

BRUNO BORINE



**UNIVERSIDADE
SÃO FRANCISCO**

**ESCALA DE DEPRESSÃO (EDEP) E BATERIA FATORIAL DE
PERSONALIDADE: EVIDÊNCIAS DE VALIDADE**

ITATIBA

2009

BRUNO BORINE

**ESCALA DE DEPRESSÃO (EDEP) E BATERIA FATORIAL DE
PERSONALIDADE: EVIDÊNCIAS DE VALIDADE**

Dissertação apresentada ao Programa
de Pós-graduação Stricto Sensu em
Psicologia da Universidade São
Francisco para a obtenção do título de
Mestre.

ORIENTADOR: PROF. DR. MAKILIM NUNES BAPTISTA

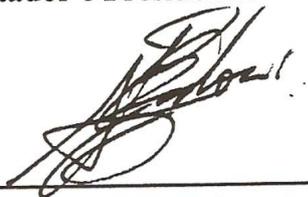
ITATIBA

2009

BORINE, Bruno **“Escala de Depressão (EDEP) e Bateria Fatorial de Personalidade: Evidências de Validade”** Dissertação defendida e aprovada no Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia – Mestrado, da Universidade São Francisco em vinte e sete de agosto de 2009 pela Banca examinadora constituída pelos professores:



Prof. Dr. Makilim Nunes Baptista
Orientador e Presidente.



Prof. Dr. Altemir José Barbosa
Examinador



Prof. Dr. Claudio Garcia Capitão
Examinador

DEDICATÓRIA

Dedico este estudo ao meu orientador Prof. Dr. Makilim Nunes Baptista pelo apoio e confiança depositados em mim, pelo acolhimento após a mudança de orientador e pela orientação clara e profissional. Agradeço a forma descontraída de passar o conhecimento e, principalmente pela amizade que construímos no decorrer do pouco tempo que estivemos juntos e conseguimos estabelecer. Quero que tenha a certeza que levarei este convívio comigo pela vida toda. Através do seu incentivo foram abertos caminhos que sem dúvida, serão os alicerces necessários para minha carreira profissional. Como já expressei anteriormente, o sentimento de admiração que tenho por você enquanto profissional já era grande e agora após nossa convivência maior ainda pelo grande Ser humano que você é.

Dedico ao Prof. Dr. Carlos Henrique S. S. Nunes por estar comigo neste começo da minha caminhada bem sucedida, por ter acreditado em mim e incentivado meu trabalho. Caro professor, amigo é aquele que nos estende o braço nos momentos mais necessários principalmente quando necessitamos fazer as melhores escolhas e, você foi um amigo no sentido mais verdadeiro da palavra, porque me apoiou no momento necessário, momento este que foi um divisor de águas na minha vida profissional.

Dedico a minha família, os meus pais Valmir Borine e Monica Borine e a minha irmã Patrice por acreditar em mim e pelo esforço e dedicação que fizeram para proporcionar a minha formação pessoal e profissional. Agradeço pelo carinho, dedicação e amor incondicional que sempre demonstraram por mim. Este trabalho é uma vitória de todos nós e sem vocês ao meu lado nada disso teria sentido.

Dedico à Rita de Cassia P. Calderani por estar sempre do meu lado me motivando e apoiando nos momentos em que mais precisei. Todo o empenho para a conclusão desta etapa da minha vida com certeza será recompensado.

Agradeço a todos de coração!

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus pela proteção que tem me oferecido e por tudo que tem feito por mim.

Ao meu orientador Prof. Dr. Makilim Nunes Baptista. Tenho muito orgulho da experiência que pude ter de ser orientando por você. Um profissional que considero gabaritado e uma pessoa de muito caráter.

À minha família, meu pai Valmir, minha mãe Monica e minha irmã Patrice pela ajuda, compreensão e incentivo em todos os momentos da minha vida. Amo muito vocês todos.

A minha namorada Rita que sem o seu amor tudo seria mais difícil para mim.

Às minhas avós Terezinha e Esther, meus tios, tias, primos e primas que sempre estiveram atentos na minha caminhada, dando suporte e motivação quando precisei.

Aos meus avôs Walter e Adalto (*in memória*) que estão entre nós, abençoando e protegendo todos que fizeram parte das suas vidas.

À família Calderani pela compreensão e paciência nos momentos difíceis.

À Universidade São Francisco em Itatiba, seus diretores reitores e todos os seus funcionários.

Aos alunos de Psicologia e Arquitetura da Universidade São Francisco que compreenderam a importância da pesquisa e disponibilizaram tempo para a aplicação dos Instrumentos.

A todos os professores da Pós-graduação de Psicologia da Universidade São Francisco, principalmente aqueles que me possibilitaram excelentes aulas em classe, onde pude certamente adquirir o conhecimento necessário.

À professora Dra. Ana Paula Noronha por sua sensibilidade, me oferecendo a oportunidade de participar do projeto “Escolha Certa”, onde pude aprender muito vivenciando experiências importantes.

Ao Professor Fermino Fernandes Sisto que me incentivou a seguir a carreira acadêmica despertando em mim a possibilidade de ir em frente. Recordarei sempre as boas conversas que compartilhamos juntos. Serei sempre agradecido.

Ao Professor Dr. Claudio Garcia Capitão que gentilmente aceitou o convite de participação na banca examinadora. Agradeço seus bons conselhos e incentivos que levarei junto comigo.

Ao Professor Dr. Altemir José Barbosa que esteve presente na banca examinadora com a sua tranquilidade e amabilidade me possibilitando dimensionar a importância da minha pesquisa.

Ao Prof. Dr. Ricardo Primi que com suas aulas elucidativas colaborou para o meu conhecimento sobre os instrumentos de avaliação.

Ao Coordenador do curso de Arquitetura Fernando Atick, pela forma atenciosa que dispensou a mim e também por disponibilizar os alunos de arquitetura para a aplicação da pesquisa.

À professora Cassinha e à professora Maria Eugênia que gentilmente disponibilizaram sua aula no curso de Psicologia para a aplicação dos Instrumentos.

Aos colegas do Laboratório LAPSAM3 Juliana, Adriana, Hugo, Gisele e Mayra pela amizade e sugestões para o trabalho.

Às colegas da secretaria da Pós-graduação Marcela e Ana Paula pelo apoio nos momentos necessários.

Aos amigos André, Ciro, Hélio, Arthur, Rodolfo, Richard, Daniela, Daniel, entre outros que me ajudaram com sua lealdade e companheirismo.

A todos os amigos que de alguma maneira colaboraram para este projeto e que posso não ter citado aqui.

À Coordenação de Aperfeiçoamento do Pessoal de nível Superior (CAPES) pelo apoio financeiro dessa pesquisa.

RESUMO

Borine, B. (2009). *Escala De Depressão (EDEP) e Bateria Fatorial De Personalidade: Evidências de Validade*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia, Universidade São Francisco, Itatiba.

A presente pesquisa visou buscar evidências de validade baseada na relação com outras variáveis para a Escala de Depressão (EDEP) com a Bateria Fatorial de Personalidade (BFP). A EDEP é um instrumento de rastreamento para amostras psiquiátricas e não psiquiátricas construída a partir dos indicadores provenientes dos principais manuais de diagnóstico e classificações de transtornos e doenças mentais, além dos preceitos da Teoria Cognitiva Comportamental. A BFP é operacionalizada no Modelo dos Cinco Grandes Fatores da Personalidade (CGF), que tem sido utilizado amplamente, com grande aceitação no mundo científico e profissional; neste modelo, a personalidade é explicada a partir de cinco fatores amplos, denominados no Brasil como Extroversão, Socialização, Realização, Neuroticismo e Abertura a Novas Experiências. Participaram desta pesquisa 212 pessoas, de ambos os sexos, com idade mínima de 17 e máxima de 58 anos, estudantes universitários dos cursos de psicologia e arquitetura de uma instituição de ensino superior privada do interior do estado de São Paulo. Neste estudo, foi verificada por meio do teste de correlação de Pearson alta correlação positiva entre a EDEP e o fator Neuroticismo e correlação negativa moderada e baixa para a EDEP e os fatores Extroversão, Realização e Socialização da BFP. Adicionalmente foram verificadas relações entre a EDEP e os eventos de vida apresentando correlação baixa e positiva e entre os eventos de vida com os fatores da BFP, sendo apresentada, como principal associação, correlação com magnitude nula e positiva entre eventos de vida e Neuroticismo. Finalmente, foi analisado, por meio do teste *t* de *Student* e ANOVA se havia média para gênero, níveis econômicos, estados civil e idade para os escores da EDEP e da BFP, na qual foi possível observar diferenças de média significativas principalmente para a EDEP e nível econômico, fator Socialização e gênero, e para os fatores Socialização e Extroversão para idade, portanto, esses resultados indicam que os objetivos foram atingidos encontrando-se evidências de validade baseada na relação com outras variáveis para a Escala de Depressão (EDEP).

Palavras-chave: validade, avaliação psicológica, depressão, personalidade.

ABSTRACT

Borine B. (2009). Depression Scale (EDEP) and Battery Factor Personality: Evidence of Validity. Master's Thesis, Program of Pos Graduate Studies Programs in Psychology, São Francisco University, Itatiba.

This paper aimed to find evidence of validity based on the relationship with other variables for Depression Scale (EDEP) with Battery Factor Personality (BFP). The EDEP is a screening instrument for psychiatric samples and non-psychiatric constructed from the indicators from the main manual of diagnosis and classification of mental disorders and diseases in addition to the precepts of the Cognitive Behavioral Theory. The BFP is operationalized in the Model of the Big Five Personality Factors (CGF), which has been widely used, with great acceptance in the scientific and professional. In this model, personality is explained by means of five broad factors, known in Brazil as extroversion, Socialization, Achievement, Neuroticism and Openness to New Experiences. Participants were 212 persons of both sexes, aged 17 and a maximum of 58 years, undergraduate students of psychology and architecture of an institution of private higher education in the state of Sao Paulo. In this study, was verified by means of the Pearson correlation high positive correlation between the EDEP and Neuroticism factor and a negative and moderate to low EDEP and the factors Extraversion, Achievement and Socialization of BFP. Furthermore, the study found links between EDEP and life events and showing low correlation between positive and life events with the factors of the BFP, being presented as the main association, correlation with magnitude between zero and positive life events and Neuroticism. Finally, it was analyzed using the Student t test and ANOVA determined whether there was an average for gender, economic status, marital status and age to scores EDEP and BFP, in which we observed significant differences in average mainly for EDEP and economic status, and gender socialization factor, and the Socialization and Extraversion factors for age, therefore, these results indicate that found evidence of validity based on the relationship with other variables for Depression Scale (EDEP).

Key-words: depression; personality; psychological assessment; validity.

SUMÁRIO

1. AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA	01
2. DEPRESSÃO	06
2.1 Visão geral e histórica.....	06
2.2 Dados epidemiológicos.....	08
2.3 Diagnóstico.....	12
2.4 Fatores de risco.....	15
2.5 Aspectos psicológicos.....	17
2.6 Aspectos gerais das escalas de avaliação de depressão.....	21
3. PERSONALIDADE	24
3.1 Modelo dos cinco grandes Fatores (CGF).....	24
3.2 Construção da Bateria Fatorial de Personalidade.....	30
4. RELAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO E PERSONALIDADE	33
5. OBJETIVOS	39
6. MÉTODO	40
6.1 Participantes.....	40
6.2 Instrumentos.....	40
6.3 Procedimentos.....	47
7. RESULTADOS	49
7.1 Análises descritivas da amostra.....	49
7.2 Análises descritivas da EDEP da BFP e dos eventos de vida.....	55
7.3 Resultados das correlações entre a EDEP e BFP.....	57

7.4 Resultados da correlação dos eventos de vida com a EDEP e BFP.....	61
7.5 Diferenças de média para a EDEP e BFP.....	66
8. DISCUSSÃO.....	78
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	88
10. REFERÊNCIAS.....	91
11. ANEXOS.....	98

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Exemplos das sentenças que compõe a EDEP.....	42
Tabela 2. Os 5 fatores da BFP e suas 17 facetas caracterizadas.....	45
Tabela 3. Exemplos das sentenças que compõe a BFP.....	46
Tabela 4. Frequência - Dados sócios demográficos.....	50
Tabela 5. Frequência - Trabalha atualmente e profissão.....	51
Tabela 6. Frequência - Avaliação diagnóstica para depressão em familiares e o grau de parentesco	52
Tabela 7. Frequência - Avaliação psiquiátrica/psicológica e diagnóstico sugerido	53
Tabela 8. Frequência - Tratamento psicológico atual para depressão e sua duração	53
Tabela 9. Frequência - Tratamento medicamentoso atual para depressão e sua duração	54
Tabela 10. Frequência – Auto percepção do nível de sintomas depressivos.....	54
Tabela 11. Descrição da EDEP, das facetas e dos fatores gerais da BFP.....	55
Tabela 12. Descrição dos eventos de vida.....	56
Tabela 13. Correlação de Pearson entre a EDEP e os fatores gerais da BFP.....	57
Tabela 14. Correlação de Pearson entre a EDEP e as facetas da BFP.....	60
Tabela 15. Correlação de <i>Pearson</i> entre a EDEP e os eventos de vida.....	61
Tabela 16. Correlação de <i>Pearson</i> - Eventos de vida e o fator geral de Extroversão e suas facetas.....	62
Tabela 17. Correlação de <i>Pearson</i> - Eventos de vida e o fator geral de Socialização e suas facetas.....	64
Tabela 18. Correlação de <i>Pearson</i> - Eventos de vida e o fator geral de Realização e suas faceta	64
Tabela 19. Correlação de <i>Pearson</i> - Eventos de vida e o fator geral de Abertura a Experiências	65

Tabela 20. Correlação de <i>Pearson</i> - Eventos de vida e o fator geral de Neuroticismo e suas facetas.....	65
Tabela 21. Teste-t – Diferenças de média para sexo, curso, trabalha atualmente e familiar diagnosticado.....	68
Tabela 22. Teste-t – Pessoas que julgaram ter sintomas depressivos leves, moderados e graves.....	69
Tabela 23. ANOVA para a idade Quartil – Diferença de média	70
Tabela 24. Verificação de diferença de médias para o quartil das idades em relação a faceta interação social do fator Extroversão.....	70
Tabela 25. Verificação de diferença de médias para o quartil das idades em relação à faceta idéia do fator Abertura a Experiências.....	71
Tabela 26. Verificação de diferença de médias para o quartil das idades em relação à faceta idéia do fator Abertura a Experiência.....	71
Tabela 27. Verificação de diferença de médias para o quartil das idades em relação ao fator Extroversão.....	72
Tabela 28. Verificação de Diferença de médias para o quartil das idades em relação ao fator Socialização.....	72
Tabela 29. ANOVA para classe econômica – Diferença de média.....	73
Tabela 30. Verificação de diferença de médias de classes econômicas em relação a EDEP.....	74
Tabela 31. Verificação de diferença de médias das classes econômicas em relação a faceta Sociabilidade.....	74
Tabela 32. Verificação de diferenças de médias das classes econômicas em relação ao fator Extroversão.....	75
Tabela 33. Avaliação diagnóstica de Depressão.....	75
Tabela 34. EDEP – Diferenciação para avaliação psicológica ou psiquiátrica	76
Tabela 35. Faceta Passividade – Diferenciação para avaliação psicológica ou Psiquiátrica	76

Tabela 36. Faceta Depressão – Diferenciação para avaliação psicológica ou Psiquiátrica.....	77
Tabela 37. Fator Neuroticismo – Diferenciação para avaliação psicológica ou Psiquiátrica	77

ANEXOS

ANEXO 1. Questionário de Identificação sócio-demográfico	98
ANEXO 2. Termo de Consentimento livre e esclarecido (primeira via).....	101
ANEXO 3. Termo de Consentimento livre e esclarecido (segunda via).....	103

1. AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

A avaliação psicológica é uma atividade considerada exclusiva do psicólogo Anastasi e Urbina, 2000; Noronha, (2002). O seu objetivo é descrever por meio de diversas técnicas reconhecidas e de uma terminologia específica a melhor compreensão possível dos aspectos relevantes de um indivíduo. A função da avaliação psicológica não é oferecer um simples rótulo, mas sim, descrever por meio de técnicas e de linguagem apropriada, a melhor compreensão de alguns aspectos da vida de uma pessoa, ou de um grupo, Baptista, Morais, Rodrigues e Silva (2006); Tavares (2004).

Noronha (1999) discorre sobre a avaliação psicológica como um processo que pode ou não incluir testes padronizados como um recurso para atingir seus objetivos. O processo avaliativo envolve a coleta das informações, os instrumentos e as diversas formas de medidas para que se possa chegar a uma conclusão, ou seja, a avaliação psicológica pode incluir diferentes procedimentos de medidas, identificação das dimensões específica do sujeito do seu ambiente e da relação entre eles.

Os instrumentos psicológicos são indispensáveis para a obtenção de qualquer tipo de amostras do comportamento, são relevantes para o entendimento do funcionamento cognitivo ou afetivo do ser humano e proporcionam algum tipo de escore que podem ser interpretados Urbina (2007). Sendo mais específico, é necessário para o estudo da depressão e da personalidade algum tipo de instrumento que consiga mensurar características emocionais, motivacionais, interpessoais e de atitudes (Anastasi & Urbina, 2000).

Em 2001 o Conselho Federal de Psicologia (CFP) publicou a resolução nº 025/2001 que regulamenta o uso, a elaboração e a comercialização dos testes psicológicos. Este documento teve a intenção de enfatizar o aprimoramento dos instrumentos e procedimentos técnicos dos psicólogos garantindo assim, a qualidade e a ética em relação à atuação do psicólogo. A resolução enfatiza alguns aspectos como, os requisitos, a fundamentação teórica com a definição dos construtos, apresentação dos dados empíricos da validade e precisão da interpretação dos escores dos testes. Todos os testes devem conter critérios de aplicação, segundo o CFP, há cada 10 anos o teste deve ser submetido há uma revisão, sendo que poderá acarretar em um comprometimento ético se os instrumentos e testes de avaliação psicológica não estiverem de acordo com os requisitos determinados pelo CFP (2001).

A validade é um aspecto fundamental na construção de um instrumento ou teste psicológico e segundo Anastasi e Urbina (2000) é definido como “aquilo que o teste mede e quão bom ele faz isso” (p.107). A validade deve comprovar os objetivos do teste e, neste contexto a validade estabelece alguns princípios básicos como, a orientação teórica sustentável e a ligação entre a teoria psicológica e a sua averiguação por meio de testagem de hipóteses empíricas experimentais (Anastasi & Urbina, 2000)

Os procedimentos de avaliação podem ser de três tipos: 1. validação e descrição do conteúdo, que é o exame sistemático do conteúdo de um instrumento ou teste para saber se ele abrange uma amostra representativa ou um domínio de comportamento a ser medido; 2. validação concorrente e preditiva do critério que indicam a efetividade de um instrumento ou teste para prever o desempenho de um indivíduo em atividades específicas; 3. validação de construto, que é a extensão em que se pode dizer que o teste mede um construto teórico ou um traço Urbina (2007).

Uma das maneiras de buscar validade para o instrumento é por meio da evidência de validade baseada na relação com outras variáveis. Esta validade está relacionada com a importância da análise da relação dos escores de um instrumento com outras variáveis externas, estas medidas externas devem incluir medidas de alguns critérios que o instrumento se propõe a medir, podendo ser outros instrumentos que meçam construtos relacionados ou diferentes. Nesse sentido, as evidências encontradas dentre estes construtos indicariam o quanto esta relação é consistente com o construto que se deseja estudar nas interpretações do instrumento base AERA, APA & NCME, (1999).

A precisão, não menos importante para uma escala, é o nível de confiabilidade do resultado dos testes, a partir da verificação da sua consistência interna e estabilidade. A precisão é caracterizada como estratégias de minimizar o erro de mensuração, sendo assim, uma escala com uma precisão considerada alta, estima os erros que podem ocorrer em uma testagem psicológica. No lado oposto, a precisão baixa de um instrumento caracteriza que este não está conseguindo estimar os erros com eficácia Urbina (2007). Além disso, refere-se à consistência dos escores obtidos pelos mesmos sujeitos quando eles são novamente examinados com o mesmo teste em diferentes ocasiões, ou com diferentes conjuntos de itens equivalentes e/ou sob outras condições variáveis de exame (Anastasi & Urbina, 2000).

Tem-se ainda que a avaliação psicológica é um processo técnico-científico de coleta de dados favorecendo as interpretações de informações a respeito dos fenômenos psicológicos, que são resultantes da relação do indivíduo com a sociedade, utilizando-se, para tanto, de estratégias psicológicas como métodos, técnicas e instrumentos. Os resultados das avaliações devem considerar os condicionamentos históricos e sociais e seus efeitos no psiquismo, com a finalidade de servir como base para atuar não somente sobre o indivíduo, mas também na modificação do meio inserido (CFP, 2003).

Para se alcançar uma estratégia diagnóstica que mantenha um compromisso ético e humanitário, faz-se necessário compreender as técnicas utilizadas, suas funções, vantagens e limitações, respeitando a complexidade de cada técnica do processo de avaliação psicológica e da pessoa submetida a essas técnicas Tavares (2004).

Segundo Noronha e Alchieri (2004), em 1986, um grupo do Conselho Regional de Psicologia do RS (7º Região) formou a Comissão de Métodos e Técnicas Psicológicas e neste ano organizou um evento pioneiro no país, o I Encontro sobre Testes Psicológicos do CRP 07 no Rio Grande do Sul. O objetivo deste evento foi discutir como estava o ensino dos testes no Brasil. O evento tornou-se referência e em 1999 ganhou aceitação internacional. Os temas mais debatidos se referiam às questões de aplicação dos instrumentos, falta de normas e uso indiscriminado dos testes, Alves, (Alchieri & Marques, 2001).

Noronha, Baldo, Barbin e Freitas (2003) apresentaram uma pesquisa de levantamento bibliográfico de 1990 a 2003 sobre os estudos feitos em avaliação psicológica. A partir dos resultados os autores apontaram que há algumas necessidades como, modificações nos currículos de avaliação psicológica, currículo mínimo para a formação, priorização da qualidade de ensino da técnica em detrimento da quantidade de testes estudados e maior aprofundamento teórico no sentido de estabelecer uma relação entre a teoria e a prática.

Um estudo realizado no ano de 2004 por Noronha, Primi e Alchieri (2004), teve como objetivo identificar as principais informações psicométricas a respeito dos instrumentos psicológicos presentes nos seus manuais, tais como editora, data de publicação, variável medida, padronização, validade e precisão, sendo consultados 146 instrumentos de avaliação comercializados no Brasil, por onze editoras. Os resultados

indicaram que somente 28,8% desses instrumentos relataram estudos de precisão, validade e padronização. Isso demonstra a importância do aprimoramento quanto aos estudos e pesquisas de instrumentos confiáveis para avaliação psicológica.

Segundo Gomes (2004), o estudo da história da psicologia no Brasil, em relação à avaliação psicológica, vem recebendo nos últimos anos bastante atenção dos cursos de pós-graduação e também do ensino de graduação. Desta forma foi aberto espaço para o estudo mais aprofundado dentro da grande diversidade do conhecimento em Psicologia, pois, devido às exigências cada vez maiores de aplicações efetivas na área foi necessário um maior aprimoramento.

