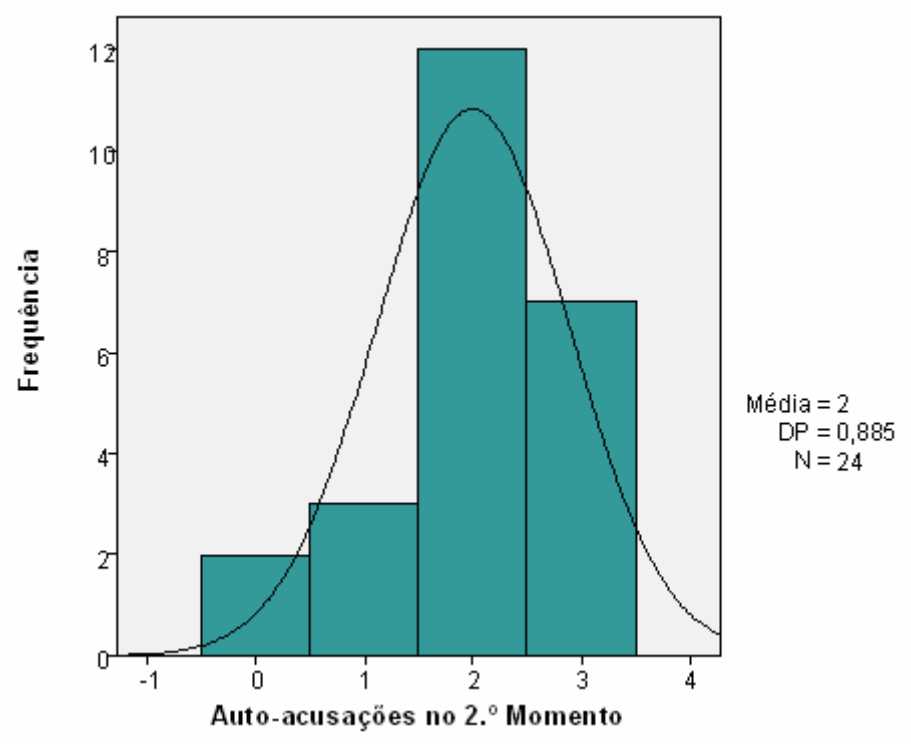


Figura 31 – Valores do item auto-acusações, no 2.º Momento

O item, desejos suicidas (figura 32 e 33), apresenta valores baixos, seja no primeiro ou no segundo momento de avaliação.

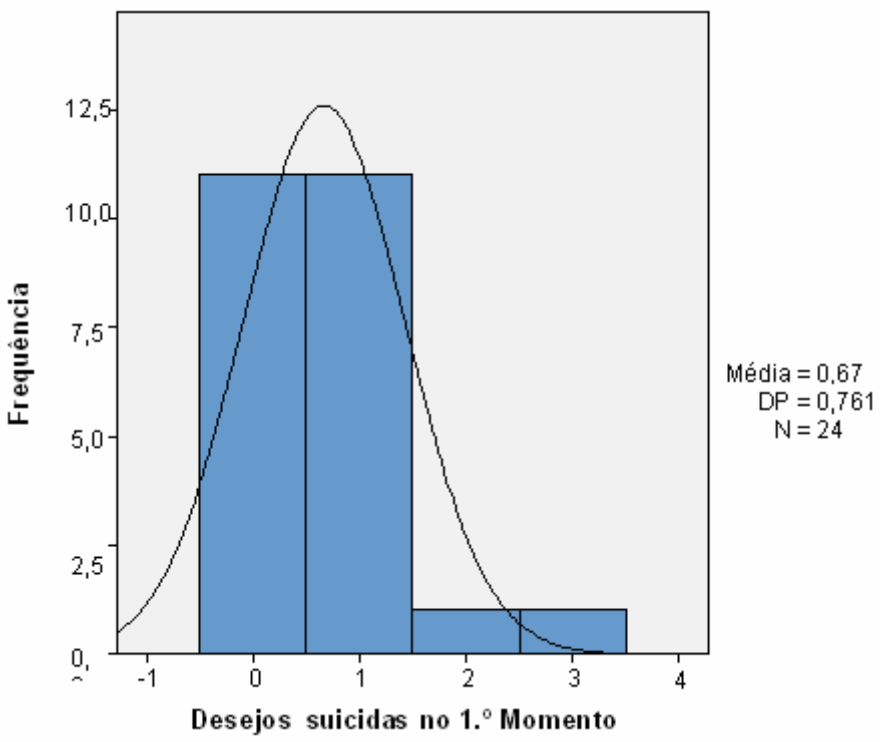


Figura 32 – Valores do item desejos suicidas, no 1.º Momento

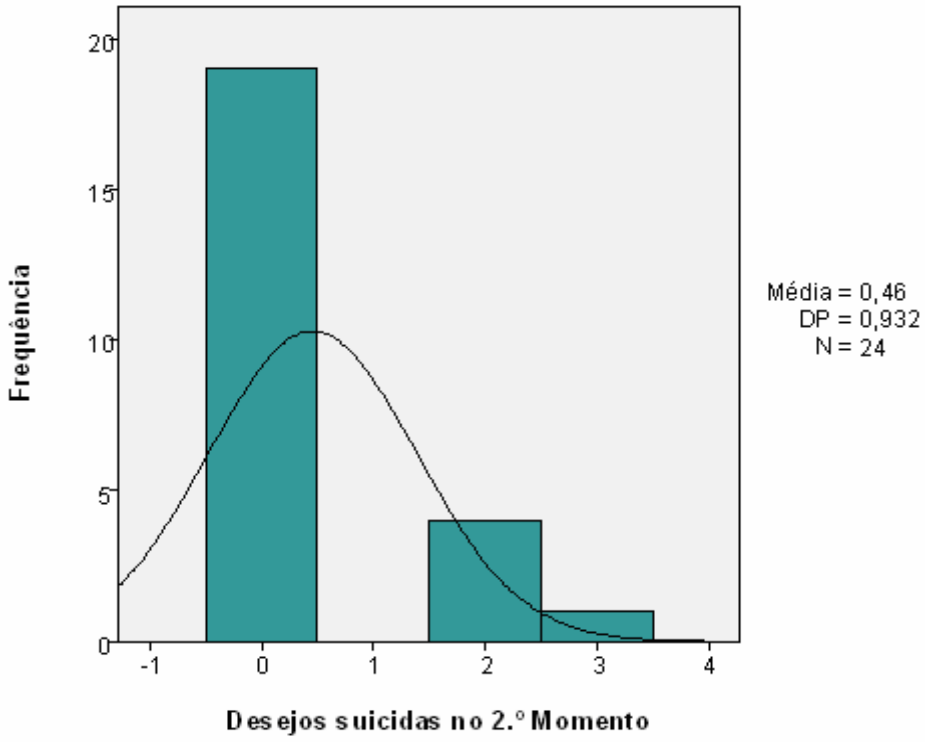


Figura 33 – Valores do item desejos suicidas, no 2.º Momento

O item incapacidade de trabalhar (figura 34 e 35) também manifesta, em ambos os momentos, valores baixos.

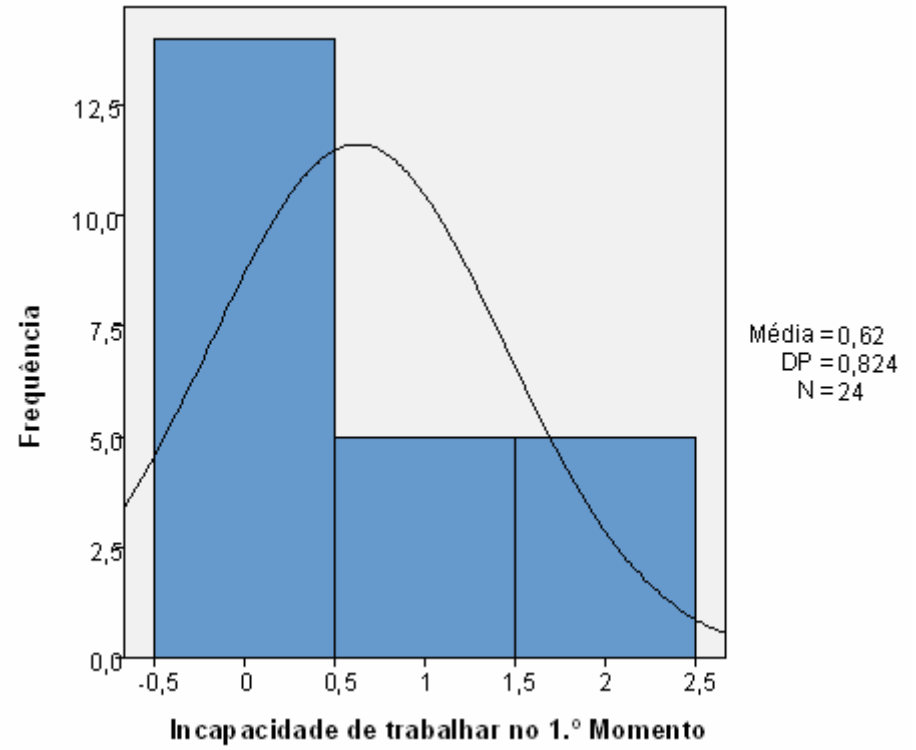


Figura 34 – Valores do item incapacidade de trabalhar, no 1.º Momento

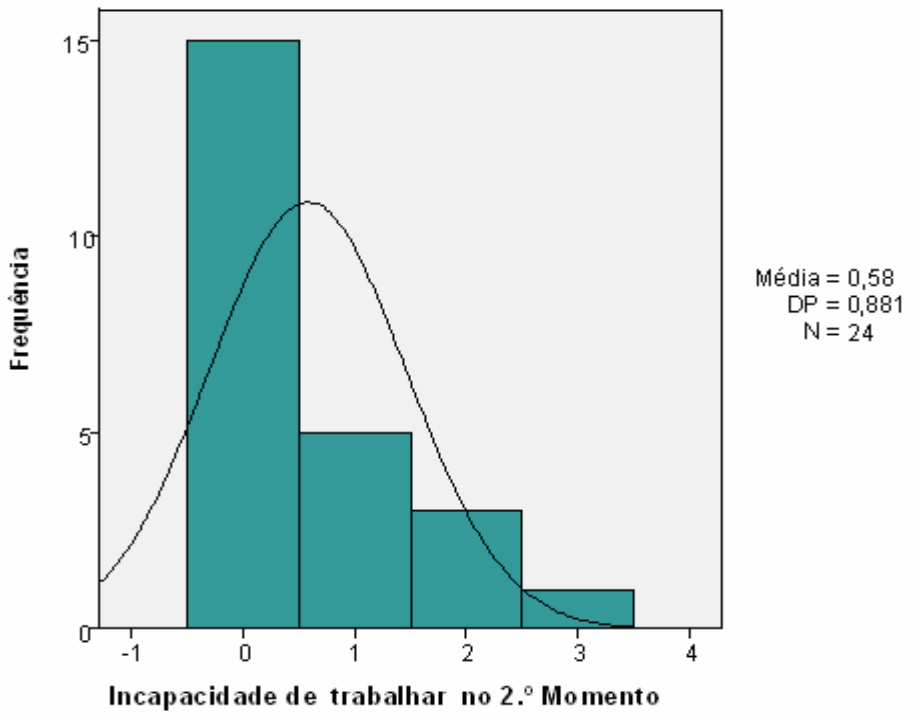


Figura 35 – Valores do item incapacidade de trabalhar, no 2.º Momento

Relativamente ao item libido (figura 36 e 37) há um decréscimo do primeiro para o segundo momento, mas ambos indicam que há pouca perda da libido.

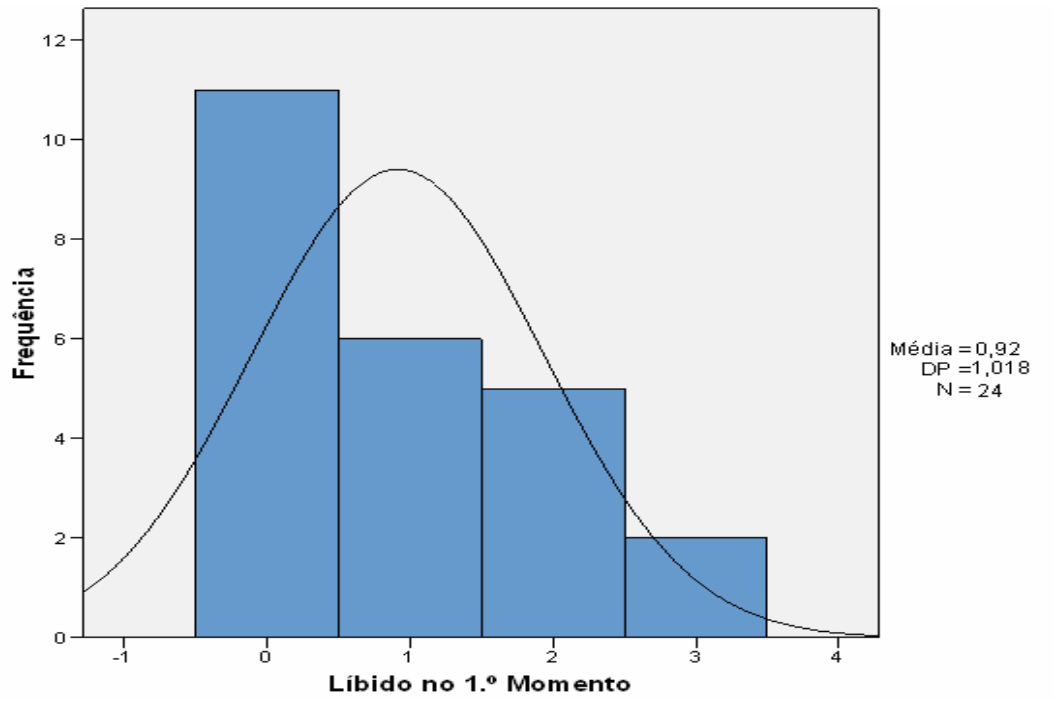


Figura 36 – Valores do item libido, no 1.º Momento

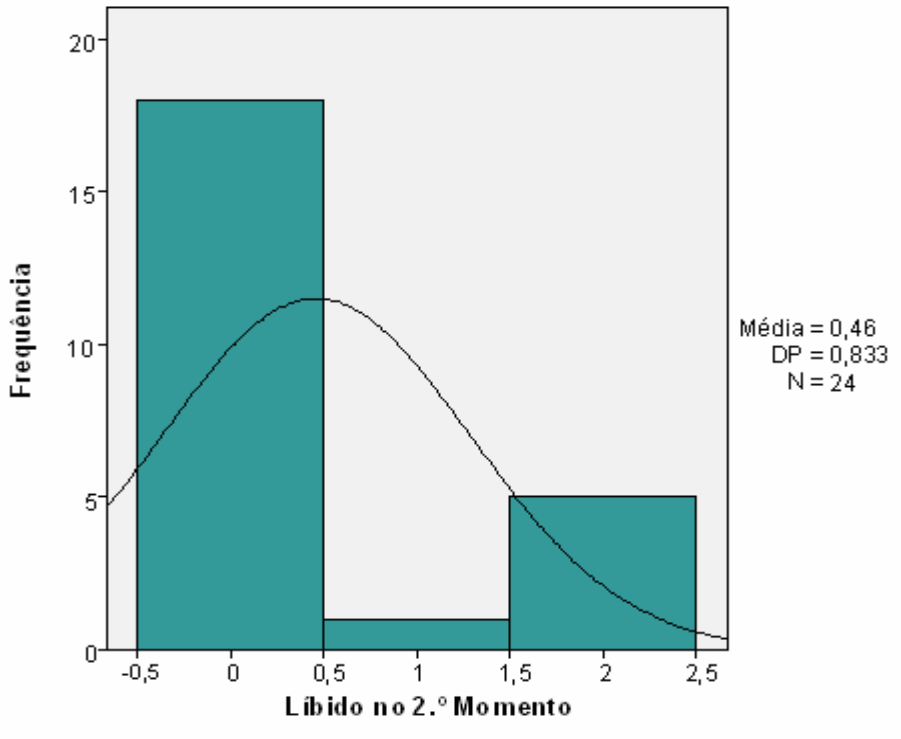


Figura 37 – Valores do item libido, no 2.º Momento

Quando analisamos item por item, no primeiro momento de aplicação do IDB, podemos perceber que os itens mais característicos da amostra, com valores mais elevados, são a autopunição (figura 26) com um valor médio de 2, 71 e a culpabilidade com valor médio de 2, 25 (figura 28), num mínimo de 0 e num máximo de 3 para cada item. Em contrapartida, os valores mais baixos são os itens desejos suicidas (figura 32) e incapacidade de trabalhar (figura 34), com um valor médio de 0,67 e 0,62 respectivamente.
No segundo momento, os itens com valores mais elevados são identicamente a autopunição (figura 27) e a culpabilidade (figura 29), mas também as auto-acusações (figura 31). Relativamente aos itens com valores mais baixos, encontramos os desejos suicidas (figura 33), a incapacidade de trabalhar (figura 35), e também a libido (figura 37).

Se analisarmos as **dimensões** da escala (quadro 2) afectiva, somática e auto-estima, no primeiro momento, podemos verificar que a dimensão auto-estima apresenta valores da Depressão superiores (Média=1,79), seguindo-se a dimensão afectiva (Média=1,20) e, por último, a dimensão somática (Média=0,96).

No segundo momento, constatamos uma descida mais acentuada dos valores da Depressão na dimensão afectiva da amostra (Média=1,08), mas não houve alterações estatisticamente significativas e a ordem de valores nas dimensões foi a mesma.

Quadro 2 – Comparação entre o primeiro e o segundo momento, na amostra, de avaliação das dimensões: afectiva, auto-estima e somática. Valores da média, do desvio padrão e de p.

Dimensões	1.º Momento	2.º Momento	p
Afectiva	1,20±1,03	1,08±1,05	0,13
Auto-estima	1,79±1,02	1,79±0,84	0,91
Somática	0,96±0,94	0,94±0,99	0,90

Os **valores da Depressão** nas reclusas condenadas poderão diferir conforme a frequência na **terapia ocupacional** (figuras 38 e 39), na **escola ou curso** (figuras 40 e 41) e na **ocupação laboral** (figuras 42 e 43).

Ao observarmos as figuras 38 e 39, constatamos que a frequência da terapia ocupacional pode estar associada a um nível da Depressão mais baixo, no segundo momento.

