

PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO E ANSIEDADE EM DETENTOS

Fábio Alves Ferreira Maia de Araújo¹ - Centro Universitário de João Pessoa, João Pessoa, Brasil

Tatiana de Cássia Nakano - Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, Brasil

Maria Lígia de Aquino Gouveia - Centro Universitário de João Pessoa, João Pessoa, Brasil

RESUMO

A pesquisa tem o objetivo de investigar sintomas de depressão e ansiedade em dois grupos de presidiários (30 recém chegados ao presídio e 30 antigos). Utilizou-se um instrumento sócio-demográfico e duas escalas Beck de depressão e ansiedade para a coleta dos dados. Os resultados mostraram que os detentos dos dois grupos apresentaram, em sua maioria, níveis mínimos de depressão e ansiedade, com maior presença de indicadores nos novatos. A diferença de médias em relação à depressão foi significativa entre os grupos, o que não ocorreu em relação à ansiedade. Uma relação positiva e significativa ($r=0,583$, $p\leq 0,0001$) foi encontrada entre os níveis de depressão e ansiedade, indicando relação entre as duas sintomatologias. Conclui-se que, tanto sintomas de depressão quanto de ansiedade, embora considerados transtornos comuns na população, não apresentaram alta prevalência na população carcerária estudada, indicando que sua ocorrência não parece estar relacionada ao meio, mas sim às percepções do indivíduo.

Palavras-chave: Depressão; Ansiedade; Detentos; Beck.

PREVALENCE OF DEPRESSION AND ANXIETY IN A PRISONERS

ABSTRACT

The research has the objective to investigate symptoms of depression and anxiety in two groups of prisoners (30 arriving at the penitentiary and 30 olden). A partner-demographic instrument and two scales Beck of depression and anxiety was used to collect the data. The results showed that the prisoners of the two groups presented, in its majority, minimum levels of depression and anxiety, with major presence of indicator in the novices. The difference of means in relation to the depression was significant between the groups, what did not occur in relation to the anxiety. A positive and significant relation ($r=0,583$, $p\leq 0,000$) was found among the levels of depression and anxiety, indicating relation between the two symptoms. We concludes that, as much the depression how much the anxiety, even so considered common perturbation in the population, had not presented high prevalence in the studied jail population, indicating that its occurrence does not seem to be related to the environment, but by individual perceptions.

Keywords: Depression; Anxiety; Prisoner; Beck.

INTRODUÇÃO

O presente estudo trata de uma pesquisa descritiva sobre sintomas de depressão e ansiedade em presidiários. Têm como objetivos avaliar os seus níveis; verificar uma possível relação entre os quadros e formular hipóteses acerca de seu fator etiológico – o meio ou o indivíduo. Estudar essas sintomatologias em presidiários torna-se importante, uma vez que a literatura pontua, segundo Português (2001), que a prisão subjuga o detento ao comando de uma estrutura autoritária e de uma rígida rotina de controle sobre os indivíduos de forma ininterrupta. Nesse sentido, tais fatores, aliados à privação da liberdade, privação do convívio social, mudança de ambiente e tensão, poderiam estar favorecendo a incidência da depressão e ansiedade nesta população.

A situação de privação imposta pelo ambiente carcerário não necessariamente atua da mesma forma em todos os apenados. A vivência de

situações adversas desencadeia, em cada indivíduo, diferentes respostas, reações variadas, algumas adaptativas e outras que os expõem a riscos ainda maiores. O comportamento dos indivíduos perante essas situações irá depender da sua vulnerabilidade (Reppold, Pacheco, Bardagi & Hutz, 2002). A vulnerabilidade pode ser definida como uma predisposição para o desenvolvimento de disfunções psicológicas ou de respostas pouco adequadas à ocasião (Zimmerman & Arunkumar, 1994), entre elas possíveis respostas deprimidas ou ansiosas.

Nas últimas décadas, como afirma Rodrigues (2000), a depressão tem se tornado destaque na psicologia e na psiquiatria, isso é refletido pelo surpreendente número de pesquisas, colóquios e publicações destinadas a tratar este assunto, bem como pelo alto investimento da indústria farmacológica na medicação antidepressiva. Parece provável que nenhum fator isolado pode explicar a ocorrência desse desequilíbrio, mas sim que esta seja o resultado de uma interação entre vários fatores diferentes. Seu início e evolução estão ligados a um

¹ Contato:

E-mail: psi_fabio@hotmail.com

grande número de variáveis biológicas, históricas, ambientais e psicológicas (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1997). Sua importância é tamanha que a Organização Mundial de Saúde (OMS) tem alertado para o fato de que a depressão, que vem sendo considerada a quinta causa de morbidade entre todas as doenças no mundo, passará a ocupar o segundo lugar nessa lista no ano de 2020, se as tendências atuais da transição demográfica e epidemiológica se mantiverem (OMS, 2001).

A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: CID-10 (2008) classifica um quadro depressivo quando o indivíduo apresenta um rebaixamento do humor, redução da energia e diminuição da atividade, alteração da capacidade de experimentar o prazer, perda de interesse, diminuição da capacidade de concentração, associadas em geral à fadiga, mesmo após um esforço mínimo. Observam-se em geral problemas do sono e diminuição do apetite. Existe quase sempre uma diminuição da auto-estima e da autoconfiança e freqüentemente idéias 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 prazer, despertar matinal precoce, várias horas antes da hora habitual de despertar, agravamento matinal da depressão, lentidão psicomotora, agitação, perda de apetite, perda de peso e perda da libido. O número e a gravidade dos sintomas permitem determinar três graus de um episódio depressivo: leve, moderado e grave.