Para Noronha e Alchieri (2004), o ensino de testes foi um dos pontos de base para a discussão da atividade profissional nos currículos de muitos cursos no Brasil. Segundo os autores, desde a lei 4119 referente à criação dos cursos de Psicologia, a questão dos testes já estava contemplada nas disciplinas de Técnicas de Exame Psicológico, as TEPs como eram denominadas, em que era obrigatório nas instituições e estavam divididas ao longo de um vasto currículo nos cursos do país. Esta cultura dos testes lecionados caracterizava-se como "(...) uma prática a ser aprendida e reproduzida, perpetuava-se mecanicamente no ensino das universidades que multiplicavam a Psicologia pelo país" (Alchieri & Bandeira, 2002, p.3).

Para a melhoria das ressalvas apontadas na avaliação psicológica no Brasil é necessário existir uma boa relação entre o uso dos instrumentos e a formação profissional, sendo importante um bom desenvolvimento do profissional na área em que se deseja avaliar. De acordo com Anastasi e Urbina (2000), tal formação exige um período relativamente longo de treinamento intensivo e de experiência supervisionada para o uso adequado dos testes. O treinamento evita inadequações e falta de conhecimento por

esquecimento de conteúdo ou até mesmo por defasagem na atuação do psicólogo. A preparação na área de avaliação se dá por meio de disciplinas que abordam prioritariamente a técnica de aplicação, correção e interpretação dos instrumentos com base em seu conteúdo e, mais especificamente, em suas características psicométricas.

2. DEPRESSÃO

2.1 Visão Geral e Histórica

Verificando a história dos seres humanos no decorrer da vida observamos que todas as pessoas passam por momentos de dificuldades, perdas de pessoas queridas, um bom emprego, situações ou momentos nos quais se entristeceram, sentiram-se infelizes, porém, o sentimento que vivenciaram é normal e compreensível. Afinal, sentir-se triste, nem sempre significa ser deprimido ou estar num processo patológico.

Segundo Kaplan e Sadock (2003), há cerca de 400 a.C, filósofos e médicos da antiguidade, como Hipócrates e Platão, já escreviam sobre males dos humores ou da alma. Portanto, é um assunto que sempre permeou a humanidade, na busca por fundamento a explicação da tristeza excessiva ou alegria escassa.

Outra corrente com fundamentação em Hegel, Nietzsche e Hurssel defendiam que o humor estava mais relacionado com a consciência moral do homem, tornando o transtorno de humor em um transtorno ético. Defendiam que as funções intelectuais e racionais eram prioritárias sobre as emocionais (Teixeira, 2001).

Na psiquiatria o termo “depressão mental” aparece em 1860, decorrente a uma analogia com o termo cardiológico, que estabelecia uma relação com a redução do

funcionamento do coração, concedendo uma experiência ainda um tanto que subjetiva como um sintoma de adoecimento. Foi constatado então que vivências de indivíduos “normais” poderiam indicar também anormalidades mentais ou mudanças da qualidade e quantidade de emoções e de sentimentos esperado (Teixeira, 2001).

Kaplan e Sadock (2003) relatam que, no início do século XIX, Esquirol descreveu vários quadros delirantes de melancolia. Em 1882, o psiquiatra alemão, Karl Kahlbaum, usou o termo “ciclotimia”, para descrever a mania e a depressão como estágios da mesma doença. No final do século XIX e início do século XX, Kraepelin desenvolveu estudos que tiveram contribuições fundamentais na caracterização dos quadros do humor como entidades nosológicas.

No começo de 1940 foi demonstrada a eficácia do lítio nos quadros de mania aguda e, na década de 50, redobrou-se o interesse pelos aspectos biológicos dos transtornos mentais com a introdução da clorpromazina. Também nesta década, surgem os antidepressivos tricíclicos, tendo por base a ação anticolinérgica. Nos anos 90, a maior ênfase foi dada aos mecanismos nucleares dos efeitos dos antidepressivos e, atualmente, os estudos etiológicos focam o modelo integrativo, ou seja, os aspectos neuroquímicos, neuroimunológicos, psicológicos e ambientais (Kaplan & Sadock, 2003).

Balonne (2004) afirma que a depressão essencialmente um transtorno episódico recorrente, ou seja, que se repete ao longo da existência do sujeito. A depressão altera a maneira que a pessoa vê o mundo e sente a realidade, entende as coisas, manifesta emoções, sente a disposição e o prazer com a vida. Ela afeta a forma como a pessoa se alimenta e dorme, como se sente em relação a si próprio e como pensa sobre as coisas.

Depressão pode ser um sintoma de alguma patologia associada a comorbidade, pode estar ligada aos aspectos cognitivos do sujeito ou ser realmente o centro da patologia, ser

referente ou ainda pode estar associada, em segundo plano, a outras formas de adoecimento físico e psíquico. A depressão como sintoma pode estar associada a quadros clínicos como: transtorno de estresse pós-traumático, demência, esquizofrenia, alcoolismo ou doenças clínicas. No aspecto cognitivo é composta pelas alterações de humor caracterizadas por tristeza, irritabilidade, anedonia, apatia, falha de memória entre outras variedades de aspectos que incluem alterações cognitivas e, por fim, pode ser associada a doenças neuropsiquiátricas, neurológicas e/ou sistêmicas. O indivíduo deprimido pode apresentar alterações bioquímicas que envolvem neurotransmissores como: serotonina, dopamina e noradrenalina, caracterizando o desequilíbrio orgânico (Lafer & Vallada Filho, 1999).

Para Kaplan e Sadock (2003) a depressão é um episódio patológico representado por alguns sintomas que geram sofrimento para a pessoa. Os sintomas mais frequentes são: a perda de interesse ou prazer, distúrbios de sono e apetite, retardo motor, sentimento de inutilidade ou culpa, distúrbios cognitivos, diminuição da energia e pensamento de morte ou suicídio.

Para Beck e cols. (1997), a depressão está envolvida em três aspectos fundamentais da cognição. O indivíduo passa a ter uma visão negativa sobre si mesmo, sobre o mundo, e sobre o futuro. Por meio desta interpretação distorcida da realidade, o deprimido sente-se encurralado, envolvido por situações nas quais só podem ocorrer decepções, sofrimento, desamparo e desesperança.

Nas últimas décadas os profissionais da área da saúde constataram um aumento significativo de pessoas com sintomas depressivos e preocupados com a rápida evolução da doença consideraram a possibilidade de um grande número de pessoas na sociedade sofrerem de sintomas de depressivos. Devido a isso, houve a preocupação de se fazer estudos estatísticos para saber o real número de pessoas com este transtorno de humor.

2.2 Dados Epidemiológicos

De acordo com o relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001) é estimado um aumento significativo de deprimidos nas próximas duas décadas. A depressão representará a segunda enfermidade que mais tempo estará presente na vida das pessoas, podendo ultrapassar as doenças cardiovasculares até 2020. Ela pode ser desencadeada em qualquer faixa etária, tanto em homens quanto em mulheres, sendo responsável por altos custos de tratamentos o que gera grandes prejuízos tanto para o governo como também para a sociedade. Estima-se que existam aproximadamente 450 milhões de indivíduos inseridos em um quadro de transtornos mentais.

O transtorno depressivo é mais comum no sexo feminino, estimando-se uma prevalência do episódio em 1,9% no sexo masculino e em 3,2% no sexo feminino. Em geral, a depressão afeta de 15% a 20% das mulheres e de 5% a 10% dos homens (OMS, 2001).

A depressão grave, enquanto transtorno mental, ocupa uma parcela grande das pessoas que se afastam das atividades educacionais e profissionais, respondendo por 12% do total de afastamento educacional e profissional, gerando um impacto econômico muito grande nas sociedades. Este impacto acarreta não somente prejuízos financeiros como também evasão no sistema educacional e dificuldades nas inter-relações dentro das organizações como um todo (OMS, 2001).

Segundo o Jornal da Associação Médica Americana, os custos diretos e indiretos dos empregados depressivos são de 44 bilhões por ano. Estima-se que 14 milhões de americanos passaram por clínicas com experiência no tratamento de depressão no ano e

2003. O custo para as empresas acaba sendo perdido em dias úteis, pela baixa produtividade dos empregados e o pelos gastos com planos de saúde (King, 2003).

A presença de outros problemas clínicos em comorbidade com a depressão é muito comum. Dos pacientes com depressão atendidos em serviços de saúde primária, 65% apresentam diagnóstico, ao mesmo tempo, de transtorno de ansiedade, transtornos somatoformes ou abuso de substâncias como o álcool. Dentre esses pacientes, 82% apresentam pelo menos um problema médico não psiquiátrico, como hipertensão (50%), artrite reumatóide (23%), diabetes (17%) e cardiopatia (15%). Sintomas físicos múltiplos como dor, fadiga, insônia e alterações gastrointestinais estão fortemente associados a quadros depressivos e ansiosos (Michelon, 2006).

Ayuso-Mateos e colaboradores (2001), por meio do estudo denominado *ODIN (Outcome of Depression Internacional Network)* realizou um estudo epidemiológico com aproximadamente 8.500 participantes da Europa e para avaliação da depressão utilizou o Inventário de Beck Depressão e avaliações clínicas em neuropsiquiatria. O estudo apontou que a prevalência de desordem depressiva na amostra foi de 6,6% dos homens e 10% das mulheres. Outro dado interessante foi que na área urbana foram encontradas maiores taxas de depressão em relação na área rural.

Em um estudo de prevalência realizado com 7000 sujeitos na Holanda foi encontrado 4,3% da amostra com diagnóstico de depressão em um período de seis meses do começo da pesquisa. Deste montante, 30% tinha acompanhamento profissional, neste caso, acompanhamento médico. Esse estudo apresenta que os indivíduos com depressão dependem de uma ampla melhoria no sistema de saúde, principalmente na área de detecção e atuação sobre a doença (Spijker, Graaf, Bilj, Beekman, Ormel, 2002).

Dalgalarrondo (2000) aponta que, no Brasil, em torno de 30% a 50% da população brasileira apresentam durante a vida pelo menos um episódio de algum transtorno mental, dentre estes a depressão que é considerada um problema sério de saúde pública, já que quadros patológicos podem atingir de 2% a 5% da população brasileira. Como ainda não surgiu nenhum tratamento preventivo, os médicos acreditam em uma taxa de cerca de dois milhões de novos deprimidos clínicos no mundo a cada ano, sendo que no Brasil poderá chegar a mais de 10 milhões de indivíduos (Cardoso & Luz, 1999).

Barbosa, Dias, Gaião e Di Lorenzo (1996) desenvolveram uma pesquisa não em âmbito epidemiológico, mas no âmbito infantil que teve como objetivo detectar a taxa de prevalência de sintomas depressivos em escolares da rede particular de ensino, na cidade de Ribeirão Preto. Os sujeitos foram os alunos de 7 a 14 anos e utilizou-se como instrumento o CDI (Inventário de Depressão infantil). Foi aplicado em sala de aula, na presença de um pesquisador e uma professora da escola, em um total de 135 crianças, 44% do sexo masculino e 56% do sexo feminino. A prevalência de sintomatologia depressiva encontrada foi de 1,48%.

Almeida-Filho, Marie, Coutinho, França, Fernandes, Andreoli e Busnello (1992) realizaram um estudo de morbidade psiquiátrica de adultos em três áreas urbanas brasileiras (Brasília, São Paulo e Porto Alegre), tendo como objetivo estimar as prevalências globais de distúrbios psiquiátricos (EPG) na população e estimar as prevalências de demanda potencial (DPE) de serviços destinados a tratamento dos distúrbios psiquiátricos. O estudo foi realizado com 6.470 participantes maiores de 15 anos. Foi aplicado um instrumento de triagem (QMPA) para juntamente com o DSM III diagnosticar os casos e os não casos. Como resultados, encontraram que as estimativas de demanda potencial (DPE) variaram de 20% a 35%, enquanto que as taxas de prevalências globais (EPG), incluindo qualquer nível

de sintomatologia, situaram-se entre 30% e 50%. Os achados por grupo diagnóstico mostram que ansiedade e fobias constituem os principais problemas de saúde mental da população urbana brasileira, com EPG variando de 8% a 18% e DPE de 5% a 12%. Apontou também uma prevalência (em 30 dias) em casos de depressão em Brasília de 2,8% e, em São Paulo de 1,9 %.

Observa-se que existe uma preocupação por parte da Organização Mundial da Saúde em relação ao aumento de casos de depressão no mundo nas últimas décadas e aparentemente esse aumento é estimado para as próximas décadas também. Sendo necessária para combater tal situação uma maior divulgação na mídia, maior conhecimento dos sintomas depressivos na população em geral e, principalmente, aumentar a capacidade dos profissionais no diagnóstico da depressão (Baptista, 2004).

2.3 Diagnóstico

Apesar das características mais típicas dos estados depressivos serem os sentimentos de tristeza ou vazio, nem todos os pacientes relatam tais sensações. Para chegar-se a um diagnóstico de depressão é necessário um trabalho que considere os sintomas psíquicos, fisiológicos e evidências comportamentais.

A depressão é diagnosticada a partir da presença de determinados sintomas que se manifestam numa certa duração, frequência e intensidade. Nos manuais psiquiátricos mundialmente reconhecidos e atualmente em vigor o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-IV-TR (APA, 2002) e pela Organização Mundial de Saúde CID-10 (OMS, 1993), descrevem minuciosamente. Reservando um item dentro da nosografia – os "Transtornos do Humor" (DSM-IV) ou "Transtornos Afetivos" (CID-10).

O Critério de Diagnóstico para a classificação do episódio depressivo pelo CID 10 também utilizado pela Associação Médica Brasileira apresenta três sintomas fundamentais e sete sintomas acessórios (OMS, 1993).

1. Sintomas típicos: a) Humor deprimido; b) Perda de interesse; c) Fatigabilidade.

2. Sintomas Adicionais: a) Concentração e atenção reduzidas; b) Auto-estima e autoconfiança reduzidas; c) Idéias de culpa e inutilidade; d) Visões desoladas e pessimistas do futuro; e) Idéias ou atos auto lesivos ou suicídio; f) Sono perturbado; g) Apetite diminuído.

Convencionalmente fala-se em depressão quando estão presentes pelo menos cinco dos seguintes sintomas, por pelo menos duas semanas (APA, 2002; OMS, 1993), humor depressivo, perda de interesse ou prazer (um destes dois ou ambos são obrigatórios), perda ou ganho de peso significativo, insônia ou hipersonia, agitação ou retardo psicomotor, fadiga ou perda de energia, sentimento de inutilidade ou culpa excessiva, indecisão ou capacidade diminuída de pensar e pensamentos de morte recorrentes. A OMS (1993) com base no CID -10 classifica como depressão grave (três sintomas típicos e quatro adicionais), moderada (dois sintomas típicos e três adicionais) e leve (dois sintomas típicos e dois adicionais - nenhum em grau acentuado)

Segundo Del Porto (1999), os sintomas no plano psíquico, fisiológicos e comportamentais podem ser:

1. Sintomas psíquicos: a) Humor depressivo: sensação de tristeza, auto desvalorização e sentimentos de culpa. Geralmente os pacientes trazem sentimentos de que os objetos e pessoas lhes parecem fúteis, minimizando sua importância. Descrevem que perdem a capacidade de prazer e alegria aparentando um grande vazio. As crianças e os

adolescentes têm comportamentos de irritabilidade ou explosões de raiva e agressividade. Já os adultos relatam uma apatia, ou seja, uma indiferença em relação aos ganhos e perdas; b) Redução da capacidade de experimentar prazer na maior parte das atividades, antes consideradas como agradáveis. O doente perde o interesse por atividades sociais; c) Fadiga ou sensação de perda de energia: A pessoa pode relatar fadiga persistente, mesmo sem esforço físico, e as tarefas mais leves parecem exigir esforço substancial, lentificando-se o tempo para a execução das tarefas; d) Diminuição da capacidade de pensar, de se concentrar ou de tomar decisões. Decisões antes quase automáticas são difíceis no presente. Um paciente pode demorar a terminar um simples relatório, pela incapacidade em escolher as palavras adequadas. O curso do pensamento pode estar notavelmente lentificado.

2. Sintomas fisiológicos: a) Alterações do sono (mais freqüentemente insônia, podendo ocorrer também hipersonolência). A insônia é, mais tipicamente, intermediária (acordar no meio da noite, com dificuldades para voltar a dormir), ou terminal (acordar mais precocemente pela manhã). Pode também ocorrer insônia inicial. Com menor freqüência, mas não raramente, os indivíduos podem se queixar de sonolência excessiva, mesmo durante as horas do dia; b) Alterações do apetite (mais comumente perda do apetite, podendo ocorrer também aumento do apetite). Muitas vezes a pessoa precisa esforçar-se para comer, ou ser ajudada por terceiros a se alimentar. As crianças podem não ter o esperado ganho de peso no tempo correspondente. Algumas formas específicas de depressão são acompanhadas de aumento do apetite, que se mostra caracteristicamente aguçado por carboidratos e doces; c) Redução do interesse sexual.

3. Evidências comportamentais: a) Retraimento social; b) Crises de choro;

c) Comportamentos suicidas; d) Retardo psicomotor e lentificação generalizada, ou agitação psicomotora. Certos pacientes se referem à sensação de peso nos membros, sente-se pesados demais.

A depressão é considerada uma condição crônica. Frequentemente é apresentada acompanhada de sintomas físicos e de humor deprimido. Nesses casos recomenda-se um aconselhamento de suporte com uma psicoterapia e a psicofarmacoterapia. A recorrência aumenta com o número de episódio depressivo, as vezes exigindo a manutenção da medicação por tempo indeterminado. Já no caso de depressão leve e moderada pode ser conduzida por psicólogo, que logicamente deve estar atento aos sintomas e a qualquer sinal de agravamento da situação (Rakel, 1999).

Levando-se em consideração que os sintomas depressivos causam sofrimento as pessoas acometidas deve haver uma preocupação por parte dos profissionais da área de saúde em estudar os possíveis fatores de risco para a depressão, tornando cada vez mais o trabalho preventivo em vez de emergencial. Estes fatores geralmente são a idade, o gênero, fatores socioeconômicos, eventos de vida entre outros.

2.4 Fatores de Risco

Com relação ao gênero, o estudo da Área de Captação Epidemiológica do Instituto Nacional de Saúde Mental dos Estados Unidos (ECA) demonstra que as mulheres apresentam cerca de duas vezes mais depressão do que homens, não por ser um fator de risco puro e simples, mas sim pelo ambiente e suporte social na maioria das culturas serem diferenciados em relação ao homem. As mulheres têm a característica de ruminar mais seus próprios problemas e pensamentos negativos o que aumenta a chance da depressão (Lima, 1999).

Mari, Almeida-Filho, Coutinho, Andreoli, Miranda e Streiner (1993) relatam que a idade é um fator de risco para o começo dos transtornos depressivos, situando entre 20 e 40 anos, apesar de a depressão também ocorrer na infância. De forma similar ao sexo, também não há porque pensar que a idade seja um fator de risco isoladamente. Fatores sociais podem colocar as pessoas mais jovens em maior risco, da mesma forma que a predisposição biológica para depressão maior pode aumentar com a idade. Estudos brasileiros conduzidos na comunidade sugerem que transtornos mentais comuns, como ansiedade, depressão e transtornos somatoformes, aumentam com a idade (Baptista, Baptista & Dias, 2001).

Fatores socioeconômicos também aparecem como fator de risco para depressão, pessoas com baixa escolaridade e renda apresentam maiores prevalência de transtornos mentais. As pessoas com depressão maior apresentam menor escolaridade e situação econômica inativa do que aquelas sem a depressão ou outro transtorno mental (Lima, 1999).

Áreas de residência parece ser um fator de risco a se considerar, o estudo ECA sugere que a ocorrência de depressão maior é cerca de duas vezes menor em comunidades rurais, o que poderia estar relacionado à maior integração e menor estresse nesses locais. Essas diferenças seriam maiores entre os jovens (abaixo de 45 anos de idade). Nesse estudo, tais diferenças permaneceram mesmo após controle de fatores de confusão, tais como raça, situação conjugal, idade e situação socioeconômica (Lima, 1999).

Com relação à situação conjugal, a depressão parece ser mais freqüente entre pessoas divorciadas ou separadas, do que entre solteiros e casados. Viuvez recente está associada à alta ocorrência de depressão. Esses riscos parecem variar de acordo com o sexo. Mulheres solteiras parecem ser menos suscetíveis à depressão do que casadas. Com os

homens ocorre a situação oposta. As pessoas que moram sozinhas parecem estar em maior risco para depressão: quanto maior o número de pessoas que moram no domicílio, menos a chance de apresentar depressão (Lima, 1999).

Mudanças identificáveis no padrão de vida, o que se pode chamar de *eventos vitais*, que representam uma ruptura do comportamento usual e afetam o bem estar do indivíduo. A maioria dos estudos epidemiológicos mostra uma associação entre eventos negativos e depressão maior (Lima, 1999). O estresse crônico é uma condição que em longo prazo traz dificuldades, financeiras e nas relações interpessoais, sendo uma ameaça permanente à segurança do indivíduo (Gomide, Salvo e Pinheiro, 2005).

Fatores sócios ambientais podem modificar o efeito de estressores sobre as pessoas. Considera-se suporte social uma série de fatores protetores significantes e apropriados, que o ambiente é capaz de prover aos indivíduos, habilitando-os a lidar com estressores ambientais. O suporte social pode ser concebido a partir de quatro componentes: rede social, interação social, suporte social percebido, e suporte instrumental. Estudos epidemiológicos mostram que fatores como falta de esposo (a), isolamento social, e falta de uma pessoa confiante associam-se a maior ocorrência de depressão maior (Baptista, 2004).

É importante salientar que os fatores acima citados formam uma rede causal, sendo que cada fator não apenas afeta diretamente o indivíduo, como também interage com os demais. No estudo ECA, por exemplo, os resultados das análises demonstraram que a depressão é mais freqüente entre jovens, mulheres e pessoas que moram na zona urbana, mesmo quando outros fatores sócio demográficos são considerados (Lima, 1999).

Dentro deste quadro, em que pessoas de diversas idades apresentam depressão, os psicólogos utilizam seus conhecimentos a respeito dos aspectos psicológicos da depressão

para favorecer a compreensão do transtorno. Deve-se considerar a importância dos aspectos psicológicos já que a cognição do indivíduo pode ser determinante para a doença.

2.5 Aspectos psicológicos

Dentro das abordagens psicológicas a cognitiva comportamental vem se destacando no estudo e tratamento da depressão. A teoria cognitiva descreve que os afetos são secundários a depressão. O crescimento da importância dos componentes cognitivos na depressão ocorreu com os trabalhos de Beck que mencionou o fator cognição determinante para a doença. Para o autor, a cognição é elemento essencial na patologia e as construções negativas dos pensamentos é o fator desencadeante da sintomatologia na depressão (Beck, 1982).

Bandura (1979), destaca que pessoas deprimidas apresentam expectativas de desempenho excessivamente elevadas, o que as conduz a experimentar pouco sucesso e muitos fracassos, induzindo-as a prestar atenção seletiva aos eventos negativos, tendendo à auto-avaliação negativa. Lembra ainda que existe o ciclo vicioso dos deprimidos, uma vez que as pessoas depressivas, estando pessimistas, facilmente despertam rechaço ou rejeição o que intensifica sua auto desaprovação, tornando-as mais negativas e assim alimentando o ciclo doentio.

Seligman 1977, em sua teoria do desamparo aprendido, colabora com os conceitos cognitivistas por meio da compreensão do aprendizado da impotência perante os acontecimentos, que se estabelece em determinadas pessoas no início da vida, sendo responsável pela representação cognitiva de fracasso existente nos pacientes deprimidos.