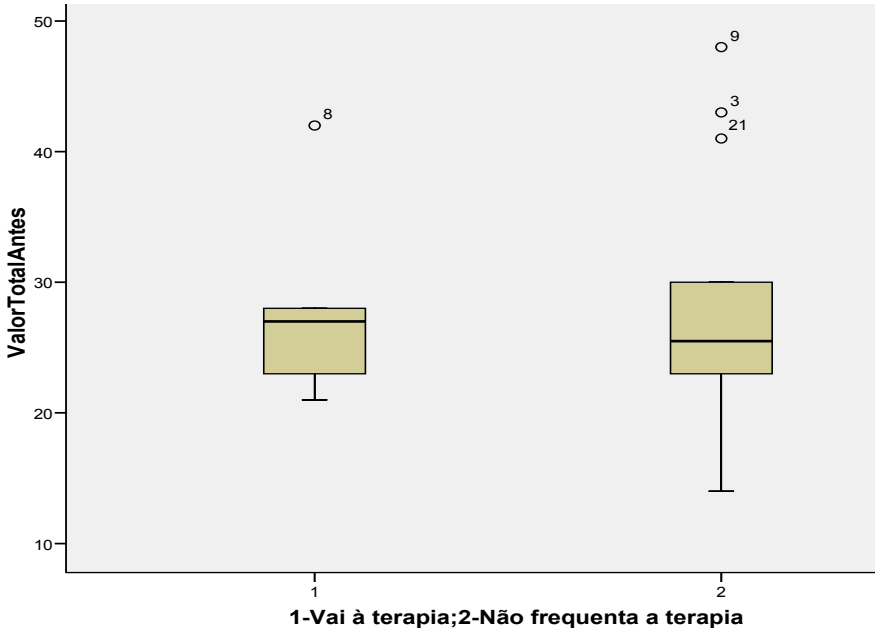


Figura 38 – Depressão da amostra e a terapia ocupacional, no 1.º momento

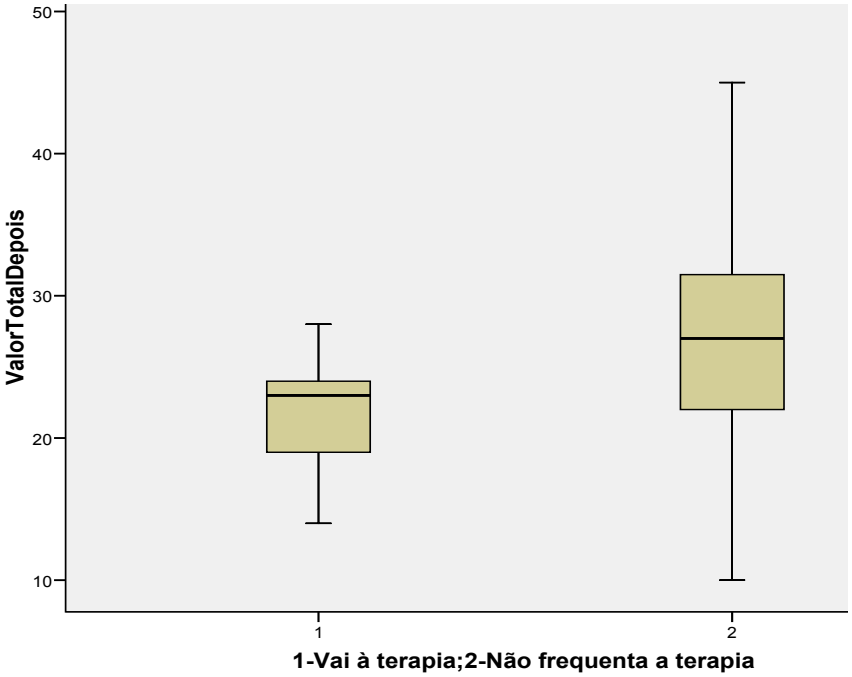


Figura 39 – Depressão da amostra e a terapia ocupacional, no 2.º momento

As figuras 40 e 41 permitem-nos, igualmente, dizer que a frequência de algum curso ou escola pode estar associada a um nível da Depressão mais baixo, no segundo momento.

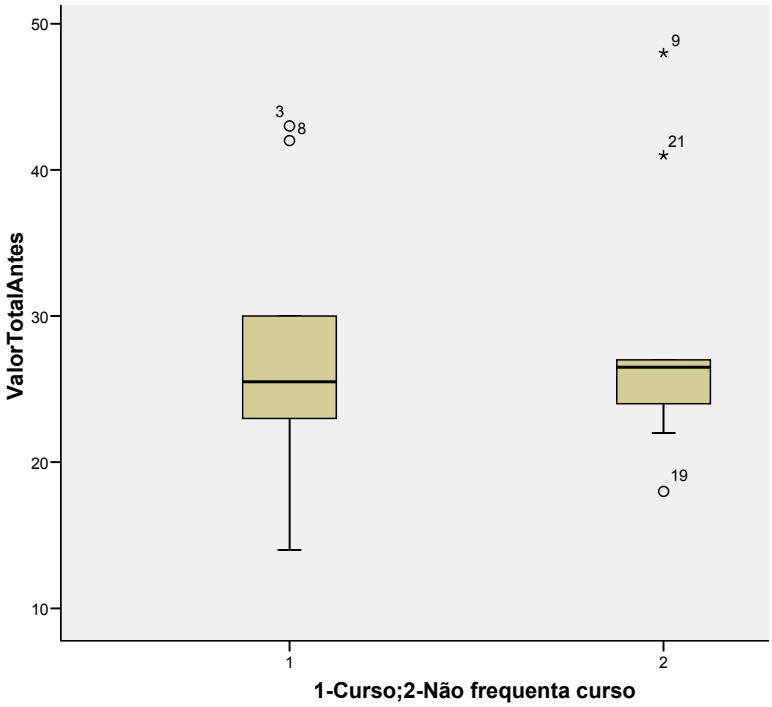


Figura 40 – Depressão da amostra e o curso ou a escola, no 1.º momento

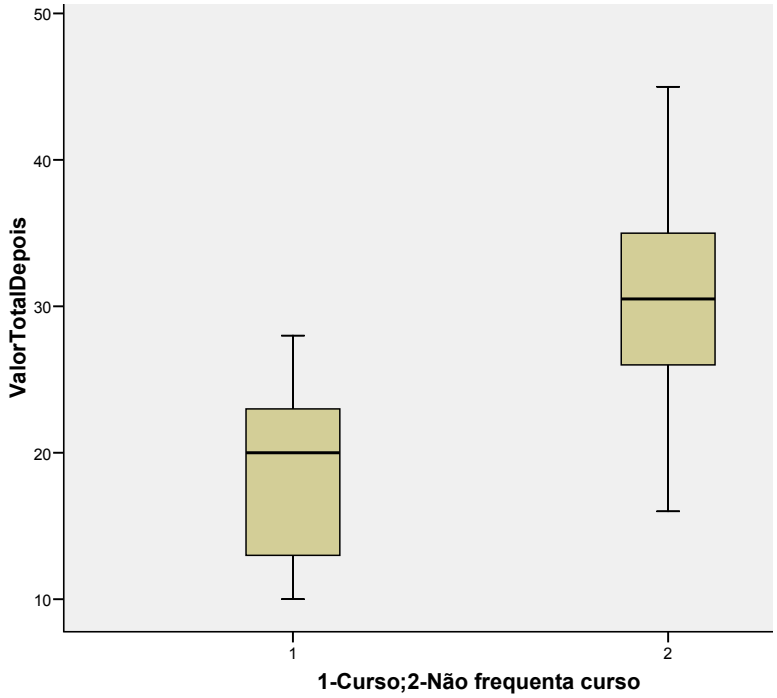


Figura 41 – Depressão da amostra e o curso ou a escola, no 2.º momento

Em contrapartida, quando examinamos as figuras 42 e 43 podemos afirmar que a ocupação laboral não determina valores mais baixos da Depressão.

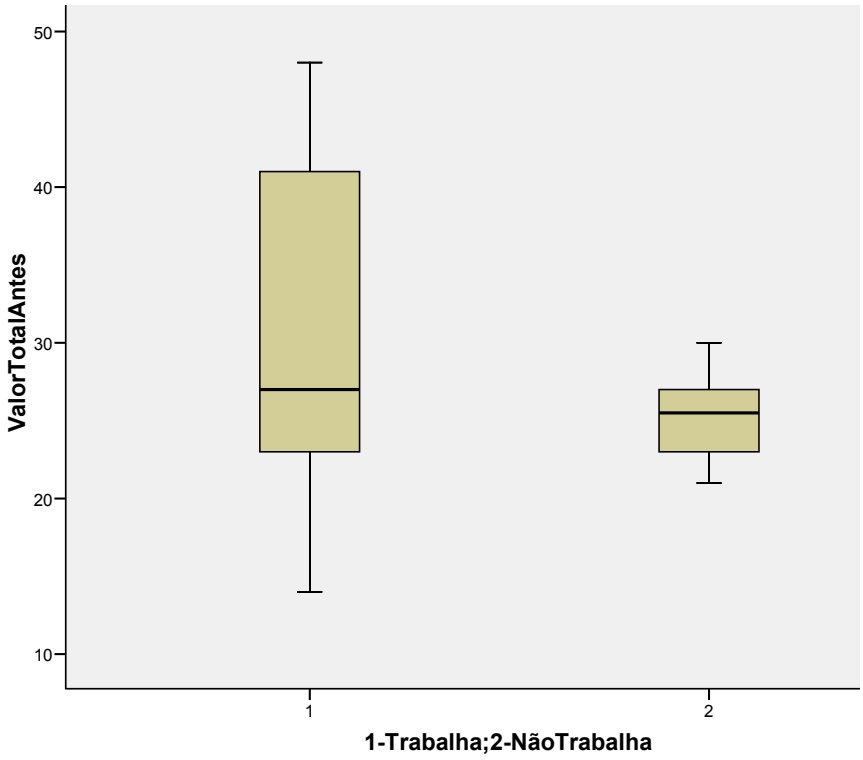


Figura 42 – Depressão da amostra e a ocupação laboral, no 1.º momento

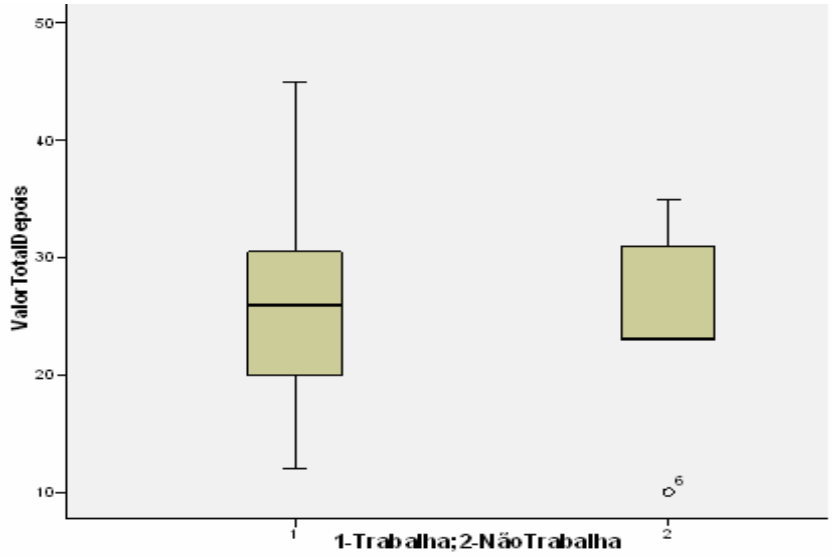


Figura 43 – Depressão da amostra e a ocupação laboral, no 2.º momento

Através da **toma de psicofármacos** da amostra, no primeiro momento (figura 44), consegue-se diferenciar as pessoas que tomam psicofármacos das que não os tomam, pois as primeiras possuem valores mais elevados da Depressão. Além disso, no segundo momento, a toma de psicofármacos (figura 45) aumentou, manteve-se ou diminuiu coincide com o grau de Depressão severa, moderada e leve, respectivamente. O que nos leva a considerar que os psicofármacos parecem estar ajustados.

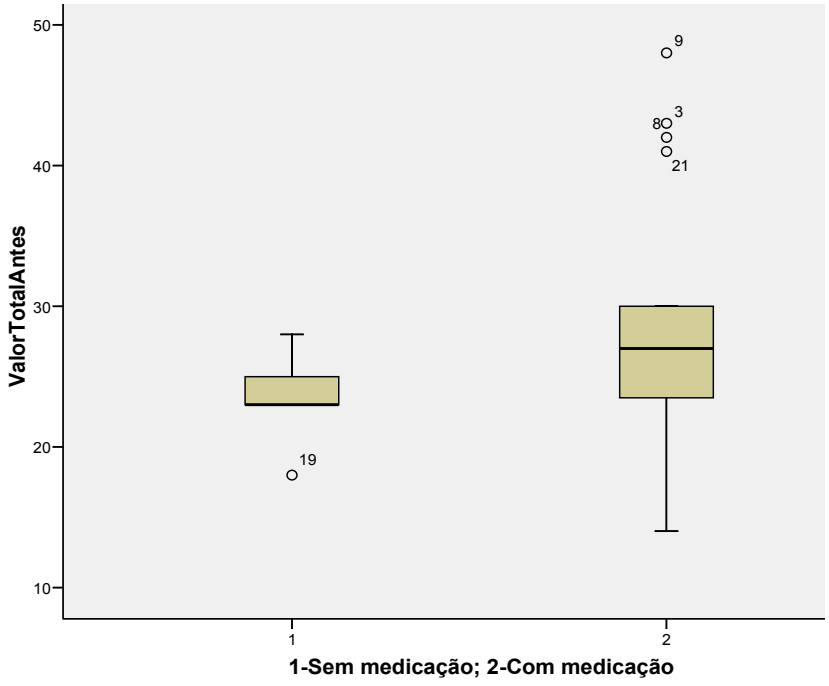


Figura 44 – Depressão da amostra e a toma de psicofármacos, no 1.º momento

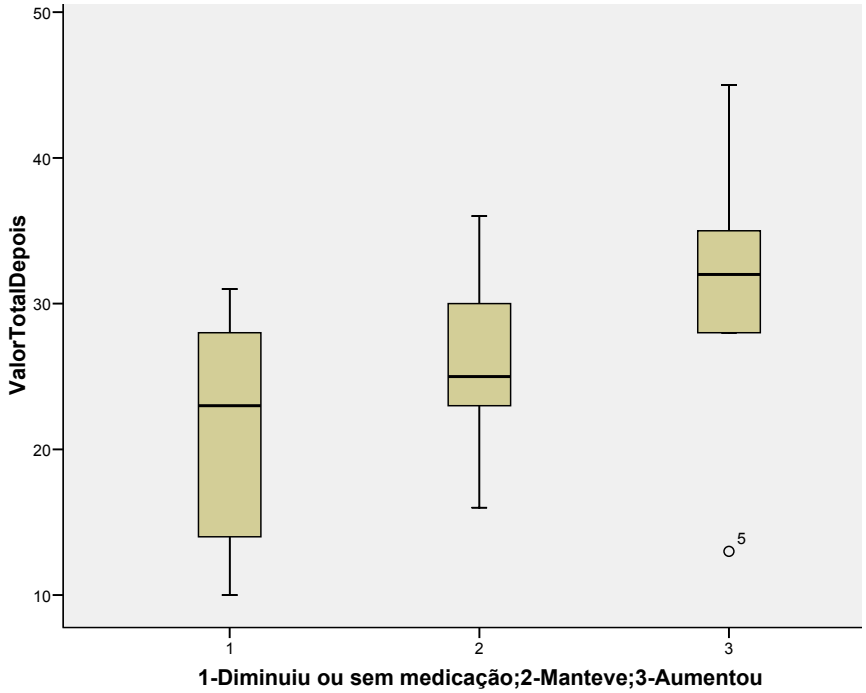


Figura 45 – Depressão da amostra e a toma de psicofármacos, no 2.º momento

Dados relativos ao grupo experimental e de controlo

Os **valores da Depressão** do **grupo experimental** e do **grupo de controlo** (quadro 3), no primeiro momento, foram analisados através do teste de *Mann-Whitney U* e apuramos que o grupo PAFA apresenta valores mais elevados da Depressão, porém não há diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos.

No segundo momento verificamos que há diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, ou seja, os valores da Depressão do grupo PAFA são bastante mais baixos do que os do grupo de controlo (p=0,000).

Quadro 3 – Comparação entre o grupo experimental e o grupo de controlo, no primeiro e no segundo momento de avaliação da Depressão. Valores de média, desvio padrão, *mean rank*, z e p.

	Grupo experimental	Grupo de controlo	*Mean Rank*	z	p
Depressão 1.º Momento	30,25±8,17	25,88±8,42	15,38; 11,06	-1,41	0,157
Depressão 2.º Momento	16±4,60	30,06±6,69	4,56; 16,47	-3,89	0,000

A diferença dos valores, entre o primeiro e o segundo momento de avaliação da Depressão nos distintos grupos (quadro 4), foi analisada através do teste de *Kruskal-Wallis H.* No grupo experimental apuramos uma diminuição estatisticamente significativa da Depressão (p=0,002). No grupo de controlo observamos um aumento da Depressão, mas não é estatisticamente significativo.

Quadro 4 – Comparação entre o primeiro e o segundo momento de avaliação da Depressão no grupo experimental e no grupo de controlo. Valores de média, desvio padrão, *mean rank*, z e p.

	Depressão 1.º Momento	Depressão 2.º Momento	*Mean Rank*	X^2	p
Grupo experimental	30,25±8,17	16±4,60	12,25; 4,75	9,97	0,002
Grupo de controlo	25,88±8,42	30,06±6,69	12,72; 20,28	5,23	0,022

Quando examinamos a média das **dimensões** no **grupo experimental** (quadro 5), afectiva, auto-estima e somática, podemos verificar que, do primeiro momento para o segundo momento, há uma diminuição em todos os valores, estatisticamente significativa.

Quadro 5 – Comparação entre o primeiro e o segundo momento, no grupo experimental, de avaliação das dimensões: afectiva, auto-estima e somática. Valores de média, desvio padrão e de p.

Dimensões	1.º Momento	2.º Momento	p
Afectiva	1,34±1,01	0,66±0,761	0,000
Auto-estima	1,85±1,07	1,35±0,863	0,007
Somática	1,25±0,916	0,41±0,665	0,000

Tal como referimos no capítulo Material e Métodos, as dimensões excluem os itens **imagem corporal**, **peso** e **libido** (quadro 6). Porém, analisamos individualmente esses itens e percebemos que, no primeiro momento, não há diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de controlo e o grupo experimental. No segundo momento, o grupo experimental tem uma diminuição

dos três itens, mas só existem diferenças estatisticamente significativas para o item Peso.

Quadro 6 – Comparação entre o primeiro e o segundo momento, no grupo experimental, de avaliação dos itens: imagem corporal, peso e libido. Valores de média, desvio padrão e de p.

Itens	Grupo experimental	Grupo de controlo	p
Imagem corporal	1,75±0,71	1,25±0,71	0,69
Peso	1,90±0,64	1,37±0,74	0,004
Libido	1,12±0,64	0,40±0,52	0,124

Ao relacionar o grupo experimental em frequência ou não na **terapia ocupacional** (figura 46 e 47) verificamos que, no primeiro momento, os valores da Depressão são elevados em ambos os grupos, mas quem frequentava a terapia apresentava um valor médio da Depressão mais baixo. No segundo momento constatamos que o valor médio de Depressão, para quem não frequentava a terapia ocupacional, é ligeiramente mais baixo.