De acordo com a teoria cognitiva, o elemento dos manifestos emocionais e comportamentais da depressão é produzido e mantido por uma avaliação negativa do ambiente e de si próprio. Essa avaliação negativa ocorre porque indivíduos depressivos tendem a distorcer as informações do ambiente de forma negativista. Então, pode-se perceber um círculo vicioso que mescla aspectos neurobiológicos e cognitivos na manutenção da depressão. Lima M., Knapp, Blaya, Quarantini, Oliveira e Lima P. (2004).

Entretanto, apesar do aumento do interesse pelo tema, poucas pesquisas vêm sendo feitas sobre esse transtorno em populações minoritárias, como é o caso dos presidiários, constatação que pode ser confirmada no levantamento de Daniel e Souza (2006), segundo o qual a maioria das pesquisas e dos estudos sobre a depressão desenvolvidos atualmente manifestam a preocupação de verificar qual a freqüência dos transtornos depressivos na população,

quais os fatores de risco, como prevenir que casos menores de depressão evoluam para casos maiores e mais graves e qual antidepressivo apropriado.

Aaron Beck, na década de 60, formulou sua teoria sobre a depressão, afirmando que no conteúdo dos pensamentos e dos sonhos de seus pacientes, aparecia uma tendência para interpretar os acontecimentos de forma negativista (Falcone, 2001). Assim, seu modelo (Beck, 1979) afirma que os indivíduos depressivos desenvolveriam "esquemas" cognitivos na tenra infância e que os predisporiam a interpretações negativas dos eventos vivenciados cotidianamente - referidas como distorções cognitivas ou pensamentos automáticos. Portanto, para Beck, os sintomas depressivos existiriam em funções das interpretações distorcidas dos eventos cotidianos causadas por esquemas cognitivos disfuncionais.

Para Falcone (2001), isso não significa que os pensamentos causam os problemas emocionais, mas sim, que eles modulam e mantêm as relações disfuncionais, independentemente de suas origens. Assim, uma pessoa pode tornar-se deprimida como conseqüência de uma perda pessoal, aliada a uma predisposição genética à depressão. Nesse estado, ela experimentará um modo de pensar negativo o qual afetará a sua motivação e o seu comportamento, perpetuando o quadro depressivo.

Pode-se então perceber que, para os autores acima, o fator mantenedor depressivo parte do indivíduo e da forma distorcida como o mesmo percebe a si mesmo, o futuro e o ambiente. Neste mesmo sentido, Justo e Calil (2006) afirmam que a depressão pode ser desencadeada a partir da influência do meio e dos aspectos sociais, estando esse fator ligado ao modo de apresentação dos sintomas, ou seja, de como cada indivíduo reagirá diante dele.

Segundo Lima (1999), os fatores considerados de risco, seriam os eventos vitais (mudanças identificáveis no padrão de vida que afete o bem estar do indivíduo); estresse crônico (condições que em longo prazo trazem dificuldades, tais como dificuldades financeiras e nas relações interpessoais, além de ameaças permanentes à segurança do indivíduo) e suporte social (fatores sócio-ambientais que podem modificar o efeito de estressores sobre as pessoas, tais como falta do cônjuge e isolamento social). Salienta-se que todos esses fatores encontram-se presentes no ambiente carcerário, reforçando a hipótese de que o índice de depressão nesta população pode ser alto, considerando-se que a maioria dos estudos

epidemiológicos mostra uma associação entre eventos negativos e depressão maior.

Com base nas constatações de evoluções clínicas, o modelo cognitivo desenvolveu sua abrangência ampliada para a formulação de modelos de tratamento de outros quadros, entre eles, a ansiedade, que, ao lado da depressão, embora apresente uma menor prevalência na população em geral, pode causar tantos prejuízos ao indivíduo quanto um episódio depressivo e, por conseqüência, também lhe traz uma série de sintomas indesejados.

A ansiedade também é considerada um estado emocional com componentes psicológicos e fisiológicos, sendo caracterizada por sensações subjetivas de antecipação, medo ou apreensão associadas com graus de grande excitação e reatividade autônoma (Sharma, Andriukaitis & Davis, 1995). É importante ressaltar que a ansiedade faz parte dos sentimentos normais, tornando-se patológica quando a intensidade ou freqüência não corresponde à situação que a desencadeia ou quando não existe um objeto específico ao qual se direcione. Essa classificação vai depender da situação em si, das características do indivíduo e da interpretação que ele faz da situação (Amorim-Gaudêncio & Sirgo, 1999).

De acordo com Gardner e Bell (2001), atualmente, as discussões apresentam definições e conceitos de ansiedade tanto como um sintoma quanto como uma patologia, que envolve aspectos multifatoriais, de caráter somático ou cognitivo. Normalmente, pode manifestar-se em circunstâncias que denotem algum perigo iminente originado por uma situação ameaçadora ou, simplesmente, por alterações em nosso meio ambiente, arroladas no processo de desenvolvimento econômico, social e cultural. Neste sentido, não há como negar a alteração no estilo de vida, rotina e hábitos devidos ao encarceramento.