Beck (1982) teoriza a necessidade da existência de uma predisposição cognitiva para a depressão que se originaria nas experiências iniciais das pessoas, formando os conceitos ou esquemas negativistas sobre si mesmas e sobre a vida. Esses esquemas disfuncionais depressogênicos ficariam latentes, podendo se manifestar quando os indivíduos passassem por vivências semelhantes às iniciais, que foram responsáveis pela aprendizagem da atitude negativista.

Shinohara (1998) propõe que os esquemas disfuncionais dos pacientes depressivos têm origem nas experiências de perdas ou desapontamentos durante a infância ou adolescência, causando distorções que moldam a percepção da realidade dentro de um aspecto negativista. A experiência pessoal forma pressupostos cognitivos que estabelecem sistemas de valores e crenças que, por sua vez, dão sentido e previsão aos acontecimentos. Devido à forma e intensidade das experiências iniciais, alguns desses pressupostos podem ser disfuncionais, que por si só não causam a depressão, mas, uma vez ativados, desencadeiam os chamados pensamentos negativos automáticos que interferem diretamente na interpretação de tudo que ocorre com os indivíduos, desencadeando uma distorção patológica de um processo que existe em qualquer pessoa.

O modelo cognitivo propõe três conceitos clássicos para explicar o substrato psicológico da depressão: a tríade cognitiva, os esquemas cognitivos disfuncionais e as distorções ou erros cognitivos. A tríade cognitiva consiste no fato de o paciente apresentar uma visão negativa e persistente em relação a três aspectos fundamentais que são: sobre si mesmo, sobre o mundo e sobre o futuro. Por meio dessa interpretação errônea, o deprimido sente-se encurralado, envolvido por situações nas quais só podem ocorrer decepções, sofrimento, desamparo e desesperança (Bahls, 1999).

Beck, Rush, Shaw e Emery (1997) relacionam vários sintomas depressivos como consequência dessa visão negativista tríplice. Os esquemas cognitivos dizem respeito à forma sistemática como a pessoa interpreta as situações adequando-as a suas referências vivenciais e também designam padrões estáveis que categorizam e avaliam as experiências. Na organização estrutural do paciente deprimido, esses padrões estáveis, que servem de base para transformar os dados em cognições, encontram-se disfuncionais gerando percepções distorcidas da realidade (Goldrajch, 1996). O paciente perde grande parte do controle sobre seus pensamentos e não se acha em condições de utilizar outros esquemas que melhor se adaptem às situações. À medida que a depressão se intensifica mais automático se torna o pensamento. A pessoa pode vir a ser então inteiramente dominada pelo esquema disfuncional, ficando a organização cognitiva autônoma e independente de fatores externos (Ito, 1998).

Os erros cognitivos representam as distorções que acontecem no processamento das informações, no sentido de adaptar a realidade aos esquemas negativistas. São erros sistemáticos que reforçam a crença do paciente em seus conceitos depressivos. Esses pensamentos ocorrem automaticamente, parecendo óbvios e naturais ao paciente (Beck, 1982).

Beck, Rush, Shaw, Emery (1997) pensavam que a depressão se caracteriza por uma distorção da natureza humana. Segundo os autores, a organização cognitiva da pessoa deprimida sofre uma revolução cognitiva a qual produz a inversão no modo de interpretar a realidade. Uma das características do paciente severamente deprimido é a desatenção em relação a informações ambientais, tendendo a perseverar em temas pessimistas.

Para Ferster (1973), as pessoas deprimidas apresentam como características a perda de certos tipos de interesse em atividades habituais associadas a aumento dos

comportamentos como: choro excessivo, queixas, irritabilidade e autocrítica. Este comportamento é modificado pela baixa frequência de reforçamento positivo associado ao aumento de frequência do reforçamento negativo. O autor acredita que os estímulos positivos geram respostas corporais condizentes com sensações agradáveis ou prazerosas em contra partida os reforços negativos desestimulam o sujeito gerando um desprazer nas atividades. O autor se refere ainda os comportamentos de fuga e esquiva são causados por condições aversivas. Estas esquivas podem ser evidenciadas em situações que o indivíduo não tem repertório comportamental para enfrentar tal situação. Além disso, é necessário compreender que para cada indivíduo existe uma relação funcional entre o comportamento e o ambiente, podendo os dois modelar e manter a depressão.

A terapia cognitiva comportamental utiliza um conjunto de procedimentos clínicos de intervenção terapêutica frente a transtornos psicológicos e/ou psiquiátricos e que em muito contribui para o tratamento de transtornos humor (afetivos) unipolares: A depressão (Caballo, 2002). Entretanto, para a avaliação da depressão é necessário mais que uma teoria bem alicerçada, são necessários outros instrumentos que possibilitem investigar com maior validade e precisão a amostra do comportamento, dentre os quais se destacam as escalas, os testes e os inventários de depressão.

2.6 Aspectos gerais das escalas de avaliação de depressão

Dentre as escalas existentes para a avaliação de depressão há três tipos, as escalas de auto-avaliação que são aplicadas por um observador, as de avaliação global e as mistas que utilizam o observador e também a auto-avaliação. Estas escalas necessitam de um conhecimento prévio do próprio paciente ou de um observador profissional, para que assim,

seja realizado um julgamento padronizado que permita análises estatísticas da amostra do comportamento do indivíduo (Calil & Pires, 1998).

As escalas de auto-avaliação merecem uma maior consideração, uma vez que apresentam algumas vantagens no uso em pacientes com transtornos de humor, pois os mesmos estão numa posição única para fornecer informações sobre seus próprios sentimentos. A avaliação objetiva, como questionários, escala de auto-avaliação e inventários são métodos que reduzem a subjetividade e a interferência pessoal do profissional que está realizando a aplicação. Estes instrumentos são de fácil aplicação, correção e considerados econômicos, pois requerem um treinamento mais simples para o aplicador (Calil & Pires, 1998).

Existem varias escalas de depressão que são utilizadas no mundo de auto-avaliação e mistas (hetero-aplicativas), tais como a Escala de Depressão de Hamilton (HDRS), a *Montgomery Asberg Depression Scale (MADRS)*, a Escala de Rastreamento Populacional para Depressão (*Center for Epidemiologic Studies Depression Scale – CES-D*), Escala de Depressão de Beck (BDI), Escala de Auto-Avaliação da Depressão de Zung, Inventário de Auto-Avaliação de Wakefield, Escala de Avaliação da Depressão de Carrol (Baptista, Souza e Silva Alves, 2008; Calil e Pires, 1998).

Estes instrumentos de avaliação dos sintomas depressivos, na verdade, dependem das várias categorias de sintomas que serão incluídos nos itens de cada escala, sendo exatamente nisso que as mesmas se diferenciam. Estas categorias estão relacionadas a fatores relacionados ao humor, ao sistema vegetativo, a parte psicomotora, a área social, a aspectos cognitivos, a ansiedade e a irritabilidade (Calil & Pires, 1998).

A HDRS é uma das escalas mais utilizadas mundialmente e uma das mais importantes levando-se em conta que muitas escalas são modificações da mesma. É uma

escala que é sensível na avaliação da gravidade dos sintomas de modo que as escalas desenvolvidas posteriores são comparadas a ela no quesito da validade e precisão. Apesar do instrumento ser construído para verificar a gravidade de um número grande de sintomas depressivos o aspecto somático e cognitivo são os mais focalizados (Calil & Pires, 1998).

A MADRS foi construída depois da HDSR e de outras que se seguiram. Ela é uma escala considerada simples, que no seu desenvolvimento teve por objetivo mensurar as variações do estado clínico do paciente servindo para avaliar a resposta terapêutica. Tem seus itens em sua maioria focados no humor, no sistema vegetativo e nos aspectos cognitivos (Calil & Pires, 1998).

Um instrumento particularmente adequado para uso com pacientes psiquiátricos é o BDI, porém, tem sido amplamente usado na clínica, em pesquisa com pacientes não psiquiátricos e na população geral. Ele é composto por 21 itens focalizado em sua maioria em aspectos cognitivos e vegetativos (Baptista, Souza e Silva Alves, 2008; Gorestein e Andrade, 1998).

As Escala de Auto-Avaliação da Depressão de Zung e a Escala de Avaliação da Depressão de Carrol focalizam seus itens em sua grande maioria em aspectos cognitivos e vegetativos. O Inventário de Auto-Avaliação de Wakefield tem a construção dos seus itens direcionados em sua maioria nos aspectos vegetativos, de humor e de ansiedade (Calil & Pires, 1998).

Além destas, a CES-D é um instrumento de rastreamento reconhecido como um recurso rápido, simples e útil para a identificação de sintomas depressivos ou de vulnerabilidade à depressão. Ela não se constitui num instrumento diagnóstico no sentido estrito, mas funciona como um indicador da possível presença de depressão, que deve ser avaliada por critérios clínicos, bioquímicos e psicossociais, para que se possa fazer uma

afirmação mais segura sobre sua presença ou ausência. Existem ainda escalas específicas de uma população alvo, a *Children's Depression Inventory (CDI)* que avalia depressão entre 6 a 16 anos e a Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage, usada para medir a depressão em idosos (Batistoni, Neri e Cupertino, 2007).

É importante ressaltar que cada escala tem sua construção pautada e focalizada em diferentes aspectos, portanto, uma escala que tem a maioria dos seus itens relacionados ao aspecto cognitivo logicamente vai ser mais sensível na captação de sintomas relacionados à cognição, outras escalas podem ser sensíveis na captação de sintomas psicomotor, vegetativo, de ansiedade entre outros. É difícil avaliar qual instrumento consegue mensurar melhor a depressão já que o enfoque de cada instrumento pode ser diferenciado.

3. PERSONALIDADE

3.1 Modelo dos Cinco Grandes Fatores (CGF)

Assim como a depressão as discussões acerca da personalidade têm sido constantes ao longo da história da Psicologia, resultando em várias teorias que procuram conceituá-la. Segundo Hall, Lindzey e Campbell (2000), a personalidade pode ser explicada de maneiras distintas por quatro correntes teóricas. As teorias psicodinâmicas que enfatizam os motivos inconscientes e os conflitos intrapsíquicos do ser humano; as teorias estruturais que focalizam as diferentes tendências comportamentais que caracterizam os indivíduos; as teorias experienciais que observam a maneira pela qual a pessoa percebe a realidade; e, por fim, as teorias da aprendizagem que enfatizam a base aprendida das tendências de resposta.

É interessante observar que estas teorias incluem conceitos que explicam a coerência do comportamento, sendo estes aspectos mais duradouros, que possibilitam o estudo da personalidade humana. Para as teorias, independentemente de quais sejam as origens dos estímulos apresentados, as unidades principais do comportamento ao longo do tempo sempre são mantidas, caracterizando, assim, uma identidade individual (Bazi, 2000). Pode-se considerar então que a consistência no comportamento dos sujeitos define as “características psicológicas” que vão demonstrar formas de pensar, sentir e atuar com as pessoas (Eysenck & Long, 1998).

Allport (1973) acreditava que a forma mais adequada de análise da personalidade humana requer a identificação de princípios gerais de desenvolvimento, organização e expressão das características estáveis das pessoas, sem esquecer que a propriedade mais notável do homem é sua individualidade. A personalidade para esse autor é uma organização dinâmica do indivíduo relacionada aos sistemas psicológicos e físicos, que determinam o seu comportamento e o seu pensamento.

Os Traços de personalidade são considerados por alguns pesquisadores como uma das principais unidades da personalidade, tendo papel preponderante na forma de agir, pensar e sentir de determinada pessoa, emergindo de tal descrição uma visão geral do comportamento típico do indivíduo (Allport, 1973; Goldberg, 1990; Pervin, 1978).

Allport (1973), em seus estudos, definiu traço como sendo as unidades estruturais da personalidade. Tal definição pode ser realizada por meio da análise semântica de 1.800 palavras (sobretudo adjetivos). Estas palavras são sujeitas a análises estatísticas (análise fatorial) e reduzidas a fatores que são amplamente aceitos. Ainda segundo este autor, deve-se evitar a multiplicidade desnecessária de conceitos; assim os fatores são muito mais

aceitos usando o menor número de conceitos para descrever a multiplicidade dos fenômenos.

Eysenck (1993), foi um dos maiores defensores da teoria de traços, o autor apresentou diversos estudos sobre os mesmos e os conceituou como sendo certas tendências que são percebidas nos processos de modificações e reorganizações da personalidade que diferenciam um sujeito do outro. Nesse contexto, cada pessoa deve lidar com seus motivos e com as influências ambientais, com vistas a reajustar seu comportamento caso necessário por conta de situações inesperadas que aparecem durante a vida. Sua teoria considera a personalidade como uma hierarquia de traços, definindo-os como tendências duradouras, modos de comportar-se em uma diversidade de situações.

De acordo com John, Angleitner e Ostendorf (1988), Cattell produziu 35 variáveis que ele próprio considerava mais importantes a partir do trabalho de Allport sobre os termos relevantes da personalidade e sua categorização em traços, estados, papéis e tendências. Cattell foi o primeiro a analisar um grande conjunto de medidas de traços da personalidade, e utilizando a análise fatorial, chegou a uma solução de 16 fatores que procuravam explicar o construto. O sistema de Cattell baseou-se nas descrições de personalidade obtidas por meio de entrevistas, questionários e avaliações entre pares, sendo atribuído ao autor o desenvolvimento de uma metodologia que permitiu agrupar de forma objetiva centenas de descritores de traços (Digman & Inouye, 1986).

Vale destacar que os métodos de análise fatorial utilizado por Cattell eram limitados e pouco sofisticados. As análises fatoriais eram feitas manualmente. Talvez, por isso, o modelo tenha permanecido extenso com 16 fatores (McCrae & John, 1992). Contudo, com o avanço das técnicas fatoriais e da computação, métodos mais sofisticados de localização e extração de fatores foram sendo desenvolvidos, e com isso, gradativamente, chegou-se na

formulação mais aceita atualmente, na qual a personalidade é explicada a partir de cinco grandes fatores (Hutz e cols, 1998; John, Angleiter e Ostendorf, 1988).

O primeiro a apresentar em 1930 uma explicação teórica da personalidade a partir dos cinco fatores foi McDougall que teve seu trabalho discutido no meio acadêmico chamando a atenção de Thurstone que começou a desenvolver pesquisas empíricas para verificar se o modelo realmente era viável (Nunes, Hutz e Nunes, 2008).

Apesar dos estudos pioneiros de McDougall e Thurstone, foram necessários aproximadamente 50 anos para que os pesquisadores da personalidade dessem a devida atenção aos cinco fatores. A maioria dos pesquisadores estava impressionada com o resultado atingido por Cattell e não mostrava interesse nos estudos realizados por McDougall que já havia atingido os cinco fatores. Esta situação era esperada já que os estudos feitos por Cattell repercutiam em maior grau no meio acadêmico por se tratar de um pesquisador renomado da época e também pela concretização de um instrumento inovador para avaliar a personalidade por meio de traços, o 16PF (Cattell, 2000). Somente aos poucos os pesquisadores da área de personalidade foram considerando o modelo com cinco fatores e os estudos de McDougall uma ferramenta vantajosa para o campo de trabalho e para a área de pesquisa (Nunes, Hutz e Nunes, 2008).

O modelo CGF recentemente ganhou espaço e se consolidou como um método objetivo e apropriado para o estudo da personalidade em diferentes contextos e diversas culturas. Este modelo tem sido utilizado em muitas áreas de avaliação psicológica, como no contexto clínico, escolar e organizacional (Hall, Lindzey e Campbell, 2000; McAdams, 1992; Nunes e Hutz, 2002; Pervin e John, 2004).

No Brasil, Hutz e cols (1998), com o trabalho intitulado O desenvolvimento de marcadores para a avaliação da personalidade no modelo dos cinco grandes fatores,

evidenciaram que a composição do modelo CGF é adequada. O presente estudo trabalhará com a adaptação realizada por Hutz e cols (1998) e com a descrição dos fatores realizada por Nunes e cols (2007), os quais serão apresentados abaixo:

1. O Fator Neuroticismo

Neuroticismo refere-se ao nível crônico de ajustamento e instabilidade emocional. Representa as diferenças individuais que ocorrem quando pessoas experimentam padrões emocionais associados a um desconforto psicológico (aflição, angústia, sofrimento, entre outros). Um alto nível de Neuroticismo identifica indivíduos que são propensos a vivenciar mais intensamente sofrimento emocional. Além disso, inclui idéias dissociadas da realidade, ansiedade excessiva e dificuldade para tolerar a frustração (Nunes e cols, 2007).

2. O Fator Realização

Realização representa o grau de organização, persistência, controle e motivação para alcançarem objetivos. Pessoas que possuem escores altos nesse fator tendem a ser organizadas, confiáveis, trabalhadoras, decididas, pontuais, escrupulosas, ambiciosas e perseverantes. Por outro lado, pessoas que tem a pontuação baixa em Realização tendem a não ter objetivos claros, não são confiáveis e geralmente são descritas como sendo preguiçosas, descuidadas e negligentes (Nunes e cols, 2007).

3. O Fator Abertura a Novas Experiências

Abertura a Novas Experiências tem como principais elementos a imaginação ativa, sensibilidade estética, atenção com sentimentos interiores, preferência pela diversidade, curiosidade intelectual e independência de julgamento. Indivíduos com pontuação alta neste fator são curiosos sobre assuntos internos e externos, e suas vidas são mais ricas em experiências. Eles são dispostos a nutrir idéias novas e valores pouco convencionais, e

experimentam tanto emoções positivas como negativas mais intensamente (Nunes e cols, 2007).

4. O Fator Socialização

Socialização descreve a qualidade das relações interpessoais dos indivíduos. O fator relaciona-se aos tipos de interações que uma pessoa apresenta ao longo de um contínuo que se estende da compaixão ao antagonismo. Pessoas que tem alta pontuação em Socialização tendem a serem generosas, bondosas, afáveis, prestativas e altruístas. Ávidas para ajudar aos outros, elas tendem a ser responsivas e empáticas, e acreditam que a maioria das outras pessoas irá agir da mesma forma. Indivíduos que tem escore baixo em Socialização tendem a ser pessoas cínicas, não cooperativas e irritáveis, podendo também ser pessoas manipuladoras, vingativas e implacáveis (Nunes, Nunes, Muniz, Miguel, Couto e Primi, 2007).

5. O Fator Extroversão

Extroversão é um componente da personalidade humana que está relacionado às formas como as pessoas interagem com os demais e indica o quanto elas são comunicativas, falantes, ativas, assertivas, responsivas. Este Fator refere-se à quantidade e à intensidade das interações interpessoais preferidas, nível de atividade, necessidade de estimulação e capacidade de alegrar-se. Pessoas com pontuações altas em Extroversão tendem a serem sociáveis, ativas, falantes, otimistas e afetuosas. Indivíduos com escores baixos em Extroversão tendem a serem reservados (mas não necessariamente inamistosos), sóbrios, indiferentes e independentes. Introversos não são necessariamente pessoas infelizes ou pessimistas, porém não são espirituosos como caracterizam as pessoas com escores altos neste mesmo fator (Nunes e cols, 2007).

Mesmo diante de resultados expressivos do modelo CGF e de sua descrição, ainda há algumas dificuldades para o modelo se tornar integrador. Apesar de evidência de validade do modelo dos CGF há carências que devem ser mostradas para um aprimoramento do modelo, entretanto, também são vistas dificuldades em outros modelos que buscam explicações sobre personalidade (Lima & Simões, 2000).

Uma das dificuldades é falta de consenso entre os pesquisadores no que se refere às nomenclaturas que devem ser utilizadas para cada fator, existindo diferentes palavras para mencionar os mesmo fatores. Em alguns instrumentos o fator *agreeableness* em inglês tem sido traduzido como Agradabilidade, Amabilidade ou Socialização e o mesmo acontece com o fator Realização também chamado no Brasil de Conscienciosidade. Outro exemplo é o fator Abertura a Experiência que já foi chamado de inteligência por alguns pesquisadores (John, 1990).

De 1980 a 1990, outra observação foi assinalada por Briggs (1992), sua crítica fazia referência à falta de especificidade nas definições dos fatores, fruto, em parte, por ser um modelo com bases totalmente empíricas. Efetivamente a maneira pela qual foi construído o modelo dos CGF por meio da análise fatorial e estudos experienciais vão contra a maioria das descobertas desenvolvidas pelas ciências em geral, que consideram prioritariamente o aprofundamento teórico para depois verificar a utilização prática. O modelo dos CGF foi constituído de forma inversa com ênfase na aplicação prática e não com ênfase na teoria.

3.2 Construção da Bateria Fatorial de Personalidade (BFP)

Nunes, Muniz (2007) desenvolveram escalas que avaliam individualmente cada um dos cinco grandes fatores, denominadas como Escala Fatorial de Neuroticismo (EFN),

Escala Fatorial de Extroversão (EFEx), Escala Fatorial de Socialização (EFS), Escala Fatorial de Realização (EFR) e Escala Fatorial de Abertura (EFA). Com as escalas individuais concluídas, evidenciou-se a necessidade da construção de um único instrumento que englobasse os CGF para o uso no Brasil e pudesse avaliar todos os aspectos da personalidade em um só instrumento.

A construção de uma escala completa com os cinco fatores gerais foi possível ao selecionar os itens mais representativos das escalas individuais, formando assim, a BFP. O trabalho realizado por Nunes, Nunes, Muniz, Miguel, Couto, Primi (2007) gerou itens para os cinco fatores gerais e as 17 facetas que estão distribuídas nos mesmos, sendo que a BFP ficou constituída por 167 itens. Essa versão foi usada na Realização de estudos em algumas regiões brasileiras e, com os dados levantados, aconteceram análises adicionais que permitiram a montagem da versão final da BFP, composta por 126 itens (Nunes, Hutz e Nunes, 2008).

A BFP já possui estudos de precisão, estudos de evidências de validade de construto, concorrente e de critério, os quais estão documentados no manual técnico para aplicação. Mesmo diante de resultados satisfatórios da consistência interna da BFP e de seus estudos fatoriais, por ser um instrumento novo é importante a verificação da replicabilidade dos resultados (Nunes, Hutz e Nunes, 2008).

Estudos preliminares sobre a busca de evidência de validade por meio das correlações entre a BFP e o NEO-PI-R foram realizados. Verificou-se se a BFP reage de maneira convergente com o NEO-PI-R averiguando a existência de correlações entre os fatores dos dois instrumentos e também constatando o uso das escalas em grupos de pessoas com diferentes escolaridades. Os instrumentos foram aplicados em uma amostra preliminar de 38 universitários do interior do estado de São Paulo com idade média e 23,4

anos ($DP = 6,9$), sendo 30 estudantes eram do sexo feminino (80%). É evidente que existe uma direta correspondência entre os dois instrumentos avaliados já que as duas escalas avaliam o construto personalidade. Os resultados demonstraram que os fatores correspondentes dos dois instrumentos tiveram correlações significativas de magnitude de alta $r = 0,70$ ($p < 0,01$) a $r = 0,81$ ($p < 0,01$). As correlações das facetas da BFP e do NEO-PI-R em seus fatores correspondentes também foram realizadas e foram consideradas representativas e significativas (Nunes, Hutz e Nunes, 2008).