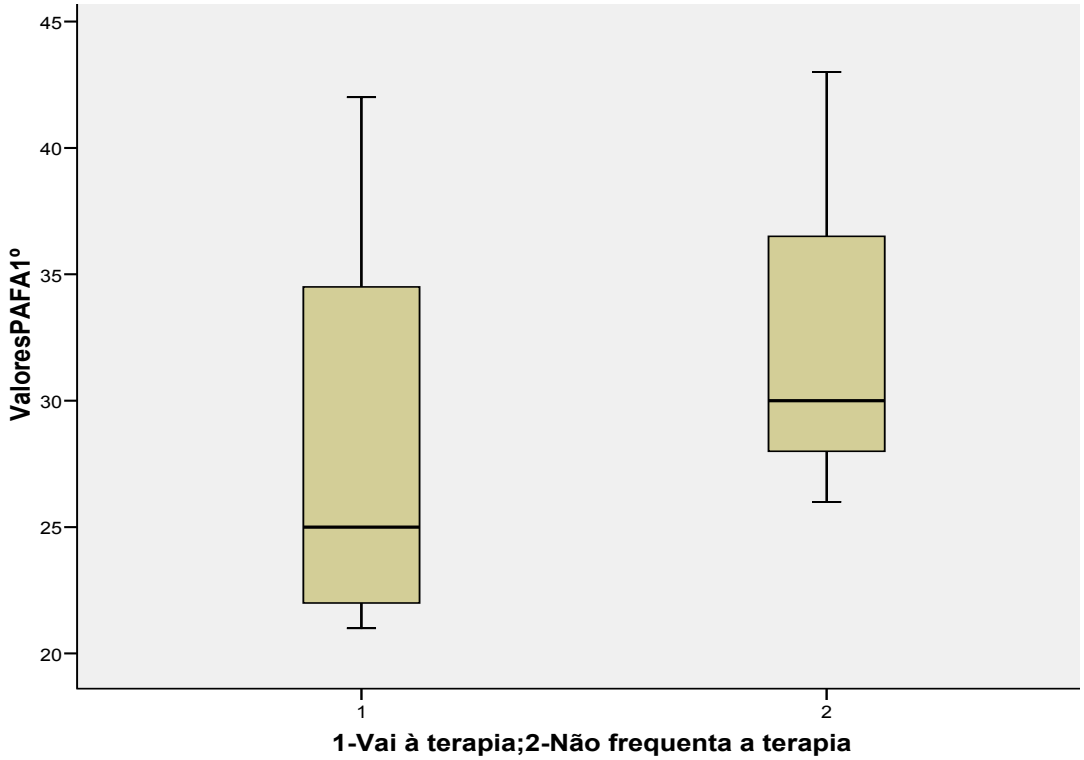


Figura 46 – Depressão do grupo experimental e a terapia ocupacional, no 1.º momento

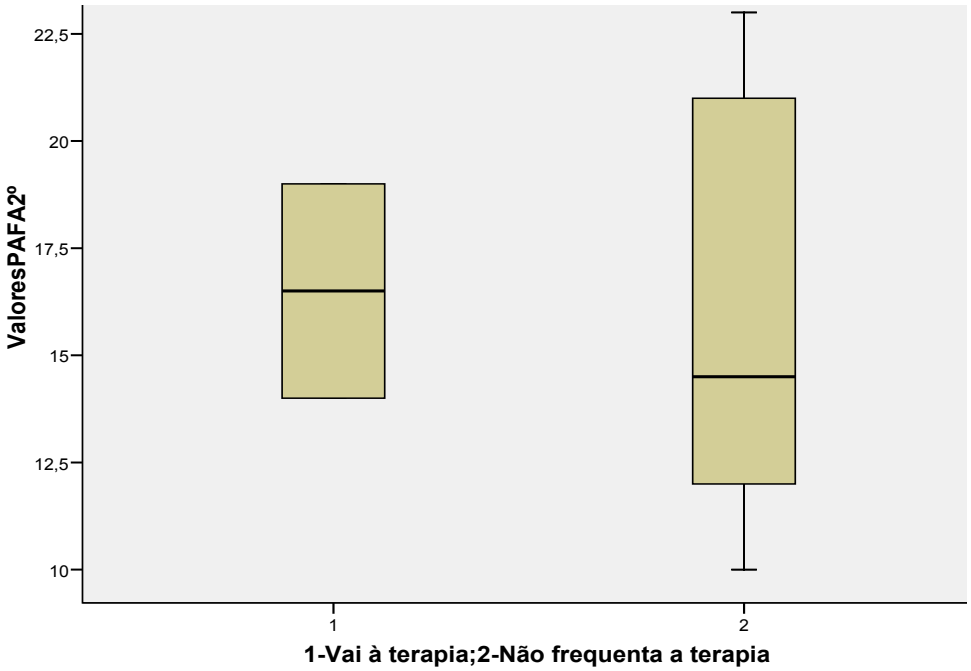


Figura 47 – Depressão do grupo experimental e a terapia ocupacional, no 2.º momento

Quando agrupamos o grupo experimental na **ocupação** ou não **laboral** (figura 48 e 49) apuramos que, no primeiro momento, os valores da Depressão são mais baixos para quem não trabalhava e no segundo momento o valor médio da Depressão é ligeiramente mais baixo para as trabalhadoras.

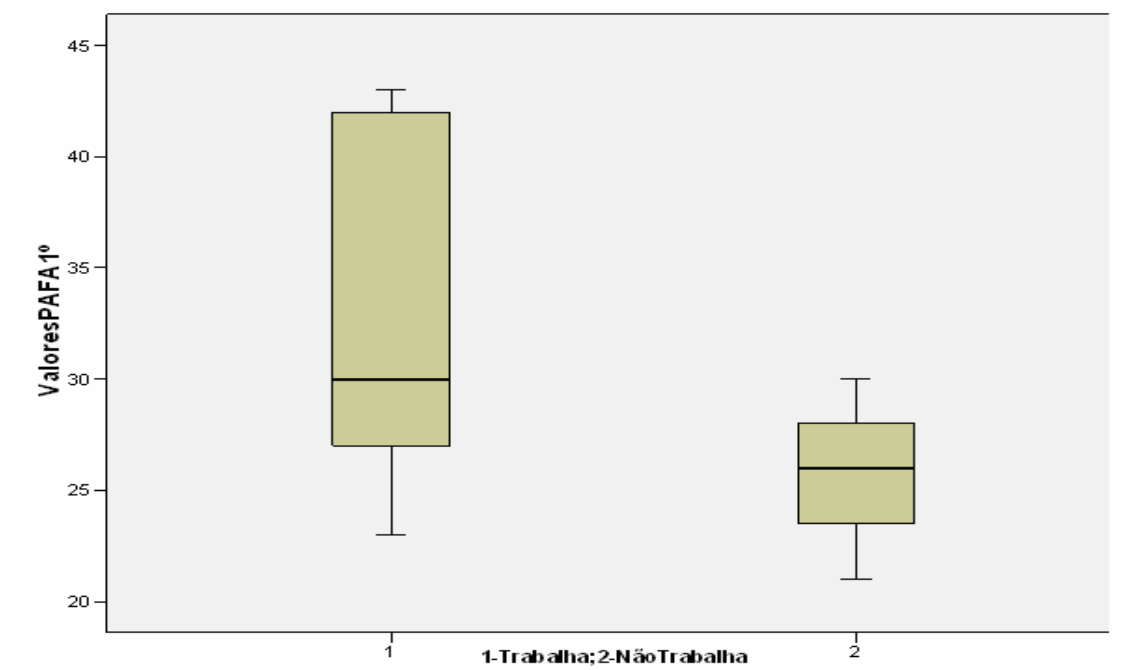


Figura 48 – Depressão do grupo experimental e a ocupação laboral, no 1.º momento

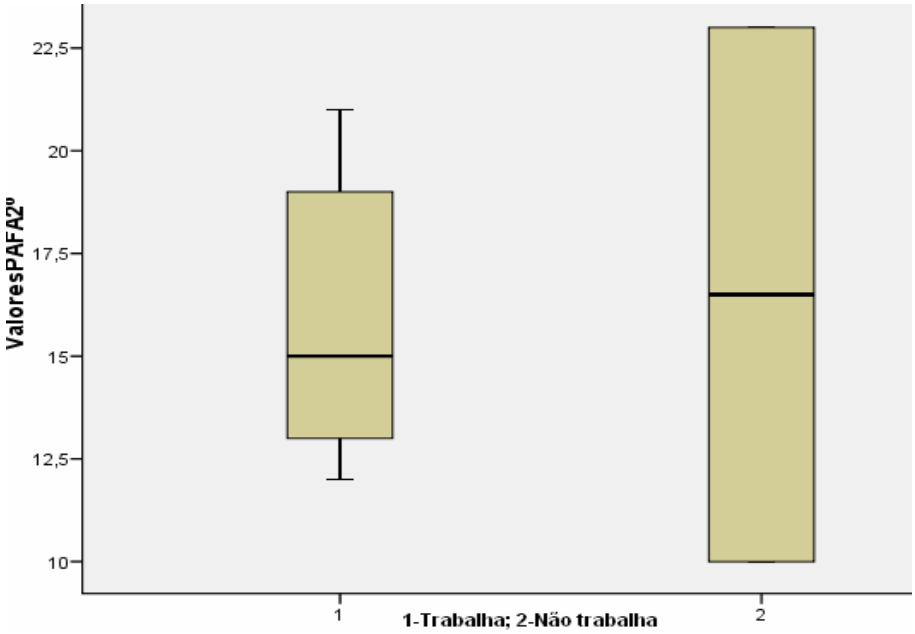


Figura 49 – Depressão do grupo experimental e a ocupação laboral, no 2.º momento

Relativamente à **toma de psicofármacos** no grupo experimental (figura 50) e no grupo de controlo (figura 51) verificamos que no primeiro grupo há um sujeito que aumentou os psicofármacos, mas possui um nível da Depressão baixo, segundo o IDB, e no grupo de controlo há alguns sujeitos que mantiveram os psicofármacos, mas possuem valores da Depressão mais baixos do que os que diminuíram os psicofármacos.

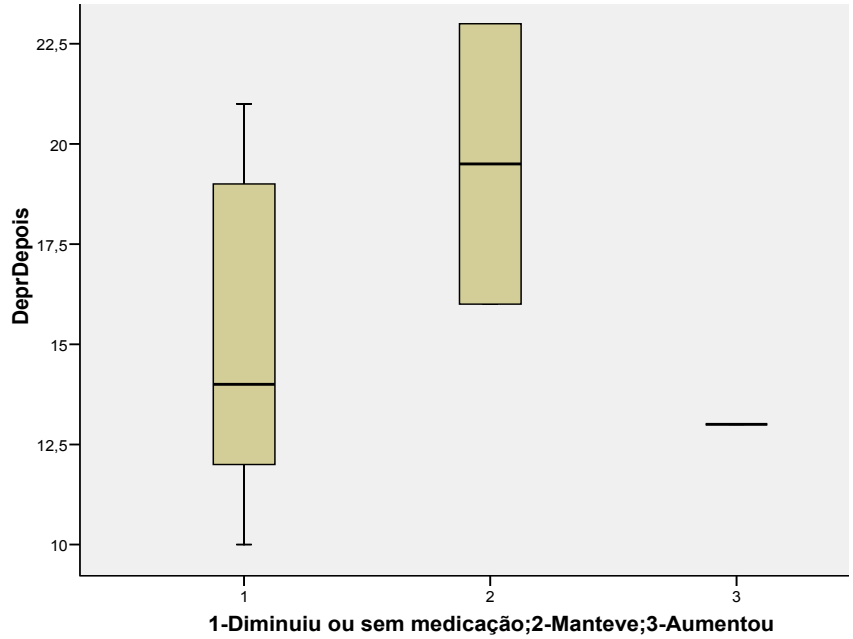


Figura 50 – Depressão do grupo experimental e a toma de psicofármacos, no 2.º momento

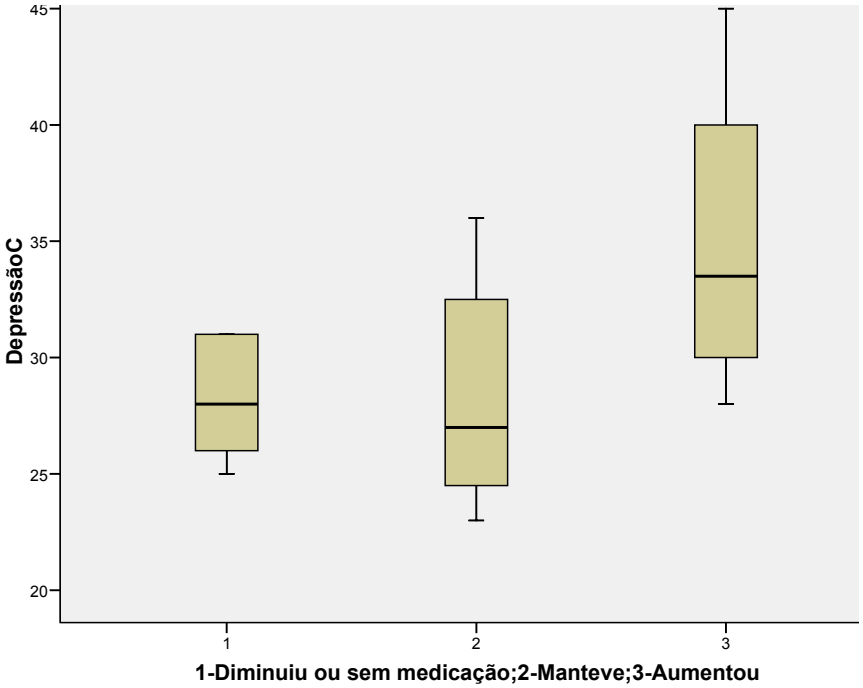


Figura 51 – Depressão do Grupo de controlo e a toma de psicofármacos, no 2.º momento

Ao compararmos os sujeitos que tomam psicofármacos (quadro 7), percebemos que, no segundo momento, o grupo experimental apresenta valores da Depressão mais baixos, do que o grupo de controlo, de forma estatisticamente significativa.

Quadro 7 – Comparação entre o grupo experimental e o grupo de controlo, de avaliação da Depressão, que tomam psicofármacos. Valores de média, desvio padrão e de p.

Psicofármacos	Grupo experimental	Grupo de controlo	p
Depressão	15,57±4,79	30,58±6,11	0,000

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A Depressão no meio prisional é uma das respostas adaptativas que o recluso encontra para lidar com essa situação (Gonçalves, 2002). Ou seja, modifica não só o humor ou o afecto no sentido depressivo (com ou sem ansiedade associada), como a auto-estima e a dimensão somática no sentido aviltante (WHO, 2006a).

Apesar de não ser problemas exclusivos da população prisional, a sedentariedade, as alterações sensoriais, as modificações da auto-imagem e a Depressão estão frequentemente associadas às pessoas que estão privadas da liberdade física (Gonçalves, 2002).

Perante a apresentação de resultados, no grupo experimental percebemos que: a faixa etária que aderiu maioritariamente ao PAFA situava-se entre os 25 e os 31 anos de idade; possuíam habilitações literárias superiores aos restantes elementos da amostra; todas as alunas do PAFA frequentavam algum curso ou a escola. Assim sendo, ficamos tentados a especular que o grupo experimental acedeu ao PAFA, pela relevância da condição de sujeitos com mais informações e com maior formação literária tomarem decisões mais racionais face a situações de tensão. O grupo experimental apesar de ter alguma incapacidade cognitiva (Faulkner et. al., 2005), característica dos pacientes com Depressão, e processamento enviesado negativo da informação (Kaplan et al., 1994), frequentava a escola ou um curso profissional e tinha habilitações literárias superiores ao grupo de controlo.

A amostra frequenta as consultas do psicólogo, isto é, usufrui de terapêuticas ajustadas à Depressão e 79% frequenta consultas de Psiquiatra que coincide mais ou menos com a percentagem que toma psicofármacos (81%). O que nos leva a constatar que a amostra tem terapia de cariz psicológico e a maioria toma psicofármacos ora receitada pelo psiquiatra ora pelo médico de clínica geral.

Como nos refere Canova (1993) o psicofármaco é fundamental para o indivíduo com Depressão, uma vez que actua de modo rápido, mas deve ser acompanhado de terapia não farmacológica para permitir uma mudança de posicionamento face a si próprio e ao mundo que o rodeia. A AFA deve constar, identicamente, do tratamento, pois, desperta a atenção, permite uma sensação de bem-estar durante e após a prática, favorece a interacção social, promove a autopercepção da prestação física, distrai (Leith, 2002) e combate o sedentarismo e as doenças físicas associadas (Faulkner et al., 2005).
Assim, a intervenção terapêutica na Depressão deve combinar diferentes tratamentos, designadamente farmacológicos, psicoterapêuticos e AFA (Van Coppennolle, 1992).

Além disso, percebeu-se que no primeiro momento do estudo, 58% da amostra tinha ocupação laboral no EP e no segundo momento 79%, pois 25% do grupo de controlo e 13% do grupo experimental começaram a trabalhar. Quanto à frequência da amostra na terapia ocupacional houve uma ligeira descida, de 4%, uma vez que 37% do grupo experimental deixou de frequentar essa terapêutica.
A variedade de ofertas laborais no meio prisional, normalmente não é a mesma do exterior. Há, usualmente, um afastamento da identidade ocupacional no meio prisional e qualquer que seja o incentivo não terá o significado estrutural que tem no exterior (Goffman, 2005). Estes motivos podem originar uma destruição das expectativas e fechar o campo de prospecção psíquica, evidenciado pelas mortificações do "Eu", e desta forma, toda a energia da reclusa pode-se direccionar para a manutenção do corpo como símbolo da vida. O trabalho é necessário, mas as actividades de cariz terapêutico e educacional não poderão ser descuradas num espaço que tem como principal objectivo reabilitar o indivíduo.

A Depressão, tanto no primeiro momento como no segundo momento, da amostra variou entre nível leve, moderado e severo. Contudo, o valor médio diminuiu do primeiro para o segundo momento, bem como o máximo e o

mínimo. Este facto pode-se perceber, uma vez que no segundo momento o grupo experimental apresenta valores estatisticamente significativos da Depressão mais baixos, quando comparados com o grupo controlo ou com o primeiro momento. A frequência e a duração da Depressão são menores em pessoas que praticam AFA com regularidade, se compararmos com os que não praticam AFA (Matos et al., 2004). Os indivíduos com maior frequência semanal de AF possuem mais benefícios psicológicos (Biddle e Mutrie, 2001).
Como nos transmitem Mutrie (2000) e Lawlor e Hopker (2001) o efeito antidepressivo da AFA pode ter a mesma magnitude de outras intervenções psicoterapêuticas. Além disso, a AFA tem propriedades hedónicas positivas, mais visíveis num PAFA prolongado, mesmo em indivíduos que inicialmente não aderem ou que a frequência no PAFA não seja constante, pois em ambos os casos há efeitos antidepressivos e ansiolíticos (Salmon, 2001).
Percepcionou-se ainda que os efeitos antidepressivos associados à AFA não se devem restringir a formas aeróbias.

De acordo com o nosso estudo os itens que caracterizam a Depressão da amostra são principalmente a autopunição, a culpabilidade e as auto-acusações e os itens que revelam menos interligação são os desejos suicidas, a incapacidade de trabalhar e a libido. Os três últimos itens apresentam valores baixos da Depressão que se podem justificar: pelo papel de mãe, força intrínseca para ultrapassar a reclusão, da maioria da amostra; pela necessidade de trabalhar para a subsistência da família, sustento dos vícios do próprio e de outros companheiros (por diversos interesses) ou para que a direcção e os juízes considerem esses aspectos no momento de avaliação no processo do recluso e no momento de saída do EP; e pelas visitas íntimas ou relações estabelecidas, como forma de adaptação à prisão (Gonçalves, 2002).
As dimensões dos itens agrupam-se em três, dimensão auto-estima, afectiva e somática. A auto-estima é a dimensão que apresenta mais ligação à Depressão nesta população, a dimensão afectiva e a dimensão somática apresentam valores mais baixos, respectivamente, 1,20 e 0,96. Todavia, no grupo experimental constata-se uma melhoria, estatisticamente significativa,

nas três dimensões. Além disso, percebeu-se que o peso, entre outros dois itens, não está agrupado a nenhuma dimensão, mas também é estatisticamente significativo no segundo momento de avaliação para o grupo experimental, pois um dos efeitos de um PAFA é a melhoria da estrutura corporal (Leith, 2002).

Logo, verificamos que esta amostra, no ambiente fechado com regras e valores protelados pode ter maior estabilidade emocional face às tensões próprias da instituição, se alterar positivamente as dimensões afectivas e somática. A auto-estima é a dimensão que está estritamente ligada à Depressão da amostra, mas a actuação do PAFA fez contrabalançar a Depressão através das três dimensões, mas de modo mais marcado na dimensão somática e afectiva. O isolamento contribui para uma diminuição dos valores da auto-estima (Gonçalves, 2002) e, consequentemente, aumento da sensação de fracasso, de culpa, de sentido de punição, de ódio ao próprio e de auto-acusações, especialmente quando se sabe que a maioria da amostra é mãe (há remorsos manifestos e latentes).

A AFA é uma forma terapêutica de combater a Depressão e o sedentarismo. Contribuindo eficazmente, principalmente, nos aspectos afectivos e somáticos encontrados, tanto nos resultados do IDB como no diário de campo. Isto é, a interacção social aconteceu na colaboração do grupo e na interajuda; o optimismo começou a fazer parte do dia a dia; a alegria e a satisfação eram visíveis tanto no momento anterior às aulas do PAFA como na realização das actividades propostas; as decisões começaram a ser tomadas com maior fluidez; o cansaço diminuiu drasticamente e o apetite aumentou. Além disso, o estado anímico desapareceu gradualmente, houve concentração e atenção nos momentos basilares das aulas, as memórias de curto e médio prazo sofreram um grande melhoramento, e o empenho, o esforço, entre outros, foram aspectos igualmente patenteados.

O meio prisional proporciona às reclusas actividades de diversas naturezas, isto é, desde cariz laboral e educacional como é o caso da ocupação

profissional e das disciplinas que compõem a escola ou curso, até cariz terapêutico e de lazer como é o caso da terapia ocupacional ou consultas de psicologia e a biblioteca ou artes plásticas.

Se se pode inserir o trabalho no âmbito laboral e a terapia ocupacional no âmbito terapêutico. Já a AFA não se insere num único âmbito, ela é terapêutica e educacional, uma vez que proporciona a redução dos valores da Depressão e permite uma interacção professora-aluna(s) e aluna(s)-aluna(s) com níveis de ensino-aprendizagem cognitivo – conhecimento dos exercícios, activando os centros da memória e da atenção e de informações sobre problemas de saúde física e psíquica – motor e afectivo. E se lazer significa ócio, descanso, então esta actividade em nada está associada à AFA, mas se simboliza a procura do prazer, então a AFA também é do âmbito do lazer.