Para Beck, Emery e Greenberg (1985), a predominância no fluxo dos pensamentos dos pacientes com transtorno de ansiedade relaciona-se ao perigo. Uma vez que estes pacientes superestimam o perigo e subestimam os recursos pessoais para lidar com as situações perigosas, o processamento cognitivo da ansiedade encontra-se na crença de vulnerabilidade do indivíduo, pois os próprios sintomas de ansiedade são decorrentes de uma avaliação de perigo iminente, que pode transformar-se em uma nova ameaça percebida, que por sua vez são interpretadas como um possível sinal de lesão física ou psicológica. Ou seja, de uma forma primária, todas as interpretações e reações de

ansiedade parecem ter base no medo, não sendo claras as distinções elaboradas sobre o medo e a ansiedade, pois os efeitos de ambos aumentam o senso de vulnerabilidade que, por sua vez, aumentam as avaliações de perigo e assim sucessivamente.

Portanto, considerando que cada indivíduo organiza suas percepções e compreende os eventos de uma forma diferente, e que essas regras se ativam em situações que afetam áreas relevantes às vulnerabilidades específicas da pessoa (aceitação-rejeição, sucesso-fracasso, saúde-doença ou ganho-perda), conforme salientado por Beck e colaboradores (1997), pretende-se com este estudo verificar se a privação do convívio social e/ou da liberdade poderia ser considerada mais um fator determinante de sintomas depressivos ou ansiogênicos.

De acordo com Thompson (1976), além da perda da liberdade física, a prisão subjuga o apenado ao comando de uma estrutura bastante rígida e uma rotina autocrática, com a nítida orientação de preservar a ordem, a disciplina, evitar fugas e motins, a organização penitenciária submete o recluso e cerceia quaisquer possibilidades do exercício de sua autonomia. Ao adaptar sua conduta e comportamento às normas e padrões da instituição, o preso gradualmente passa a obter acesso a determinados bens ou prerrogativas na prisão. Certas necessidades, procedimentos ou vontades que, na vida fora da prisão, eram absolutamente corriqueiras, adquirem no interior dela, a qualidade de privilégios (Goffman 1996). Então, quanto maior a intensidade do ajustamento ao sistema social da prisão, maiores são as possibilidades de se alcançar os privilégios de que ela dispõe. Ao contrário, mostrar-se resistente acarreta ao indivíduo punido um maior rigor e endurecimento de seu regime.

Estando presente a possibilidade de diversos fatores desencadeadores da depressão e da ansiedade, e considerando a situação restritiva em que vivem os presidiários, torna-se importante avaliar se este ambiente pode estar associado ou não ao desenvolvimento destes dois quadros. Assim a presente pesquisa buscou responder a um questionamento: estariam os presidiários propensos a desenvolver depressão e ansiedade?

Diante disso, o presente estudo busca avaliar a ocorrência de indicadores de depressão e de ansiedade em uma amostra carcerária, verificando os seus índices de prevalência, possibilidade de relação entre as duas sintomatologias e fatores determinantes desses sintomas na população presidiária investigada.

MÉTODO

Participantes

A pesquisa foi realizada nas duas maiores instituições penitenciárias do Estado da Paraíba. A amostra foi composta por 60 participantes do sexo masculino (30 de cada presídio), com idade entre 18 e 44 anos, média de 28 anos. Os participantes foram subdivididos em dois grupos de “enquadre” diferentes para efeitos de comparação (grupos com 30 participantes cada, sendo 15 de cada presídio). O primeiro grupo foi constituído por apenados recém chegados no presídio (com permanência máxima de 30 dias), portanto classificados como “novatos”; o segundo grupo foi composto por apenados “antigos” que se encontravam no presídio por período superior a seis meses.

O levantamento dos dados sócio-demográficos indicou que em relação ao nível de escolaridade, 18% dos apenados não sabem ler ou escrever, 54% possuem apenas o ensino fundamental menor, seguidos 8% com o ensino fundamental completo, 7% pararam de estudar antes de completar o ensino médio e 13% completaram o ensino médio. Em relação ao estado civil, cerca de 30% afirmaram ser solteiros, 18% casados, 7% divorciados, enquanto a maioria, cerca de 45%, afirmou manter relacionamento estável.

Sobre o motivo dos apenados estarem sendo acusados ou cumprindo pena de reclusão, verificou-se que 17% dos apenados estão sendo acusados de homicídio, 10% de porte ilegal de arma, 50% de roubo ou assalto, 12% de tráfico de entorpecentes, 5% de crimes sexuais e estupro, seguidos de 3% por estelionato e 3% de outros crimes como receptação e contrabando.

Por fim, em relação às visitas, 58,4% dos apenados recebem visitas pelo menos uma vez na semana, 23,3% recebem visitas quinzenais ou mensais, enquanto 18,3% recebem visitas raramente ou não recebem, sendo que 31,7% relatam receberem visitas de seus parentes e esposas, 18,3% disseram receber visitas apenas de suas mães, 15% recebem visitas de suas esposas e 11% são visitados por vários parentes.