Um projeto que englobou a BFP em diferentes contextos e com outros cinco instrumentos foi realizado por Ana Paula Porto Noronha conjuntamente com o Ricardo Primi nos anos de 2007 e 2008. O estudo foi realizado em um grupo de estudantes do ensino médio de uma escola particular do estado do Paraná. O grupo foi composto por 211 adolescentes com idades variando entre 16 e 18 anos, sendo que 58,3% eram do sexo feminino. O estudo foi realizado no contexto da orientação profissional e, além da BFP, foram aplicadas a Bateria de Provas de Raciocínios (BPR-5), a escala de Interesses Profissionais (SDS), Inventário de Dificuldades de Decisão Profissional (IDDP) e a Escala de Aconselhamento Profissional (EAP) (Noronha, Nunes, Ambiel, Barros e Freitas, 2008; Primi, Noronha, Nunes e Ambiel, 2006).

A correlação entre a BPR-5 e a BFP foram baixas já que são instrumentos que medem construtos diferentes, a BFP avaliando a personalidade e o BPR-5 inteligência. O resultado apontou correlações de ($r = -0,22$; $p < 0,05$) a ($r = 0,18$; $p < 0,05$) para as correlações estatisticamente significativas. A EAP está ligada diretamente com a escolha profissional, a escala apresentou uma maior correlação com a BFP do que a BPR-5. Os resultados das correlações foram de ($r = -0,20$; $p < 0,05$) a ($r = 0,53$; $p < 0,05$), as correlações com magnitudes altas significativas foram entre o fator Abertura as novas experiência da BFP e as

dimensões de artes/comunicação e ciências humanas/sociais aplicadas da EAP (Noronha, Nunes, Ambiel, Barros e Freitas, 2008; Primi, Noronha, Nunes e Ambiel, 2006).

As correlações significativas variaram entre ($r = -0,28$ $p < 0,05$) a ($r = 0,60$ $p < 0,05$) para a BFP e o SDS, é importante ressaltar que o teste SDS é composto por tais dimensões (tipos), à saber, Realista, Investigativo, Artístico, Social, Empreendedor e Convencional. Foram encontradas correlações significativas com magnitudes positivas altas entre o fator Extroversão da BFP tipo Social e Empreendedor, o fator Socialização da BFP também teve correlações positivas, caracterizando que quanto maior for a gentileza da pessoa maior será seu interesse por profissões que visam ajudar o outro e que necessita de uma interação positiva social (Noronha, Nunes e Ambiel, 2008; Primi, Noronha, Nunes e Ambiel, 2006).

4. RELAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO E PERSONALIDADE

O modelo CGF juntamente com as variadas escalas de depressão abrem uma interessante perspectiva sobre as relações empíricas e conceituais entre personalidade e depressão. Embora descreva traços não clínicos, os fatores do modelo têm contribuído para um melhor entendimento. Diversos estudos vêm tentando estabelecer relações dos CGF com as patologias clínicas, dentre estas relações investigadas, encontram-se associações entre depressão e características de personalidade, propondo que medidas baseadas no modelo CGF podem ser úteis para identificar riscos psicológicos potenciais (Piedmont, 1998).

Como se pode verificar, o fator Neuroticismo avalia o ajustamento afetivo versus a instabilidade emocional. Indivíduos que pontuam alto neste fator são predispostos a experienciar angústia, afetos negativos, idéias irrealísticas e formas de enfrentamento pouco

adaptativas, refletindo em um indivíduo preocupado, inseguro, nervoso e muito tenso, este fator é o que mais se relaciona diretamente à psicopatologia em geral e a depressão em particular (Schultz & Schultz, 2002).

É conhecido que o alto grau de Neuroticismo está relacionado aos aspectos negativos do bem estar emocional, apresenta alta correlação com depressão, ansiedade e autocensura, no entanto, não significa que pessoas com alto grau de Neuroticismo sofram de depressão clínica, porém as pessoas que sofrem de depressão clínica tendem a pontuar alto neste fator (Schultz e Schultz, 2002).

Um estudo neste âmbito foi realizado por Zonderman, Herbst, Schmidt, Costa, MacCrae (1993) teve como objetivo verificar quando medidas de sintomas depressivos foram usadas para predizer diagnósticos psiquiátricos, realizados em registro de hospitalizações. A amostra foi composta 6.913 adultos que foram acompanhados ao longo de 16 anos. As análises demonstraram que quanto maior o grau de sintomas depressivos mesmo que estes sejam abaixo da severidade de atendimento clínico, maior a possibilidade de ocorrência de transtornos psiquiátricos futuros.

Com o objetivo de verificar as relações entre mudanças na personalidade e mudanças na severidade da depressão Santor, Bagby e Joffe (1997) examinaram 71 pacientes ambulatoriais, recebendo um tratamento psicofarmacológico por cinco semanas. Para a pesquisa foi utilizado o Inventário Beck de Depressão (BDI), o NEO-PI e a escala *Hamilton* de Neuroticismo. Os resultados indicaram que todos os escores mudaram significativamente para as medidas de depressão e personalidade. Os escores de BDI, da escala *Hamilton* e o fator Neuroticismo do NEO-PI diminuíram com o tempo, enquanto que os escores de Extroversão aumentaram com o tempo.

O estudo realizado por Craigie, Saulsman, e Lampard (2007) em um centro de intervenções clínicas, investigou a associação dos transtornos de personalidade com o tratamento para a depressão após um limite de tempo. Baseado em grupo de terapia cognitivo-comportamental, 115 pacientes ambulatoriais com diagnóstico de depressão participaram do estudo. O transtorno de personalidade foi determinado pelo *Millon Clinical multiaxial Inventory-III*. Como previsto, as análises revelaram que pessoas com transtorno de personalidade apresentam um aumento dos sintomas severos de depressão. Os resultados também demonstraram uma melhora clínica para os pacientes com sintomas depressivos que não estão associados há um transtorno de personalidade.

Com objetivo de verificar as vulnerabilidades comuns à depressão e os transtornos de personalidade Smith, Louisa, Alloy, Eabramson (2006) apresentaram um estudo para verificar as altas taxas de comorbidade da depressão com o eixo II de personalidade do DSM-IV e também verificar os altos e os baixos níveis de risco cognitivo para a depressão. A pesquisa foi realizada em uma amostra de 349 estudantes que se submeteram a questionários de Diagnóstico e questionários de auto-relato, a saber, *Beck Depression Inventory, the rumination subscale*, exame de transtorno de personalidade e verificação dos números de episódios depressivos por meio de questionários. Como esperado o risco cognitivo e ruminação foram relacionados com a patologia do eixo II, os estados de risco cognitivo foi também significativamente relacionado ao severo transtorno de personalidade. A vulnerabilidade cognitiva para depressão e a ruminação de pensamentos negativos também foram relacionadas com várias dimensões da personalidade, incluindo paranóico, esquizotípico, histriônico, narcisista, evitativo, dependente e obsessivo-compulsivo.

A literatura dos sintomas depressivos vem apontando que no período do entardecer existe uma piora no quadro de depressão. Estes padrões estão associados a sintomas vegetativos, a saber, peso, perda de apetite, perda de prazer, retardo psicomotor. Rusting e Larsen (1998) fizeram uma pesquisa com 46 graduados sendo que todos os casos foram não-clínicos. O objetivo da pesquisa era verificar se o humor deprimido, o Neuroticismo e a ansiedade realmente estavam associados com o período do dia (entardecer). O método utilizado para a pesquisa foi testar o humor das pessoas 3 vezes por dia em 60 dias consecutivos por meio de questionários de auto-relato. O resultado apresentado foi que o humor depressivo no entardecer foi relacionado com os recursos neuróticos das pessoas, a amostra apresentou um maior nível de depressão, ansiedade e um estilo cognitivo indicativo de desespero. O fator entardecer pode ser um fator de risco para a depressão leve ou traços de personalidade associado a negativa afetividade.

Um estudo de levantamento bibliográfico na área neurobiológica para verificar as áreas cerebrais de relação da personalidade e da depressão foi realizado por Foster e MacQueen (2008). Foram examinados estudos relacionados a neuroanatomia, neuroendócrino, molecular e alterações genéticas em pacientes deprimidos. Os autores consideraram se os fatores comuns neurobiológicos podem ser compartilhados entre personalidade e depressão. Os estudos já realizados fornecem *insights* sobre os mecanismos neurobiológicos subjacentes à fisiopatologia da depressão, incluindo alterações neuroendócrinas na função do hipotálamo-pituitária-adrenal (HPA), alterações neuroanatômicas nas principais regiões cerebrais, e alterações serotoninérgicos dos sistemas de sinalização.

Estudos clínicos mostram alterações semelhantes em pacientes deprimidos sugerindo que alterações na função neuroendócrina do HPA, contribuíram para alterações

nos traços de personalidade. No cérebro, as regiões implicadas na depressão incluem o hipocampo e o córtex cingular anterior que, aparentemente também podem desempenhar um papel na personalidade. As principais moléculas envolvidas na depressão têm sido extensivamente estudadas com referência aos traços de personalidade, especialmente Neuroticismo. Até à data, medidas fisiológicas (soro e tomografia de emissão de positrons) fornecem as mais fortes evidências implicando cérebro-neurotróficos e serotonina como moléculas ligadas a personalidade, ao passo que evidências genético são cada vez mais convincente. Os autores acreditam que existem ligações neurobiológicas entre personalidade e depressão, porém, eles descrevem que há necessidade de mais estudos sobre a relação da depressão e da personalidade nos aspectos neurobiológicos (Foster & MacQueen, 2008).

Buscando alternativas para o tratamento da depressão Bagby, Quilty, Segal, MacBride, Kennedy, Costa Junior (2008) realizaram uma pesquisa que visava verificar se os pacientes respondem melhor a terapia cognitivo-comportamental ou a farmacoterapia. Outra questão levantada era se algumas características de personalidade dos pacientes eram preditivas de resposta para o tratamento cognitivo-comportamental ou para a farmacoterapia. A amostra foi composta por 280 pessoas e os instrumentos utilizados foram o Inventário de Personalidade Neo Revisado (NEO-PI-R) e a Escala de Depressão Hamilton. Houve diferenças nas respostas nos domínio de Neuroticismo e nas facetas de confiança e sinceridade, distinguindo assim, as taxas de resposta da Terapia Cognitivo-Comportamental em comparação com a farmacoterapia. Na conclusão os autores acreditam que os fatores da personalidade podem contribuir na escolha e na otimização do tratamento de depressão, por exemplo, pessoas com níveis elevados de Neuroticismo reagiram melhor ao tratamento farmacoterápico. Por outro lado, níveis elevados de agressividade parecem

ser um indicador que reage melhor a psicoterapia, portanto, os autores sugerem que cada característica de personalidade reage diferentemente aos dois tratamentos. Outro resultado da pesquisa foi que indivíduos depressivos apresentaram níveis elevados de Neuroticismo, baixos afetividade e níveis baixos nos fatores Extroversão e Realização.

Outro estudo que demonstra a correlação do fator Neuroticismo com depressão foi realizado por Maciel e Yoshida (2006) que investigaram as características de Neuroticismo, alexitimia e depressão em dependentes de álcool. Participaram 20 pacientes ambulatoriais e 20 não-dependentes, membros da comunidade. Foram utilizados a escala individual de Neuroticismo (EFN), a Toronto Alexithymia Scale (TAS) e o Inventário Beck e Depressão (BDI). Os resultados apontaram para diferenças entre o grupo ambulatorial dependente e o grupo não dependente, os dois grupos tiveram medidas diferentes em Neuroticismo, tanto na escala geral da EFN quanto para os outros dois inventários, apenas no fator depressão não houve diferença. O estudo demonstrou que os dependentes em álcool apresentam níveis elevados de Neuroticismo em relação ao grupo controle.

Uma pesquisa nacional no âmbito clínico, especificamente no contexto hospitalar foi realizada por Dias (2008). Foram aplicados a Escala de depressão (EDEP), o teste *Inflammatory Bowel Disease Questionnaire* (IBDQ), a Bateria Fatorial de Personalidade (BFP) e o Inventário de Percepção do Suporte Familiar (IPSF) em um grupo clínico composto por 100 pessoas com um tipo específico de doença inflamatória intestinal, denominada Doença de Crohn (DC) e em 100 pessoas de um grupo não clínico.

Algumas correlações encontradas destacam-se, como a entre a EDEP e o fator Neuroticismo ($r=0,48$; $p<0,01$) da BFP. Tais associações eram esperadas, uma vez que correlações entre medidas de Neuroticismo e depressão têm sido documentadas de forma recorrente (Nunes, 2000). De modo semelhante, verificou-se que quanto maiores os

suportes familiares, menores os níveis de Neuroticismo ($r = -0,33$, $p < 0,01$) (Nunes, Hutz e Nunes, 2008). Foram apresentadas também as correlações dos fatores Extroversão ($r = -0,32$; $p < 0,01$), Socialização ($r = -0,23$; $p < 0,01$), Realização ($r = -0,15$; $p < 0,01$) e do fator geral de Abertura, que não teve correlação significativa com a EDEP.

Alguns estudos demonstraram que existe correlação negativa entre os sintomas depressivos e os fatores Extroversão, Realização, Socialização e Abertura a Experiência do modelo dos CGF (Bagby, Quilty, Segal, Macbride, Kennedy, Costa Junior, 2008; Dias, 2008). Estes achados estão sendo discutidos na literatura sobre pessoas que possuem características predominantes destes fatores que tendem a ter menor pré-disposição para depressão (McCrae & Costa, 2003). São necessários novos estudos que confirmem ou levantem outras hipóteses acerca de quais variáveis de personalidade podem estar relacionadas à depressão, além disso, há escassez na literatura sobre a associação entre os fatores da personalidade e depressão.

5. OBJETIVOS

Geral

Buscar evidências de validade baseada na relação com outras variáveis para a Escala de Depressão (EDEP) com a Bateria Fatorial de Personalidade (BFP) por meio da verificação das correlações entre os escores da EDEP com os fatores gerais e as facetas da BFP.

Específicos

1. Avaliar se gêneros, nível econômicos, estados civil e idade diferenciam os escores da EDEP e da BFP;

2. Analisar a associação entre os eventos de vida, com os escores de depressão e personalidade.

6. MÉTODO

6.1 Participantes

Participaram deste estudo 212 pessoas com idades entre 17 e 58 anos com média de 25 anos (DP= 8,21), de ambos os sexos, sendo 57 (26,9%) do sexo masculino e 155 (73,1%) do sexo feminino, estudantes universitários inseridos nos cursos de Arquitetura e Psicologia de uma instituição de ensino superior privada do estado de São Paulo.

6.2 Instrumentos

Os dois instrumentos utilizados neste estudo serão a Escala de Depressão (EDEP), Bateria Fatorial de Personalidade (BFP) também será utilizado um Questionário de Identificação.

6.2.1 Questionário de Identificação (anexo)

O Questionário é composto por treze perguntas que objetivam apurar dados sociodemográficos e informações de caracterização da amostra. Nas primeiras seis perguntas estão inclusas o nível de escolaridade do testando e do chefe da família, o gênero, estado civil, idade e o curso acadêmico em que o sujeito está inserido. A questão sete tem o

intuito de classificar o participante em classes sociais, para isso, foram utilizados os indicadores da Associação Nacional de Empresa de Pesquisa (ANEP, 2000), verificando a quantidade de artefatos que o participante possui dentro de casa (televisão, rádio, banheiro, automóvel, empregada mensalista, aspirador de pó, máquinas de lavar, vídeo cassete ou DVD, geladeira, freezer).

Na questão oito é perguntado se o participante está trabalhando no momento e qual seria a sua profissão, as questões 9 a 12 são perguntas diretamente relacionadas à avaliação de depressão na família, a avaliação do próprio participante e se o mesmo está passando por um tratamento psiquiátrico/medicamentoso e/ou psicológico. A última questão é uma adaptação do instrumento de eventos de vida desenvolvido por Eugene Paykel e traduzido para o Brasil. São itens que incluem eventos no trabalho, educação, questões financeiras, saúde, lutos, migração/mudança, namoro/coabitação, questões legais, família e matrimônio, que são fatores de risco a depressão. O tempo de aplicação foi de aproximadamente 5 minutos.

6.2.2 Escala de Depressão (EDEP) (Baptista & Sisto, em desenvolvimento)

Para a construção da EDEP foram utilizados os indicadores do DSM-IV-TR (APA, 2002) e do CID 10 (OMS, 1993). Os indicadores também foram baseados nos preceitos de Beck (Beck & Cols, 1997) juntamente com a Teoria Comportamental da Depressão de Ferster, Culbertson e Boren (1977). A EDEP é um instrumento de rastreamento para amostras psiquiátricas e não-psiquiátricas, em formato *likert* de cinco pontos, que variam de zero a quatro. A pontuação mínima para o teste é zero e a máxima trezentos.

Foram considerados para sua construção 28 indicadores da depressão, a saber, humor deprimido, perda ou diminuição de prazer, choro, desesperança, desamparo,

indecisão, sentimento de incapacidade e inadequação, carência/dependência, negativismo, esquiva de situações sociais, queda de produtividade, inutilidade, autocrítica exacerbada, culpa, diminuição da concentração, pensamento de morte, auto-estima rebaixada, falta de perspectiva sobre o presente, hipocondria, alteração de apetite, alteração de peso, alteração de sono, lentidão/agitação psicomotora, perda de libido, fadiga/perda de energia e irritação.

A partir destes indicadores foram elaboradas

150 sentenças que abordam cada um deles de forma negativa e positiva, como exemplo:

Tabela 1

Exemplos das sentenças que compõem a EDEP

Não me sinto irritado	<input type="radio"/>	Tenho estado mais				
Não penso em me machucar	<input type="radio"/>	Tenho pensado em me machucar				
Não tenho pensado sobre isso	<input type="radio"/>	Tenho pensado mais sobre morte				
Gosto de tomar remédio por precaução	<input type="radio"/>	Tomo remédio apenas quando preciso				
Não costumo sentir culpa	<input type="radio"/>	Venho me sentindo culpado pelos problemas				

As frases foram construídas por 10 profissionais de Psicologia, com experiência em atendimentos de pacientes com transtorno de humor, após a eliminação de frases repetidas e dúbias, foram gerados 75 itens, compostos por um par de frases cada. Cada item é composto por uma régua contendo cinco círculos, dentro dos quais é requisitado que se indique um único círculo no qual melhor expressa como a pessoa se sente em relação às afirmações apresentadas. No exemplo mencionado "irritação" citada acima o participante deve escolher o círculo imediatamente mais próximo da frase "Não me sinto irritado", caso ele concorde completamente com essa sentença, ou próximo à frase "Tenho estado mais irritado", caso ele se sinta irritado. O círculo central deve ser marcado se o sentimento de irritação puder ser classificado como "não ter mudado nem para mais nem para menos".

Imediatamente à sua direita, caso ele se sinta "não muito" irritado, e imediatamente à sua esquerda, caso se sinta um "pouco" irritado o mesmo deve ser realizado nos outros exemplos colocados.

6.2.3 Bateria Fatorial de Personalidade (Nunes, Hutz e Nunes, 2008)

A escala tem como finalidade a avaliação da personalidade por meio dos traços. As respostas dadas aos itens da BFP são registradas em uma escala tipo *likert* de concordância, de sete pontos, sendo que esta pontuação vai flutuar dependendo da identificação do sujeito com a frase apresentada. Quanto maior a pontuação maior será sua identificação com a frase. É aconselhável a avaliação em pessoas que, no mínimo, tenham cursado parcialmente o ensino médio. O tempo de aplicação estimado é de 35 minutos.

A BFP consiste de um instrumento de auto-relato que tem sua base no modelo dos cinco grandes fatores adequados para o Brasil por Hutz, Nunes, Silveira, Serra, Antón, Wieczonek (1998). Faz-se necessário ressaltar que o CGF é uma versão moderna e atual dos modelos gerados pelas teorias de traço e tem seus fatores representados pelas nomenclaturas Neuroticismo, Realização, Abertura para novas Experiências, Socialização e Extroversão.

A BFP foi construída selecionando os itens mais representativos das escalas fatoriais individuais. Para esta seleção de itens da EFN, EFEx, EFS e EFR foi realizada, dentro das bases de dados originalmente utilizadas para a validação e normatização destes testes, utilizando a Teoria de Resposta ao Item (TRI). As amostras foram compostas principalmente por estudantes de ensino médio e universitário sendo de diferentes estados brasileiros e totalizavam 1.218, 1.084, 1.100 e 160 participantes para a EFN, EFEx, EFS e EFR, respectivamente. É importante ressaltar que, para a versão preliminar da BFP, os itens

da EFA apenas foram selecionados a partir da análise de conteúdo, uma vez que tal escala não havia sido aplicada até o momento em qualquer grupo (Nunes, Nunes, Muniz, Miguel, Couto, Primi, 2007).

Nunes, (2007), em seus estudos por meio de análises fatoriais geraram a seleção de 28 itens para avaliação de Socialização $Alpha = 0,85$, 24 para Neuroticismo $Alpha = 0,89$, 29 para Extroversão, $Alpha = 0,89$, 44 para Abertura e 42 para Realização com $Alpha = 0,88$. Sendo assim, a bateria ficou constituída primeiramente por 167 itens, englobando os cinco fatores em um só instrumento. Nunes, Hutz e Nunes (2008) aplicaram a BFP em 1.729 pessoas de cinco estados brasileiros, sendo que a maioria da amostra de pessoas foi da Bahia, São Paulo e Rio Grande do Sul. A idade média da amostra foi de 21,9 anos ($DP=7,9$) e 29,7% das pessoas avaliadas eram homens.

A partir dos resultados desse estudo, foram realizadas novas análises fatoriais para a extração dos fatores e identificação dos itens mais representativos para cada faceta do instrumento, bem como a consistência interna dos fatores e de suas respectivas facetas. Foi considerada a interpretabilidade dos itens bem como a carga fatorial dos mesmos e itens com cargas fatoriais inferiores a 0,30 foram eliminados. Com essa análise, a Bateria Fatorial de Personalidade ficou composta por 124 itens em sua segunda versão. Posteriormente, a BFP foi aplicada em grupos variados em alguns estados brasileiros, com esta amostra mais diversificada e ampla, foi possível fazer uma seleção mais apurada dos itens dos fatores. Com isso chegou-se em sua configuração final com 126 itens cujo tempo de aplicação foi reduzido para aproximadamente 35 minutos (Nunes, Hutz, e Nunes, 2008).

Tabela 2

Os 5 fatores da BFP e suas 17 facetas caracterizadas

FATORES	NÚMERO DE ITENS	ALFA	FACETAS	CARACTERÍSTICAS
	9	0,77	N1 Vulnerabilidade	Dependência, necessidade de ser aceito, passividade.
	6	0,77	N2 Instabilidade	Mudanças de humor, irritabilidade, nervosismo.
	6	0,69	N3 Passividade	Passividade para resolver problemas rotineiros.
	8	0,78	N4 Depressão	Relacionado com sintomas depressivos.
Total	29	0,89		
Extroversão	7	0,72	E1 Comunicação	Grau de comunicação: comunicativa, tímida.
	7	0,64	E2 Altivez	Egocentrismo, ser o centro das atenções.
	6	0,77	E3 Dinamismo	Dinamismo, iniciativa para resolver problemas.
	7	0,57	E4 Interações sociais	Participação em grupos, ser popular.
Total	25	0,84		
Socialização	14	0,83	S1 – Amabilidade	Ajuda ao próximo, altruísmo e gentileza.
	10	0,69	S2 – Sociabilidade	Comportamentos de risco, condutas anti-sociais.
	10	0,70	S3 – Confiança	Desconfiança das pessoas em sua volta e de desconhecidos.
Total	28	0,84		
Realização	10	0,75	R1 – Competência	Alcançar os objetivos, boa percepção sobre si.
	4	0,61	R2 – Ponderação	Apresenta planejamento de ações, pouca impulsividade.
	7	0,67	R3 – Empenho	Detalhista, exigem muito de si.
Total	21	0,82		
Abertura	10	0,68	A1 – Idéias	Abertura para novas idéias, fantasia, imaginação.
	7	0,55	A2 – Liberalismo	Abertura para valores morais e sociais.
	6	0,57	A3 – Novidades	Conhecer novos lugares, viver novas situações.
Total	21	0,71		

Na tabela 3 são apresentados exemplos de frases que compõe a última versão da BFP que englobam os fatores Extroversão, Abertura a experiência, Neuroticismo, Realização e Socialização.