O grupo experimental desligou-se da micro-sociedade que o rodeava, bem como em alguns casos de entes queridos, colocando inclusive a sua vida em risco. Contudo, após o PAFA estas atitudes alteraram-se bem como nos diferentes itens do IDB.

Apesar da dificuldade de avaliar o contributo do PAFA, de forma isolada, no tratamento de pessoas com Depressão, cruzamos as informações das variáveis, nos diferentes indivíduos e percebemos que o PAFA funciona como um agente profiláctico capaz de contribuir de forma muito positiva, sob os sintomas fisiológicos e psicológicos e sob as consequências sociológicas da doença.

Pelo exposto podemos considerar que a amostra apresenta valores da Depressão elevados nas diferentes dimensões, especialmente na dimensão auto-estima, e que o grupo sujeito a um PAFA diminuiu os valores da Depressão e o grau da Depressão, nas diferentes dimensões e no item peso.

CONCLUSÕES

7. CONCLUSÕES

A Depressão, fruto da perda da liberdade física, durante o processo de reclusão, tem sido abordada por alguns estudiosos de renome nacional e internacional. No entanto, a sua abordagem em termos de estratégias edificantes desse problema é reduzida, especialmente quando nos debruçamos sobre a temática desta pesquisa.

Os estudos efectuados sobre AFA e Depressão são bastantes, bem como a Depressão em reclusos. Porém, a ligação entre estas dimensões carece, ainda de investigação.

O objectivo do presente estudo consistiu na análise da influência de um PAFA orientado em reclusas condenadas com Depressão.

Após a análise e discussão dos resultados conseguimos comprovar três de quatro hipóteses, isto é:

H.1 – Os valores da Depressão das reclusas condenadas que frequentaram o PAFA são inferiores aos das que não frequentaram.

Podemos afirmar que existem diferenças estatisticamente significativas na Depressão de indivíduos sujeitos ao PAFA e de indivíduos do grupo de controlo, tendo o grupo experimental, no segundo momento, valores inferiores.

H.2 – Os valores das dimensões auto-estima, afectiva e somática, no grupo experimental são inferiores no segundo momento.

Pelos resultados do nosso estudo podemos concluir que os valores das dimensões são mais baixos no segundo momento, para o grupo experimental, de modo estatisticamente significativo.

H.4 – As reclusas que tomam psicofármacos e frequentaram o PAFA apresentam valores da Depressão mais baixos do que as reclusas que tomam psicofármacos e não frequentaram o PAFA.

Pelos resultados do nosso estudo podemos concluir que os valores da Depressão de indivíduos sujeitos ao PAFA e que tomam psicofármacos são inferiores e estatisticamente significativos quando comparados com os indivíduos do grupo de controlo que tomam psicofármacos.

Uma das hipóteses foi rejeitada:

H.3 – Os valores da Depressão nas reclusas condenadas que frequentaram o PAFA e praticam actividades laborais ou terapêuticas são inferiores aos das reclusas que frequentaram somente o PAFA.

Podemos afirmar que os resultados do nosso estudo não nos permitem confirmar a hipótese, pois as reclusas que estão no PAFA e adicionalmente estão noutras actividades apresentam valores da Depressão similares às que apenas frequentam o PAFA; consequentemente os valores não são estatisticamente significativos.

Sugestões para estudos futuros

Sugerimos que, em estudos futuros, a amostra seja superior e que inclua não só o sexo feminino como também o masculino.

Do mesmo modo, achamos que se podia realizar um estudo longitudinal. Concretamente, podia-se acompanhar a AFA em vários EP e aplicar o IDB num único momento anual, durante dois anos diferentes, comparando indivíduos com e sem AFA, mas com actividades, penas e idades semelhantes.

Outro desafio aliciante seria perceber o aspecto cultural no EP. Conforme a nacionalidade, analisar e verificar actividades, e valores dos itens e das dimensões do IDB.

Por último, seria interessante estudar as pessoas com Depressão noutros espaços, como hospitais psiquiátricos, em Portugal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

📖 American Psychiatric Association (2002). In: DSM-IV-TR – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais. 4.ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores.

📖 Beck, A.T.; Steer, R.A.; Garbin, M.G. (1988). Psychometric Properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-Five Years of Evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.

📖 Beck, A. T.; Ward, C. H.; Mendelson, M.; Mock, J.; Erbaugh, J. (1961). An Inventory for Measuring Depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 53-63.

📖 Biddle, S.; Mutrie, N. (2001). *Psychology of Physical Activity - Determinants, well-being and Interventions*. London: Routledge.

📖 Bogdan, R.; Biklen, S. (2006). Notas de Campo. In Bogdan, R. C.; Biklen, S. K. (Eds.), *Investigação Qualitativa em Educação – uma Introdução à Teoria e aos Métodos* , 150-175. Porto: Porto Editora.

📖 Borges, K. E. (2004). Influência da Atividade Física na Qualidade de Vida dos Sujeitos com Transtornos Mentais: Estudo Realizado nos Centros de Convivência do Município de Belo Horizonte. Dissertação de Doutoramento apresentada à Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto.

📖 Byrne, M.; Howells, K. (2002). The Psychological Needs of Women Prisoners: Implications for Rehabilitation and Management. *Psychiatry, Psychology and Law*, 9, 34-43.

📖 Canova, F. (2003). A Ansiedade (Rocha, A. M., trad.). 3.ª Edição. Lisboa: Edições São Paulo.

🕮 Canova, F. (1993). O Cansaço e a Depressão (Rocha, A. M., trad.). Lisboa: Edições São Paulo.

🕮 Calil, M.; Pires, L. (1998). Aspectos Gerais das Escalas de Avaliação da Depressão. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 25 (5) – [Consult.07-11-06]. Disponível em: http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/r255/depre255a.htm

🕮 Carvalho, J.; Mota, J. (2002). *A Actividade Física no Idoso: Justificação e Prática.* Oeiras: Câmara Municipal de Oeiras, Divisão do Desporto.

🕮 Clemmer, D. (1940). *The Prison Community.* New York: Rinehart and Co.

🕮 Cunha, M. (2006). A Reclusão segundo o Género: os Estudos Prisionais, a Reclusão de Mulheres e a Variação dos Contextos da Identidade. *Seminário Nacional Educar o Outro*, Coimbra.

🕮 Cunha, M. (2002). *Entre o Bairro e a Prisão: Tráfico e Trajectos*. Lisboa: Fim de Século.

🕮 Cunha, M. (1994). *Malhas que a Reclusão Tece: Questões de Identidade numa Prisão Feminina.* Lisboa: Gabinete de Estudos Juridico-Sociais.

🕮 Daley, A. (2002). Exercise Therapy and Mental Health in Clinical Populations: is Exercise Therapy a Worthwhile Intervention? Advances in Psychiatric Treatment*.The Royal College of Psychiatrists,* 8, 262-270.

🕮 Dishman, R.; Buckworth, J. (1996). Increasing Physical Activity: a Quantitative Synthesis. *Medicine and Science in Sports and Exercise,* 28, 706–719.

🕮 Fernandes da Fonseca, F. (1997). *Psiquiatria e Psicopatologia*. 2.ª Edição, vol. 1. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

📖 Faulkner, G.; Richardson, C.; McDevitt, J.; Skrinar, G.; Hutchinson, D.; Piette, J. (2005). Integrating Physical Activity into Mental Health Services for Persons with Serious Mental Illness. *American Psychiatric Association*, 56, 324-331.

📖 Faulkner, G.; Taylor, A (2005). Exercise and Mental Health Promotion. In G. E. J. Faulkner, e A. H. Taylor, (Eds.), *Exercise, Health and Mental Health – Emerging Relationships* , 1-10. New York: Routledge.

📖 Fonseca, A; Fox, K. (2002). Como Avaliar o Modo como as Pessoas se Percebem Fisicamente? Um Olhar sobre a Versão Portuguesa do Physical Self-Perception Profile (PSPP). Revista Portuguesa de Ciências do Desporto, 2 (5), 11-23.

📖 Foucault, M. (2006). *Vigiar e Punir*. (Ramalhete, R., trad.). Petrópolis: Editora Vozes.

📖 Goffman, E. (2005). *Manicómios, Prisões e Conventos* (Leite, D. M., trad.). São Paulo: Editora Perspectiva.

📖 Gonçalves, R. (2002). *Delinquência, Crime e Adaptação à Prisão*. 2.ª Edição. Coimbra: Quarteto Editora.

📖 Gorenstein, C.; Andrade, L.; Filho Vieira, A.; Tung, C. T.; Artes, R. (1999). Psychometric Properties of the Portuguese version of the Beck Depression Inventory on Brazilian College Students. *Journal of Clinical Psychology*, 55 (5), 553-562.

📖 Gorenstein, C.; Andrade, L. (1996). Validation of a Portuguese version of the Beck Depression Inventory and State-trait Anxiety Inventory. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 29, 453-457.

🕮 Gorenstein, C.; Andrade, L. (1998). Inventário da Depressão de Beck : Propriedades Psicométricas da Versão em Português. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 25 (5) – [Consult.07-11-06]. Disponível em: http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/r255/depre255b.htm.

🕮 Hallstrom, C. e Maclure, N. (2000). *Ansiedade e Depressão – Perguntas e Respostas*. Lisboa: Climepsi Editores.

🕮 IFAPA [Em linha]. What is APA.– [Consult.20-05-07]. Disponível em: http://www.ifapa.biz/ShowDoc.asp?MenuID=297

🕮 IFAPA (2004). *Por Lei* – [Consult.20-05-07]. Disponível em: http://www.ifapa.biz/imgs/uploads/PDF/IFAPA%20By-Laws.pdf

🕮 Irwin, J.; Cressey, D. (1962). Thieves, Convicts, and the Inmate Subculture. *Social Problems*, 54, 590-603.

🕮 Jordan, K.; Federman B.; Burns B.; Schlenger, W.; Fairbank, J.; Caddell, J. (2002). Lifetime Use of Mental Health and Substance Abuse Treatment Services by Incarcerated Women Felons. *Psychiatric Services*, 53 (3), 317-325.

🕮 Jorge, M. (1998). Adaptação Transcultural de Instrumentos de Pesquisa em Saúde Mental. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 25 (5) – [Consult.07-11-06]. Disponível em: http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/r255/conc255f.htm.

🕮 Kaplan, H; Sadock, B; Greeb, J. (1994). *Synopsis of Psychiatry*, 7th. Edition. Baltimore: William & Wilkins.

🕮 Keaveny, M.; Zauszniewski, J. (1999). Life Events and Psychological – Well-being in Women Sentenced to Prison. *Mental Health Nursing*, 20 (1), 73-89.

🕮 Kendall, P.C.; Hollon, S.D.; Beck, A.T.; Hammen, C.I.; Ingram, R. E. (1987). Issues and Recommendations Regarding use of the Beck Depression Inventory. *Cognitive Therapy and Research,* 11, 89-299.

🕮 Knapen, J.; Vliet, P.; Van Coppenolle, H.; David, A.; Peuskens, J.; Pieters G.; Knapen, K. (2005). Comparison of Changes in Physical Self-concept, Global Self-esteem, Depression and Anxiety following Two Different Psychomotor Therapy Programs in Nonpsychotic Psychiatric Inpatients. *Psychotherapy and Psychosomatics,* 74, 353-361.

🕮 Lawlor, D.; Hopker, S. (2001). The Effectiveness of Exercise as an Intervention in the Management of Depression: Systematic Review and Meta-regression Analysis of Randomised Controlled Trials. British Medical Journal, 322, 763-767.

🕮 Lawrence, D.M.; Holman, C.D.; Jablensky, A.V. (2003). Death rate from Ischaemic Heart Disease in Western Australian Psychiatric Patients 1980–1998. *British Journal of Psychiatry,* 182, 31–36.

🕮 Lefebvre, H. (1979). *O Marxismo*. 5.ª Edição. São Paulo: Difel.

🕮 Leith. L. M. (2002). Exercise and Depression. In. Leith. L. M. (Ed.), *Foundations of Exercise and Mental Health*, 7-44. Morgantown: Fitness Information Technology.

🕮 Manual Merk (2007). Perturbações Mentais – Depressão e Mania**.** [Consult.19-01-07]. Disponível em: http://www.manualmerck.net/.

🕮 Marchand, E. (2001). A Influência da Atividade Física sobre a Saúde Mental de Idosos. *Revista Digital – Buenos Aires*, 38 (7) – [Consult.10-11-06]. Disponível em: http://www.efdeportes.com/

🕮 Marivoet, S. (2005). O Desporto como Meio de Inclusão Social nos Estabelecimentos Prisionais. *Horizonte: Revista de Educação Física Desporto*, 20 (119), 30-33.

🕮 Marques, U.; Moura e Castro, J.; Silva, M. (2001). Actividade Física Adaptada: Uma Visão Crítica. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*, 1 (1), 73-79.

🕮 Matos, A. C. (2001). *A Depressão*. Lisboa: Climepsi Editores.

🕮 Matos, A. S.; Andrade, A.; Luft, C. (2004). The Contribution of the Physical Activity on the Treatment of Depression. *Revista Digital – Buenos Aires*, 79 (10) – [Consult.10-11-06]. Disponível em: http://www.efdeportes.com/

🕮 McAuley, E.; Blissmer, B. (2000): Self-efficacy Determinants and Consequences of Physical Activity. *Exercise and Sport Sciences Reviews,* 28, 85–88.

🕮 Menezes, P. (1998). Validade e Confiabilidade das Escalas de Avaliação em Psiquiatria. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 25 (5) – [Consult.07-11-06]. Disponível em: http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/r255/conc255b.htm.

🕮 Morres, I.; Van de Vliet, P.; Knapen, J.; Van Coppenolle, H. (2003). Determinants of Exercise Participation in Relaionship to Severity of Clinical Depression in Adult Female Psychiatric In-patients. *European Bulletin of Adapted Physical Activity*, 2 (2), – [Consult.08-01-07]. Disponível em: www.bulletin-apa.com.

🕮 Mota, J. (1997). *A Actividade Física no Lazer – Reflexões sobre a sua Prática*. Lisboa: Livros Horizonte.

🕮 Mutrie, N. (2000). The Relationship between Physical Activity and Clinically Defined Depression. In S.J.H. Biddle, e K.R. Fox, (Eds.), *Physical Activity and Psychological Well-being,* 46-62. London: Routledge.

🕮 Nabo, P. (2002). Educar para a Reinserção. *Prisões em Revista*, 20, 5-9.

🕮 Oliveira, M.S. (2002). Novos Desafios na Intervenção Técnica. *Prisões em Revista*, 20, 30.

🕮 Pedinielli, J.-L.; Bernoussi, A. (2006). *Os Estados Depressivos*. Lisboa: Climepsi Editores.

🕮 Pimenta, B. (1992). *Prisão de Mulheres*. Colecção Quotidiano. Lisboa: Europress.

🕮 Pinho, M. C.; Gonçalves, R. A.; Mota, V. (1997). A Propósito de 4 ou 5 Suicídios em Homicidas Detidos. Faculdade de Medicina do Porto: *Revista de Psiquiatria*, 19 (1 e 2), 39-54.

🕮 Pio Abreu, J. L. (2007). *Como Tornar-se Doente Mental*. 3.ª Edição. Lisboa: Dom Quixote.

🕮 Provedoria da Justiça (2003). *As nossas Prisões – Relatório sobre o Sistema Prisional*.

🕮 Sallis, J. F.; Owen, N. (1999). Physical Activity, Psychological Health, and Quality of Life. In Sallis, J. F.; Owen, N. (Ed.), *Physical Activity and Behavioural Medicine*, 41-52. California: Sage Publications.

🕮 Santos, M.J. (2002). O “Sonho Penitenciário”. *Prisões em Revista*, 20, 14-15.

🕮 Serviços Prisionais (2006). Relatório de Actividades, 2004. Vol. 1. Lisboa: Direcção Geral dos Serviços Prisionais.

🕮 Sherrill, C. (1998). *Adapted Physical Activity, Recreation and Sport: Crossdisciplinary and Lifespan.* Texas*:* McGraw-Hill.

🕮 Silva, M. A. (1999). Estudo de Variáveis Psicomotoras e Comportamentais na Normalização de algumas Alterações Mentais. Dissertação de Doutoramento apresentada à Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto.

🕮 Simard, C. (2003). Concepto de Actividad Física Adaptada. In C. Simard, F. Caron e K. Skrotzky (Eds.), *Actividad Física Adaptada.* (Lasmariás, M. D., trad.), 11-28. Barcelona: Inde Publicaciones.

🕮 Teixeira, O. (2005). O Desporto na Gestão da População Prisional. Revista Desporto, 9 (1), 26-31.

🕮 Tye, C. S.; Mullen P. E. (2006). Mental Disorders in Female Prisoners. *Journal Compilation: Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, 40 (3), 267-270.

🕮 Van Coppenolle (1992). *Fitness Trainning as Psichomotor Therapy in Depressive Patients*. K. U. Leuven. Herverlee (Pub. em vídeo).

🕮 Van Coppenolle, H.; Potter J. (2004). *ADAPT: Curriculum Europeu em Actividade Física Adaptada*. THENAPA (Pub. CD-ROM).

🕮 Van de Vliet, P; Vanden Auweele, Y; Knapen, J. ; Rzewnicki, R.; Onghena, P.; Van Coppenolle, H. (2004). The Effect of Fitness Training on Clinically Depressed Patients: an Intra-individual Approach. *Psychology of Sport and Exercise*, 5, 153-167.

🕮 Vaz Serra, A. (1972). *A Influência da Personalidade no Quadro Clínico Depressivo – Contribuição para o Estudo dos Elementos Patológicos da Sintomatologia*. Dissertação de Doutoramento apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

🕮 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, 263-284.

🕮 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.; Pio Abreu J. L. (1973c). Análise Factorial das Depressões: Emergência de Factores numa Amostra Portuguesa de Doentes Deprimidos. *Coimbra Médica*, 20, 875-892.

🕮 World Health Organization [Em linha]. Switzerland, Geneva: Mental and Neurological Disorders. Media Centre. Cop.2001 – [Consult. 19-09-06]. Disponível em: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/ fs265/ en/.

🕮 World Health Organization [Em linha]. Depression. Switzerland, Geneva: Departamento de Saúde Mental e de Dependência de Substâncias. Cop.2003 – [Consult.19-09-06]. Disponível em: http://www.who.int/ topics/depression/en/.

🕮 World Health Organization [Em linha]. Switzerland, Geneva: About WHO. Cop. 2006a – [Consult. 13-10-06]. Disponível em: http://www.who.int/about/en/.

🕮 World Health Organization [Em linha]. Switzerland, Geneva: ICD, version 2006 – Chapter V: Mental and Behavioural Disorders (F00-F99) – Mood

[affective] disorders (F30-F39). Cop. 2006b– [Consult. 03-11-06]. Disponível em: http://www.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/.

ANEXOS

Anexo 1 – Carta dirigida ao director geral dos SP

Anexo 1 – Carta dirigida ao director geral dos SP

Exmo Senhor Director dos Serviços Prisionais

Assunto: Pedido de Autorização para realizar um Estudo no âmbito de uma tese de Mestrado no Estabelecimento Prisional Especial de Santa Cruz do Bispo

A aluna de Mestrado em Actividade Física Adaptada, Joana Pinto da Rocha, antiga Professora de Educação Física (EF) no Estabelecimento Prisional Especial de Santa Cruz do Bispo (EPESCB) pretende fazer um estudo de carácter científico com o tema – Contributo da Actividade Física (AFA), ao nível psicossocial, em reclusas (Depressão, Sistema Prisional e AFA).

O principal motor que nos impulsionou na escolha do tema, em Portugal, foi a escassez de trabalhos de investigação nesta área. Para além deste motivo, outras razões nos moveram. Uma delas foi a ligação que estabelecemos, como professora de EF de Janeiro a Outubro de 2005, nesse EP em que presenciamos à sua inauguração. Outras relacionam-se com os projectos implementados nesse período.