Instrumentos

Considerando a importância de Beck no estudo das cognições disfuncionais e sua preocupação com o desenvolvimento e validação de instrumentos que propiciassem maior consistência e adequação diagnóstica, dois instrumentos da sua escala foram utilizados: Inventário Beck de

Depressão - BDI e o Inventário Beck de Ansiedade – BAI, traduzidos e adaptados para o Brasil por Cunha (2001). As escalas incluem a escolha de alternativas que descrevem o que o sujeito tem sentido na última semana, inclusive na data da aplicação. A intenção é que ele aponte um traço mais persistente e não apenas do estado de humor do dia em que foi administrada a escala. Ambas são escalas de auto-relato. Além de um questionário sócio-demográfico.

Questionário sócio-demográfico

Foi composto de dezoito questões, no qual foram coletados os dados básicos para a identificação, idade, estado civil, escolaridade e exercício de profissão antes da pena. Há também questões sobre a situação cronológica do apenado em relação ao tempo de permanência no presídio, histórico e perfil criminal.

BDI- Inventário Beck de Depressão

Compreende uma escala de 21 itens, cada um com 4 alternativas, indicando graus crescentes de depressão, centrando-se em assertivas que expressam, além de sintomas físicos, cognições típicas de pacientes deprimidos. Os itens se referem à tristeza, pessimismo, sentimento de fracasso, insatisfação, culpa, punição, auto-aversão, auto-acusações, idéias suicidas, choro, irritabilidade, retraimento social, indecisão, mudança na auto-imagem, dificuldade de trabalhar, insônia, fadigabilidade, perda de apetite, perda de peso, preocupações com a saúde, perda da libido. O nível de depressão é classificado de acordo com a pontuação total obtida: de 0 a 11 = mínimo, de 12 a 19 = leve, de 20 a 35 = moderado e de 36 a 63 = grave.

BAI – Inventário Beck de Ansiedade

Contém 21 itens, cada um com 4 alternativas, indicando graus crescentes de cada sintoma. Os itens são referentes à dormência ou formigamento, sensação de calor, tremores nas pernas, incapacidade de relaxar, medo que aconteça o pior, atordoamento ou tontura, palpitação ou aceleração do coração, dificuldade de equilíbrio, sentimento aterrorizado, nervosismo, sensação de sufocação, tremores nas mãos, tremores no corpo, medo de perder o controle, dificuldade de respirar, medo de morrer, comportamento assustado, indigestão ou desconforto no abdômen, sensação de desmaio, rosto afogueado e suor. O nível de ansiedade é classificado como: de 0 a 10 = mínimo, 11 a 19 = leve, 20 a 30 = moderado, 31 a 63 = grave.

Procedimento

A pesquisa foi desenvolvida em presídios com regimes similares de segurança com o objetivo de evitar variáveis que pudessem propiciar a mudança de comportamento dos apenados em relação aos sintomas da depressão e/ou ansiedade, neste caso, principalmente em relação aos níveis de liberdade e de convívio social dos apenados.

A pesquisa foi aplicada individualmente em forma de entrevista estruturada, isto se deve aos procedimentos de segurança dos presídios que não permitem a realização de pesquisas com mais de um apenado, além disso, o alto índice de analfabetismo presente na população carcerária impossibilitaria o preenchimento dos instrumentos pelos participantes. Com cada um destes foi realizada uma única sessão, ocasião em que os três instrumentos foram aplicados, em um procedimento que durou aproximadamente 40 minutos. O estudo seguiu os devidos procedimentos éticos para pesquisa, respeitando as condições de

privacidade de identidade e integridade moral dos apenados, tendo sido aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, número do CAAE: 2788.0.000.349-07.

Para a análise dos dados, foi utilizado o programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), programa para análises estatísticas, na versão 15.0. Este programa possibilitou obter as frequências dos dados, bem como médias, e sua comparação através do teste “*t*”, sendo realizada também a correlação de Pearson.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os primeiros dados a serem apresentados referem-se à análise da depressão. Inicialmente foram calculadas as frequências de cada um dos níveis (mínimo, leve, moderado e grave) nos dois grupos de apenados (novatos e antigos), apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1. Nível de Depressão (BDI) - Grupo de enquadre

		Grupo de enquadre		Total
		Novatos	Antigos	
Nível de Depressão	Mínimo	16	22	38
	Leve	9	8	17
	Moderado	4	0	4
	Grave	1	0	1
Total		30	30	60

Ao observar o nível de depressão entre o grupo de enquadre, pode-se constatar que existe uma maior frequência em ambos os grupos no nível “mínimo”, sendo que o grupo dos apenados novatos aponta casos nos níveis, “moderado” e “grave”, enquanto o grupo dos apenados antigos não aponta frequências nesses níveis. Esta constatação revela um decréscimo de casos conforme os níveis que se tornam mais graves. Mesmo se tratando de um estudo transversal, esses dados sugerem uma certa adaptação ao meio perceptível a partir da diminuição de sintomas relatados nos apenados antigos.

Em relação a essa constatação, a literatura demonstra que a depressão, segundo Justo e Calil (2006), pode ser desencadeada a partir da influência do meio e dos aspectos sociais, sendo que, de acordo com Lima (1999), os eventos vitais, como mudanças no padrão de vida, dificuldades financeiras, problemas com relacionamentos, falta de esposa, isolamento social e ameaças permanentes à segurança do indivíduo podem modificar o cenário

das percepções sobre as pessoas e associam-se a maior ocorrência de depressão. Entretanto, esses dados não parecem corroborar em totalidade com o presente estudo, visto que o que se pode observar é que, embora praticamente todos esses aspectos sejam encontrados no ambiente carcerário, baixos índices de depressão foram encontrados, sugerindo o meio apenas como fator ou desencadeador.