Tabela 3

Exemplos das sentenças que compõe a BFP

Procuro seguir as regras sociais sem questioná-las.	1	2	3	4	5	6	7
Tento fazer com que as pessoas sintam-se bem.	1	2	3	4	5	6	7
Gosto de falar sobre mim.	1	2	3	4	5	6	7
Tenho um "coração mole".	1	2	3	4	5	6	7
Falo tudo o que penso.	1	2	3	4	5	6	7
Gosto de fazer coisas que nunca fiz antes.	1	2	3	4	5	6	7
Acredito que as pessoas têm boas intenções.	1	2	3	4	5	6	7
Sou divertido.	1	2	3	4	5	6	7
Tomo cuidado com o que falo.	1	2	3	4	5	6	7
Difícilmente perdôo.	1	2	3	4	5	6	7
Divirto-me quando estou entre muitas pessoas.	1	2	3	4	5	6	7
Respeito os sentimentos alheios.	1	2	3	4	5	6	7
Mesmo quando preciso resolver alguma coisa para mim, costumo adiar até o último momento.	1	2	3	4	5	6	7
Tento influenciar aos outros.	1	2	3	4	5	6	7
Sou generoso(a).	1	2	3	4	5	6	7
Estou satisfeito comigo mesmo.	1	2	3	4	5	6	7
Não falo muito.	1	2	3	4	5	6	7
Posso agredir fisicamente as pessoas quando fico muito irritado.	1	2	3	4	5	6	7

Em relação às evidências de validade, os estudos conduzidos com as escalas individuais de validade convergente e de critério foram re-analisados com os itens da BFP, mantendo-se resultados favoráveis e estáveis. Dentre os resultados encontrados por Nunes e colaboradores (2008), destacaram-se as correlações de Neuroticismo com o fator correspondente do *Eysenck Personality Questionnaire* (EPQ) ($r = 0,80$; $p < 0,001$) e com o Inventário de Depressão de Beck (BDI) ($r = 0,66$; $p < 0,001$) e Socialização com indicadores de transtorno anti-social no contexto escolar ($r = -0,59$; $p < 0,001$) (Nunes, Hutz e Nunes, 2008).

Outra fonte de seleção dos itens foi a relação entre a avaliação da personalidade pelos CGF e a descrição de transtornos de personalidade a partir de sistemas categóricos, como o DSM-IV (Nunes, 2005). Uma terceira fonte de itens foi o projeto internacional de pesquisa em personalidade – *International Personality Item Pool*, que foi desenvolvida conjuntamente entre cientistas de todo o mundo para prover acesso simples e rápido às medidas de diferenças individuais de domínio público (Nunes, 2005).

6.3 Procedimento

O presente projeto recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade São Francisco, foram agendadas as aplicações na instituição de ensino que previamente autorizou a pesquisa. Depois de sanadas todas as possíveis dúvidas dos participantes foram assinadas duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, preenchimento do questionário de identificação e aplicados os instrumentos.

A aplicação dos instrumentos foi coletiva tanto para a EDEP quanto para a BFP, sendo que as duas escalas foram aplicadas em todos os participantes. A aplicação da EDEP durou 15 minutos e a aplicação da BFP durou, aproximadamente 35 minutos.

7. RESULTADOS

A análise dos dados foi realizada com o uso do pacote estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Science*), os dados foram exportados e analisados conforme a necessidade prevista. A verificação da validade baseada na relação com outras variáveis da EDEP foi realizada a partir do cálculo da correlação de seus resultados com os encontrados no uso da BFP por meio de Correlação de *Pearson*.

Para os objetivos específicos foram aplicados os teste-t (dois grupos) e ANOVA (mais de dois grupos) para avaliar se havia diferença de média dos instrumentos para gênero, nível econômico, estado civil e categorias etárias. Também se utilizou o teste de Correlação de *Pearson* para as medidas de eventos de vida, depressão e personalidade. Todos os testes terão como parâmetro o nível de significância de 5%.

7.1 Análises descritivas da amostra

A amostra foi composta de 212 universitários com idades entre 17 e 58 anos com média de $25 \pm 8,21$ anos. A pesquisa foi realizada com ambos os sexos, sendo 155 (73,1%) do sexo feminino de uma universidade privada do interior do estado de São Paulo, a amostra foi realizada em sua maioria com alunos de Psicologia 152 (71,7%).

Em relação a estado civil, 170 (80,6%) dos participantes foram considerados como sozinhos, incluindo solteiros, viúvo e desquitado e 39 (18,5%) foram considerados juntos, incluindo casado e recasado. Para identificar a classe econômica da amostra foi utilizado o Critério Padrão de Classificação Econômica do Brasil de 2008. A maioria dos participantes foi incluída nas classes A2, B1, B2 e C1 com um total de 194 (90,9%) da amostra, com uma participação pequena de participantes as classes A1, C2 e D totalizaram 18 (9,1%) da amostra. Para verificação dos dados sócio-demográficos mais detalhadamente segue anexa a Tabela 4.

Tabela 4
Frequência - Dados sócios demográficos

Idade	N	F
16 - 20	59	32,8%
21 - 25	60	33,3%
26 - 30	32	17,8%
31 - 35	8	4,4%
36 - 40	5	2,8%
41 - 45	10	5,6%
46 - 50	1	0,6%
51 - 55	3	1,7%
56 - 60	2	1,1%
Total	180	100%
Não responderam	32	
Total	212	
Sexo	N	F
Feminino	155	73,1%
Masculino	57	26,9%
Total	212	100%
Estado civil	N	F
Sozinhos	170	80,6%
Juntos	39	18,5%
Outros	2	0,9%
Total	211	100%
Não responderam	1	
Total	212	
Classe Econômica	N	F
B2	67	31,6%
B1	51	24,1%
A2	41	19,3%
C1	35	16,5%
C2	8	3,8%
A1	6	2,8%
D	4	1,9%
Total	212	100%
Curso	N	F
Psicologia	152	71,7%
Arquitetura	60	28,3%
Total	212	100,0%

Foi analisado nesta pesquisa se os participantes trabalhavam e qual seria sua profissão. Dos participantes, 150 (71,1%) estão trabalhando e 61 (28,9%) não (apenas 1 não respondeu a pergunta). Das profissões exercidas pelos participantes algumas foram mais frequentes nas respostas: auxiliares/assistentes de administração, escritório ou de recursos humanos 26 (17,9%), estagiários 30 (20,7%), recepcionista/secretária 15 (10,3%) e Desenhista projetista 11 (7,6%). O restante das profissões, bem como suas frequências estão demonstrados na Tabela 5.

Tabela 5

Frequência - Trabalha atualmente e profissão

Trabalha atualmente	N	F
Sim	150	71,1%
Não	61	28,9%
Total	211	100%
Não responderam	1	
Total	212	
Profissão	N	F
Estagiário	30	20,7%
Auxiliar/Assistente	26	17,9%
Recepcionista/Secretária	15	10,3%
Desenhista Projetista	11	7,6%
Professor/Instrutor	9	6,2%
Vendas	7	4,8%
Área financeiro-Bancária	7	4,8%
Gerentes	6	4,1%
RH	5	3,4%
Técnico	4	2,8%
Recreação	2	1,4%
Outros	18	15,9%
Total	150	100%

Também se investigou se alguém da família já havia sido diagnosticado com depressão por psicólogos e psiquiatras e qual seria o grau de parentesco deste familiar (1º

Grau: pais, irmãos e avós – 2º Grau: Tios e primos). Dos 212 participantes 60 (28,6%) responderam que sim (havia algum familiar diagnosticado), e apenas 2 participantes não responderam a questão. Dos participantes com resposta positiva 49 (81,7%) mencionaram que eram parentes de 1º Grau e 11 (18,3%) responderam que eram parentes de 2º grau (Tabela 6).

Tabela 6

Frequência - Avaliação diagnóstica para depressão em familiares e o grau de parentesco

Avaliação diagnóstica		N	F
	Não	150	71,4%
	Sim	60	28,6%
	Total	210	100%
Não responderam		2	
Total		212	
Grau de parentesco		N	F
	Parentes de 1º grau	49	81,7%
	Parentes de 2º grau	11	18,3%
	Total	60	100%

Quando perguntado se o participante já havia passado por uma avaliação psiquiátrica ou psicológica 153 (72,2%) responderam que não haviam passado por nenhuma avaliação, 15 (7,1%) passaram por avaliação e foram diagnosticados com depressão, 34 (16%) participantes passaram por avaliação sem nenhum diagnóstico e 10 (4,7%) participantes passaram por avaliação com outro diagnóstico dentre os quais destacaram-se: transtorno de pânico, ansiedade, hiperatividade e irritabilidade vide (Tabela 7).

Tabela 7

Frequência. - Avaliação psiquiátrica/psicológica e diagnóstico sugerido

Avaliação Psiquiátrica e psicológica	N	F
Não	153	72,2%
Sim, sem nenhum diagnóstico	34	16,0%
Sim, com diagnóstico de depressão	15	7,1%
Sim, com outro diagnóstico	10	4,7%
Total	212	100%
Diagnóstico	N	F
Ansiedade	2	20%
Hiperatividade	2	20%
Irritabilidade	2	20%
Transtorno de Pânico	2	20%
Transtorno Bipolar	1	10%
Carência na infância	1	10%
Total	10	100%

Com relação ao participante estar passando atualmente por tratamento psicológico de depressão a grande maioria não passa por tratamento 207 (97,6%), somente 5 (2,4%) dos participantes responderam que estão passando por tratamento psicológico variando de 2 meses a 6 anos de tratamento (Tabela 8).

Tabela 8

Frequência - Tratamento psicológico atual para depressão e sua duração

Tratamento	N	F
Não	207	97,6%
Sim	5	2,4%
Total	212	100%
Tempo do tratamento	N	F
2 meses	2	40%
2 anos	1	20%
4 anos	1	20%
6 anos	1	20%
Total	5	100%

A respeito de tratamento medicamentoso 185 (98,4%) participantes não estão passando por tratamento, apenas 3 (1,6%) estão atualmente sendo tratados com medicamentos, variando de 1 a 5 anos de tratamento e 24 participantes não responderam a esta pergunta (Tabela 9).

Tabela 9

Frequência - Tratamento medicamentoso atual para depressão e sua duração

Tratamento	N	F
Não	185	98,4%
Sim	3	1,6%
Total	188	100%
Não responderam	24	
Total	212	
Tempo do tratamento	N	F
1 ano	1	33%
3 anos	1	33%
5 anos	1	33%
Total	212	100%

Na Tabela 10, quando foi perguntado a todos os participantes se consideram estar incluídos em algum nível de sintomatologia depressiva 23 (10,8%) participantes acreditam estar com sintomas leves, 5 (2,4%) participantes acreditam estar com sintomas moderados e 184 (86,8%) não responderam, provavelmente porque não estavam incluídos em nenhum dos níveis

Tabela 10

Frequência – Autopercepção do nível de sintomas depressivos

Nível dos sintomas	N	F
Leve	23	82,1
Moderado	5	17,9
Total	28	100,0
Total	212	

7.2 Análises descritivas da EDEP, da BFP e dos eventos de vida.

Na Tabela 11 é demonstrada a estatística descritiva das pontuações da amostra para a EDEP, facetas e os fatores gerais da BFP. É interessante observar que a menor média dentre os fatores gerais da BFP foi de Neuroticismo para um DP = 0,82 e a maior média foi de Socialização com DP = 0,85. A média da EDEP foi de 84,33 para um DP = 45,07.

Tabela 11

Descrição da EDEP, das facetas e dos fatores gerais da BFP

	<i>Mínimo</i>	<i>Maximo</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão</i>
EDEP	6,00	213,00	84,33	45,07
E1 – comunicação	1,67	6,67	4,42	1,05
E2 – altivez	1,43	6,14	3,82	0,96
E3 – dinamismo	2,20	7,00	4,92	0,88
E4 - interações sociais	2,00	7,00	5,08	1,05
S1 – amabilidade	1,17	6,83	5,55	0,83
S2 – sociabilidade	1,13	7,00	4,86	1,35
S3 – confiança	1,50	6,75	4,37	1,09
R1 – competência	2,60	7,00	5,16	0,84
R2 – ponderação	1,50	7,00	4,69	1,05
R3 – empenho	1,43	7,00	4,82	0,95
A1 – idéias	2,20	6,90	4,45	1,04
A2 – liberalismo	2,14	7,00	4,86	0,88
A3 – novidades	2,00	7,00	4,65	0,94
N1 – vulnerabilidade	1,00	6,67	3,38	1,04
N2 – instabilidade	1,00	6,67	3,60	1,21
N3 – passividade	1,00	6,50	3,59	1,20
N4 – depressão	1,00	5,50	2,29	0,92
NEUROTICISMO	1,31	5,31	3,21	0,82
EXTROVERSÃO	2,76	5,98	4,56	0,69
SOCIALIZAÇÃO	1,97	6,64	4,93	0,85
REALIZAÇÃO	1,84	6,47	4,90	0,69
ABERTURA	3,21	6,55	4,65	0,65

Para os eventos de vida no último ano para a amostra teve média de 4,64 com um DP = 2,7. Analisando especificamente as áreas, o trabalho e a saúde aparecem como sendo as duas áreas que mais geraram acontecimentos vitais para os participantes tendo a média de 1,24 e 0,79 respectivamente. Os restantes das áreas apresentaram médias mais baixas na geração de acontecimentos e podem ser verificadas na tabela 12.

Tabela 12

Descrição dos eventos de vida

	<i>Mínimo</i>	<i>Máxim</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão</i>
		<i>o</i>		
Ev. Trabalho	0	4	1,24	1,10
Ev. Saúde	0	3	0,79	0,69
Ev. Família	0	4	0,51	0,74
Ev. Financeiro	0	2	0,39	0,56
Ev. Legalização	0	3	0,37	0,66
Ev. Educação	0	2	0,32	0,61
Ev. Namoro	0	3	0,29	0,59
Ev. Luto	0	2	0,25	0,45
Ev. Mudança	0	2	0,24	0,45
Ev. Matrimônio	0	3	0,24	0,56
Ev. TOTAL	0	16	4,64	2,74

7.3 Resultado das correlações entre a EDEP e BFP.

As correlações dos fatores gerais da BFP com a EDEP em sua grande maioria foram significativas, apenas o fator Abertura a Novas Experiências não teve resultados significativos. O fator Neuroticismo teve correlação positiva e alta com a EDEP ($r= 0,65$; $p<0,01$), sendo que as pessoas que sofrem de sintomas depressivos tendem a vivenciar mais intensamente as situações de sofrimento e podem apresentar uma maior instabilidade emocional (ou vice-versa). O fator Extroversão teve correlação negativa e moderada com a EDEP ($r= -0,42$; $p< 0,01$), portanto, pessoas com sintomas depressivos podem interagir menos com os demais, são pessoas menos comunicativas, falantes, ativas, assertivas e responsivas. O fator Socialização teve associação baixa e negativa com a EDEP ($r= -0,20$ $p< 0,01$) demonstrando que pessoas com sintomas depressivos podem ter uma qualidade de interações sociais baixas sendo pouco generosas, bondosas, afáveis, prestativas e altruístas. O fator Realização também teve correlação negativa e baixa com a EDEP ($r= -0,27$ $p<0,01$). Esta associação demonstra que pessoas com sintomas depressivos tendem a serem menos organizadas, persistentes e com pouco controle e motivação para alcançarem seus objetivos (Tabela 13).

Tabela 13

Correlação de Pearson entre a EDEP e os fatores gerais da BFP

<i>Bateria Fatorial de Personalidade</i>					
	Neuroticismo	Extroversão	Socialização	Realização	Abertura
EDEP	0,65(**)	-0,42(**)	-0,20(**)	-0,27(**)	-0,08

** Nível de significância de $p<0,01$

Na análise das quatro facetas de Extroversão apenas a faceta E2 (altivez) envolvida com a percepção da pessoa sobre suas capacidades não teve correlações significativas com a EDEP. A faceta E1 (comunicação) teve correlação negativa e baixa ($r = -0,30$ $p < 0,01$), indicando que pessoas com sintomas depressivos são menos comunicativas, a faceta E3 (dinamismo) apresentou associação negativa e moderada ($r = -0,54$ $p < 0,01$), sugerindo que pessoas com sintomas depressivos tomam menos iniciativas em qualquer situação em sua vida e, por fim, a faceta E4 (interações sociais) que apresentou correlação negativa e moderada ($r = -0,40$ $p < 0,01$) podendo se interpretar que pessoas com sintomas depressivos tendem a uma menor interação social.

Todas as facetas do fator Socialização tiveram correlações significativas e negativas com a EDEP, o fator S1(amabilidade) apresentou associação negativa e nula ($r = -0,14$ $p < 0,05$) indicando que pessoas com sintomas depressivos tendem a serem menos compreensivas, atenciosas e empáticas. A faceta S2 (sociabilidade) teve correlação negativa e nula ($r = -0,15$ $p < 0,05$) o que indica que as pessoas com sintomas depressivos podem se colocar em situações de risco, bem como há um aumento da possibilidade de transgressões a leis ou regras sociais, apresentando uma postura fechada com os demais, chegando a pressionar e induzir os outros a realizar algo que não queiram. A faceta S3 (confiança) teve correlação negativa e nula ($r = -0,17$ $p < 0,05$) podendo representar que pessoas com pontuação maior na EDEP não confiam tanto nos demais e acreditam mais que os outros possam prejudicá-los.

Dentre as facetas do fator Realização duas não tiveram correlação significativa com a EDEP, a faceta R2 (ponderação) que está relacionada com situações que envolvem o cuidado com a forma para expressar opiniões ou defender interesses e a R3 (empenho) que descreve uma tendência ao detalhismo na realização de trabalhos e um alto nível de

exigência pessoal com a qualidade das tarefas realizadas. A faceta R1 (competência) apresentou correlação negativa e moderada de ($r = -0,44$ $p < 0,05$) apontando que pessoas com sintomas depressivos tendem a buscar menos os objetivos e a ter menor consciência de que é preciso fazer alguns sacrifícios pessoais para se obter os resultados esperados.

O fator Abertura a Novas Experiências não teve facetas significativas. A faceta A1 (idéias) é caracterizada pela abertura para novos conceitos ou idéias, A2 (Liberalismo) tem relação com a abertura de novos valores morais e sociais e A3 (novidades) é descrita como a tendência a buscar novos eventos e ações.

O fator Neuroticismo apresentou a maior correlação positiva com a EDEP também se observando a mesma tendência entre suas facetas e o instrumento. A faceta N1 (vulnerabilidade) apresentou associação positiva e moderada ($r = 0,40$ $p < 0,01$) indicando o quanto intensamente as pessoas com sintomas depressivos vivenciam um maior sofrimento em decorrência à aceitação dos outros para consigo. A faceta N2 (instabilidade) teve correlação positiva e moderada de ($r = 0,49$ $p < 0,01$) demonstrando que os sintomas depressivos podem estar relacionados com a instabilidade emocional, o quanto as pessoas são irritáveis, nervosas e com grande variação de humor. A faceta N3 (passividade) teve correlação positiva e moderada ($r = 0,40$ $p < 0,01$), pressupondo que pessoas com depressão apresentam menos iniciativa, mesmo em tarefas simples e, por último, a faceta N4 (depressão) que teve a maior correlação entre as facetas do BFP, com associação positiva e alta ($r = 0,66$ $p < 0,01$), estando relacionada com a expectativa que a pessoa tem em relação ao seu futuro, indicando também uma vida monótona. As correlações de todas as facetas da BFP com a EDEP estão apresentadas na Tabela 14.

Tabela 14

Correlação de Pearson entre a EDEP e as facetas da BFP

<i>Facetas BFP</i>	<i>EDEP</i>
E1 Comunicação	-0,30(**)
E2 Altivez	0,05
E3 Dinamismo	-0,54(**)
E4 Interações Sociais	-0,40(**)
S1 Amabilidade	-0,14(*)
S2 Sociabilidade	-0,15(*)
S3 Confiança	-0,17(*)
R1 Competência	-0,44(**)
R2 Ponderação	-0,12
R3 Empenho	-0,08
A1 Idéias	-0,07
A2 Liberalismo	-0,11
A3 Novidades	-0,01
N1 Vulnerabilidade	0,40(**)
N2 Instabilidade	0,49(**)
N3 Passividade	0,40(**)
N4 Depressão	0,66(**)

** Nível de significância de $p < 0,01$

* Nível de significância de $p < 0,05$

7. 4 Resultados da correlação dos eventos de vida com a EDEP e BFP

Procurou-se verificar se os eventos de vida no último ano, divididos por área e na sua totalidade, se relacionavam tanto com EDEP como para as facetas e os fatores gerais da BFP por meio da correlação de *Pearson*. As seguintes Tabelas demonstram as correlações que tiveram nível de significância $p < 0,05$.

Na tabela 15 são apresentadas as correlações dos eventos de vida com a EDEP. Verificaram-se correlações nulas e positivas com eventos de saúde, de mudança, de matrimônio e correlação baixa e positiva ($r = 0,24$ $p < 0,01$) com o questionário de eventos total, demonstrando que os participantes que passaram por eventos de saúde (doença física pessoal grave, doença grave de familiar próximo, gravidez não desejada entre outros), eventos de mudança (mudança da cidade/país ou mudança dentro da mesma cidade) e de matrimônio (relação extraconjugal, conjugue começou ou parou de trabalhar entre outros) tenderam a apresentar maiores níveis de sintomas depressivos. O mesmo ocorre com a EDEP e os eventos totais, ou seja, quanto maior o número de eventos de vida respondida pelo participante maior o resultado apontado na EDEP e vice-versa.

Tabela 15

Correlação de Pearson entre a EDEP e os eventos de vida

<i>Eventos de Vida</i>	<i>EDEP</i>
Ev. Saúde	0,19(**)
Ev. Mudança	0,15(*)
Ev. Matrimônio	0,14(*)
Ev. TOTAL	0,24(**)

** Nível de significância de $p < 0,01$

* Nível de significância de $p < 0,05$

Para os resultados das correlações dos fatores gerais e das facetas de Extroversão apenas as facetas altivez e interações sociais tiveram correlação com os eventos de vida.

A faceta Interação social apresentou correlação nula e negativa com eventos de trabalho e correlação nula e positiva com eventos financeiros, indicando que pessoas que participam em grupos e gostam de serem populares tendem a vivenciar mais eventos financeiros (dificuldade financeira moderada/grave e melhora financeira) e tendem a apresentar menos eventos de trabalho (mudança de emprego, aumento de jornada de trabalho demissão e dispensa entre outros). A faceta Altivez teve correlação nula e negativa com eventos de luto e correlação positiva e nula com os eventos totais, sugerindo que pessoas com aspectos egocêntricos e que gostam de ser o centro das atenções tendem a passar menos eventos de luto (morte de amigo íntimo, parente significativo, membro da família, filho, cônjuge e perdas ou roubo de objeto de valor) e podem apresentar maiores riscos para todos os eventos (Tabela 16).