Assim sendo, é nosso objectivo analisar a influência de um programa de AFA, em condenadas com Depressão, orientado por nós uma vez por semana e duas vezes pela professora de EF do EPESCB. A nossa intervenção seria aos Sábados das 8:30h às 10:00h, com duração de noventa minutos, a partir de Setembro de 2006, durante 16 semanas. Escolhido um tema é preciso definir uma metodologia própria para que o nosso trabalho se torne uma realidade. Assim, durante o nosso percurso de investigação pretendemos avaliar a Depressão através do *Beck Depression Inventory* antes e após a nossa intervenção.
Resumidamente, a aplicação do questionário validado seria ministrado às reclusas sinalizadas, e metade desse grupo (média 30) realizaria o programa de AF. Após as 16 semanas, ambos os grupos voltariam a preencher o mesmo questionário.

Deste modo, seria imprescindível o apoio dos Serviços Clínicos, especialmente dos psicólogos e dos psiquiatras.

Caso necessário, poderemos enviar o projecto da tese de mestrado.

Sem mais assunto de momento, agradecendo uma resposta, apresentamos os nossos cumprimentos

Dr.ª Joana Pinto da Rocha Professora Doutora Maria Adília Silva
(Coordenadora do Mestrado em Actividade Física Adaptada)

Anexo 2 – Carta dirigida à directora do EPESCB

Anexo 2 – Carta dirigida à directora do EPESCB

Exma. Senhora Directora do Estabelecimento Prisional Especial de Santa Cruz do Bispo, Dr.ª Elisabete Ferreira Dias

Assunto: Pedido de Autorização para realizar um Estudo no âmbito de uma tese de Mestrado

A aluna de Mestrado em Actividade Física Adaptada, Joana Pinto da Rocha, antiga Professora de Educação Física (EF) nesse Estabelecimento Prisional (EP) pretende fazer um estudo de carácter científico com o tema – Contributo da Actividade Física Adaptada (AFA), ao nível psicossocial, em reclusas (Depressão, Sistema Prisional e AFA).

O principal motor que nos impulsionou na escolha do tema, em Portugal, foi a escassez de trabalhos de investigação nesta área. Para além deste motivo, outras razões nos moveram. Uma delas foi a ligação que estabelecemos, como professora de EF de Janeiro a Outubro de 2005, nesse EP em que presenciamos à sua inauguração. Outras relacionam-se com os projectos implementados nesse período.

Assim sendo, é nosso objectivo analisar a influência de um programa de AFA, em condenadas com Depressão, orientado por nós uma vez por semana e duas vezes pela professora de EF do EP. A nossa intervenção seria aos Sábados das 8:30h às 10:00h, com duração de noventa minutos, a partir de Setembro de 2006, durante 16 semanas.
Resumidamente, a aplicação de um questionário validado para a Depressão seria ministrado às reclusas sinalizadas, e metade desse grupo (média 30) realizaria o programa de AFA. Após as 16 semanas, ambos os grupos voltariam a preencher o mesmo questionário.

Deste modo, seria imprescindível o apoio dos Serviços Clínicos, especialmente dos psicólogos e dos psiquiatras.

Caso necessário, poderemos enviar o projecto da tese de mestrado.

Sem mais assunto de momento, agradecendo uma resposta, apresentamos os nossos cumprimentos

Professora Doutora Maria Adília Silva (Coordenadora do Mestrado em Actividade Física Adaptada)

Dr.ª Joana Pinto da Rocha

Anexo 3 – Dados sociodemográficos

Anexo 3 – Dados sociodemográficos

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

1) N.º:_____ 2) ALA:____ 3) Idade:____

4) Tem filhos?

Não ☐

Sim ☐_____ (Quantos/ idades?)

5) Habilitações Literárias: Não tem ☐; Ler e escrever ☐; 1.º Ciclo ☐; 2.º Ciclo ☐; 3.º Ciclo ☐; Ensino Secundário ☐; Ensino Universitário ☐.

6) Frequenta consultas de Psiquiatria e/ ou Psicologia?

Não ☐

Sim ☐_____(Qual ou quais?)

6.1) Toma medicamentos para doenças Psiquiátricas?

Não ☐

Sim ☐_____(Quais/ de que tipo?)

7) Trabalha no Estabelecimento Prisional?

Não ☐

Sim ☐_____(Em quê?)

8) Frequenta algum Curso/ Escola?

Não ☐

Sim ☐_____(Qual?)

9) Frequenta Terapia ocupacional?

Não ☐

Sim ☐_____(Quantas vezes por semana?)

10) Frequenta Artes Plásticas?

Não ☐

Sim ☐_____(Quantas vezes por semana?)

11) Frequenta Educação Física?

Não ☐

Sim ☐_____(Quantas vezes por semana?)

12) Frequenta a Biblioteca?

Não ☐

Sim ☐_____(Quantas vezes por semana?)

Anexo 4 – Inventário depressivo de Beck

Anexo 4 – Inventário depressivo de Beck

ESCALA DE AUTO-AVALIAÇÃO DA DEPRESSÃO

Isto é um questionário. É constituído por vários grupos de afirmações. Em cada grupo escolha uma única afirmação. A que melhor descreve a forma como se sente no momento actual.

INVENTÁRIO DEPRESSIVO

Não me sinto triste	☐
Ando "neura" ou triste	☐
Sinto-me neura e triste todo o tempo e não consigo evitá-lo	☐
Estou tão triste ou infeliz que esse estado se torna penoso para mim	☐
Sinto-me tão triste ou infeliz que não consigo suportar mais este estado	☐
Não estou demasiado pessimista nem me sinto desencorajada em relação ao futuro	☐
Sinto-me com medo do futuro	☐
Sinto que não tenha nada a esperar do que surja no futuro	☐
Creio que nunca conseguirei resolver os meus problemas	☐
Não tenho qualquer esperança no futuro e penso que a minha situação não pode melhorar	☐
Não tenho a sensação de ter fracassado	☐
Sinto que tive mais fracassos que a maioria das pessoas	☐
Sinto que realizei muito pouca coisa que tivesse valor ou significado	☐
Quando analiso a minha vida passada, tudo o que noto são uma quantidade de fracassos	☐
Sinto-me completamente falhada como pessoa (mulher, mãe...)	☐
Não me sinto descontente com nada em especial	☐
Sinto-me aborrecida a maior parte do tempo	☐
Não obtenho satisfação com as coisas que me alegravam antigamente	☐
Nunca mais consigo obter satisfação seja com o que for	☐
Sinto-me descontente com tudo	☐
Não me sinto culpada de nada em particular	☐
Sinto, grande parte do tempo, que sou má ou que não tenho qualquer valor	☐
Sinto-me bastante culpada	☐
Agora, sinto permanentemente que sou má e não valho absolutamente nada	☐
Considero que sou má e não valho absolutamente nada	☐
Não creio que estou a ser vítima de algum castigo	☐
Tenho o pressentimento de que me pode acontecer alguma coisa de mal	☐
Sinto que estou a ser castigada ou que em breve serei castigada	☐
Sinto que mereço ser castigada	☐
Quero ser castigada	☐
Não me sinto descontente comigo	☐
Estou desiludida comigo	☐
Não gosto de mim	☐
Estou bastante desgostosa comigo	☐
Odeio-me	☐
Não sinto que seja pior do que qualquer outra pessoa	☐
Critico-me a mim mesma pelas minhas fraquezas ou erros	☐

Culpo-me das minhas próprias faltas	☐
Acuso-me por tudo de mal que acontece	☐
Não tenho quaisquer ideias de fazer mal a mim mesma	☐
Tenho ideias de pôr termo à vida mas não sou capaz de as concretizar	☐
Sinto que seria melhor morrer	☐
Creio que seria melhor para a minha família se eu morresse	☐
Tenho planos concretos sobre a forma como hei-de pôr termo à minha vida	☐
Matar-me ia se tivesse oportunidade	☐
Habitualmente não choro mais do que de costume	☐
Choro mais agora do que costumava	☐
Actualmente passo o tempo a chorar e não consigo parar de fazê-lo	☐
Costumava ser capaz de chorar, mas agora nem sequer consigo, mesmo que tenha vontade	☐
Não ando agora mais irritada do que costumava	☐
Fico aborrecida ou irritada mais facilmente do que costumava	☐
Sinto-me permanentemente irritada	☐
Já não consigo ficar irritada por coisas que me irritavam anteriormente	☐
Não perdi o interesse que tinha nas outras pessoas	☐
Actualmente sinto menos interesse pelos outros do que costumava ter	☐
Perdi quase todo o interesse pelas outras pessoas, sentindo pouca simpatia por elas	☐
Perdi por completo o interesse pelas outras pessoas, não me importando absolutamente com nada a seu respeito	☐
Sou capaz de tomar decisões tão bem como antigamente	☐
Actualmente sinto-me menos segura de mim mesma e procuro evitar tomar decisões	☐
Não sou capaz de tomar decisões sem ajuda das outras pessoas	☐
Sinto-me completamente incapaz de tomar qualquer decisão	☐
Não acho que tenha pior aspecto do que costumava	☐
Estou aborrecida porque estou a parecer velha ou pouco atraente	☐
Sinto que se deram modificações permanentes na minha aparência que me tornaram pouco atraente	☐
Sinto que sou feia ou tenho um aspecto repulsivo	☐
Sou capaz de trabalhar tão bem como antigamente	☐
Agora preciso de um esforço maior do que dantes para começar a trabalhar	☐
Não consigo trabalhar tão bem como de costume	☐
Tenho de dispensar um grande esforço para fazer seja o que for	☐
Sinto-me incapaz de realizar qualquer trabalho, por mais pequeno que seja	☐
Consigo dormir tão bem como dantes	☐
Acordo mais cansada de manhã do que era habitual	☐
Acordo cerca de 1-2 horas mais cedo do que o costume e custa-me voltar a adormecer	☐
Acordo todos os dias mais cedo do que o costume e não durmo mais do que cinco horas	☐
Não me sinto mais cansada do que é habitual	☐
Fico cansada com mais facilidade do que antigamente	☐
Fico cansada quando faço seja o que for	☐
Sinto-me tão cansada que sou incapaz de fazer o que quer que seja	☐
O meu apetite é o mesmo de sempre	☐
O meu apetite não é tão bom como costumava ser	☐
Actualmente o meu apetite está muito pior do que anteriormente	☐
Perdi por completo todo o apetite que tinha	☐
Não tenho perdido muito peso, se é que perdi algum ultimamente	☐

Perdi mais de 2,5Kg de peso……..…… ☐
Perdi mais de 5Kg de peso…… ☐
Perdi mais de 7,5Kg de peso…… ☐
A minha saúde não me preocupa mais do que o habitual …… ☐
Sinto-me preocupada com dores e sofrimento, ou má disposição de estómago ou prisão de ventre ou ainda outras sensações físicas desagradáveis …… ☐
Estou tão preocupada com a maneira como me sinto ou com aquilo que sinto, que se me torna difícil pensar noutra coisa ……..…… ☐
Encontro-me totalmente preocupada pela maneira como me sinto…… ☐
Não notei qualquer mudança recente no meu interesse pela vida sexual…… ☐
Encontro-me menos interessada pela vida sexual do que costumava estar…… ☐
Actualmente sinto-me muito menos interessada pela vida sexual…… ☐
Perdi completamente o interesse que tinha pela vida sexual…….…… ☐

Anexo 5 – Carta dirigida à directora clínica do EPESCB

Anexo 5 – Carta dirigida à directora clínica do EPESCB

Exma. Senhora Directora Clínica, do Estabelecimento Prisional Especial de Santa Cruz do Bispo, Dr.ª Maria Osório

Venho por este meio solicitar a realização dos testes Médicos e dos respectivos atestados de robustez física às reclusas que aderiram à prática do nosso estudo, aulas de Actividade Física Adaptada, na medida em que o Inventário Depressivo de Beck já foi aplicado às reclusas sinalizadas com Depressão que autorizaram o estudo – "Contributo da Actividade Física Adaptada, ao nível Psicossocial, em Reclusas Condenadas com Depressão".
As reclusas que vão frequentar o programa de Actividade Física Adaptada têm os seguintes números: ... No entanto, segundo as vossas informações as reclusas números, ... já fizeram os testes médicos de aptidão para as aulas de Educação Física.

Sem mais assunto de momento, com os maiores cumprimentos

Anexo 6 – Diário de Campo

Anexo 6 – Diário de Campo

O diário de campo consiste num instrumento com dois tipos de materiais: o descritivo, em que há a preocupação em reproduzir por escrito o envolvimento, as pessoas, as acções e a comunicação; e o reflexivo, em que o investigador exprime o seu ponto de vista, as suas ideias e preocupações (Bogdan e Biklen, 2006). Logo, o propósito do diário de campo, em questão, é expor as aulas de um PAFA de modo claro, para uma percepção da evolução dos comportamentos, e reflectir sobre as ocorrências ao nível do indivíduo e do grupo, a cada sessão.

Para a construção do diário de campo os aspectos descritivos que consideramos foram: o retrato dos sujeitos (particularidades dos indivíduos); reconstruções do diálogo (anotações das palavras dos sujeitos, gestos, pronúncias e expressões faciais); descrição do espaço físico (material, colocação dos sujeitos no meio); relatos de acontecimentos particulares (inclusão de pessoas envolvidas, qual a natureza da sua acção); descrição de actividades (detalhe comportamental); comportamento do observador (aspectos da sua conduta na interacção com o grupo ou com o indivíduo). Quanto á reflexão incluímos aspectos: sobre a análise (conexão entre os acontecimentos que ocorrem e ao suas reflexões); sobre o método (discussão metodológica sobre o que foi realizado); sobre conflitos e dilemas éticos (resolução de problemas quando se depara com situações que envolve valores e responsabilidades); sobre o ponto de vista do observador (pressupostos do investigador acerca dos sujeitos e do meio que o envolve); e pontos de clarificação (Bogdan e Biklen, 2006).

No decorrer do nosso trabalho prático, o modo que achamos mais correcto de sintetizar o diário de campo, para o incluir na tese, foi agrupar algumas aulas com descrições e reflexões semelhantes. Assim de 48 sessões de PAFA, efectuamos 39 anotações e reflexões em diário de campo.

Bogdan e Biklen (2006) sugerem que a cada conjunto de anotações, no início se sobressaia o título ou número da aula e se mencione a data e o horário.

A **primeira aula** do PAFA ocorreu no dia 22 de Janeiro de 2007, pelas 17h30, dado que os SC referenciaram essa data como o termo de entrega dos

atestados médicos e o grupo PAFA tinha sido informado que as aulas iriam ter início nesse dia. O número de inscrições no PAFA foi de 22, porém na sessão de apresentação duas das inscritas não puderam comparecer por motivos de saída em diligência.

Os objectivos gerais dessa sessão consubstanciaram-se com: a apresentação individual de cada membro do PAFA e da Professora ao grupo; a introdução do aparelho *step* e dos materiais a utilizar no decorrer das aulas; e o conhecimento das partes da aula em cada sessão.

Os objectivos específicos centraram-se: no aumento do grau de motivação de cada pessoa; na aquisição de conhecimentos elementares da história do *step*; no contacto primário com os materiais de uso rotineiro; na percepção de normas de execução e dos passos básicos do *step*; na incrementação de relações sociais – professora-aluna(s), aluna(s)-aluna(s); na explicação e na memória de rotinas (assinatura, colocação e arrumação do material nos respectivos locais) e de regras das aulas muito simples.

No início da aula, metade das alunas revelaram-se empolgadas e expectantes, contudo, as restantes patentearam baixos níveis de atenção. Esse último comportamento referido foi gradualmente revertido com uma estratégia, concretamente, à medida que íamos dando a aula, questionávamos as alunas sobre o que se tinha dito e sobre o que se fazia, mas ajudávamos na resposta. Além do mais, as perguntas eram colocadas ora individualmente ora ao grupo, contribuindo igualmente para uma aprendizagem mais consistente.

A colocação das alunas, da professora e do material no espaço foi em círculo, para fazer parte da rotina de cada sessão.

Durante a apresentação cada elemento do grupo referiu o seu nome, a idade e o que gostava mais de fazer. A grande maioria verbalizou que desejava a sua liberdade para cuidar ou dos filhos. Uma, disse que a noção de grupo, a compreensão e o apoio pelos elementos do EP era algo necessário e que gostava que isso acontecesse. Outra, declarou que adorava trabalhar. Um quarto do grupo referenciou que queria ou deixar a toxicodependência ou não cair novamente nas teias da droga e que iam fazer de tudo para que isso não voltasse a acontecer.

De seguida, perguntou-se quem já tinha pensado em desistir das aulas e mais de metade do grupo levantou o braço. As restantes disseram que se tinham

assumido um compromisso era para levar até ao fim. A professora asseverou que se alguém desistisse significava que tinha falhado com o seu papel. Ao que quase todas em uníssono afirmaram que tal não era verdade, pois o cansaço e a falta de vontade para realizar actividades extra-laborais é algo que as acompanha.
No fim, a professora perguntou se havia mesmo alguém que estava a pensar abandonar o PAFA, ao que duas senhoras disseram que sim, por motivo de cansaço. Assim, fez-se um acordo que consistia no seguinte: todas as alunas iriam sempre às aulas, pelo menos durante um mês, pois só assim podiam sentir alterações positivas e se algum dia não tivessem vontade de realizar a aula viessem na mesma para assistir.

Os testes e respectivos resultados de Aptidão Física ao demorarem mais tempo na sua consecução, do que era previsto, condicionaram o recomeço do PAFA e a pouca vontade das pessoas inscritas em realizar as aulas levaram, consequentemente, a uma diminuição substancial do número de praticantes na aula seguinte – doze pessoas do grupo do PAFA estiveram presentes na segunda aula.

Os objectivos gerais da **segunda aula**, 1 de Fevereiro, coadunaram-se com o desenvolvimento da aptidão física, com um nível de intensidade leve, ao nível do aparelho cardio-respiratório, da força média, da força dos membros superiores (MS), da força dos membros inferiores (MI), da consciência e de relaxamento corporal.
Os objectivos específicos prenderam-se com: a predisposição do organismo para a aula, a mobilização das principais estruturas mio-articulares e dos diferentes segmentos corporais, o aumento da motivação, a criação de uma coreografia básica de *step*, o desenvolvimento da atenção, da memória de curto e médio prazo.
No decorrer da aula corrigiu-se posturas e alterou-se três dos exercícios para uma das praticantes, dado que o atestado tinha condicionamento.
Durante a aula constatou-se que mais de metade do grupo tinha o abdómen avolumado e desproporcional face ao resto do corpo. A maior notoriedade fora em seis pessoas do grupo, visto que tinham sido nossas alunas em 2005.

A estrutura da aula foi pensada com o intuito de trabalho individual, mas com um início de interacção social. Assim, no suceder da aula, a I evidenciou um sentimento de indignação e fúria, evidenciada pela resposta dada, ao ser aferroada pela ST e pela R. Como conhecem a personalidade intempestiva da colega, quando alguém se refere ao seu corpo, quiseram brincar com a mesma. Devemos referir que a I tem um diagnóstico da Depressão associado a anorexia nervosa e que durante um longo período de tempo da sua vida teve excesso de peso.

No entanto, na realização dos exercícios só uma das alunas demonstrou um comportamento mais desleixado. A maioria das alunas apesar de revelar descoordenação, problemas de lateralidade e de consciência corporal demonstraram esforço e empenho na realização dos exercícios.

Embora o grupo seja heterogéneo como era esperado – todo o ser tem variadas e específicas características que o distingue dos outros – todas transmitiram uma sensação de prazer e de alegria pela aula, confirmada ora no semblante ora por via oral durante e no término da aula.

Podemos dizer que o agrado pela aula pode contribuir como a melhor publicidade do PAFA e para as presentes não desistirem das aulas. O primeiro impacto, por vezes é basilar para o comprometimento num PAFA, todavia não nos pudemos esquecer que o grupo tem Depressão e que os motivos iniciais que as levam a participar no PAFA podem, nos primeiros momentos, ser destruídos instantaneamente.

A **terceira aula**, 5 de Fevereiro, decorreu com a presença de onze alunas, porém cinco estavam muito prostradas. O que nos levou a alterar o plano de aula para essas alunas, caminhada a passo moderado entre 15 a 20 minutos, no sentido de realizarem alguma AF.

Os objectivos da aula foram os mesmos da aula anterior e a coreografia de *step* foi encadeada como estava estipulado.