Uma segunda análise, com a finalidade de comparar as médias obtidas pelo grupo de novatos e antigos na escala de depressão utilizou o Teste *t* que indicou diferenças significativas de médias entre os grupos ($F=12,135$, $p \leq 0,001$), com o grupo de novatos apresentando uma média mais elevada ($M=13,47$; $DP=8,44$) que o grupo de presidiários antigos ($M=9,23$; $DP=3,98$).

Confirmando este dado, estudo de Boothby e Durham (1999) com o mesmo tipo de participantes (1494 prisioneiros) que responderam ao BDI, mostrou que a média da amostra foi de 12,57 pontos, com a maioria classificada dentro do nível de

depressão mínima. A partir dessa observação, uma alteração no sistema de corte foi sugerida pelos autores, de forma que seriam recomendados, pelo menos, 20 pontos – pontuação mínima do nível moderado no BDI - para que se considere a necessidade de uma avaliação mais completa e intervenção. Isto porque, segundo os autores, relatos de sentimentos generalizados de depressão são comuns entre os prisioneiros, desencadeados por sintomas cognitivos, sintomas vegetativos, sintomas emocionais e sentimentos da punição, de forma que estes fatores poderiam sugerir componentes diferentes da resposta à encarceração.

Outro dado a se considerar é a pontuação média obtida por Cunha (2001) durante estudo de normatização do BDI, realizado em apenados de um presídio de segurança máxima. Este grupo obteve a maior média entre as amostras não-clínicas (16,42 pontos), valor mais elevado que o obtido na presente pesquisa (11,35 pontos), podendo-se atribuir essa diferença ao tipo de regime de segurança do presídio. Entretanto cabe ressaltar que ambos os resultados ainda encontram-se dentro do ponto de corte de normalidade (20 pontos) sugerido por Boothby e Durham (1999)

Uma análise qualitativa realizada a partir dos itens avaliados na BDI aponta, em ambos os grupos (embora havendo leves variações entre eles), baixos níveis de indicadores de depressão nas questões referentes à insatisfação, dificuldade para trabalhar, auto-acusação, retraimento social, indecisão, fadiga, perda da libido e ideação suicida, sendo que este último item apresentou-se mais baixo no grupo dos apenados antigos. Deve-se, entretanto, atentar para o fato de que “dificuldade de trabalhar” pode não ser considerado um item adequado para ser avaliado neste tipo de população estudada, uma vez que é sabido que pouquíssimas são as instituições

prisoniais que oferecem essa possibilidade aos detentos, conquanto também se deve salientar que tal item está contido no instrumento, sendo impossível uma fiel aferição dos resultados com a sua retirada, o que causaria dúvidas em relação à sua validade. Inclusive, pode-se reforçar o fato de que, durante os procedimentos de normatização deste instrumento, também foram realizadas pesquisas com detentos de presídios de segurança máxima, de forma que os detentos eram questionados quanto à capacidade de trabalhar de forma hipotética e não de como ‘estão’ exercendo suas atividades profissionais.

Por outro lado, constata-se níveis elevados nas questões referentes à culpa, autopunição e auto-aversão, sendo importante salientar que, em nenhum dos itens, constata-se um nível mais elevado no grupo dos apenados antigos, em comparação com os novatos. Estes apresentam níveis mais elevados nos itens referentes a sentimentos de tristeza, pessimismo, fracasso, choro, irritabilidade, mudanças na auto-imagem, insônia, perda de apetite, perda de peso e preocupações com a saúde.

Desta forma se pode confirmar, de acordo com Schinohara e Nardi (2001), que os determinantes para o desencadeamento da depressão são as interpretações feitas pelas pessoas desses eventos. Retomam-se também as afirmações de Beck (1979) que defende que o conteúdo dos pensamentos dos indivíduos depressivos apresenta uma tendência para interpretar os acontecimentos de forma negativista. Ou seja, as interpretações seriam os determinantes na produção das emoções negativas experienciadas, constituindo-se, desta forma, o cárcere como uma experiência individualizada.

Em seguida, foi realizada a análise referente à ansiedade, sendo calculada a frequência dos níveis de ansiedade nos grupos de apenados novatos e antigos, apresentada na Tabela 2.

Tabela 2. Nível de Ansiedade (BAI) - Grupo de enquadre

		Grupo		Total
		Novatos	Antigos	
Nível de Ansiedade	Mínimo	13	18	31
	Leve	10	11	21
	Moderado	6	1	7
	Grave	1	0	1
Total		30	30	60

Ao observar o nível de ansiedade, pode-se constatar que existe uma maior frequência de ambos os grupos de enquadre no nível “Mínimo”, sendo

que, nesse mesmo nível, o grupo dos apenados antigos aponta maior frequência em relação ao grupo dos novatos, resultado similar ao ocorrido em relação

à depressão. Também verificar-se um decréscimo de frequência conforme o agravamento de níveis em ambos os grupos. Tais resultados sugerem, mais uma vez, uma adaptação ao meio, que poderia ser expressa por meio da diminuição de sintomas.