Tabela 16

Correlação de Pearson - Eventos de vida e o fator geral de Extroversão e suas facetas

	<i>E2 - Altiwez</i>	<i>E4 - Interações sociais</i>
Ev. Trabalho		-0,17(*)
Ev. Financeiro		0,17(*)
Ev. Luto	-0,15(*)	
Ev. TOTAL	0,16(*)	

* Nível de significância de $p < 0,05$

O fator Socialização teve correlação baixa e negativa com eventos de trabalho, correlação nula e negativa com eventos na família e correlação nula e positiva com eventos financeiros, indicando que pessoas que são generosas, bondosas, afáveis, prestativas e

altruístas tendem a apresentar menos eventos de trabalho (mudança de emprego, aumento de jornada de trabalho demissão e dispensa entre outros) e eventos de família (nascimento de filho, saída de filho de casa, problemas de relacionamento com familiares entre outros) e podem apresentar mais eventos financeiros (dificuldade financeira moderada/grave e melhora financeira). A faceta Confiança teve correlações nulas e negativas com eventos de trabalho, eventos de saúde e eventos de família e correlações nulas e positivas com eventos financeiros e de matrimônio, indicando que indivíduos que são desconfiados de pessoas em sua volta e de desconhecidos tendem a ter mais problemas financeiros (dificuldade financeira moderada/grave e melhora financeira) e de matrimônio (relação extraconjugal, conjugue começou ou parou de trabalhar entre outros) e uma menor probabilidade de passar por eventos de ordem financeira (dificuldade financeira moderada/grave e melhora financeira), de saúde (doença física pessoal grave, doença grave de familiar próximo, gravidez não desejada entre outros) e de família (nascimento de filho, saída de filho de casa, problemas de relacionamento com familiares entre outros). A faceta Sociabilidade apresentou correlação baixa e negativa com eventos de trabalho e correlação baixa e positiva com os eventos financeiros, demonstrando que pessoas com aspectos de condutas anti-sociais tendem a apresentar menos eventos de trabalho (mudança de emprego, aumento de jornada de trabalho demissão e dispensa entre outros) e podem passar por mais eventos financeiros (dificuldade financeira moderada/grave e melhora financeira). A faceta Amabilidade apresentou correlação nula e negativa com eventos de família, indicando que pessoas altruístas, gentis e que ajudam ao próximo tendem a passar menos por acontecimentos familiares (nascimento de filho, saída de filho de casa, problemas de relacionamento com familiares entre outros). As correlações estão apresentadas na Tabela 17.

Tabela 17

Correlação de Pearson - Eventos de vida e o fator geral de Socialização e suas facetas

	<i>S1</i> <i>Amabilidade</i>	<i>S2</i> <i>Sociabilidade</i>	<i>S3</i> <i>Confiança</i>	<i>SOCIALIZAÇÃO</i>
Ev. Trabalho		-0,22(**)	-0,16(*)	-0,21(**)
Ev. Financeiro		0,20(**)	0,16(*)	0,19(**)
Ev. Saúde			-0,16(*)	
Ev. Família	-0,14(*)		-0,14(*)	-0,18(*)
Ev. Matrimônio			0,14(*)	

** Nível de significância de $p < 0,01$

* Nível de significância de $p < 0,05$

Na tabela 18 é apresentado o fator geral Realização, O fator não teve correlação com os eventos de vida, apenas a faceta Empenho, teve correlação baixa e negativa com eventos financeiros, o que pode representar que pessoas detalhistas, exigentes muito de si apresentam menos eventos financeiros (dificuldade financeira moderada/grave e melhora financeira).

Tabela 18

Correlação de Pearson - Eventos de vida e o fator geral de Realização e suas facetas

	<i>R3 -</i> <i>Empenho</i>
Ev. Financeiro	-0,20(**)

** Nível de significância de $p < 0,01$

O fator Abertura à experiência juntamente com sua faceta Idéias teve correlação nula e positiva com o evento financeiro, apontando que pessoas que são abertas a novas culturas, valores, idéias e fantasia tendem a ter mais eventos financeiros (dificuldade financeira moderada/grave e melhora financeira). A faceta Liberalismo apresentou correlação nula e positiva com eventos de família, indicando que pessoas abertas a novos

valores sociais e novas culturas apresentaram mais eventos de família (nascimento de filho, saída de filho de casa, problemas de relacionamento com familiares entre outros) e a faceta novidades teve correlação nula e positiva com os eventos de educação o que se pode interpretar que pessoas que gostam de conhecer novos lugares e viver novas situações tendem a ter mais eventos de educação (iniciou ou retomou estudo, mudança de escola, interrupção do curso, fracasso acadêmico importante) (Tabela 19).

Tabela 19

Correlação de Pearson - Eventos de vida e o fator geral de Abertura a Experiências e suas facetas

	<i>A1 - Idéias</i>	<i>A2 - Liberalismo</i>	<i>A3 - Novidades</i>	<i>ABERTURA</i>
Ev. Educação			0,14(*)	
Ev. Financeiro	0,18(**)			0,17(*)
Ev. Família		0,16(*)		

** Nível de significância de $p < 0,01$

* Nível de significância de $p < 0,05$

O fator Neuroticismo apresentou correlação nula e positiva com os eventos total. A faceta Passividade apresentou correlação baixa e positiva também com eventos total. As outras correlações significativas estão apresentadas na tabela abaixo. Dentre tais resultados chama atenção a correlação entre os eventos total e o fator geral de Neuroticismo demonstrando que pessoas instáveis emocionalmente, que vivenciam mais os momentos de sofrimento tendem a ter mais eventos em sua vida (Tabela 20).

Tabela 20

Correlação de Pearson - Eventos de vida e o fator geral de Neuroticismo e suas faceta

	<i>N2 - Instabilidade</i>	<i>N3 - Passividade</i>	<i>NEUROTICISMO</i>
Ev. Trabalho	0,14(*)		
Ev. Financeiro		0,14(*)	
Ev. TOTAL	0,14(*)	0,22(**)	0,15(*)

** Nível de significância de $p < 0,01$

* Nível de significância de $p < 0,05$

7. 5 Diferenças de média para a EDEP e BFP.

Na tabela 21 são apresentados somente os resultados significativos da diferença de média para os instrumentos. Existiu diferença de média significativa entre as facetas e no fator geral de Socialização e também para duas facetas de Neuroticismo. As mulheres tiveram médias maiores do que os homens tanto nas facetas como também no fator geral de Socialização e os homens tiveram médias maiores nas facetas passividade e depressão do fator Neuroticismo.

Houve também diferença significativa entre os cursos, sendo que as pessoas que estão no curso de Psicologia apresentaram maior média nas facetas Sociabilidade, Confiança e no fator geral de Socialização. O grupo que cursa Psicologia também apresentou na faceta ponderação do fator Realização maior média, já os participantes que estão cursando Arquitetura apresentaram médias maiores na faceta Instabilidade e no fator geral de Neuroticismo.

Para analisar se existiu diferença de média dos participantes que trabalham em relação aos participantes que não estavam trabalhando no momento em que foi realizada a pesquisa, utilizou-se também o teste-t. Houve diferenças significativas apenas para a faceta Sociabilidade, Confiança e para o fator geral Socialização. As pessoas que não trabalham apresentaram pontuações maiores em relação à média para os participantes que trabalham.

No que diz respeito a diferença de média realizada para quem tem ou não familiares com diagnóstico de depressão, verificou-se se as questões genéticas e sociais podem estar associadas aos resultados dos participantes. Foi constatado que houve diferença de média para a faceta Dinamismo do fator Realização, diferenças nas facetas Instabilidade e

Passividade do fator Neuroticismo e no fator geral Realização. Em relação à faceta Instabilidade foi constatada uma média maior para os participantes dos familiares com diagnóstico de depressão em relação aos participantes que não tinham familiares com diagnóstico de depressão. O mesmo aconteceu com a faceta Passividade de com média maior também para pessoas com familiares com diagnóstico de depressão em relação as pessoas sem familiares com diagnóstico de depressão. Para o fator Realização a média foi maior para as pessoas que não tiveram alguns familiares diagnosticados com depressão em relação a participantes com familiares diagnosticados.

Tabela 21

Teste-t - Diferenças de média para sexo, curso, trabalha atualmente e familiar diagnosticado

	<i>Sexo</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio padrão</i>	<i>T</i>	<i>p</i>
S1 – Amabilidade	Masculino	5,32	0,86	-2,51	0,013
	Feminino	5,64	0,80		
S2 – Sociabilidade	Masculino	4,39	1,13	-3,11	0,002
	Feminino	5,03	1,39		
S3 – Confiança	Masculino	3,94	1,02	-3,58	0,000
	Feminino	4,53	1,07		
N3 – Passividade	Masculino	4,02	1,22	3,23	0,001
	Feminino	3,43	1,15		
N4 – Depressão	Masculino	2,53	0,98	2,24	0,026
	Feminino	2,21	0,89		
SOCIALIZAÇÃO	Masculino	4,55	0,74	-4,05	0,000
	Feminino	5,07	0,84		

	<i>Curso</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio padrão</i>	<i>T</i>	<i>P</i>
S2 – Sociabilidade	Psicologia	5,08	1,34	3,90	0,000
	Arquitetura	4,30	1,21		
S3 – Confiança	Psicologia	4,52	1,04	3,31	0,001
	Arquitetura	3,98	1,10		
R2 – Ponderação	Psicologia	4,79	1,07	2,17	0,031
	Arquitetura	4,44	0,94		
N2 – Instabilidade	Psicologia	3,46	1,21	-2,69	0,008
	Arquitetura	3,95	1,16		
NEUROTICISMO	Psicologia	3,14	0,82	-2,15	0,032
	Arquitetura	3,41	0,81		
SOCIALIZAÇÃO	Psicologia	5,05	0,85	3,46	0,001

Tabela 21 (Em continuação)

Teste-t - Diferenças de média para sexo, curso, trabalha atualmente e familiar diagnosticado

	<i>Familiar Diagnosticado</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio padrão</i>	<i>T</i>	<i>P</i>
R3 - Dinamismo	Não	4,90	0,94	2,10	0,033
	Sim	4,60	0,92		
N2 - Instabilidade	Não	3,46	1,21	-2,61	0,002
	Sim	3,95	1,17		
N3 - Passividade	Não	3,50	1,24	-1,94	0,048
	Sim	3,85	1,08		
REALIZAÇÃO	Não	4,95	0,72	2,04	0,042
	Sim	4,74	0,62		

Realizou-se o teste-t para verificar diferenças de média no resultado da EDEP para os participantes que julgaram ter sintomas depressivos leves, moderados e graves em relação a participantes que não consideraram ter sintomas depressivos. O resultado dos participantes que consideram ter sintomas depressivos teve média maior do que dos participantes que consideraram não ter sintomas depressivos para a EDEP (Tabela 22).

Tabela 22

Teste-t – Pessoas que julgaram ter sintomas depressivos leves, moderados e graves

		<i>N</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio padrão</i>	<i>T</i>	<i>p</i>
EDEP	Não consideram ter sintomas depressivos	184	80,28	44,55	-3,44	0,001
	Consideram ter sintomas depressivos/Leve-Moderado-Grave	28	111,00	39,60		

ANOVA

Foi realizado para verificação das diferenças de média para as facetas, fator geral da BFP ANOVA e o Tukey. As idades foram divididas em *quartis* sendo que o grupo 1 incluiu

os participantes de 17 a 19 anos (N = 32), o grupo 2 de 20 a 21 anos (N = 47), o grupo 3 de 22 a 26 anos (N = 51) e o grupo 4 de 27 a 58 anos (N = 50). Os resultados apresentados na tabela 23 foram significativos para $p < 0,05$. Como se pode verificar, houve diferença significativa para a faceta Interação social do fator Extroversão, faceta Sociabilidade do fator Socialização, faceta Idéias do fator Abertura a Experiência e os fatores gerais Extroversão e Socialização.

Tabela 23

ANOVA para a idade Quartil – Diferença de média

	<i>F</i>	<i>p</i>
E4 - Interações sociais	7,03	0,000
S2 – Sociabilidade	3,71	0,013
A1 – Idéias	3,01	0,031
EXTROVERSÃO	3,75	0,012
SOCIALIZAÇÃO	3,83	0,011

O resultado da faceta de interação social do fator Extroversão apresentou média significativa para dois grupos distintos. Um grupo formado por participantes de 17 a 19 anos com média maior e outro grupo formado pelos demais participantes, com médias menores (Tabela 24).

Tabela 24

Verificação de diferença de médias para o quartil das idades em relação a faceta interação social do fator Extroversão

<i>Idade Quartil</i>		<i>Subconjunto para alfa = 0,05</i>	
		2	1
4	50	4,84	
3	51	4,95	
2	47	5,00	
1	32		5,79

Na Tabela 25 o grupo 3 se diferenciou do restante da amostra observada uma tendência no aumento da média dos resultados na faceta Sociabilidade conforme a diminuição da idade. Os Participantes com idades entre 22 a 26 anos se diferenciaram do restante dos participantes e tiveram a menor média e os participantes de 17 a 19 anos tiveram a maior média.

Tabela 25

Verificação de diferença de médias para o quartil das idades em relação à faceta sociabilidade do fator Socialização

Idade quartil	Subconjunto para alfa =0,05		
		2	1
3	51	4,29	
4	50	4,93	4,93
2	47	4,93	4,93
1	32		5,23

Em relação a faceta idéia, Apesar de não haver separação de dois grupos distintos, existe uma tendência no aumento da média dos resultados na faceta idéia conforme a diminuição da idade. Os participantes com idades entre 19 a 22 anos tiveram as maiores médias do que os restantes dos participantes (tabela 26).

Tabela 26

Verificação de diferença de médias para o quartil das idades em relação à faceta idéia do fator Abertura a Experiência

Idade quartil	Subconjunto para alfa =0,05	
		1
3	51	4,20
4	50	4,22
1	32	4,51
2	47	4,74

Existiu a necessidade de dois grupos distintos para o fator geral de Extroversão, um grupo composto pelos participantes mais jovens de 17 a 19 anos que tiveram as maiores médias e o outro grupo com o restante dos participantes que tiveram médias mais baixas (tabela 27).

Tabela 27

Verificação de diferença de médias para o quartil das idades em relação ao fator Extroversão

<i>Idade quartil</i>	<i>N</i>	<i>Subconjunto para alfa =0,05</i>	
		2	1
2	47	4,43	
4	50	4,48	
3	51	4,51	
1	32		4,91

Houve separação de dois grupos para a média dos participantes no fator geral de Socialização sendo que um grupo foi formado por participantes de 22 a 26 anos e o restante dos participantes formou o outro grupo. É observado também que os participantes entre 17 a 21 anos tiveram médias maiores do que os participantes de 22 a 57 anos (Tabela 28).

Tabela 28

Verificação de diferença de médias para o quartil das idades em relação ao fator Socialização

<i>Idade quartil</i>		<i>Subconjunto para alfa =0,05</i>	
		2	1
3	51	4,58	
4	50	4,97	4,97
2	47	5,00	5,00
1	32		5,15

Foi realizado para verificar a diferença de média para a classe econômica a ANOVA e o teste *Tukey*. A classe econômica teve como critério o Padrão de Classificação Econômica do Brasil de 2008. As classes sociais estão divididas de forma hierárquica começando por A1, A2, B1, B2, C1, C2, D e E. No presente estudo juntou-se as classes em grupos para facilitar as análises, um dos grupos foi formado por participantes das classes A1 e A2 (N = 47), um grupo formado por participantes da classe B1 (N = 51), um grupo por participantes da classe B2 (N = 67) e um grupo formado por participantes das classes C1, C2 e D (N = 47). Não houve participantes incluídos na classe E. Os resultados apontaram diferenças significativas para a EDEP, para a faceta sociabilidade do fator Socialização, a faceta depressão do fator Neuroticismo e o fator geral de Neuroticismo (Tabela 29).

Tabela 29

ANOVA para a classe econômica – Diferença de média

	<i>F</i>	<i>p</i>
EDEP	3,27	0,022
S2 - Sociabilidade	2,76	0,043
N4 – Depressão	2,92	0,035
EXTROVERSÃO	3,13	0,027

Os resultados da diferença de média entre as classes econômicas em relação a EDEP são significativos e mesmo não formando dois grupos distintos demonstraram que a média foi menor nas classes A1+ A2 e B1 que variaram ($M = 74,30$) a ($M = 75,41$) em relação a média maior para as classes C1 + C2 + D e B2 variando ($M = 86,36$) a ($M = 96,76$) (Tabela 30).

Tabela 30. Verificação de diferença de médias das classes econômicas em relação a EDEP

<i>Classe Econômica</i>	<i>N</i>	<i>Subconjunto para alfa =0,05</i>
		1
A1 + A2	47	74,30
B1	51	75,41
C1 + C2 + D	47	86,36
B2	67	96,76

Em relação a faceta sociabilidade as médias geraram dois grupos significativos. Estes grupos se diferenciam principalmente pela média menor das classes econômicas A1 + A2 e da maior média das classes C1 + C2 + D (Tabela 31)

Tabela 31. Verificação de diferença de médias das classes econômicas em relação à faceta Sociabilidade

<i>Classe Econômica</i>	<i>N</i>	<i>Subconjunto para alfa =0,05</i>	
		2	1
A1 + A2	47	4,63	
B1	51	4,73	4,73
B2	67	4,78	4,78
C1 + C2 + D	47		5,35

Os resultados apontaram a necessidade de 2 grupos para o fator Extroversão. Sendo que a maior diferença ocorreu entre a classe B2 com a média mais baixa e A1 + A2 que apresentou a média mais alta (Tabela 32)

Tabela 32

Verificação de diferença de médias das classes econômicas em relação ao fator Extroversão

Classe Econômica	N	Subconjunto para alfa =0,05	
		2	1
B2	67	4,41	
C1 + C2 + D	47	4,46	4,46
B1	51	4,65	4,65
A1 + A2	47		4,77

Para a verificação de diferença de média para pessoas que passaram por avaliação psiquiátrica e psicológica foi utilizado a análise estatística ANOVA juntamente com o teste *Tukey*. Houve diferenças significativas para $p < 0,05$ nas médias da EDEP, das facetas passividade e depressão e do próprio fator geral Neuroticismo (Tabela 33).

Tabela 33

Avaliação diagnóstica de depressão

	F	p
EDEP	3,40	0,019
N3 –	3,68	0,013
Passividade		
N4 – Depressão	3,82	0,011
NEUROTICISM	3,68	0,013
O		

Os resultados da tabela 34 apresentaram a separação de dois grupos distintos, sendo os participantes que passaram por avaliação sem nenhum diagnóstico, com outro diagnóstico e que não passaram por diagnóstico tiveram médias menores e o outro grupo

teve média maior sendo formado por participantes que passaram por avaliação psiquiátrica ou psicológica e foram diagnosticados com depressão.

Tabela 34

EDEP – Diferenciação para avaliação psicológica ou psiquiátrica

<i>Você já passou por avaliação psiquiátrica ou psicológica</i>	<i>N</i>	<i>Subconjunto para alfa =0,05</i>	
		<i>2</i>	<i>1</i>
Sim, sem nenhum diagnóstico	34	71,02	
Sim, com outro diagnóstico	10	75,80	
Não	153	84,94	84,94
Sim, com diagnóstico de depressão	15		114,06

A faceta passividade também apresenta dois grupos sendo que a diferenciação esta relacionada à média baixa dos participantes que passaram por avaliação sem nenhum diagnóstico e da maior média das pessoas que foram avaliadas e tiveram o diagnóstico de depressão (Tabela 35).

Tabela 35

Faceta passividade – diferenciação para avaliação psicológica ou psiquiátrica

<i>Você já passou por avaliação psiquiátrica ou psicológica</i>	<i>N</i>	<i>Subconjunto para alfa =0,05</i>	
		<i>2</i>	<i>1</i>
Sim, sem nenhum diagnóstico	34	3,18	
Não	153	3,58	3,58
Sim, com outro diagnóstico	10	4,03	4,03
Sim, com diagnóstico de depressão	15		4,30

A faceta depressão dividiu-se em dois grupos sendo que a principal diferença de média esteve relacionada a média baixa dos participantes que passaram por avaliação sem

nenhum diagnóstico e da maior média das pessoas que foram avaliadas e tiveram o diagnóstico de depressão (Tabela 36).

Tabela 36

Faceta depressão – diferenciação para avaliação psicológica ou psiquiátrica

<i>Você já passou por avaliação psiquiátrica ou psicológica.</i>	<i>N</i>	<i>Subconjunto para alfa =0,05</i>	
		<i>2</i>	<i>1</i>
Sim, sem nenhum diagnóstico	34	1,96	
Sim, com outro diagnóstico	10	2,18	2,18
Não	153	2,32	2,32
Sim, com diagnóstico de depressão	15		2,90

O fator Neuroticismo como suas facetas seguiu a mesma tendência, dividiu-se em dois grupos sendo que a diferenciação se deu pela média baixa dos participantes que passaram por avaliação sem nenhum diagnóstico, com outro diagnóstico ou que não passaram por diagnóstico em relação a maior média das pessoas que foram avaliadas e tiveram o diagnóstico de depressão (Tabela 37).

Tabela 37

Fator Neuroticismo – diferenciação para avaliação psicológica ou psiquiátrica

<i>Você já passou por avaliação psiquiátrica ou psicológica.</i>	<i>N</i>	<i>Subconjunto para alfa =0,05</i>	
		<i>2</i>	<i>1</i>
Sim, sem nenhum diagnóstico	34	2,98	
Não	153	3,20	3,20
Sim, com outro diagnóstico	10	3,35	3,35
Sim, com diagnóstico de depressão	15		3,80

8. DISCUSSÃO

Diversos estudos têm se interessado pela relação entre personalidade e depressão principalmente utilizando modelos que explicam a personalidade por meio de fatores (Widiger & Trull, 1992). De fato, os modelos em fatores têm subjacente a idéia da existência de uma relação muito próxima entre personalidade e psicopatologia em geral, ou entre personalidade e depressão em particular, apresentando-se como uma possibilidade de relacionar estes dois conceitos e permitindo um avanço na avaliação psicológica como um todo.

Dentre os estudos realizados nacionalmente e internacionalmente sobre a depressão e a personalidade no modelo dos CGF, o fator Neuroticismo é o que mais apresenta correlações com o quadro depressivo, este traço da personalidade indica uma maior propensão para os indivíduos à depressão, (Craigie, Saulsman e Lampard, 2007; Nunes, 2000; Santor, Bagby e Joffe, 1997). O alto grau de Neuroticismo está relacionado com a instabilidade emocional do indivíduo e como este vivência um momento de angustia ou de sofrimento, inclui ainda aspectos que identificam o nível de ansiedade, hostilidade, depressão, auto-estima, impulsividade e vulnerabilidade (Widiger, Trull, Clarkin, Sanderson e Costa, 2002).

O Neuroticismo é o fator da personalidade que apresenta a maior associação com a patologia depressão na literatura sendo que as pessoas que sofrem de depressão clínica tendem a pontuar alto neste fator. Quanto maior o grau de sintomas depressivos mesmo que estes sejam abaixo da severidade de atendimento clínico, maior a possibilidade de ocorrência de transtornos psiquiátricos futuros. (Schultz e Schultz, 2002; Zonderman, Herbst, Schmidt, Costa, McCrae, 1993).