Devemos referir que, o facto de algumas alunas não sentirem vontade em efectuar as actividades, contribuiu para que a aula não tivesse a vivacidade e o júbilo da aula passada. Apesar de tentarmos passar aprazimento e vitalidade na realização em todas as actividades, na caminhada e nos exercícios planeados, não foi o suficiente para ultrapassar a tristeza, desanimo, perda de

interesse e cansaço, ora latente ora manifesto pela grande parte das presentes.
Como pudemos constatar o comportamento do grupo diverge de pessoa para pessoa e metade da população tem uma conduta inconstante.

Na **quarta aula**, 7 de Fevereiro, as alunas que estavam com pouca vontade faltaram à aula. A aula teve início à hora estipulada – 17h30 – com uma corrida aeróbia de intensidade baixa. Deste modo, à medida que as participantes do PAFA chegavam, colocavam o material no espaço predeterminado, assinavam e corriam com uma breve explicação da importância dessa AF. Porém, por nossa indicação, a S ficou deitada em decúbito dorsal com os MI por cima do *step* até às 17h45 e não correu, pois, praticava duas vezes por semana futsal e sentia-se muito cansada, ora pela faxina ora pelos actuais cinco dias de AF.
As justificações para faltar a uma actividade num EP podem ser diversas, mas neste tipo de população, uma alteração de humor momentânea ou a pouca vontade de realizar actividades é a mais plausível – sem vontade de fazer nada.
As alunas presentes foram muito disciplinadas e, à excepção da G, conseguiram-se concentrar e estar atentas aos exercícios. A aula aconteceu com alguns pormenores de ressalva. A I esteve ligeiramente tensa, irrequieta – agitação psicomotora – e com sentido não só nas tarefas presentes, como também nas futuras. A G estava muito triste e agitada e desabafou connosco, no final da aula, com choros durante a exteriorização e patenteando um comportamento de amargura, revolta e confusão. E no final dos exercícios de descontracção a M começou igualmente a chorar.
A descoordenação e as dificuldades de lateralidade ainda se manifestam, mas a memória a curto prazo melhorou ligeiramente.

A **quinta aula**, 8 de Fevereiro, foi similar à aula passada. A excepção foi o aquecimento, pois concretizou-se à volta do ginásio e não perto do *step.* O número de elementos do grupo foi superior à aula anterior – dez pessoas – e à excepção de uma das senhoras, que demonstrou estar completamente fora do contexto da aula e com índices de atenção completamente baixos, todas realizaram os exercícios com motivação e alegria na face.

A senhora supracitada revelou baixo interesse por todas ou quase todas as actividades, lentificação psicomotora, baixa energia, fraca capacidade de concentração.
Os objectivos da aula foram análogos à aula passada, mas privilegiou-se também a interacção social, principalmente no exercício final. Isto é, iniciou-se os exercícios de retorno à calma baseados nas aptidões sociais – cooperação e confiança – Chuveiro de mãos. Concretamente, uma pessoa de cada vez deitava-se em decúbito ventral e as restantes colegas tocavam piano na zona cervical, dorsal, lombar, dos MS e dos MI ao som de uma música de descontracção.
A Y e a L demonstraram baixo nível de interacção social e a I, a RG e a ST dificuldades de concentração, pois estavam sempre na brincadeira. Mais precisamente as três senhoras que na segunda aula tiveram um desaguisado. As restantes cinco – E, M, G, R e C – estiveram concentradas na execução do exercício.
As alunas mostraram menos descoordenação do que na aula anterior, mas os problemas de lateralidade ainda são evidenciáveis. Todavia, a problemática pode estar associada às dificuldades de concentração e ao posicionamento em círculo.

No momento anterior às aulas do PAFA costumamos pré-avisar o grupo e incentivar as senhoras a fazer as aulas, explicando os benefícios da AF.
Antes de iniciar a **sexta aula**, 12 de Fevereiro, a educadora responsável pelo âmbito laboral do EP dirigiu-se até nós e disse-nos que o pedido de alteração do horário de uma senhora, proposto por ela e pelos técnicos, que passou a trabalhar no período de aulas tinha sido aprovado. No entanto, a senhora no momento oportuno não quis que assim fosse, pois o trabalho é visto pela maioria das reclusas como a principal prioridade, seja para sustento dela ou de familiares, seja porque pensam que quanto mais trabalharem melhor consideradas serão nos momentos de avaliação.
Com o incentivo da importância da caminhada ou da corrida ou da utilização de máquinas de desenvolvimento cardio-respiratório, a aula iniciou às 17h10 com uma corrida ou caminhada de intensidade moderada, até às 17h40, na medida em que tínhamos dito aos elementos do PAFA que podiam começar a aula

mais cedo, entre as 17h e as 17h10, para desenvolverem maximamente a resistência cardio-respiratória, para estimularem mais a libertação de endorfinas, e consequentemente obterem uma sensação de bem-estar mais evidente após o PAFA.

Assim sendo, a partir das 17h10 começaram a surgir as alunas e concludentemente fizeram caminhada ou corrida entre 10 a 30 minutos.

Os objectivos da aula são sempre os mesmos, com algumas excepções. Nesta aula, pretendíamos ensinar a fazer a contagem das pulsações para que a partir da aula seguinte pudéssemos controlar o ritmo cardíaco, antes da aula, após o exercício de maior intensidade – *step* – e na recuperação.

O número de pessoas presentes na aula, foi baixo, cinco pessoas – a E, a G, a S, a ST e a I – e somente a M teve uma justificação plausível para não ir à aula. Além do mais, era a primeira vez que faltava.

A primeira aluna a surgir na aula foi a I (demonstra várias vezes impulsividade, irrequietude e tensão). Neste dia estava igualmente desassossegada e enervada, principalmente justificada por ganhos de peso – tinha ganho três quilogramas (e não tinha almoçado, apenas lanchado). Explicamos-lhe como agora estava bonita e que quando iniciamos o estudo em Setembro tivemos um descontentamento, pois estava extremamente magra. Ela disse-nos que tinha tido um grande desgosto, daí a perda de apetite e da vontade de viver. Nós retorquimos que o luto é algo normal, mas que a vida continua e que tem que continuar a superar e a viver, sem tentar emagrecer mais. Explicamos-lhe igualmente, durante a corrida, que a AF contribui para uma sensação de bem-estar e para ganhos de força, transformando tecido adiposo em tecido muscular e, consecutivamente, um ligeiro aumento de peso nalguns casos é natural. Além disso, falamos dos espelhos e da importância que estes têm para a nossa auto-estima. Ela disse que o Psicólogo lhe levava um espelho muito bom para ela se ver. Ao que nós lhe dissemos que só ficaríamos tranquilos quando se olhasse ao espelho por iniciativa própria e gostasse do que observava.

Entretanto, chegaram as colegas e ela disse-nos que já se sentia melhor, mas que ia sempre chegar e sair mais cedo para jantar melhor, pois tem escola nocturna às 18h45.

A preparação do organismo para a aula, a mobilização articular e os alongamentos tiveram início às 17h40.
Os exercícios de desenvolvimento de força foram realizados com uma maior complexidade, ou seja, iniciamos exercícios de *step* com pesos.
No decorrer da aula, as alunas demonstraram melhorias no desenvolvimento da lateralidade, da memória de médio e curto-prazo e a G que revela dificuldades de coordenação evidenciou um ligeiro progresso.
A parte final da aula demorou quinze minutos, dado que é extremamente importante desenvolver as aptidões sociais e o relaxamento. Concretamente, grupos de pares que normalmente não se relacionam fizeram os seguintes exercícios: um dos elementos do grupo de olhos fechados caminhava por entre obstáculos, subindo e descendo os mesmos através da indicação do seu par; um dos elementos deitado em decúbito dorsal explicava aonde tinha mais tensão no corpo e o colega massajava e realizava movimentos circulares, primeiro com uma bola média e depois com uma bola pequena. Nos dois exercícios os papeis depois invertiam-se.
No final da aula o grupo patenteava satisfação e tranquilidade. A S disse mesmo que tinha sentido uma sensação de autonomia, de liberdade e de prazer com os exercícios finais.

Antes de iniciarmos a **sétima aula**, 14 de Fevereiro, conversamos como é habitual com elementos do PAFA que têm faltado às aulas e conseguimos que a CR e a R estivessem presentes.
Devemos referir que estas duas senhoras eram assíduas às nossas aulas, quando éramos responsáveis pelo desporto no EP em 2005. A R revela um estado de lentificação psicomotora e a CR iniciou um trabalho na copa, de substituição, no período do almoço e no horário do PAFA.
Conversamos com a técnica, responsável pelas actividades laborais, a respeito da situação da CR que em conjunto com a interessada alterou o horário a partir da próxima semana, de forma a conseguir frequentar as aulas.
No dia 14 de Fevereiro de 2007, a aula começou às 17h30, mas relembramos novamente que quem pudesse e quisesse aproveitar mais 20 a 30 minutos da aula, podia aparecer entre as 17h e as 17h10.

Do grupo que raramente falta, a E estava de cama com gripe e a I teve que falar com o chefe dos guardas sobre um assunto que a atormentava. Assim, o número de elementos do PAFA presentes foi superior à sessão passada, mas só estiveram seis pessoas, concretamente, a M, a G, a R, a CR, a S e a ST.
A ST estava mal disposta, com dores menstruais, contudo conseguimos com o decorrer da aula que se sentisse melhor.
As alunas começam a entender e a entrar nas rotinas da aula. Além disso, algumas delas revelam um destronar da lentificação psicomotora e um sorriso aberto durante o período do PAFA.
Apesar das dificuldades referentes à assiduidade e à manutenção de certos elementos no PAFA, que temos encontrado e que são inerentes às pessoas diagnosticadas com Depressão, achamos que as pessoas mais assíduas já começam a revelar melhorias no seu estado comportamental.
As alunas que durante as aulas antecedentes tiveram situações de tensão, ora através de diálogos entre participantes ora de desabafos, começam a revelar mais serenidade, alegria, empenho e boa execução nos exercícios.
Os exercícios finais foram os mesmos da aula antecedente, a excepção foi o aumento dos obstáculos, e a interacção entre o grupo começa a ser mais consistente e variável.

Na **oitava aula**, 15 de Fevereiro, os elementos presentes foram cinco dos seis mais assíduos – M, G, S, ST, I – o que contribuiu para que a aula decorresse com a sequência estipulada e com maior fluidez. A coreografia do *step* foi executada de forma sequenciada durante dezoito minutos e com o ritmo – moderado – da música. Além disso, temos que dizer que a interacção entre as intervenientes está cada vez melhor e o semblante delas patenteia alegria e tranquilidade na realização dos exercícios.
As alunas disseram-nos qual foi o batimento cardíaco antes do exercício e após o *step*. Assim, a M em repouso tinha 76 bat./min. e 152 bat./min.; a G em repouso tinha 96 bat./min. e em exercício 200 bat./min.; a S em repouso tinha 72 bat./min. e em exercício 168 bat./min.; a ST em repouso tinha 104 bat./min. e em exercício 120 bat./min.; a I em repouso tinha 72 bat./min. e em exercício 160 bat./min. O que nos levou a perceber que a resistência do grupo, no geral está ainda pouco desenvolvida.

A parte final da aula consistiu numa reeducação muscular e respiratória com consciência. A execução foi bem conseguida e saíram da aula com mais tranquilidade.

Antes de iniciar a **nona aula**, 19 de Fevereiro, procuramos conversar com todos os elementos do PAFA, uns antes e outros depois da aula, para saber se existia algo que os estivesse a desmotivar ou a atormentar e se assim fosse tentava contrariar esse facto.
A L – presente em três de oito aulas – encontrava-se à espera de notícias do filho, e só reingressaria ao PAFA quando tivesse novidades.
A R que também frequentou o mesmo número de aulas somente afirmou-nos que não tinha vontade de fazer nada, ao que nos levou a faze-la visualizar os aspectos da sua reclusão como um processo de melhoria do ser. Ela disse-nos que ia tentar frequentar as aulas com maior assiduidade, mas o que estava mesmo a precisar era de aulas teóricas como a que lhe demos naquele instante.
Conseguimos igualmente conversar com as senhoras do RAVE, a CM, a MC, a SnM e a MJ, explicando-lhes que a intensidade da aula pode ser variável conforme a pessoa, mas como se sentem muito cansadas foi infrutífera.
A aula começou às 17h com quatro elementos – a CR, a S, a C, e a SM – e com mais cinco às 17h30 – a E (recuperou da gripe), a M, a G, a R e a ST. Assim, das 17h às 17h35 as senhoras fizeram badminton, corrida ou caminhada. Às 17h35 aconteceu a preparação do organismo para a aula, com mobilização articular e alongamentos dos principais músculos.
Estava planeado acrescentar outra coreografia mais complexa, porém como estavam mais senhoras do que na aula anterior optámos por realizar a coreografia antiga. O que contribuiu para maior fluidez da aula.
As alunas, no final, fizeram dois exercícios de desenvolvimento das aptidões sociais e de relaxamento em grupo de pares, com pessoas que não se conheciam.

A **décima aula**, 21 de Fevereiro, iniciou às 17h40 por falha na comunicação, pensamos nós, visto que neste dia a aula começava às 17h30 e só quando

telefonamos para as alas é que começaram a chegar as senhoras. Além disso, as mesmas disseram-nos que alguém lhes tinha dito que não havia aula.
Assim, apareceram cinco elementos do grupo – a G, a R, a S, a I e a SM – e somente três deles são assíduos.
A R revela lentificação psicomotora, mas muita vontade de alterar o seu estado, o que conduziu a um esforço superior às colegas na concretização dos exercícios.
As alunas demonstraram empenhamento e esforço combinado com hetero-apoio e desta forma, transpareceram a vontade de melhorar não só as suas capacidades físicas como psicossociais.
No último exercício da parte final, massagens circulares com uma bola, os elementos de um grupo disseram um para o outro sorrindo – "Senti-me bem porque fiz-te com vontade o exercício de relaxação" e a outra retorquiu "eu senti exactamente o mesmo".
No fim da aula fomos às alas desmistificar o problema de informação e algumas pessoas do PAFA dirigiram-se até nós para dizer que agora sim iam recomeçar, a ST disse-nos que estava com gripe e a garganta inflamada e a RG disse-nos que naquele dia não conseguiu mesmo ir à aula.
O que nos leva a concluir que pode ter ocorrido erro na comunicação, mas o mais viável é o estado incerto de quase todos os elementos do PAFA.

No nosso percurso pelas alas, antes de iniciar a **décima primeira aula**, 22 de Fevereiro, encontramos a SM muito triste e cabisbaixa que nos confessou estar sem vontade de realizar qualquer tarefa. Conseguimos que viesse connosco até ao PAFA, pelas 16h40, para realizar actividades de desenvolvimento cardio-respiratório, em máquinas como a bicicleta, o *step* e o remo, e para desabafar os seus problemas. Entretanto, apareceu a CR (tem excesso de peso) às 16h55 e, esteve na aula até às 17h50, fez 8´ de bicicleta, 4´de remo, 35´de caminhada, e o restante tempo fez mobilização articular. Às 17h chegou a C que correu 5´ e até às 17h35 fez badminton ora com a professora ora sozinha, exercitando os movimentos com a raquete. Às 17h10 apareceu a I e fez 20´de bicicleta. Às 17h30 surgiu a S e correu 5´. E entre as 17h30 e as 17h35 surgiram a E, a M e a G.

Devemos referenciar que, neste dia, à excepção da E e da M, todas as senhoras apareceram na aula sozinhas, o que nos leva a induzir que entre as pessoas que estiveram presentes ainda não há o conceito de grupo.
Às 17h35 o grupo reuniu-se em círculo e fez mobilização articular das principais articulações e alongamentos. Das 17h45 até as 18h05, a E, a M, a G, a S, a C e a I exercitaram uma nova coreografia de *step* e juntaram a coreografia anterior, pois a SM já tinha saído e a CR fez mais 5´de caminhada.
Após término do *step* as senhoras fizeram alongamentos e no final dos mesmos a C, a CR e a I terminaram a aula.
Os restantes quatro elementos estiveram na aula até às 18h30 e fizeram exercícios de desenvolvimento da força média abdominal, dorsal e glútea. E por último, concluíram a sessão com um exercício de relaxamento e de maior contacto físico.
No decorrer da parte final da aula afirmamos o nosso contentamento pela assiduidade e pelo cumprimento exímio em todas as partes da aula. Porém também dissemos que, embora elas tivessem chegado no horário normal e cumprido formalmente a aula, gostávamos que se lhes fosse possível viessem mais cedo e que estivessem igualmente até ao fim da mesma, pois um dos objectivos é conseguir que todo o grupo realize 90` de aula.
É visível a complexidade do ser humano e a necessidade de distintas estratégias para que o grupo vá às aulas e que gradualmente realize os exercícios ora individualmente ora em grupo.

A **décima segunda aula**, 26 de Fevereiro, iniciou mais cedo junto com o grupo da EF da Professora do EP. Assim sendo, às 17h tivemos a S, a C e a I na aula. A S e a C jogaram badminton com uma pessoa do outro grupo e a I andou de bicicleta.
Entretanto apareceram a E, a M e a G. Assim, as seis alunas às 17h30 iniciaram a preparação para a aula e juntaram as duas coreografias do *step*. Devemos dizer que apesar de ainda existirem algumas dificuldades de memória e de concentração, existem melhorias expressivas e significativas.
Embora a C e a S tivessem saído mais cedo a pedido, pois frequentam a escola nocturna e têm pouco tempo para jantar, estiveram em aula 70´. E a I que patenteia comportamentos de agitação e frenesi estava mais calma e só

saiu cinco minutos antes da aula terminar para se preparar para a aula nocturna. Além disso, disse-nos antes da sua saída que se sentia muito melhor.
A E é responsável pelo Jornal do EP e pediu-nos para a informar quais são as terapêuticas, além dos psicofármacos, que combatem a Depressão. Nós explicamos qual era a importância da AFA e quais seriam as outras actividades dentro do EP que podiam contribuir para a redução da Depressão e ficámos de lhe trazer artigos a respeito do tema.
A última pessoa a despertar do exercício de relaxamento, a G, disse-nos que de dia para dia se sentia melhor e que muito nos agradecia.

Na **décima terceira aula**, 28 de Fevereiro, dois elementos do PAFA com assiduidade elevada dirigiram-se até nós para nos justificar a impossibilidade de realizar aulas até que se resolvesse a situação dos mesmos – Sintomas somáticos. A C tem uma dor aguda no peito que irradia até ao braço que se revelou em Novembro, mas que por receio e pela dor só se tornara extremamente acentuada há pouco, tinha ido há uns dias a uma consulta de clínica geral em que houve recomendação de descanso e encaminhamento para um especialista. A I tem uma dor aguda na zona dos pulmões e disse-nos que já tinha tido um grave problema nessa zona.
Na conversa individual que tivemos com as duas senhoras tentamos acalmá-las e explicar-lhes que não há necessidade de cismas, pois, por vezes as dores são a consequência de esforço muscular, especialmente pelas posturas incorrectas que têm na faxina, mas que sem dúvida fizeram bem de ir aos SC.
No seguimento do pedido efectuado pela E trouxemos-lhe quatro artigos sobre Depressão e AF e, naturalmente, adoptamos os parâmetros do EP para entrega dos mesmos.
Neste dia estiveram na aula a E, a M, a G, a S e a ST, das quais a ST e a S chegaram mais cedo. A primeira andou de bicicleta vinte minutos e a segunda fez cinco minutos de corrida. Como ambas têm escola pediram-nos novamente para sair mais cedo.
Às 17h30 iniciámos a aula do PAFA com uma preparação para o esforço e passado 10´ realizamos as coreografias durante 22´ a um ritmo moderado –

128-136 Bpm – e sem pausas, dado que o grupo já se encontrava preparado para passar de uma fase inicial para intermédia.
De seguida, o grupo fez um percurso de recuperação a passo, seguido de equilíbrio activo na trave e uma pequena progressão no mini-trampolim. Este tipo de actividade contribuiu para uma motivação extra, isto é satisfação e vontade de repetir.
Na passagem para a última parte da aula as alunas – E, M e G – que apareceram às 17h30 realizaram a aula até ao fim como é hábito.
Como atingiu-se um mês de aulas e há assiduidade por parte de somente nove alunas estipulou-se que a partir de agora as aulas iniciavam sempre às 17h com desenvolvimento de resistência cardio-respiratória a um nível moderado, mas adaptado a cada uma; de seguida fazer-se-ia mobilização articular e alongamentos dos principais músculos; step ou caminhada ou corrida conforme a pessoa; recuperação com caminhada e actividades diferentes de equilíbrio; nas primeiras e últimas aulas da semana havia desenvolvimento da força média (abdominais oblíquos, rectus, dorsal) e inferior (abdutores, adutores, isquiotibiais, quadricípites e glúteos), no dia intermédio da semana desenvolvimento da força superior (bicipes, triceps, deltóides, trapézios) e média. As séries passaram de duas para três e as repetições de 12 para 20, nas alunas com maior assiduidade.
As duas senhoras que saíram mais cedo da aula fizeram a nosso pedido alongamentos dos principais músculos.
O último exercício da aula consistiu no desenvolvimento da flexibilidade dos MI a pares e num exercício base de relaxamento.