Este quadro pode ser explicado, de acordo com Margis, Picon, Cosner, e Silveira (2003), pela relação entre a ocorrência de eventos de vida estressores e o surgimento de sintomas depressivos, sendo que, no entanto, poucos dados são encontrados na literatura em relação a sintomas ansiosos frente a estes eventos. Os autores sugerem que mais estudos de enfoque etiológico sejam realizados, avaliando a relação causal entre a exposição a diferentes eventos de vida estressores e o surgimento de sintomas de ansiedade. O reconhecimento desta relação causal terá implicações práticas tão relevantes como a prevenção de transtornos ansiosos e o estabelecimento de estratégias de tratamento destes.

Embora, de uma forma geral, a média de ansiedade nos presidiários novatos ($M=13,33$) tenha sido mais alta que nos presidiários antigos ($M=8,20$), o Teste t foi empregado com a finalidade de compará-las, não tendo sido observadas diferenças significativas entre os grupos ($F=2,696$, $p \leq 0,106$). Essa média ainda permanece mais baixa do que a pontuada nos processos de normatização do instrumento por Cunha (2001) com reclusos de uma penitenciária de segurança máxima ($M=15,62$ pontos, sendo esta média a maior das amostras não-clínicas). Mais uma vez esta diferença de médias entre as pesquisas pode ser atribuída ao nível de regime prisional, entretanto ainda permanecendo dentro dos limites de normalidade.

A análise qualitativa dos itens da BAI mostra que, mesmo havendo uma leve variação entre os grupos, observam-se baixos níveis de indicadores psicossomáticos de ansiedade nas questões referentes a sintomas como dormência ou formigamento, tremores nas pernas, tontura, palpitação, equilíbrio, sentimento aterrorizado, sensação de sufocação, indigestão ou desconforto no abdômen, sensação de desmaio e afogamento no rosto. Ao passo que foram constatados níveis mais elevados em ambos os grupos nos itens referentes à cognição, como: medo de que aconteça o pior, medo de perder o controle e medo de morrer. Assim como ocorreu nos dados do BDI, mais uma vez, em nenhum dos itens, os apenados antigos apontaram níveis mais altos do que os novatos.

Tal percepção remete novamente à indagação acerca da influência das diferenças individuais, não só no desenvolvimento da sintomatologia depressiva

na população carcerária estudada, como na sintomatologia da ansiedade. No que diz respeito à etiologia dos transtornos de ansiedade, segundo Barbosa e Gaião (2001), pode-se concluir que se trata de uma conduta de inadaptação, predisposta por fatores de ordem ambiental e biológicos. Ainda de acordo com os autores, parece haver uma hegemonia a respeito da etiologia e fatores desencadeantes da ansiedade, pois desde criança, o indivíduo frente a situações estressoras, como separação dos pais e/ou violência doméstica, pode desencadear reações inadequadas compatíveis com a ansiedade. Essas reações são mantidas e possivelmente agravadas por uma combinação das cognições de experiências passadas e pelo componente biológico. Esse último, não pode claramente ser classificado como fator genético ou constitucional, ou seja, ainda não existem estudos que elucidem com veemência se o componente biológico é herdado dos pais, ou se esse transtorno se estrutura no organismo de acordo com o seu desenvolvimento constitucional.

Outra pesquisa que investigou a ansiedade e depressão em pacientes em tratamento ambulatorial (151 homens e mulheres com idade entre 20 e 89 anos) também fazendo uso do BDI e BAI apontou que a amostra apresentou nível mínimo de depressão na sua maior parte (56,3% contra 63% na presente pesquisa) e sintomas de ansiedade também no nível mínimo com índices similares entre as pesquisas (59,6% contra 52% na pesquisa atual). Os autores ainda afirmam que nos pacientes, tanto os índices de ansiedade quanto os de depressão, se distribuíram entre os quatro níveis diferentes, estando mais concentrados no mínimo (Ludwig, Redivo, Zogbi, 2006), exatamente a situação encontrada junto aos apenados. Estas pesquisas, embora realizadas com população diferente, demonstram que cada tipo de ameaça específica aos eventos vitais (mudanças identificáveis no padrão de vida que representam uma ruptura do comportamento usual e afetam o bem estar) também pode atuar de forma diferente na percepção de cada indivíduo.

Por fim, com o objetivo de verificar a existência de relação entre depressão e ansiedade foi realizado o teste estatístico de correlação de Pearson, considerando a amostra total, que apontou correlação significativa ($r = 0,58$, $p \leq 0,001$). Ou seja, quanto maior o nível de depressão, maior o nível de ansiedade. Entretanto, apesar da constatação da relação, no caso específico desse estudo, não se torna possível falar em comorbidade, visto que não foram realizados diagnósticos na amostra estudada,

podendo-se, entretanto, confirmar a existência de relação entre as duas sintomatologias.

Comparação similar foi realizada por Montiel, Capovilla, Berberian e Capovilla, (2005) junto a 20 pacientes com transtorno de pânico, sendo que, após análise de correlação de Pearson entre os escores no Inventário de Depressão de Beck e no Inventário de Ansiedade de Beck, encontraram efeito significativo, com $r = 0,57$ e $p = 0,009$. Tal resultado sugere, segundo os autores, que quanto maior o grau de sintomas de ansiedade, maior tende a ser o grau de sintomas de depressão. Ainda de acordo com os autores, os transtornos depressivos são as comorbidades mais frequentes nos transtornos ansiosos. É importante ressaltar, porém, a natureza correlacional, e não causal de tais achados. Ou seja, apesar de haver uma tendência de que quanto maior a gravidade dos sintomas de ansiedade, maior a gravidade dos sintomas de depressão, não é possível afirmar, puramente a partir destes dados, qual é a causa ou o distúrbio primário (se houver) que leva aos demais distúrbios.