No trabalho, os resultados da EDEP com o fator geral Neuroticismo apresentaram as maiores correlações, o que também vem sendo encontrado nos trabalhos desenvolvidos a respeito da depressão e a associação com este fator (Craigie, Saulsman e Lampard, 2007; Nunes, 2000; Santor, Bagby e Joffe, 1997). É importante ressaltar que todas as pessoas no estado depressivo apresentam alto grau de Neuroticismo, mas nem todas as pessoas que apresentam alto nível de Neuroticismo tendem a serem depressivas (Schultz e Schultz, 2002).

No estudo intitulado, *Evidências de validade da escala de depressão (EDEP) em uma amostra no contexto hospitalar*, Diaz (2008) em uma das vertentes do trabalho analisaram a relação entre a EDEP e a BFP. As maiores correlações da EDEP com a BFP foram diretamente relacionadas ao fator e facetas de Neuroticismo, verificou-se que todas as facetas do fator Neuroticismo apresentaram relações com a EDEP e, sendo assim, com a sintomatologia depressiva. Já a faceta que apontou a maior correlação com os sintomas depressivos foi à faceta depressão que contém itens que avaliam alguns aspectos propriamente ditos de sintomas depressivos. Realmente a depressão parece estar altamente associada tanto ao fator geral de Neuroticismo como também as suas facetas, principalmente, a faceta depressão.

O estudo de Santor, Bagby e Joffe (1997) demonstraram que o estado depressivo pode influenciar os escores resultantes de Extroversão e Neuroticismo. Os escores de Extroversão aumentam com o passar do tempo de tratamento enquanto que os escores de Neuroticismo diminuíram com o uso dos medicamentos. Portanto, pessoas que tiveram uma melhora no quadro depressivo aumentaram seu nível de Extroversão isso pode demonstrar que estas pessoas tendem a se tornarem mais comunicativas e extrovertidas.

No presente trabalho, a EDEP apresentou correlações negativas para o fator Extroversão indicando que pessoas com sintomas depressivos tendem a apresentar níveis baixos neste fator sendo menos comunicativas e mais introvertidas. Este resultado vai ao encontro com pesquisas que foram realizadas nacionalmente e internacionalmente demonstrando que os indivíduos depressivos tendem a apresentar níveis baixos no fator Extroversão (Bagby, Quilty, Segal, McBride, Kennedy e Costa Junior, 2008; Nunes, 2005; Nunes, 2007; Dias, 2008).

O mesmo aparentemente ocorre com o fator Realização que envolve aspectos de competência, organização, persistência e motivação para alcançarem objetivos. Os estudos envolvendo a personalidade e a patologia depressão vem demonstrando que pessoas com sintomas depressivos tendem a apresentar baixo nível neste fator (Bagby, Quilty, Segal, McBride, Kennedy e Costa Junior, 2008; Dias, 2008). Outros transtornos que também podem estar associados aos escores baixos em Realização são: o transtorno de personalidade anti-social e *bordeline* (Widiger, Trull, Clarkin, Sanderson e Costa, 2002).

No trabalho, os resultados corroboram com o que vêm sendo encontrados nos demais estudos, já que os participantes que tiveram as maiores pontuações na EDEP apresentaram baixo nível no fator Realização. Pode-se inferir que pessoas depressivas tendem a se perceberem menos competentes, organizadas e motivadas em seus objetivos do que pessoas que não estão incluídas em um quadro depressivo (Bagby, Quilty, Segal, McBride, Kennedy e Costa Junior, 2008; Nunes, 2005; Dias, 2008).

No estudo realizado por Nunes (2005) para a construção e normatização das escalas individuais de Socialização e Extroversão, foi observada uma forte associação negativa entre os componentes da escala individual de Neuroticismo, que envolvem aspectos de depressão, com aquelas abarcadas por Socialização e Extroversão. As facetas do fator

Extroversão que se destacaram com associações negativas com o fator Neuroticismo foram às facetas de nível de comunicação e assertividade, indicando que pessoas que apresentaram níveis elevados de depressão podem apresentar dificuldade em tomarem decisões, de resolverem ativamente os problemas que enfrentam e de apresentarem suas opiniões claras às pessoas.

Ainda em seu trabalho Nunes (2005), a respeito do fator Socialização, evidenciou que as facetas que tiveram maiores correlações negativas com o fator Neuroticismo foram às facetas confiança e amabilidade, indicando que pessoas com sintomas depressivos tendem a se preocupar menos com os demais, se engajam menos em comportamentos de ajudar os outros e também tendem a confiar menos nas pessoas.

No estudo desenvolvido por Dias (2008) foram apresentadas associações negativas entre os sintomas depressivos e o fator e as facetas de Socialização da BFP. Isto indica que pessoas depressivas tendem a apresentar um baixo nível de Socialização comparado a pessoas que não estão inseridas em um quadro depressivo (Bagby, Quilty, Segal, McBride, Kennedy e Costa Junior, 2008; Dias, 2008; McCrae e Costa, 2003, Nunes e Hutz, 2007; Nunes, 2005).

O presente estudo confirma estes achados já que existiram associações negativas entre a EDEP com todas as facetas e com o fator geral de Socialização, indicando que pessoas com sintomas depressivos têm uma pior qualidade no nível de relacionamento com as pessoas, são menos altruístas, menos cuidadosas com os outros e não costumam ajudar as demais pessoas (McCrae e Costa, 2003, Nunes e Hutz, 2007; Nunes, 2005).

O fator Abertura a Experiência esta relacionada com a flexibilidade em lidar com valores, com novas idéias, com a capacidade de imaginar/fantasiar e com a curiosidade intelectual. Este fator tende a apresentar menos relações com os transtornos de

personalidade do que os demais. Mesmo assim, o fator Abertura pode estar relacionado, nos casos de escores elevados, ao transtorno de personalidade esquizotípico, histriônico e narcisista. Por outro lado, escores baixos em Abertura podem ter relações com os transtornos de personalidade esquizóide e obsessivo-compulsivo (Nunes, Hutz e Nunes, 2008; Widiger, Trull, Clarkin, Sanderson e Costa, 2002).

No estudo não houve correlações significativas entre a EDEP e as facetas e o fator geral de Abertura a Experiência. Pode-se inferir que os sintomas depressivos não estão diretamente relacionados a este fator, o que vem a corroborar com a literatura encontrada, que apresenta o fator como não sendo uma dimensão muito associada aos transtornos de personalidade e as patologias em geral (Nunes, Hutz e Nunes, 2008; Widiger, Trull, Clarkin, Sanderson e Costa, 2002).

A respeito de fatores de riscos para a depressão, foi realizada a correlação entre eventos de vida dos participantes com os resultados da EDEP e da BFP. Estas associações foram possíveis por meio do questionário de identificação que incluiu em um dos seus itens os acontecimentos vividos pelo participante no último ano com questões direcionadas ao trabalho, educação, questões financeiras, saúde, lutos/perdas, migração/mudanças, namoro/coabitação, questões legais, família e matrimônio. Tais eventos de vida apresentaram relações diretas com os sintomas depressivos tendendo a ser considerado fator de risco para a depressão (Gomide, Salvo, Pinheiro e cols. 2005; Lima, 1999).

Os eventos de vida são mudanças identificáveis no padrão de vida do indivíduo, representam uma quebra no modo de se comportar e afetam o bem estar. A maioria dos estudos epidemiológicos mostra uma relação direta entre os eventos negativos de vida e a depressão (Lima, 1999).

No trabalho, a EDEP teve correlação com os eventos de vida total o que vai ao encontro com a literatura que pressupõe a relação de indivíduos que passam por eventos de vida com a depressão (Gomide, Salvo, Pinheiro e cols. 2005; King, 2003; Lima, 1999). Analisando os acontecimentos separadamente, os eventos de saúde, eventos de mudança e de matrimônio apresentaram correlações significativas e positivas com a EDEP, indicando que pessoas que passam por situações de doença física pessoal grave, doença grave de familiar próximo, gravidez não desejada, mudança da cidade/país ou mudança dentro da mesma cidade, relação extraconjugal e com conjugue que começou ou parou de trabalhar apresentam mais sintomas depressivos ou vice-versa.

A respeito dos eventos de vida e sua relação com a personalidade pouco tem se estudado a respeito, já que a literatura pressupõe que a personalidade é um construto duradouro e que pouco se modifica (Allport, 1973; Goldberg, 1990; Nunes, Hutz e Nunes, 2008; Pervin, 1978) Mesmo assim, observando os achados existentes na literatura a respeito da associação dos cinco grandes fatores da personalidade com a depressão, contendo este, uma relação com eventos de vida, abrindo um campo de estudo para verificar se componentes da personalidade podem ser alterados por eventos de vida (Santor, Bagby e Joffe, 1997; Lima, 1999)

É importante ressaltar que as correlações que foram significativas entre os fatores e as facetas da BFP e os eventos de vida foram nulas ou baixas, devendo-se tomar cuidado com qualquer tipo de inferência que possa ser feita a respeito destas análises. O fator Neuroticismo apresentou correlação positiva com os eventos de vida total. Dentre os resultados chama atenção a correlação entre os eventos de vida total e o fator geral de Neuroticismo hipotetizando-se que pessoas instáveis emocionalmente e que vivenciam mais os momentos de sofrimento tendem a ter mais eventos vitais em sua vida.

Na pesquisa também foi verificada a diferença das médias dos participantes entre gênero, idade, estado civil, cursos e classe econômica. Diferenças entre os participantes que estavam trabalhando no momento da realização da pesquisa e os que não estavam e também entre as pessoas que tinham ou não familiares diagnosticados com depressão. Na literatura o gênero é considerado um fator de risco para depressão sendo que as mulheres apresentaram mais depressão do que homens. Esta maior prevalência de mulheres com depressão pode estar relacionada com a diferenciação em que os homens e as mulheres são tratados na maioria das culturas, além dos fatores biológicos e psicológicos, no entanto, na presente pesquisa se observou o inverso do apontado pela literatura no BFP, talvez porque este instrumento avalie apenas tendências de personalidade e não sintomatologia depressiva (Lima, 1999).

No estudo não houve diferença de média significativa entre os gêneros em relação à EDEP, somente houve diferença significativa para o fator geral de Socialização e suas facetas e para duas facetas de Neuroticismo passividade e depressão. As mulheres apresentaram maiores médias do que os homens nas facetas e no fator Socialização como também foi exposto no manual da BFP (Nunes, Hutz & Nunes, 2008). As mulheres tendem a serem mais generosas, bondosas e prestativas do que os homens. Os homens apresentaram médias maiores nas facetas de Depressão e Passividade, podendo ser mais passivos para resolver problemas rotineiros e estarem mais envolvidos com sintomas depressivos.

Amezquita, Medina, Gonzalez, Perez, Zuluaga e Mejia (2003) realizaram um estudo com o objetivo de avaliar as diferenças de vários programas acadêmicos para o nível de depressão, ansiedade e comportamento suicida em uma amostra composta por 625 alunos da universidade de Caldas na Colômbia. Para isso foram aplicados nos estudantes os

inventários de ansiedade e depressão de Beck. Diante dos resultados verificou-se uma parcela grande de estudantes acometidos pela depressão e ansiedade no nível leve, chegando a 40% em alguns cursos e números significativos para depressão e ansiedade moderada e grave. Outra conclusão foi que houve grande diferença do nível de ansiedade e depressão entre os cursos.

Diferentemente do estudo acima apresentado, neste trabalho não houve diferença significativa das médias dos cursos em relação à depressão. Os cursos de Psicologia e Arquitetura não se diferenciaram para a EDEP, de maneira geral as diferenças se deram para os fatores gerais de Socialização e Neuroticismo. Os estudantes do curso de Psicologia apresentaram médias maiores para Socialização tendendo a ter uma qualidade de relacionamento maior do que os estudantes de Arquitetura. Os estudantes de Arquitetura apresentaram maiores médias para Neuroticismo sendo mais instáveis emocionalmente.

A idade é um fator de risco para o começo dos transtornos depressivos, situando entre 20 e 40 anos, apesar de a depressão também ocorrer na infância (Mari, Almeida Filho, Coutinho, Andreoli, Miranda e Streiner, 1993). No trabalho, a média da pontuação das idades não se diferenciou para a EDEP. A idade se diferenciou principalmente para a faceta idéia do fator Abertura a Experiência os participantes mais jovens de 17 a 21 anos tiveram as maiores médias do que os participantes entre 22 a 57 anos, indicando que estes são mais fantasiosos, imaginativos e apresentam uma maior abertura para novas idéias. Da mesma maneira, os mais jovens apresentaram maiores médias no fator Extroversão e Socialização, podendo ser mais comunicativos, extrovertidos, dinâmicos, participativos e por outro lado podem ser mais desconfiados e com condutas anti-sociais. No entanto, os valores das associações encontrados no manual da BFP para os fatores e facetas são muito baixos para

diferença em faixas etárias, como também foi encontrado no trabalho (Nunes, Hutz e Nunes, 2008).

Fatores econômicos também aparecem como risco para depressão, pessoas com baixa renda apresentam maiores prevalência de transtornos mentais. As pessoas com depressão na maioria das vezes apresentam situação econômica mais fragilizada do que aquelas sem depressão ou com outro transtorno mental (Lima, 1999). Confirmando o que vem sendo encontrado na literatura, os resultados apontaram que as classes econômicas A1, A2 e B1 foram as que menos apresentaram sintomas depressivos. Aparentemente pessoas em classes econômicas mais baixas apresentam maiores indicadores de depressão, talvez porque o poder aquisitivo baixo esteja ligado a outros fatores de risco para depressão, tais como maior violência e preconceito social, menor educação e acesso a saúde, dentre outros.

Nos resultados as pessoas que passaram por uma avaliação realizada por psiquiatras ou psicólogos e foram diagnosticados com depressão apresentaram as maiores médias. Eles realmente se diferenciaram do restante da amostra, o que demonstra a sensibilidade da EDEP e de seus itens que diferenciam os indivíduos que relataram terem sido diagnosticados com depressão dos indivíduos com outros transtornos ou que nunca passaram por nenhuma avaliação.

Levando em conta todas as relações encontradas entre os construtos depressão e personalidade na literatura, principalmente envolvendo a modelo dos cinco grandes fatores da personalidade e a depressão, os resultados deste estudo foram satisfatórios, encontrando fortes evidências de validade para o instrumento base, a EDEP. As principais evidências são as correlações da EDEP com o fator geral e as facetas de Neuroticismo e associações negativas com os fatores Realização, Extroversão e Socialização da BFP, apresentando relações semelhantes aos principais estudos desenvolvidos nesta área até o momento

(Bagby, Quilty, Segal, McBride, Kennedy e Costa Junior, 2008; Craigie, Saulsman e Lampard, 2007; Dias, 2008; Nunes, 2000; Nunes, 2005; Nunes, 2007; Santor, Bagby e Joffe, 1997; Schultz e Schultz, 2002; Zonderman, Herbst, Schmidt, Costa e McCrae, 1993).

Diante da necessidade de criar testes válidos para a área de avaliação psicológica no Brasil e, principalmente, instrumentos voltados para a sintomatologia depressiva que englobem algumas peculiaridades que são específicas da população brasileira, a EDEP pode acrescentar muito neste sentido por se tratar de um instrumento nacional. Ela apresenta algumas vantagens em relação a outros instrumentos com propósitos semelhantes, já que estes instrumentos internacionais e adaptados ao Brasil foram construídos dentro de outros contextos culturais, esta situação favorece o processo de validação da EDEP, pois é possível ter resultados mais seguros e condizentes a realidade brasileira, outro fator que traz consistência a mesma é que para sua construção foi levado em conta os indicadores dos principais manuais de diagnóstico e classificações de transtornos e doenças mentais.

O número reduzido dos participantes fez com que este estudo apresentasse limitações, caso o número fosse maior, diminuiria a chance dos resultados com vieses em função do perfil dos participantes. Outra possibilidade foi a não existência de uma amostragem com pessoas sem o histórico depressivo. Caso estas amostragens tivessem disponíveis, poderiam possibilitar e auxiliar a encontrar resultados mais conclusivos.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo foram abordadas questões relacionadas à verificação das relações da depressão com a personalidade com o intuito de buscar evidências de validade baseadas nas relações com outras variáveis para a EDEP. Outras questões levantadas no estudo foram o quanto os eventos de vida podem apresentar relações com a depressão e o quanto estes eventos podem estar associados à personalidade de um indivíduo.

Com base nos resultados obtidos percebe-se que o objetivo de buscar evidências de validade baseadas nas relações com outras variáveis para a EDEP foi alcançado, já que as associações deste instrumento com a BFP sugerem ir de encontro com os trabalhos realizados nacionalmente e internacionalmente entre a relação da depressão e da personalidade no modelo dos cinco grandes fatores.

A pesquisa apresentou correlações positivas entre a depressão e o fator Neuroticismo e correlações negativas entre depressão e os fatores Realização, Extroversão e Socialização, apenas o fator Abertura a Experiência não apresentou associação significativa com a EDEP.

A pesquisa também procurou conhecer se existiam diferenças de média significativas para os escores da EDEP e da BFP para gênero, idade, estado civil, fatores sócio econômicos entre outros. De acordo com esta pesquisa foi constatada que há diferenças de média nos escores conforme demonstrado nas tabelas.

A respeito da relação da depressão com os eventos de vida, a pesquisa apresentou correlação entre a EDEP e os eventos de vida total, corroborando com a literatura que pressupõe a relação de depressão com eventos vitais, indicando que os sintomas depressivos podem estar ligados aos acontecimentos vividos pela pessoa. Estes sintomas

geram uma mudança no padrão de vida do indivíduo, podendo desencadear inclusive um quadro depressivo, sendo mais uma fonte indicando e contribuindo para a validação da EDEP.

No caso da relação entre os eventos de vida e os fatores da personalidade os resultados foram poucos conclusivos já que as correlações foram baixas ou nulas. Isso se deve ao fato de que na literatura a personalidade é formada por uma unidade duradoura e que no decorrer da vida pouco se modifica. No estudo realizado, a associação entre os eventos de vida e o fator Neuroticismo chamou mais atenção, sendo provável que uma quantidade maior de eventos na vida dos indivíduos fazem com que eles sejam influenciados por estes eventos, apresentando uma maior instabilidade emocional modificando assim sua forma de se comportar

A faceta passividade do fator Neuroticismo foi a que apresentou a maior associação com os eventos de vida. É provável que indivíduos que passam quantitativamente por estes eventos de vida apresentem dificuldades para resoluções de problemas corriqueiros ou, até mesmo, por estes indivíduos vivenciarem acontecimentos estressores, eles acabam por diminuir sua resposta ao meio ambiente, faltando-lhes motivação para solucionar questões rotineiras em sua vida.

Na pesquisa não houve diferença de média significativa para a EDEP em relação a gênero, curso acadêmico e idade. Sabendo que a literatura trata gênero, idade e curso acadêmico como fatores de risco na depressão é provável que o tamanho da amostra e/ou sua distribuição influenciaram, gerando um viés nestes aspectos. Para fatores econômicos foi constatada diferença de média significativa pois realmente pessoas de classes econômicas mais baixas tendem a apresentar mais sintomas depressivos.

A respeito da diferença de média para pessoas que passaram por uma avaliação realizada por psiquiatras ou psicólogos e foram diagnosticados com depressão realmente apresentaram as maiores médias, demonstrando a sensibilidade da EDEP e de seus itens para diferenciação dos indivíduos diagnosticados com depressão dos indivíduos com outros transtornos ou que nunca passaram por nenhuma avaliação.

Dentre os resultados apresentados e discutidos fica evidente que a EDEP avalia de forma bem sucedida os sintomas depressivos possuindo eficácia para o rastreamento psiquiátrico e não-psiquiátrico, mesmo assim, há necessidade de novos estudos que possam contribuir para novas evidências de validade da EDEP e também na replicabilidade dos resultados aqui encontrados possibilitando um aprimoramento da EDEP tanto em sua validade como em sua precisão.

O número reduzido de participantes pode ter contribuído para as limitações no estudo, caso o número fosse maior, diminuiria a chance de resultados com vieses em função do perfil dos participantes. A não existência de uma amostragem somente com participantes diagnosticados com depressão também foi um limitador e caso estas amostragens estivessem disponíveis, os resultados entre os grupos seriam passíveis de comparação e poderiam gerar resultados mais conclusivos.

10. REFERÊNCIAS

Alchieri, J. C. & Bandeira, D. R. (2002). *Ensino da Avaliação Psicológica no Brasil*. Em R. Primi, (Org.), *Temas em Avaliação Psicológica* (pp. 11-22). Campinas: Impressão Digital do Brasil Gráfica e Editora Ltda.

Allport, G. W. (1973). *Personalidade: padrões e desenvolvimento*. São Paulo: E.P.U

Anastasi, A. & Urbina, S. (2000). *Testagem Psicológica*. (7a ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.

Almeida-Filho, N. De., Mari, J de J., Coutinho, E., França, J. F., Fernandes, J. G., Andreoli, S. B., Busnello, E. D. (1992). *Estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras*. Revista ABP-APAL;14. Brasília, São Paulo, Porto Alegre. 3 pp. ,93-104.

Alves, I. C. B., Alchieri, J. C. & Marques, K. (2001). *Panorama geral do ensino das técnicas de exame psicológico no Brasil*. I Congresso de Psicologia Clínica - Programas e Resumos. Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 10-11.

American Psychiatric Association (APA). (2002). *DSM-IV-TR - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos mentais*. (4ª ed). Porto Alegre: Artmed

American Educational Research Association, American Psychological Association, & National council on Measurement in Education. (1999). *Standards for Educational and Psychological Testing*. New York: American Psychological Association.

Amezquita Medina, M. E., Gonzalez Perez, R. E. & Zuluaga Mejia, D. (2003). *Prevalence of depression, anxiety and suicidal behavior among pregraduate*. Students in the University of Caldas, Year 2000. *Revista Colombiana Psiquiatria*. 32 (4) 341-356.

Ayuso-Mateos, J. L., Valquez-Barbeiro, C., Dowrick, V., Lehtinen, O. S., Dalgard, P., Casey, C., Wilkinson, L., Lasa, H., Page, G., Dunn, G. (2001). *Depressive disorders in Europe: prevalence figures from the ODIN study*. *British Journal of Psychiatry*. 179, 308-316)

Bagby, R. M., Quilty, L. C., Segal, Z. V., McBride, C. C., Kennedy, S. H. & Costa Jr P. T. (2008) *Personality and Differential Treatment Response in Major Depression: A Randomized Controlled Trial Comparing Cognitive-Behavioural Therapy and Pharmacotherapy*. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 53 (6) 361–370.

Bahls, S. C. (1999). *Depressão: Uma Breve Revisão dos Fundamentos Biológicos e Cognitivos*. *Interação*. 3, 49-60.

Ballone G. J. (2004) *Depressão e Relacionamento Pessoal*. in. PsiqWeb, Internet, disponível: www.psiqweb.med.br, revisto em 2007.

