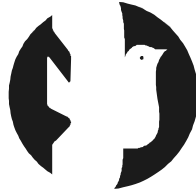


JULIANA OLIVEIRA GOMES



UNIVERSIDADE
SÃO FRANCISCO

**ESCALA DE DEPRESSÃO (EDEP) E MEDIDAS DE ATENÇÃO
E TRANSTORNOS DE SONO**

ÍTATIBA
2009

JULIANA OLIVEIRA GOMES

**ESCALA DE DEPRESSÃO (EDEP) E MEDIDAS DE ATENÇÃO
E TRANSTORNOS DE SONO**

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

ORIENTADOR: PROF DR. MAKILIM NUNES BAPTISTA

ITATIBA
2009

158.9 Gomes, Juliana Oliveira.
G614e Escala de depressão (EDEP) e medidas de atenção e
 transtornos de sono. -- Itatiba, 2009.
 96 p.

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação
Stricto Sensu em Psicologia da Universidade São Francisco.

Orientação de: Makilim Nunes Baptista


1. Avaliação psicológica. 2. Sintomatologia depressiva.
3. Atenção sustentada. 4. Atenção dividida. 5. Qualidade de
sono. I. Título. II. Baptista, Makilim Nunes.

Ficha catalográfica elaborada pelas Bibliotecárias do Setor de
Processamento Técnico da Universidade São Francisco.

GOMES, Juliana Oliveira “**Escala de Depressão (EDEP) e Medidas de Atenção e Transtornos de Sono**” 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 Gonçalves Barbosa
Examinador



Prof. Dr. Claudio Garcia Capitão
Examinador

Dedicatória

Dedico este trabalho aos anjos mais importantes em minha vida:

À mãe Graça, mãe Binha, Dani e Aniel, por sempre terem me apoiado até mesmo quando eu já não mais acreditei que podia

A minha afilhada Maria Letícia por sempre me dar abraços apertados e sorrisos sinceros, acalmando até mesmo a mais ansiosa das madrinhas

Meu namorado Douglas por ter me apoiado, mesmo de tão longe, a permanecer forte, custe o que custar

Agradecimentos

A todos que me incentivaram e apoiaram direta e indiretamente à concretização deste trabalho

Aos professores, pelo crescimento profissional e pessoal que me ofereceram

Ao Nelimar por ser um grande amigo pra toda vida, companheiro, confidente e paciente

Aos meus amigos em Itatiba, Regina, Marlene e Dario, que fizeram minha estadia nesta cidade linda ainda mais agradável

Ao professor Makilim Nunes Baptista, por me incentivar a sempre crescer em qualidade no meu trabalho

Obrigada!

Resumo

Gomes, J. O. (2009). *Escala de Depressão (EDEP) e medidas de Atenção e Transtornos de sono*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia, Universidade São Francisco, Itatiba, 96p.

No que concerne à avaliação de alterações afetivas e de humor, um dos construtos mais estudados é a depressão. Sabe-se que algumas variáveis são importantes para seu estudo, tais como os fatores de risco e os eventos recentes e marcantes, que podem influenciar no estado de humor. Dentre os vários sintomas apresentados por pacientes com depressão, podem-se destacar as possíveis alterações no sono e atenção. Este estudo objetivou buscar por evidências de validade para a Escala de Depressão (EDEP) com os Testes de Atenção Dividida e Sustentada (AD/AS), Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (IQSP) e a Escala de Sonolência de Epworth (ESE). Fizeram parte da pesquisa 213 estudantes de uma Universidade do interior de Minas Gerais, com média de 20,8 anos, sendo 128 do sexo feminino. Em relação aos fatores de risco, como idade, estado civil e gênero, não foram encontradas diferenças significativas para a EDEP. Notou-se, porém que houve diferença significativa em relação à presença de familiar deprimido para a EDEP e IQSP. Foram encontradas correlações positivas e significativas entre a EDEP e os eventos de vida marcantes, a ESE e com o IQSP, não tendo sido encontrada correlação significativa entre a EDEP e as escalas de atenção. Como análises complementares, foram correlacionados os itens de sono da EDEP com o IQSP, tendo sido encontrada uma correlação positiva, forte e significativa. Os resultados sugerem que os descritores da EDEP sejam capazes de rastrear a qualidade de sono. Discute-se, pelos resultados encontrados a evidência de validade baseada na relação com outras variáveis para a EDEP. Espera-se que este trabalho possa contribuir para a comunidade científica, na medida em que apresenta novos estudos em relação a novas escalas, desenvolvidas no Brasil, para avaliação da depressão. Sugere-se que sejam feitos estudos com pacientes diagnosticado, a fim de se avaliar possíveis diferenças entre pacientes e não-pacientes, no que concerne a atenção dividida e atenção sustentada.

Palavras-chave: avaliação psicológica; sintomatologia depressiva; atenção sustentada; atenção dividida; qualidade de sono.