Para Rodrigues-Sacristán (1995), existe uma forte relação entre Depressão e Ansiedade, de forma que a proximidade entre ambas é inegável, havendo inclusive uma supra estrutura psicopatológica que engloba as duas, existindo inclusive uma evidente comorbidade entre elas que pode ser confirmado pela existência, por exemplo, da síndrome ansiosa-depressiva.

Deve-se ressaltar, porém, que apesar da correlação significativa entre presença de sintomas ansiosos e depressivos, esta foi moderada, com o valor de 0,58. Isso indica que, apesar de haver características similares entre os sintomas de ansiedade e os de depressão, uma parte substancial de tais sintomas se diferencia, preservando a individualidade de cada quadro. Em relação a essa discussão, Montiel e colaboradores (2005) afirmam que a associação entre sintomas ansiosos e depressivos não parece ser devida a um funcionamento cognitivo comum, visto que tais quadros estão relacionados a diferentes tipos de funcionamento. Assim, enquanto pacientes ansiosos tendem a focar uma possível ameaça física ou psicológica, pacientes depressivos tendem a focar perdas pessoais e possibilidades de fracassos em suas atitudes. Parece, em vez disso, que os sintomas característicos de depressão são resultantes do sofrimento ocasionado pelos sintomas e comprometimentos gerados pelo quadro de ansiedade.

Beck e colaboradores (1985), afirmam que o problema central dos transtornos de ansiedade não se encontra no nível afetivo, e sim nos esquemas cognitivos relacionados ao perigo, formando-se vários círculos viciosos que mantêm a ansiedade e quando os esquemas de perigo são ativados, as avaliações caracterizam-se por pensamentos automáticos negativos relacionados a catástrofes físicas, individuais ou sociais direcionadas ao indivíduo. É notório que, em instituições penitenciárias, podem-se encontrar elementos como violência e privações que podem, pelo menos, desencadear ou manter esse estado de alerta de perigo, cabendo ainda aos indivíduos, segundo os mesmos autores, ter capacidade de discernimento em avaliar a iminência de perigo de forma real, sem aumentá-la ou subestimar as suas capacidades para lidar com as situações perigosas.

Os resultados puderam constatar a hipótese de que as bases etiológicas dos transtornos de depressão e sintomas de ansiedade, no caso do presente estudo parecem não estar ligadas ao ambiente carcerário, mas esse poderia servir apenas como vetor desencadeante para a ativação dos transtornos ou sintomas em indivíduos com predisposição biológica e que são mantidas de acordo com os pensamentos distorcidos dos indivíduos. Atento a esta predisposição, Gussak (2007) desenvolveu um estudo sobre a importância do tratamento psicoterápico para redução da depressão no ambiente prisional, cujos resultados refletiram uma diminuição significativa em sintomas depressivos naqueles internos participantes. Como sugestão, fica a necessidade de serem desenvolvidos trabalhos similares de identificação desses quadros sintomáticos em ambientes carcerários brasileiros.

CONCLUSÃO

A presente pesquisa permitiu concluir, em primeiro lugar, que a população carcerária estudada não apresentou altos índices de depressão e ansiedade, situando-se em ambos os construtos no nível mínimo. Pode-se ainda perceber que existe uma diferença de média significativa entre os grupos de enquadre (novatos e antigos) em comparação aos níveis de depressão, visto que os apenas novatos obtiveram uma média mais elevada em comparação aos antigos, não sendo verificada essa diferença em relação à ansiedade.

Conclui-se também que, apesar dos baixos níveis, existiu uma correlação entre os sintomas de depressão e a ansiedade, havendo maior frequência

de participantes que apresentaram níveis similares de depressão e ansiedade. Esses dados compartilham com as explicações de Barbosa e Gaião (2001), que afirmam existir uma relação entre os quadros de Ansiedade e Depressão, sendo esta proximidade apontada em outros estudos como comorbidade entre os quadros.

Ainda atendendo os objetivos em relação aos fatores determinantes, conclui-se também que, mesmo havendo uma diferença de média no índice de depressão entre os grupos estudados, os níveis ainda continuaram relativamente baixos, não parecendo ser, neste caso, o ambiente prisional o fator principal dos sintomas depressivos e ansiosos. Os resultados permitem ainda, o levantamento da hipótese acerca das bases etiológicas dos transtornos depressivos e ansiogênicos, que, no caso do presente estudo, não parecem estar ligadas ao meio. Este estaria servindo apenas como vetor desencadeante ao ativar um estado de alerta como resposta ao ambiente, da mesma forma que pode atuar nos indivíduos em situações ou circunstâncias normais ou que não apresentem as sintomatologias em níveis considerados patológicos. Por outro lado pode produzir sintomas não-adaptativos ou disfuncionais em pessoas com predisposição biológica, sendo mantidos por seus pensamentos distorcidos. Esta constatação é explicada pela abordagem cognitivo-comportamental a partir de estudos que evidenciaram que os pensamentos negativos dos pacientes não são apenas um mero sintoma, mas um fator importante na manutenção do quadro clínico, de forma que seu tratamento passaria pela reestruturação desse tipo de pensamento.