- Bandura, A. (1979). *Modificação do comportamento*. Rio de Janeiro: Interamericana.
- Baptista, M. N. (2004). *Suicídio e Depressão: Atualizações*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Baptista, M. N., Baptista, A. S. D. & Dias, R. R. (2001) Estrutura e suporte familiar como fatores de risco na depressão de adolescentes. *Psicologia ciência e profissão*. 21, (2) 52-61.
- Baptista, M. N. & Sisto, F. F. (em desenvolvimento). *EDEP - Escala de Depressão*. Programa de Pós Graduação Strictu-Sensu da Universidade São Francisco, Itatiba.
- Baptista, M. N., Morais, P. R., Rodrigues, T., Silva J. A. C. (2006). *Avaliação Psicológica*. 5, 77-85.
- Baptista, M. N. Souza, M. S & Silva Alves, G. A. (2008). Evidência de validade entre a Escala de Depressão (EDEP), o BDI e o Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF) *Psico-USF* . 13 (2) 211-220.
- Barbosa, G. A., Dias, M. R., Gaião, A. A. & Di Lorenzo, W. F. (1996). *Depressão infantil: Um estudo de prevalência com o CDI*. *Infanto*. 3, 36-40.
- Batistoni, S. S. T., Neri, A. L. & Cupertino, A. P. F. B. (2007). *Validade da escala de depressão do Center for Epidemiological Studies entre idosos brasileiros*. *Revista Saúde Pública*. 41 (4), 598-605.
- Bazi, G. A. do P. (2000) *As dificuldades de aprendizagem em leitura e escrita e suas relações com a ansiedade*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Educação. Universidade Estadual de Campinas, SP, Brasil.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, F. B., Emery, E. (1997). *Terapia Cognitiva da depressão*. Porto alegre: Artes Médicas.
- Beck, A. T. (1982). *Terapia Cognitiva da depressão*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Briggs, S. R. (1992). *Assessing the Five-Factor Model of personality description*. *Journal of Personality*. 6, 253-293
- Caballo, E. V. (2002). *Manual para o tratamento Cognitivo Comportamental dos Transtornos Psicológicos*. São Paulo: Santos Livraria Editora.
- Calil, H. M. & Pires, M. L. N. (1998). Aspectos gerais das escalas de avaliação da depressão. *Revista Psiquiatria Clínica*. 25 (5) 240-244
- Cardoso, H. & Luz, A. (1999). *Estudos preliminares de saúde mental e qualidade de vida de estudantes universitários trabalhadores da FAENQUIL*. Laboratório de Saúde Mental do Trabalho – Unicamp.
- Cattell, R. B. (2000). *Manual Técnico 16PF*. Rio de Janeiro: Cepa.

Conselho Federal de Psicologia (2001). Resolução n.º25/2001 [On-line]. Disponível: <http://www.pol.org.br>.

Conselho Federal de Psicologia (2003). Resolução n.º 002/2003 [On-line]. Disponível: <http://www.pol.org.br>.

Craigie, M. A., Saulsman L. M. & Lampard A. M. (2007). *MCMI-III Personality Complexity and Depression Treatment Outcome Following Group-Based Cognitive-Behavioral Therapy*. Journal Of Clinical Psychology. 63 (12) 1153–1170.

Dalgarronndo, P. (2000). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. Porto Alegre; Artes Médicas.

Del Porto, J. A (1999). *Conceito e Diagnóstico*. Journal Of Clinical Psychology. 21, 6-11.

Dias, C. C. (2008). *Evidências de Validade Convergente e Discriminante da Escala de Depressão*. Dissertação de Mestrado em Psicologia. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior Universidade São Francisco, Itatiba, São Paulo.

Digman J. M. & J. Inouye (1986). *Further specification of the five robust factors of personality*. Journal of Personality and Social Psychology. 50,116–123.

Eysenck, H. J. & Long, F. Y. A. (1998). *Cross-cultural comparison of personality in adults and children: Singapore and England*. Journal of Personality and Social Psychology. 50 (1) 124-130.

Eysenck, H. J. (1993). *The structure of phenotypic personality traits: Comment*. American Psychologist. 48 (12) 1299-1300.

Ferster, C. B., Culbertson, S. & Boren, C. P. (1977). *Princípios do comportamento*. (trad: Maria Ignez Rocha e Silva, Maria Alice de Campos Rodrigues e Maria Benedita Lima Pardo). São Paulo: Hucitec.

Ferster, C. B. (1973). *Functional analysis of depression*. American Psychology. 28, 857-870.

Foster, J. A. & MacQueen, G. (2008). *Neurobiological Factors Linking Personality Traits and Major Depression*. La Revue canadienne de psychiatrie. 53 (1) 6-13.

Goldberg J. F., Garno J. L., Andrew L. C., James K. H., M.D., Portera L. (1998). *Association of Recurrent Suicidal Ideation With Nonremission From Acute Mixed Mania*. American Psychiatric Association.

Gomes, W. B. (2004). *Avaliação psicológica no Brasil: Testes de Medeiros e Albuquerque*. Avaliação Psicológica. 3 (1) 59-68.

Gomide, P. I. C., Salvo, C. G., Pinheiro, D. P. N. & cols. (2005). *Correlação entre práticas educativas, depressão, estresse e habilidades sociais*. PsicoUSF. 10 (2) 169-178

- Goldberg, L. R. (1990). An Alternative "Description of Personality": The Big-Five Factor Structure. *Journal of Personality and Social Psychology*. 59 (6) 1216-1229.
- Goldrajch D. F.E.L.I.Z. (1996). *Uma estratégia cognitivo-comportamental para o manejo da depressão*. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 45 (12) 709 -712)
- Gorestein, C. & Andrade, L. (1998). *Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português*. *Revista Psiquiatria Clínica, São Paulo*. 25 (5) 245-250.
- Hall, C. S., Lindzey, G. & Campbell, J. B. (2000). *Teorias da personalidade*. Artmed: Porto Alegre.
- Hutz, C. S., Nunes, C. H., Silveira, A. D., Serra, J., Antón, M. & Wieczonek, L. S. (1998). *O desenvolvimento de marcadores para a avaliação da personalidade no modelo dos cinco grandes fatores*. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 11 (2) 395-410.
- Ito, L. M. (1998). *Terapia cognitivo-comportamental para transtornos psiquiátricos*. Porto Alegre (RS): Artes Médicas.
- John, O. P., Angleitner, A. & Ostendorf, F. (1988). *The lexical approach to personality: A historical review of trait taxonomic research*. *European Journal of Personality*. 2, 171-203.
- John, O. P. (1990). *The "Big Five" factor taxonomy: Dimensions of personality in the natural language and in questionnaires*. In L. A. Pervin (Ed.), *Handbook of personality: Theory and research*. 4, 66-100.
- Kaplan H.I & Sadock B.J. (2003). *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences and Clinical Psychiatry*. 9th edition. Baltimore: Williams & Wilkins.
- King, A. (2003). *Treating depression successfully could save billions*. *Mississippi Business Journal*. 22-28.
- Lafer, B. & Vallada Filho, H. P. (1999). *Genética e fisiopatologia dos transtornos depressivos*. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 21, 12-17.
- Lima, M. S. (1999). *Epidemiologia e impacto social*. *Revista Brasileira Psiquiatria*. 21, 01-05.
- Lima, M. P. & Simões, A. (2000). *NEO-PI-R, Inventário de Personalidade Neo Revisto*. Manual Profissional (1.^a ed.). Lisboa: CEGOC-TEA, Ltda – Investigação e Publicações Psicológicas.
- Maciel, M. J. N. & Yoshida, E. M. P. (2006). *Avaliação de alexitimia, neuroticismo e depressão em dependentes de álcool*. *Avaliação Psicológica*. 5 (1), 43-54.

- Mari J. J., Almeida-Filho, N., Coutinho, E., Andreoli, S.B., Miranda, C.T., & Streiner, D. (1993). *The epidemiology of psychotropic use in the city of São Paulo*. *Psychological Medicine*. 23, 467-74.
- McAdams, D. P. (1992) *The five-factor model in personality: A Critical Appraisal*. *Journal of Personality*. 60, 329-361).
- McCrae, R. R. P. T. & Costa, J. (2003). *Personality in Adulthood - A five-factor theory perspective*. New York - NY: Guilford Press.
- McCrae, R. R. & John, O. P. (1992). *An introduction to the Five-Factor Model and its applications*. *Journal of Personality*. 60, 175-216.
- Michelon, L. (2006). *Depressão*. *Revista Brasileira de Medicina*. 63, 123- 135.
- Nakano, T. C. & Wechsler, S. M (2006). *Teste Brasileiro de Criatividade figural: proposta de normas*. *Avaliação Psicológica*. 5 (2), 159 - 170.
- Noronha, A. P. P (1999). *Avaliação psicológica segundo psicólogos: usos e problemas com ênfase nos testes*. Tese de doutorado não-publicada, Instituto de Psicologia, PUC-Campinas, Campinas, SP.
- Noronha, A. P. P. (2002). *Os Problemas Mais Graves e Mais Frequentes no Uso dos Testes Psicológicos*. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 15 (1) 135-142.
- Noronha, A. P. P., Baldo, C. R., Barbin, P. F. & Freitas, J. V. (2003). *Conhecimento em avaliação psicológica: um estudo com alunos de psicologia*. *Psicologia Teoria e Prática*. 5 (2) 37-46.
- Noronha A. P. P. Achieri J. C. (2004) *Conhecimento em avaliação psicológica*. *Estudos de Psicologia Campinas*. 21 (1) 43-53.
- Noronha, A. P., Nunes, M. F. O., Ambiel, R. A. M., Barros, M. V. C., & Freitas, F. A. d. (2008). *Relatório de processo de avaliação psicológica voltada para orientação profissional com alunos do Ensino Médio*. (Relatório técnico não publicado).
- Noronha, A. P. P., Primi, R. & Alchieri, J. C. (2004). *Parâmetros psicométricos: uma análise de testes psicológicos comercializados no Brasil*. *Psicologia Ciência e Profissão*. 24 (4) 88-9.
- Noronha, A. P. P. & Alchieri, J. C. (2004). *Conhecimento em Avaliação Psicológica*. *Estudos de Psicologia*. 21, 143-52.
- Noronha, A. P. P., Primi, R., Freitas, F. A., & Dantas, M. A. (2007). *Análise dos itens do Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test: Escalas da Área Estratégica*. *Psicologia em Estudo*. 12, 415-422.

Nunes, C. H. S. S. (2000). *A construção de um instrumento de medida para o fator neuroticismo /estabilidade emocional dentro do modelo de personalidade dos cinco grandes fatores*. Dissertação não publicada, UFRGS, Instituto de Psicologia, Porto Alegre, RS.

Nunes, C. H. S. S., Hutz, C. S. & Nunes, M. F. O. (2008). *Bateria Fatorial de Personalidade (BFP)- Manual técnico*. Casa do Psicólogo. São Paulo.

Nunes, C. H. S. S. & Hutz, C. S. (2002). *O modelo dos Cinco Grandes Fatores de Personalidade*. Em R. Primi. pp40-49. *Temas em Avaliação Psicológica*. Campinas, SP: IBAP.

Nunes, C. H. S. S. (2005). *Construção, normatização e validação das escalas de socialização e Extroversão no modelo dos Cinco Grandes Fatores*. UFRGS, Instituto de Psicologia, Porto Alegre: RS.

Nunes, C. H. S. S. Nunes, M. F. O. Muniz, M., Miguel, F. K. Couto, G., Primi, R. (2007). *Criação de uma Bateria Brasileira de avaliação da Personalidade pelo Modelo dos Cinco Grandes fatores*. Trabalho apresentado na III Congresso Brasileiro de Avaliação Psicológica e XII Conferência Internacional de Avaliação: Formas e Contextos, João Pessoa, PB.

Nunes, C. H. S. S. & Hutz, C. S. (2007). *Construção e validação da escala fatorial de Socialização no modelo dos Cinco Grandes Fatores de Personalidade*. *Psicologia. Reflexão Crítica*. 20 (1) 20-25.

Organização Mundial da Saúde (OMS). (2001). *Relatório sobre a saúde no mundo 2001: Saúde mental: Nova concepção, nova esperança*. Genebra: OMS.

Organização Mundial da Saúde - OMS (1993). *Classificação dos Transtornos Mentais e do comportamento - CID-10: descrições e diretrizes diagnósticas*. Trad. Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artes Médicas.3 (10).

Pervin, L. A. (1978) *Personalidade: teoria, avaliação e pesquisa*. São Paulo: EPU.

Pervin, L. A. & John, O. P (2004). *Personalidade: teoria e pesquisa*. Porto Alegre: Artmed. 8 ed.

Piedmont, R. L (1998). *The Revised Neo Personality Inventory*. Clinical and Research Applications, Plenum Press, New york.

Primi, R., Noronha, A. P., Nunes, M. F. O. & Ambiel, R. A. M. (2006). *Estudo Correlacional entre Habilidades, Personalidade e Dificuldade de Escolha Profissional*. Em C. Machado, L. Almeida, M. A. Guisande, M. Gonçalves, & V. Ramalho (Eds.), XI Conferência Internacional. *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*. Braga: Editora Psiquilíbrios.p. 423-434.

- Rusting, C. L. & Larsen, R. J. (1998). *Diurnal Patterns of Unpleasant Mood: Associations with Neuroticism, Depression and Anxiety*. Journal of Personality. p. 66.
- Rakel, R. E. (1999). *Depression*. Prim Care. 26 (2) 211-224.
- Santor, D. A. Bagby, R. M & Joffe, R . T. (1997). *Evaluating Stability and Change in Personality and Depression*. Journal of Personality and Social Psychology. 73 (6) 1354-1362.
- Seligman M. E. P. (1977). *Desamparo: sobre a depressão, desenvolvimento e morte*. São Paulo: Huctec.
- Schultz, D. P. & Schultz, S. E. (2002). *Teorias da Personalidade*. São Paulo: Ed. Pioneira Thomson Learning.
- Shinohara, H. (1998). *Transtornos de humor*. Em B. Rangé (org.), *Psicoterapia comportamental e cognitiva de transtornos psiquiátricos*. Campinas. Editorial Psy. pp. 178-182
- Smith, J. M., Louisa D. Grandin, L. D., Alloy, L. B. & Abramson, L. A. (2006). *Cognitive Vulnerability to Depression and Axis II Personality Dysfunction*. Cogn Ther Res. 30, 609–621.
- Spijker, J., Graaf, D. R., Bilj V. R., Beekman, A. T. F., Ormel, J. & Nolen W. A. (2002). *Duration of major depressive episodes in the general population: results fromThe Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study*. British Journal of Psychiatry, pp. 181- 213.
- Tavares, M. (2004). *Validade Clínica*. Psico-USF. 8 (2) 125-136).
- Teixeira, M. A. R. (2001) *Melancolia e depressão: um resgate histórico e conceitual na psicanálise e na psiquiatria*. *Revista de Psicologia da UNESP*. 4 (1) pp. 41)
- Urbina, S. (2007). *Fundamentos da Testagem Psicológica*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Vasconcellos, S. J. L. & Hutz, C. S. (2008). *Construção e validação de uma escala de abertura à experiência*. *Avaliação psicológica*. 7 (2) 135-141.
- Widiger, T. A., Trull, T. J., Clarkin, J. F., Sanderson, C., & Costa, P. T. (2002). *A description of the DSM-IV personality disorders with the five-factor model of personality*. Em P. T. Costa & T. A. Widiger (Eds.), *Personality Disorders and the Five-Factor Model of Personality*. Washington, DC: American Psychological Association. 2, 89-102).
- Zonderman, A. B. Herbst, J. H. Schmidt, C. Costa, P. T. Jr. McCrae, R. R (1993). *Depressive symptoms as a non-specific, graded risk for psychiatric diagnoses*. Journal of Abnormal Psychology. 102, 544-552.

11. ANEXOS

ANEXO 1. Questionário de identificação sócio-demográfico

1 - Sexo: ¹() Masculino ²() Feminino

2- Idade:

3- Curso:

4 - Estado Civil:

¹() Solteiro ³() Viúvo ⁵() Recasado
²() Casado ⁴() Desquitado/ Divorciado ⁶() Outros:

5 – Indique o nível de escolaridade do chefe da família:

¹() Analfabeto/ fundamental incompleto ³() Fundamental II completo/ Médio incompleto
²() Fundamental I (1ª a 4ª) completo/ ⁴() Médio completo / Superior incompleto
Fundamental II (5ª a 8ª) incompleto ⁵() Superior completo

6 – Se você não for o chefe da família, indique seu grau de escolaridade:

¹() Analfabeto/ fundamental incompleto ³() Fundamental II completo/Médio incompleto
²() Fundamental I (1ª a 4ª) completo/ ⁴() Médio completo / Superior incompleto
Fundamental II (5ª a 8ª) incompleto ⁵() Superior completo

7 – Assinale com um X a quantidade dos itens que você possui em casa:

Itens	Não tem	1	2	3	4 ou +
Televisão					
Rádio					
Banheiro					
Automóvel					
Empregada mensalista					
Aspirador de pó					
Maquina de lavar					
Videocassete e/ou DVD					
Geladeira					
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)					

8- Trabalha atualmente?

1() Não 2() Sim. Qual profissão? : _____

9 – Alguém da sua família já foi diagnosticado com depressão, por psicólogo ou psiquiatra?

1() Não 2() Sim. Quem? _____

10 – Você já passou por avaliação psiquiátrica ou psicológica?

1() Não 2() Sim, com diagnóstico de depressão
3() Sim, sem nenhum diagnóstico 4() Sim, com outro diagnóstico. Qual? _____

11 – Atualmente está passando por tratamento para depressão?

psicológico 1() Não 2() Sim Há quanto tempo? _____

12- Se você está diagnosticado com algum transtorno depressivo, acredita que atualmente os sintomas depressivos se encontram em qual nível?

¹Leve () ²() Moderado ³() Severo

13 – Assinale a seguir, os acontecimentos vividos por você, no último ano:

- | | |
|---|---|
| 01() Mudança de emprego | 26() Morte de amigo íntimo ou parente significativo |
| 02() Aumento na jornada de trabalho | 27() Morte de membro da família |
| 03() Diminuição na jornada de trabalho | 28() Morte de filho (adotivo ou não) |
| 04() Dificuldades nas relações de trabalho | 29() Morte de cônjuge |
| 05() Promoção ou aumento de salário | 30() Perdas ou roubos de objetos de valor |
| 06() Rebaixamento no trabalho | 31() Mudança dentro da mesma cidade |
| 07() Demissão ou dispensa | 32() Mudança para outra cidade/ país |
| 08() Aposentadoria | 33() Ficou noivo(a)/ Casou-se |
| 09() Desempregado por um mês mais | 34() Rompeu noivado |
| 10() Falência nos negócios | 35() Encerrou namoro estável |
| 11() Retomou/Iniciou os estudos | 36() Briga séria com noivo(a), cônjuge ou parceiro(a) |
| 12() Mudança de escola | 37() Foi multado |
| 13() Interrupção de curso | 38() Teve que ir ao tribunal/ fórum por alguma questão legal |
| 14() Teve fracasso acadêmico importante | 39() Teve sentença de prisão |
| 15() Dificuldades financeiras moderadas | 40() Foi processado |
| 16() Dificuldades financeiras grandes | 41() Teve membro da família processado |
| 17() Melhora nas finanças | 42() Nascimento de um filho/ Adoção |
| 18() Doença física pessoal grave | 43() Inclusão de uma pessoa diferente morando na mesma c. |
| 19() Doença grave de familiar próximo | 44() Noivado ou casamento de filhos |
| 20() Gravidez desejada | 45() Saída de filho de casa |
| 21() Gravidez não desejada | 46() Teve problemas familiares considerados sérios com pes |
| 22() Aborto espontâneo, natimorto, aborto | 47() Relação extraconjugal ou infidelidade |
| 23() Menopausa | 48() Relação extraconjugal ou infidelidade do parceiro |
| 24() Dificuldades sexuais | 49() Reconciliação matrimonial |
| 25() Está acima do peso considerado saudável | 50() Cônjuge começou ou parou de trabalhar |

ANEXO 2. Termo de Consentimento livre e esclarecido (Primeira via)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prof. Dr. Makilim Nunes Baptista (Orientador); Bruno Borine (mestrando em psicologia)
Escala de Depressão e Bateria Fatorial de Personalidade: evidências de validade. (Primeira via)

Eu,.....
dou meu consentimento livre e esclarecido para participar como voluntário do projeto de pesquisa supra-citado, sob responsabilidade do(s) pesquisador(es) denominados acima.

Assinando este Termo de Consentimento estou ciente de que:

- 1 - O objetivo da pesquisa é buscar evidências de validade da Escala de Depressão - EDEP por meio de correlação com a Bateria Fatorial da Personalidade;
- 2 - Eu obtive todas as informações necessárias para poder decidir conscientemente sobre a sua participação na referida pesquisa;
- 3 - A resposta a este (s) instrumento(s) / procedimento(s) poderão causar constrangimento, mas não trarão riscos à minha saúde física;
- 4- Minha participação neste estudo não acarretará nenhum prejuízo ou benefício terapêutico, uma vez que se trata de uma pesquisa acadêmica conduzida na Universidade São Francisco;
- 5 - Eu estou livre para interromper a qualquer momento minha participação na pesquisa;
- 6 - Meus dados pessoais serão mantidos em sigilo e os resultados gerais obtidos na pesquisa serão utilizados apenas para alcançar os objetivos do trabalho, expostos acima, incluída sua publicação na literatura científica especializada;
- 7 - Poderei contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade São Francisco para apresentar recursos ou reclamações em relação à pesquisa pelo telefone: (11) 4534-8040;
- 8 - Eu poderei entrar em contato com os responsáveis pelo estudo sempre que julgar necessário pelos telefones (11) 45348028;
- 9 - Este Termo de Consentimento é feito em duas vias, sendo que uma permanecerá em meu poder e outra com o pesquisador responsável.

Itatiba, de2008

 Assinatura

ANEXO 3. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Segunda via)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prof. Dr. Makilim Nunes Baptista(Orientador); Bruno Borine (mestrando em psicologia)

Escala de Depressão e Bateria Fatorial de Personalidade: evidências de validade. (Segunda via)

Eu,.....
dou meu consentimento livre e esclarecido para participar como voluntário do projeto de pesquisa supra-citado, sob responsabilidade do(s)pesquisador(es) denominados acima.

Assinando este Termo de Consentimento estou ciente de que:

- 1 - O objetivo da pesquisa é buscar evidências de validade da Escala de Depressão - EDEP por meio de correlação com a Bateria Fatorial da Personalidade;
- 2 – Eu obtive todas as informações necessárias para poder decidir conscientemente sobre a sua participação na referida pesquisa;
- 3 - A resposta a este (s) instrumento(s) / procedimento(s) poderão causar constrangimento, mas não trarão riscos à minha saúde física;
- 4- Minha participação neste estudo não acarretará nenhum prejuízo ou benefício terapêutico, uma vez que se trata de uma pesquisa acadêmica conduzida na Universidade São Francisco;
- 5 – Eu estou livre para interromper a qualquer momento minha participação na pesquisa;
- 6 - Meus dados pessoais serão mantidos em sigilo e os resultados gerais obtidos na pesquisa serão utilizados apenas para alcançar os objetivos do trabalho, expostos acima, incluída sua publicação na literatura científica especializada;
- 7 - Poderei contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade São Francisco para apresentar recursos ou reclamações em relação à pesquisa pelo telefone: (11) 4534-8040;
- 8 - Poderei entrar em contato com os responsáveis pelo estudo sempre que julgar necessário pelos telefones (11) 45348028;
- 9 - Este Termo de Consentimento é feito em duas vias, sendo que uma permanecerá em meu poder e outra com o pesquisador responsável.

Itatiba, de2008

 Assinatura