Na **décima quarta aula**, 1 de Março, as duas senhoras que falaram connosco sobre a sua saúde física ainda se encontravam a solucionar os seus problemas. A única senhora que nunca tinha faltado – a G – e que revelava uma melhoria de atitudes e de comportamento teve uma recaída, visto que momentos antes da aula a sua cela tinha sido alvo de revista e a mesma não teve vontade de ir à aula. Conversamos como é costume com as senhoras que foram a algumas aulas, mas não têm tido forças para frequentar as mesmas e medi a frequência cardíaca das mesmas.

Na aula estiveram presentes quatro elementos – a E, a M, a S e a ST. Três deles chegaram às 17h e desenvolveram a resistência cárdio-respiratória, na bicicleta ou no remo, conforme o seu gosto durante 12 a 20 minutos. A ST revelou alguma inquietude, porque a filha pediu para lhe telefonar às 17h45. A agitação e a pouca concentração da aluna condicionaram realização das actividades pela mesma.

As alunas aprenderam a subir para a trave alta, e devolveram o equilíbrio activo, após a realização do *step*. Além disso, foi-lhes ensinado, no mini-trampolim, as ajudas (interacção social), a fazer a chamada e a efectuar o salto em direcção vertical. Os saltos que realizaram foram: vela, engrupado, encarpado e cambalhota. E transmitiu-se uma noção do mortal, do aprimoramento dos saltos e que na próxima aula iriam iniciar a pirueta no mini-trampolim e a caminhada para trás na trave.

As actividades devem ser diversificadas para que as aulas sejam motivantes, mas com rotina associada, pois as alunas devem sentir evolução e confortabilidade na realização dos exercícios.

De seguida, o grupo desenvolveu a força, como estava estipulado e realizou os exercícios de relaxamento. No último exercício a concentração foi mantida apenas quando pedimos para voltar a cabeça para o exterior, visto que só dessa forma de desligarem do que as rodeava.

Os exercícios deitados em decúbito dorsal ou ventral com olhos fechados, e música apropriada, que apelem à imaginação, à realização de movimentos e à respiração abdominal são bem executados e evidenciam no fim dos mesmos uma grande descontracção.

A **décima quinta aula**, 5 de Março, iniciou às 17h com duas alunas – a I e a S. Sob nossa instrução e monitorização, a primeira fez vinte minutos de bicicleta e 8 minutos de *step,* e a segunda fez 12 minutos de remo e quatro exercícios distintos, com duas séries para cada um, de desenvolvimento de força dos MS numa máquina multifunções. Na passagem entre máquinas ambas as senhoras fizeram alongamentos dos músculos desenvolvidos e a que realizou exercícios na máquina multifunções fez alongamentos entre exercícios, como recuperação.

Entretanto, às 17h15 apareceu a E que nos transmitiu um recado da M – tinha ido tomar medicação porque estava com cefaleias, mas ia à aula – e fez remo seguido de alongamentos dos MI.

Os exercícios pensados, para cada elemento do grupo, tiveram em consideração não só as características físicas individuais como o estado de espírito de cada pessoa.

A I é extremamente sugestionável e sensível, nas primeiras aulas aborrecia-se com a provocação das colegas, por vezes encontra-se muito agitada e nervosa (este era um desses dias), e na semana passada esteve com uma dor na zona dos pulmões fruto de uma nevrite – sintomas somáticos – mas alguém lhe sugeriu ser um enfisema. Além disso, pediu-me para sair às 18h, visto que tinha que falar com um familiar e queria-se preparar para a escola. A S, sente necessidade de extravasar o que sente e tem alguns pensamentos com desportos de carácter explosivo. A E, uma das responsáveis pelo jornal, é mais calma e gosta das nossas aulas pela conexão dos exercícios.

Às 17h30 iniciámos o *step*, usando uma nova coreografia, com os três elementos referidos anteriormente. O *step* estava colocado numa posição diferente para apelar à motivação – de um plano transversal passamos a um longitudinal – e a música utilizada foi para apelar à memória de longo prazo, pois maioritariamente eram músicas usadas em festas para actuação dos grupos de dança formados por nós há dois anos atrás. À nossa coreografia juntaram-se sugestões das participantes e a interacção foi muito agradável.

Alguns minutos depois surgiram a M que estava com uma enxaqueca para observar a aula e a G. Temos que referir que houve alguma regressão no estado da G, visto que a descoordenação e a falta de equilíbrio foi maior do que nas últimas aulas.

A I saiu mais cedo e a M tomou-lhe o lugar no *step,* pois sentiu-se um pouco melhor das dores de cabeça. A recuperação das coreografias foi feita na trave, como estava estipulado e foi muito empolgante e importante para o grupo. A G pediu-nos para correr e fazer apenas os exercícios na trave baixa, e assim foi.

Os exercícios de desenvolvimento da força, tal como estava estipulado foram de desenvolvimento da força média e inferior – abdominais, glúteos e pernas – e o relaxamento foi individualizado.

Aos poucos e poucos o grupo começa a sentir gosto e necessidade de realizar mais tempo de aula, bem como evidencia maior concentração na realização dos exercícios.

Na **décima sexta aula**, 7 de Março, só estiveram três pessoas, a E, a M e a G. Os motivos não sabemos, mas foi sugerido que se deviam encontrar nos preparativos para o dia da Mulher e a I foi diva por um dia para uma sessão fotográfica cuja exposição seria na nave da Câmara Municipal de Matosinhos no dia 8 de Março.
Na primeira parte da aula – das 17h às 17h30 – as alunas estiveram a realizar exercícios cardio-respiratórios, ou em bicicleta ou em remo. A M chegou um pouco mais cedo e também realizou exercícios de desenvolvimento de força superior. O interessante é que são os três elementos do PAFA que sempre fizeram a aula até ao fim, isto é tiveram nos três grandes momentos da aula – preparação para a aula, desenvolvimento da mesma e retorno à calma – e a M e a G nunca tinham chegado às 17h.
Como o número de pessoas era reduzido, juntamos as três coreografias do *step*. Ou seja, apelamos à memória de curto e médio prazo, e à concentração. A alternância constante dos MI, o número de repetições diferentes para cada exercício, a mudança de plano transverso para longitudinal e a troca constante de *steps* revelaram uma melhoria do estado psíquico das três senhoras. Mesmo a G, que tem mais dificuldades de coordenação, conseguiu dar um certo encadeamento à coreografia.
No fim da aula fizeram três novos exercícios de descontracção e recorremos à serenidade e tranquilidade que tanto caracteriza a parte final de uma aula.

Na **décima sétima aula**, 8 de Março, dia Internacional da Mulher, a ST confessou-nos o escasso tempo para si e para conversar com as colegas. Ao mesmo tempo que fez tais afirmações começou a chorar e revelou o seu intento de desistir de todas as actividades, escola, PAFA e trabalho.
Devemos dizer que teve uma recaída, pois tinha poucas faltas no PAFA, mas na última aula da semana passada esteve muito agitada e esta semana começou a ter sintomas somáticos, tais como cefaleias e mal-estar geral.

A aula começou às 17h com a E, a M a S e a I, porém também esteve na aula a L e a G. A I esteve presente somente das 17h às 17h45, porque foi chamada pela directora e duas saíram às 18h05, visto que a S tinha aula nocturna e estava muito entristecida pela recusa da precária e a L só tinha frequentado quatro aulas, numa delas com índices de atenção quase nulos.

A L revela muitas dificuldades de coordenação. O que nos levou a alterar os exercícios para a mesma, ou seja às 17h explicamos os passos base do *step* e criamos uma coreografia simples, para a mesma realizar quando as colegas estivessem a fazer a junção de três coreografias complexas de *step*.

Na primeira parte da aula as quatro alunas estiveram a fazer exercícios nas máquinas e na segunda parte no *step*. Apesar das dificuldades pela aluna menos assídua, ela procurou estar atenta e concentrada nos exercícios e pudemos dizer que nesta aula, contrariamente às anteriores que tinha realizado, teve algum grau de atenção e motivação.

As coreografias apelaram à memória, à concentração, ao empenho e ao esforço e para nosso espanto todas estas componentes da aula tiveram um grau de sucesso elevado.

Ainda na segunda parte da aula apelamos aos jogos de concentração e de interacção e a exercícios diferentes no mini-trampolim, como a meia pirueta. Assim sendo, com uma música animada, as alunas dançaram e quando a música parava os elementos do grupo juntavam-se dois a dois e conversavam encontrando três afinidades. E, logo que a professora dissesse «grupo», juntavam-se em linha na trave baixa, da pessoa mais alta para a mais baixa e transmitiam-nos as conexões descobertas.

Na última parte da aula realizou-se exercícios de desenvolvimento de força média, superior e inferior dos principais músculos e de relaxamento.

A nossa insistência durante quase todos os dias das sessões, nos períodos antecedentes às aulas, e o dinamismo do grupo, contribuiu de alguma forma para que mais um elemento do PAFA se juntasse novamente ao grupo. Devemos dizer que colhemos o que semeamos.

Na **décima oitava aula** (segunda-feira), 12 de Março, dois dos elementos do grupo que tem um nível de assiduidade elevado nas aulas e dois com assiduidade satisfatória não puderam participar da sessão. Os motivos foram

os seguintes: a G foi chamada à directora; a S a semana passada realizou a aula anterior com um estado de decepção e mágoa por ter sido recusada a precária; a I, caiu na sexta-feira e ainda não se sentia preparada para realizar aula; a ST disse-nos que ainda tinha cefaleias mas, após explicarmos que as actividades que fazia tinham grande valor ela transmitiu-nos que eram momentos que passava, mas que na próxima aula não faltaria. Nesta aula vimos a Y que raramente encontrávamos, ora na ala ora na realização de actividades, e conseguimos que viesse fazer aula. Além disso, a L que a semana passada realizou as aulas, esteve presente novamente. O que nos leva a dizer que a dificuldade que algumas pessoas têm na tomada de decisões pode ser um factor favorável para conseguir levá-las para a aula.

A E e a M realizaram todas as partes da aula, como costumam. No momento do s*tep*, as alunas com nível intermédio do *step* estiveram uma parte da actividade a fazer as três coreografias sozinhas, enquanto nós motivamos as restantes duas alunas a fazer *step* de iniciação. Quando sentimos que a motivação das alunas iniciadas esmoreceu optámos por pedir-lhes para fazerem caminhada e demos mais atenção ao outro grupo.

De seguida, as alunas com menos prática no PAFA fizeram retorno à calma, com movimentos de bola no corpo para relaxamento, pois uma delas transmite-nos sempre a ideia que tem muitas tensão no corpo, e saíram contentes da aula. As restantes duas alunas realizaram os exercícios programados, isto é de desenvolvimento de força média e inferior, com um nível intermédio e, por fim, exercícios de descontracção, respiração, concentração e meditação.

Na **décima nona aula**, dia 14 de Março, como chegamos ao ginásio há hora quase estipulada de início da aula, optámos por não nos deslocarmos à ala, como normalmente acontece, e telefonamos para as chefes de ala a autorizar a subida dos elementos do PAFA para o ginásio.

O número de pessoas presentes na aula não diferiu muito da aula anterior, de quatro elementos passaram a três. Porém, houve diferenças nas individualidades, isto é, fizeram aula três alunas – a E, a G e a S – de quatro com assiduidade elevada. O quarto elemento, a M fechou-se na cela, pois o processo judiciário complicou-se.

As duas alunas que na aula passada ajudamos na decisão de fazer aula não estiveram presentes. O que nos leva a dizer que a nossa presença na ala é um factor de melhor disposição para os elementos do grupo PAFA e para as restantes reclusas, mas só contribui, e nem sempre assim o é, para a presença ou não nas aulas de algumas pessoas.
A aula decorreu com bastante fluidez, dado que as três alunas presentes são das mais assíduas. A G apesar de se encontrar num nível intermédio, tanto nos exercícios de *step*, como de força, de relaxamento e de concentração, revela bastantes dificuldades na realização dos mesmos. Concretamente, tem baixa consciência corporal e coordenação. No entanto, estas dificuldades têm sido ultrapassadas pelo seu constante empenho e dedicação na realização das tarefas propostas e pela transmissão de feedbacks ora correctivos ora por toque.
A aluna S não esteve presente na aula anterior para se isolar, pois não estava à espera da negação da primeira precária e sentia-se ausente, daí não a termos visto no EP. Embora a aluna tenha escola nocturna conseguimos que realizasse todas as partes da aula.
Os elementos do PAFA reagem de forma distinta aos acontecimentos do dia a dia e as suas tomadas de decisão são influenciadas ou não conforme a personalidade e a evolução da doença. Todavia, todas têm algo em comum, o isolamento perante as adversidades reais ou utópicas.

Na **vigésima aula**, dia 15 de Março, estiveram presentes a E, a M, a R, a S, a Y e a L. A G não pode participar na aula, porque saiu em diligência.
Antes de iniciarmos as aulas como é habitual estivemos a conversar com várias pessoas que se inscreveram no PAFA, concretamente sobre a importância do mesmo, os benefícios da aula, entre outras. O que culminou em promessas de algumas pessoas para recomeçar as aulas na semana seguinte (adiamento de decisões) e o comprometimento de realização de todas as aulas, por três alunas, a partir daquele dia.
Na primeira parte da aula as alunas realizaram exercícios nas máquinas e alongamentos.
Na segunda parte da aula fizemos exercícios de *step* e de aeróbica de nível iniciante com R, Y e L. A E, a M e a S realizaram as coreografias de *step* de

nível intermédio. De seguida, realizamos a coreografia com as de nível mais elevado, enquanto as outras fizeram exercícios de desenvolvimento de força para iniciante.
Ainda na segunda parte da aula o grupo fez um exercício de concentração. Com música animada as alunas dançaram e quando a música parava juntavam-se duas a duas e conversavam durante dois minutos de modo a encontrar três diferenças que contribuíssem para a aprendizagem de ambas. E, logo que a professora dissesse «grupo», juntavam-se em linha na trave baixa, da pessoa mais velha para a mais nova e transmitiam-nos as diferenças encontradas. As atitudes perante este jogo foram muito positivas.
Após a recuperação as alunas fizeram exercícios de desenvolvimento da força média e inferior e na parte final exercícios de meditação, concentração, respiração e relaxamento.

Na **vigésima primeira aula**, dia 20 de Março, o número de pessoas presentes foi de nove, porém só oito fizeram aula porque duas senhoras foram chamadas aos SC e só uma chegou a tempo de realizar a aula. Quatro são as de assiduidade elevada, três fizeram a última aula – a R, a Y e a L – e comprometeram-se a realizar todas as aulas, uma tem assiduidade suficiente, e por último, a CT que se tinha comprometido a frequentar todas as aulas a partir desta semana.
Uma das alunas que tem uma participação suficiente, a C, mas que há três semanas nos tinha contado que tinha uma dor no peito que irradiava para o braço, disse-nos que já tinha feito um raio x e que ao que tudo indicava se tratava de uma nevrite, logo iria recomeçar com o PAFA na próxima aula. Além desta aluna há mais duas pessoas que têm frequentado o PAFA, mas o estado psíquico evoluiu desfavoravelmente, a ST e a CR, esta última esteve connosco, mas optou por não nos transmitir nada e mandar uma mensagem por uma colega de como estava morta (pensamentos suicidas).
A aula iniciou com cinco pessoas, das quais quatro fizeram exercícios nas máquinas, de desenvolvimento cardio-respiratório, de acordo com o seu nível, e uma aprendeu – a que já não frequentava as aulas há muito tempo – a primeira coreografia do *step*.

Entretanto, chegaram os restantes três elementos e fizeram um exercício cardio-respiratório, um no remo e dois na bicicleta. E, duas das senhoras que estavam anteriormente nas máquinas, uma de nível intermédio no *step*, outra com nível iniciante e a senhora que se encontrava a aprender *step* interagiram no sentido de umas aprenderem e a outra de ensinar e aprimorar a primeira e a terceira coreografia.

Em conjunto fizemos alongamentos dos principais músculos e no fim autorizamos duas das senhoras a sair mais cedo (as que têm menos frequência nas aulas).

Assim, às 17h40 ensinamos ao grupo mais avançado a quarta coreografia e juntou-se as restantes três ensinadas nas aulas passadas. Enquanto isso decorria, as outras duas senhoras fizeram caminhada.

Durante a realização das quatro coreografias, as duas senhoras sob nossa instrução fizeram exercícios de força e de resistência de nível iniciado, sob a forma de dança, pois é o que mais as motiva. No fim fizeram abdominais.

Entretanto, às 18h05 demos início ao desenvolvimento da força média e inferior em grupo e às 18h12 quatro das senhoras disseram que precisavam de sair, o que nos conduziu a fazer uma pausa no exercício que se estava a realizar para encaixar um outro, de interacção grupal e de relaxamento, para que houvesse um retorno à calma.

Na última parte da aula, as restantes duas alunas fizeram mais dois exercícios de força e para finalizar um de relaxamento.

O grupo PAFA, nesta aula, foi superior às aulas antecedentes e para que assim continue vamos continuar a adoptar uma constante adaptação das aulas e aos membros que frequentam as mesmas, perseverando igualmente as várias rotinas implantadas e promovendo, ora a interacção entre alunas ora com a professora no momento antecedente, no decorrer e no final da aula. Mas, acauteladas pela constante mudança de humor do grupo.

Na **vigésima segunda aula**, dia 21 de Março, procuramos o grupo do PAFA, como normalmente acontece, para percepcionar a disposição dos elementos do mesmo para a aula.

Deparámo-nos com sentimentos de tristeza manifestos por algumas senhoras. A ST estava a ultrapassar o falecimento de um ente querido e disse-nos que

reiniciará o PAFA na próxima aula. A CR, está num desânimo constante, sem vontade de fazer seja que actividade for, a excepção são os trabalhos, de substituição na cantina em horários das grandes refeições, que lhe garantem um sustento.

As quatro alunas que fizeram a aula, na segunda-feira, mas têm um número de presenças baixo não fizeram esta aula. O motivo, pelo qual levou as alunas a faltarem novamente, não se conhece, pois através de sinais deram-nos a entender que iriam à aula. Porém, o estado anímico que se encontram é uma forte suposição para a não comparência.

Na aula estiveram presentes os cinco elementos que têm elevada assiduidade. A I continua a apresentar um estado de agitação e de ansiedade constante, evidenciado na aula, visto que procura estar sempre em movimento e nunca vivencia o momento presente.

A aula iniciou com uma conversa, com quatro pessoas, sobre como é a vida num EP, se existe ou não adaptação no meio prisional, e sobre o que aprendem ou não no EP.

O grupo transmitiu-nos aspectos cruciais para entender o nosso estudo. As ligações de amizade num EP normalmente são nulas ou baixas, mas quando existem tornam-se extremamente fortes. Quando a amiga sai em liberdade, embora continuem a amizade fora do EP, no meio prisional passam por um processo de luto, pois por vezes são o seu «Porto de Abrigo», sua confidente.

Além disso, referiram-nos que a aprendizagem com os colegas pode ter aspectos bons ou maus, e que têm que saber escolher para não caírem em erros quando saírem em liberdade. Mencionaram igualmente, que alguns educadores, das diversas áreas, lhes ensinam muito. Todavia, todas referiram que assim que saírem em liberdade tentarão esquecer o que passaram e guardarão apenas consigo os apoios que tiveram – amizades de reclusas e educadoras – e cursos ou escola que lhes ajudarão no mundo do trabalho.