REFERÊNCIAS

- Amorim-Gaudêncio, C. & Sirgo, A. (1999). Ansiedade aos exames: um problema atual. *Revista Psico*, 30, 75-80.
- Barbosa, G. A. & Gaião, A. A. (2001). *Apontamentos em psicopatologia infantil*. João Pessoa: Idéia.
- Beck, A. T., Emery, G. & Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective*. New York: Basic Books.
- Beck, A. T., Rush, J. A., Shaw, B. F. & Emery G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: The Guilford Press.
- Boothby, J. L. & Durham, T. W. (1999). Screening for Depression in Prisoners Using the Beck Depression Inventory. *Criminal Justice and Behavior*; 26, 107-124.
- Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: CID-10. (2008). 10ª Rev. 7ª Ed. São Paulo: EDUSP.
- Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Daniel, C. & Souza, M. (2006). Modos de subjetivar e de configurar o sofrimento: depressão e modernidade. *Psicologia em revista (Belo Horizonte)*, 12(20), 117-130.
- Gardner, J. & Bell, A. (2001). *Superando a Ansiedade, o Pânico e a Depressão: novas maneiras de recuperar a autoconfiança*. São Paulo: Madras.
- Falcone, E. (2001). Psicoterapia cognitiva. Em B. Rangé (Org.). *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria* (pp.49-61). Porto Alegre: Artmed.
- Goffman, E. (1996). *Manicômios, prisões e conventos*. Trad. Dante Moreira Leite. 5ª ed. São Paulo: Perspectiva.
- Gussak, D. (2007). The Effectiveness of Art Therapy in Reducing Depression in Prison Populations. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 51(4), 444-460.
- Justo, L. P. & Calil, H. M. (2006). Depressão: o mesmo acometimento para homens e mulheres?. *Revista psiquiatria indivíduo*, 33(2), 74-79.
- Lima, M. S. (1999). Epidemiologia e impacto social. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21(1), 1-5.
- Lima, M. S., Knapp, P., Blaya, C., Quarantini, L. C., Oliveira, I. R. Lima, P. A. S. P. Depressão. Em: Knapp *et al* (Orgs.). *Terapia Cognitivo-Comportamental na Prática Psiquiátrica*. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- Ludwig, M.W.B., Redivo, L. B. & Zogbi, H. (2006). Aspectos psicológicos em dermatologia: avaliação de índices de ansiedade, depressão, estresse e qualidade de vida. *Psicologia*, 7(2), 69-76.
- Margis, R., Picon, P., Cosner, A. F. & Silveira, R. O. (2003). Relação entre estressores, estresse e ansiedade. *Revista psiquiatria Rio Grande do Sul*, 25(1), 65-74.
- Montiel, J. M., Capovilla, A. G. S., Berberian, A. A. & Capovilla, F. C. (2005). Incidência de sintomas depressivos em pacientes com transtorno de pânico. *Revista de Psicologia da Vetor Editora*, 6(2), 33-42.
- Organização Mundial de Saúde. (2001). *Salude mental: nuevos conecimientos, nuevas*

- esperanças. Informe sobre a saúde do mundo. Genebra: OMS.
- Português, M. R. (2001). Educação de adultos presos. *Educação e Pesquisa*, 27(2), 355-374.
- Reppold, C. T., Pacheco, J., Bardagi, M. & Hutz, C. S. (2002). Prevenção de problemas de comportamento e o desenvolvimento de competências psicossociais em crianças e adolescentes: uma análise das práticas educativas e dos estilos parentais. Em: C. S. Hutz (Org.), *Situações de risco e vulnerabilidade na infância e adolescência: aspectos teóricos e estratégias de intervenção* (pp. 7-52). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Rodrigues, M. J. S. F. (2000). O diagnóstico de depressão. *Psicologia USP*, 11(1), 155-187.
- Rodriguez-Sacristan, J. (1995). *Psicopatología del niño y de la adolescência*. Espanha: Publ. Univer. Sevilla.
- Schinohara, H & Nardi, A. E. (2001). Transtorno de ansiedade generalizada. Em: Bernard Rangé (Org.), *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria* (pp.217-229). Porto Alegre: Artmed.
- Sharma, R., Andriukaitis, S. & Davis, J. M. (1995). Estados Ansiosos. Em J. A. Flaherty, J. M. Davis & P. G. Janicak (Orgs.), *Psiquiatria: Diagnóstico e Tratamento*. (2ª ed., pp. 148-153). Porto Alegre: Artes Médicas
- Thompson, A. F. G. (1976). *A Questão penitenciária*. Petrópolis: Vozes.
- Zimmerman, M.A. & Arunkumar, R. (1994). Resiliency research: implications for schools and policy. *Social Policy Report*, 8, 1-18.

*Recebido em setembro de 2008
Reformulado em junho de 2009
Aceito em julho de 2009*

SOBRE OS AUTORES:

Fábio Alves Ferreira Maia de Araújo: Psicólogo formado pelo Centro Universitário de João Pessoa.

Tatiana de Cássia Nakano: Doutora em Psicologia, professora da Pós Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

Maria Lígia de Aquino Gouveia: Doutora em psicologia social, professora orientadora do Centro Universitário de João Pessoa / UNIPÊ.