Aquando da chegada do quinto elemento do PAFA todas sentiram o nervosismo e a ansiedade do mesmo, demonstrado pelo desejo de estar sempre em movimento e da tentativa para não se sentar e juntar ao grupo.

Porém, conseguimos que a aluna se sentasse e desse o seu contributo (foi similar ao transmitido) na conversa. Podemos dizer que ela é uma pessoa com

oscilações no comportamento, mas normalmente está sempre ansiosa e desinquieta.
A aula sofreu algumas alterações, o que agradou o grupo, pois afirmaram que gostavam de aprender diversas modalidades.
Na parte fundamental da aula fizemos exercícios e movimentos de luta e de combate associados à dança e realizaram a ligação das quatro coreografias do *step*.
De seguida, a I disse-nos que tinha que sair mais cedo. Assim, fez os alongamentos, como de costume e saiu. Enquanto isso acontecia, as colegas fizeram exercícios de desenvolvimento de força média, de relaxamento e de concentração.
Embora a frequência nas aulas seja a mesmo para os quatro elementos. A S está num trabalho muito cansativo e inserida em várias actividades, para não pensar muito no que lhe acontece (segundo a mesma), mas revelou-nos a sua extrema fadiga. Todas foram unânimes e disseram-nos que as aulas do PAFA tinham contribuído para uma melhor qualidade de vida: dormiam melhor, reduziram os psicofármacos e sentiam-se mais calmas no seu dia a dia.

Na **vigésima terceira aula**, dia 22 de Março, estiveram a E, a M, a G, a I. e a ST Logo, a aluna que estava muito cansada na última aula, optou por descansar e a S, tal como nos havia prometido voltou a realizar as aulas.
Na primeira parte da aula ensinei as coreografias à S, enquanto as outras senhoras, ou faziam exercícios nas máquinas ou treinavam as coreografias.
A aula decorreu com muita fluidez, isto é todas as alunas fizeram as mesmas actividades na aula, concretamente, a preparação para a aula, a junção das quatro coreografias, a recuperação com exercícios de alongamentos em equilíbrio.
De seguida, a S e a I pediram para sair mais cedo, por causa da escola nocturna, e as restantes fizeram exercícios de desenvolvimento da força, de concentração e de relaxamento.

Na **vigésima quarta aula**, 26 de Março, a E, a M, a G, a S e a I realizaram as actividades propostas.

Apesar de algumas alunas que frequentam a escola nocturna se encontrarem de férias, só a S e a I é que estiveram no PAFA. E somente a primeira disse-nos que ia aproveitar as férias para fazer as aulas até ao fim. A I encontrava-se novamente com os "seus" problemas e disse-nos que tinha que os resolver. A tentativa de saída das aulas com serenidade e tranquilidade ainda não é um objectivo cumprido por todas as participantes, um exemplo disso é a I.
A aula decorreu com muita fluidez e no fim da aula a E, a M, a S e a G evidenciaram serenidade e confiança. Embora a G demonstre picos no seu comportamento, ora se encontra muito alegre ora triste e com a sensação de que está muito doente, nas aulas esforça-se por fazer todos os exercícios e no fim da aula revela quietude e alegria.
Quando saímos da aula encontramos um dos elementos que se inscreveu no PAFA, mas nunca frequentou as aulas. A referida senhora tinha saído dos SC e encontrava-se confusa, sem sentido de orientação (perdeu-se ao dirigir-se para a ala), com lentificação psicomotora e muito triste. Após repararmos no seu estado dirigimo-nos até ela para lhe dar uma palavra de conforto e para lhe dizer que devia frequentar as aulas no sentido de melhorar o seu estado, ao que a mesma referiu que não tem vontade de fazer nada e questionou-nos com algum interesse se lhe faria bem as aulas e tal como já lhe tínhamos dito noutras situações afirmamos que sim.

A **vigésima quinta aula**, 28 de Março, decorreu com apenas dois elementos do PAFA, concretamente a E e a M. Devemos referir que como é do nosso hábito, no momento anterior à aula conversamos com o grupo. Entre outros diálogos ficamos a saber que a Y ainda se encontra com uma infecção nas gengivas, a R estava muito triste porque tinha ido ao tribunal, a S encontrava-se doente, a G foi chamada à psicóloga e a I disse que ia à aula bem como outros elementos do grupo, mas não apareceram.
O que nos leva a dizer que o grupo tem consciência das aulas, mas a vontade de fazer actividades é baixa e nalguns casos completamente nula.
A aula com as duas alunas decorreu com muita fluidez e alegria. As actividades foram as seguintes: desenvolvimento da resistência cardio-respiratória no remo; alongamentos dos principais músculos; alternar desenvolvimento de força na máquina multifunções com preparação para a quinta coreografia e

treino dos passos da quarta coreografia para relembrar os mesmos à M; salto entre-mãos e salto ao eixo.
E no fim, levaram como trabalho de cela dois exercícios de yoga.
As alunas demonstraram, portanto, muito empenho e dedicação na aula.

Na **vigésima sexta aula**, 29 de Março, quatro das cinco alunas com maior assiduidade estiveram presentes, ou seja, a E, a M, a G e a I. A S não esteve presente, pois encontrava-se com uma infecção num dente.
A I explicou-nos que se sente melhor, mas que por vezes não realiza aula, pois como trabalha sobra pouco tempo para conversar e acalmar a família que tem consigo na ala.
A nossa ida às alas, tal como é habitual não surtiu o efeito que pretendíamos, isto é, as pessoas com baixa e média assiduidade mais uma vez não frequentaram a aula.
O estado de humor do grupo altera no próprio dia, conforme: a ida a tribunal por processos pendentes; o aumento semanal em média de sete reclusas vindas se outros EP – variável que surgiu há um mês e meio (o EPESCB tem suportado a transferência de reclusas de EPs regionais do norte e centro de Portugal) – na ala das condenadas; o contágio de tristeza perante o luto pela perda de um familiar; passagem por fracassos constantes, ora pela não permissão de precárias ora pela educação dos filhos estar à cautela de pessoas que não lhes inspiram confiança.
A aula sucedeu com muita fluidez e as quatro coreografias de *step* foram concretizadas bem como os exercícios adaptados a cada senhora de desenvolvimento de força e de relaxamento e de concentração.

Na **vigésima sétima aula**, 2 de Abril, os elementos do PAFA presentes foram só dois, a E e a M, pois a S encontra-se ainda com uma infecção num dente, a I deve ter dedicado o dia à família e a G caiu das escadas e está muito debilitada, entre outras.
No decorrer da aula foi-nos revelado um dos aspectos fulcrais para a falta de comparência do grupo nas diversas aulas e sucintamente disseram-nos que se deve à vida que cada indivíduo consegue ter num EP. A explicação foi simples, a mutilação do "eu" que tão bem foi descrita em Goffman (2005) é um facto

verídico e muito actual e que conduz à falta de vontade para realizar tarefas de carácter recreativo ou extra-laboral.
Além disso, transmitiram-nos os motivos pelos quais fazem as aulas do PAFA. Primeiro, embora a vontade no momento precedente à aula seja baixo, a sensação depois da aula é maravilhosa. Segundo, conseguiram reduzir ou alterar os psicofármacos para algo mais leve. Terceiro, dormiam muito melhor.
A aula foi pouco produtiva ao nível físico, pois só realizaram exercícios cárdio-respiratórios nas máquinas, mas os conhecimentos e as vivências que nos foram fornecidos foram basilares para o nosso trabalho e ambas gostaram de nos fornecer essas informações para o estudo.

Na **vigésima oitava aula**, 4 de Abril, a E e a S realizaram a aula. A S já tinha tirado o dente que estava infeccionado e solucionado o problema. A G encontra-se em convalescença, a M foi a psicóloga no horário da aula e a I não sabemos o motivo pelo qual faltou à aula, mas pensamos que seja pelo mesmo motivo da última aula.
A S apareceu na aula 10 minutos antes da E, e foi o suficiente para ensinar a quarta coreografia e juntar as restantes três coreografias.
Como seria de esperar a aula foi muito produtiva para os dois elementos do PAFA e os exercícios foram específicos, a cada elemento, no momento de desenvolvimento da força, do relaxamento e da concentração (a S sofre de problemas venosos nos MI e há adaptação em vários exercícios).

Na **vigésima nona aula**, 5 de Abril, as pessoas presentes foram as mesmas da aula anterior e a M, pois não tinha nenhuma consulta marcada.
A aula aconteceu com um ligeiro aumento da intensidade e com a especificidade que caracteriza o dia da semana e a pessoa. A carga da E é superior às colegas e certos exercícios são diferentes para a S.
Assim sendo, pode-se dizer que a aula aconteceu com vivacidade, tranquilidade e fluidez.

Na **trigésima aula**, 12 de Abril, as alunas presentes foram as mesmas da aula passada. As três alunas que fizeram aula revelaram uma melhoria do seu estado físico e psíquico, mas em contrapartida, o número de pessoas na aula

foi baixíssimo. O que nos leva a concluir que num EP, as pessoas que durante um mês do estudo conseguiram ter uma assiduidade elevada criaram um vínculo à actividade, ao grupo e à professora que lhes conferiu uma motivação intrínseca, mas em contrapartida as que foram faltando por diversos motivos – nega da precária, julgamentos diversos, família que entrou ou pediu para ficar a conversar com elas no momento das aulas – naturalmente conduziram a um diminuição substancial da vontade para frequentar o PAFA.

Na **trigésima primeira aula**, 18 de Abril, a professora conseguiu conversar com algumas pessoas do PAFA, incluindo a G que teve uma queda aparatosa e lesionou o pé. A G afiançou que na sexta-feira passada teve alta, e que embora combalida estava com vontade de reiniciar o PAFA. Ao que nós certificamos que realizaria exercícios de progressiva utilização do pé e faria inicialmente exercícios que não precisasse de apoio, processo reabilitativo.
Algumas das pessoas do PAFA que têm uma frequência baixa ou quase nula no PAFA demonstraram-se sem vontade de realizar actividades.
Na aula o grupo teve que assimilar e acrescentar um passo novo à coreografia de *step* e uma aluna pouco assídua realizou a coreografia como um todo, pois apenas se lembrava de certas partes. Assim sendo, de início a coreografia pareceu difícil para a aluna menos assídua, inicialmente chegou mesmo quase a desistir, mas com o apoio verbal das colegas e da professora concentrou-se e conseguiu ser bem sucedida na maioria dos passos. Exemplos de uma frase proferida pela M – “Eu venho a todas as aulas e mesmo assim esqueço-me de muitos dos passos” – e pela professora – “Num ginásio há alunas que não decoram nada, têm que estar constantemente a olhar para a professora, por isso não se preocupe, relaxe e aproveite os momentos de exercícios com música”.
As alunas mais assíduas encontram-se bem preparadas física e psicologicamente, como elas próprias afirmam, “começo a encarar melhor o estar presa”. E dizem mesmo, “a professora vai conseguir concluir com o estudo que estar numa prisão é como uma bola de neve numa espiral, o estado psíquico piora a cada dia que passa, as pessoas fecham-se e isolam-se gradativamente, e a vontade para realizar actividades decresce exponencialmente”.

A aula foi similar às anteriores, mas com dois níveis distintos no desenvolvimento da força, nível iniciado e intermédio. Duas séries para cada exercício, com repetições de 15 para o nível iniciado e três séries, com repetições entre 20 e 30 para os níveis intermédios.

Na **trigésima segunda aula**, 19 de Abril, como estava previsto a G apareceu e iniciou a primeira sessão de reabilitação individualizada, mas voltada para o grupo. Isto é, as colegas e a professora trouxeram a bicicleta para perto da realização da coreografia de *step*. A G fez 15 minutos de bicicleta a uma intensidade baixa e sem dor, assistindo à coreografia de grupo de *step* das colegas, realizou exercícios de desenvolvimento da força dos MS com cargas baixas, poucas repetições e duas séries e exercícios no tapete igual ao resto do grupo, mas em menor número.
A aula foi bastante agradável para todas as participantes e permitiu o regresso de uma aluna com assiduidade elevada.

Na **trigésima terceira, quarta e quinta aula**, 23, 25 e 26 de Abril, tal como na aula passada estiveram presentes oito reclusas, as cinco pessoas mais assíduas e três pessoas com assiduidade menos satisfatória
O dia a dia num EP torna as pessoas desmotivadas, todavia, a cada dia que passa temos a sensação de melhoras patenteadas pelas pessoas que frequentam o PAFA com menor ininterrupção. Contrariamente, quando nos deparamos com as pessoas que se descuraram das aulas, evidenciam tristeza, desinteresse por tudo, desânimo e encontram-se sempre isoladas.
Na segunda-feira assinamos um contrato para trabalhar no EPESCB, o que nos levou a alterar um dos dias da semana de forma a existir maior espaçamento entre aulas. No início das aulas, as alunas desenvolveram a resistência cardio-respiratória nas máquinas que mais lhes agradava ou com exercícios que as motivassem, assim, três das alunas pediram para jogar badminton, e aproveitamos esse facto para ensinar as regras base e para que o objectivo da primeira parte da aula fosse o que estava preestabelecido.
As alunas estavam sorridentes porque fizeram aquilo que lhes agradava mais, umas jogaram badminton e outras fizeram exercícios de resistência cardio-respiratória nas máquinas.

De seguida, fez-se a coreografia completa de *step*, com bastante ritmo, alegria e fluidez, desenvolveu-se a força – média e superior ou média e inferior – e no fim fizeram exercícios de relaxamento.
As alunas que gostam de jogar badminton, jogaram um pouco de Basquetebol e aprenderam a fazer lançamentos ao cesto.
Sem dúvida, que as atitudes e os gestos revelam-nos muito do sentimento que se esconde em cada pessoa, e as alunas presentes na aula mostram a cada dia que passa movimentos mais soltos, mais fluidos, mais descontraídos.

Na **trigésima sexta, trigésima sétima e trigésima oitava aula**, foram frequentadas pelas mesmas pessoas das aulas passadas. O que nos leva a dizer que a ST, a ML e a L começam a ter uma assiduidade satisfatória.
O humor das mesmas é bastante coerente e realizam as aulas com muito afinco.
A M escreveu um texto que, denominou “Estado Abúlico”, dizia o seguinte: “Não me apetecia fazer nada, tudo o que ainda me proporcionava algum prazer, perdia em cada dia que passava, tempo e espaço (ler, escrever, executar tarefas, manter contactos, inclusive com familiares e amigos).
– A insana e aparentemente intransponível situação jurídica, e consequentemente prisional, absorvia todos os meus pensamentos. Os sintomas depressivos eram visíveis. Choro frequente, por qualquer motivo, alegre ou triste, por não possuir já qualquer controlo sobre a emoção. Impulsos suicidas constantes. Declínio da auto-estima; confusão nos padrões éticos; falta de autoconfiança, já que subestimava com frequência todas as minhas capacidades; repúdio, com imagens sanguinárias, de todo o corpo de vigilância e das colegas. Pesadelos nocturnos. Descurava a imagem, desleixava-me com o corpo. Adiava compromissos. Passava o tempo fechada. No espaço de um mês e meio emagreci 8kg. A ideia de morte pairava como a última saída.
Após o início das aulas:
– O impulso para as frequentar é dado pela estima que mantinha em relação à professora. Pela noção de que era urgente intervir no processo da minha decadência física e mental. Manter a frequência deveu-se ao respeito pelo valor que tinha para si prosseguir com este trabalho. Pois dias houve que se não fosse o peso do compromisso não teria posto os pés no ginásio.

- O que mudou. Sair da cela para frequentar as aulas, alterou-me o ritmo. Comecei a sair, a ocupar-me com trabalho e estudos, e a necessitar disso. O humor conheceu períodos mais longos de estabilidade apesar de a situação jurídico-prisional não se alterar. Conheço picos de vertigem, de desalento e desespero, apenas pontualmente.
A ideia de suicídio deixou de ser um impulso permanente, para passar a ser uma opção, ou o único espaço de liberdade, em que posso dizer Basta, quando achar que deixaram de haver motivos que me impeçam de desistir.
Fisicamente sinto-me melhor, e apesar dos óbvios sinais de envelhecimento do meu corpo, prezo-o mais.
Há mais coisas, mas não me ocorrem agora no meio do desassossego da ala 3".
Sem dúvida, que as atitudes e os gestos revelam-nos muito do sentimento que se esconde em cada pessoa.

Na **trigésima nona aula**, 7 de Maio, a ST e a L começaram a frequentar a aula anterior ao PAFA, pois disseram que seria a única hipótese para frequentar as restantes aulas. O que me levou a aceitar e a realizar aulas muito semelhantes ao PAFA.
A ML tem feito as aulas, com maior frequência e nesta aula apesar de ter atitudes de baixa concentração e de memória há algumas melhorias.
Além disso, a interacção entre o grupo é elevada e estimulam a participação de todas nas várias actividades das aulas.
A G apesar de realizar as actividades de modo individual, pela sua lesão, continua motivada para a aula, interage com todas as colegas e realiza os exercícios individualizados com muito empenho e esforço.
A S continua com altos e baixos no seu estado de humor, visto que encontra-se à espera de ter a primeira precária. Todavia, quando realiza os exercícios consegue ser absorvida e esquecer, por momentos, os problemas.
As alunas estão ansiosas para que as colegas que se inscreveram no horário pós-laboral sejam integradas na aula do PAFA, pois em média a aula é realizada por seis a sete pessoas.

Na **quadragésima aula**, 9 de Maio, só não esteve presente a I, pois na sua ala tinha desaparecido o papel que a autorizava a aceder às aulas. Porém, devemos dizer que a I frequenta aulas de EF connosco noutros horários.
Esta aula foi diferente, a pedido das mesmas, logo, após os exercícios aeróbios nas máquinas, jogaram basquetebol e no fim da actividade fizeram alongamentos com respiração orientada.

Na **quadragésima primeira aula,** 11 de Maio, as alunas iniciaram os ensaios do *step* e envolveram-se no esquema final, com menos envolvimento da G, uma vez que ainda se encontra a fazer reabilitação da entorse que sofreu. Em contrapartida, fez bicicleta.
As restantes partes da aula foram realizadas conforme o planeamento estipulado e citado variadíssimas vezes.

Na **quadragésima segunda aula**, 14 de Maio, as alunas escolheram a música para o ensaio e acrescentou-se uma nova ligação, mais complexa e bastante criativa, antes de iniciar a última coreografia.
As alunas fizeram uns alongamentos no espaldar e exercícios de força nos mesmos.
Na última parte, realizaram exercícios de relaxamento.

Da quadragésima terceira aula à quadragésima oitava aula – 16, 18, 21, 23, 25 e 28 de Maio – continuaram os ensaios das coreografias de *step*.
Na primeira parte da aula, umas alunas realizaram caminhadas com uma intensidade moderada e outras 10 voltas ao campo em corrida, e alongamentos no espaldar.
A G começou lentamente a fazer *step*. Na quadragésima terceira aula, a G aprendeu os dois passos (no fim da segunda parte da aula) mais difíceis, enquanto as colegas desenvolveram a força com exercícios pedidos, pois os apoios eram muito complexos e tiveram que ser ensinados por partes.
Assim sendo, no decorrer destas aulas o planeamento foi concretizado. Na primeira parte corrida ou caminhada e alongamentos, na segunda parte ensaio da coreografia de *step* e desenvolvimento da força adequado ao nível

intermédio e avançado (três séries de 20 ou 30 repetições e a E com peso superior) e ao dia da aula, por último realizaram exercícios de retorno à calma.

A evolução do grupo de PAFA foi extremamente positiva, embora com diferenças específicas, citadas à medida em que realizamos o diário de campo. No geral, a interacção social aconteceu na colaboração do grupo e na interajuda; o optimismo começou a fazer parte do dia a dia; a alegria e satisfação eram visíveis tanto no momento anterior às aulas do PAFA como na realização dos exercícios do mesmo; as decisões começaram a ser tomadas com maior fluidez; o cansaço diminuiu drasticamente e o apetite aumentou. Além disso, o estado anímico desapareceu, houve concentração e atenção nos momentos basilares das aulas, as memórias de curto e médio prazo sofreram um grande melhoramento, e o empenho, o esforço, entre outros, foram aspectos igualmente patenteados.