Apoio: CNPq

Abstract

Gomes, J. O. (2009). *Depression Scale (EDEP) and Attention measures and Sleep Disorders*. Master Degree Dissertation, *Stricto Sensu* Post-Graduation Program in Psychology, São Francisco University , Itatiba, 96p.

Regarding the evaluation of affective and mood alterations, one of the most studied constructs is the depression. It is known that some variables are important to its study, such as the risk factors and recent life events, which can influence the mood state. Among the various symptoms presented by patients with depression, possible alterations in sleep and attention can be detached. This study aimed to investigate for evidences of validity for the Depression Scale (EDEP) with the Tests of Sustained and Divided Attention (AD/AS), Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) and the Epworth Sleepiness Scale (ESS). 213 students of a University in the state of Minas Gerais, with an average of 20.8 years and 128 females had been part of the research. In relation to the risk factors such as age, marital status and gender, it was not found significant differences for the EDEP. However, it was noted a significant difference for the presence of depressed relatives, for the EDEP and the PSQI. Positive and significant correlations between the EDEP and life events, the ESS and with the PSQI had been found, not having been found significant correlation between the EDEP and the attention's scales. As further analysis, the EDEP sleep items and the PSQI were correlated, and it was found a positive correlation, strong and significant. The results suggest that the descriptors of the EDEP are able to trace the quality of sleep. Based on the results, it is argued the evidence of validity based on the relation with other variables for the EDEP. It is expected that this work can contribute to the scientific community, once it presents new studies for new scales, developed in Brazil, for evaluation of depression. It is suggested studies with diagnosed patients in order to evaluate possible differences between patients and non-patients, with regard to divided attention and sustained attention

Key-words: psychological assessment, depressive symptoms, sustained attention; divided attention; quality of sleep.

Financial Support: CNPq

Sumário

Lista de Tabelas	x
Apresentação	1
Introdução.....	3
Depressão.....	3
Atenção	12
Sono e Transtornos de Sono	22
Objetivos.....	29
Objetivo Geral.....	29
Objetivos Específicos	29
Método.....	30
Participantes.....	30
Instrumentos.....	30
1. Questionário de Identificação:	30
2. Escala de Depressão (EDEP):.....	31
3. Atenção Sustentada (AS):.....	34
4. Atenção Dividida (AD):.....	35
5. Escala de Sonolência de Epworth (ESE):	37
6. Índice de Qualidade de Sono de Pittsburg (IQSP):.....	38
Procedimento	40
Resultados.....	41

Caracterização da amostra	41
Medidas de tendência central.....	46
Análise inferencial dos dados	57
Análises de correlação	63
Discussão	70
Referências	81
Anexo 1 - QUESTIONÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO	92
Anexo 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	95

Lista de Tabelas

Tabela 1. Atividade laboral e estado civil	43
Tabela 2. Presença de diagnóstico de depressão na família	43
Tabela 3. Avaliação psicológica prévia.....	44
Tabela 4. Nível subjetivo de sintomatologia depressiva para os participantes	45
Tabela 5. Presença de atendimento psicológico ou medicamentoso	45
Tabela 6. Frequência do número de eventos de vida marcantes	46
Tabela 7. Medidas de tendência central.....	47
Tabela 8. Nível de sonolência diurna excessiva.....	48
Tabela 9. Informações sobre participantes de acordo com a sonolência diurna excessiva ..	49
Tabela 10. Índice de qualidade de sono.....	49
Tabela 11. Informações sobre participantes de acordo com a qualidade do sono.....	50
Tabela 12. Nível de concentração em atenção dividida	51
Tabela 13. Informações sobre participantes de acordo com a medida de concentração do teste de atenção dividida.....	51
Tabela 14. Nível de velocidade com qualidade em atenção dividida.....	52
Tabela 15. Informações sobre participantes de acordo com a medida de velocidade com qualidade do teste de atenção dividida	53
Tabela 16. Nível de concentração em atenção sustentada.....	53
Tabela 17. Informações sobre participantes de acordo com a medida de concentração do teste de atenção sustentada	54
Tabela 18. Nível de velocidade com qualidade em atenção sustentada	55

Tabela 19. Informações sobre participantes de acordo com a medida de velocidade com qualidade do teste de atenção sustentada.....	55
Tabela 20. Nível de sustentação	56
Tabela 21. Informações sobre participantes de acordo com a medida de sustentação.....	57
Tabela 22. Prova de Tukey para os eventos de vida marcantes em relação aos grupos de idade.	58
Tabela 23. Prova de Tukey para as classes econômicas em relação à medida de Concentração do AD	58
Tabela 24. Diferenças de média para atividade laboral.....	59
Tabela 25. Diferenças de média para presença de familiar deprimido.....	59
Tabela 26. Prova de Tukey em relação à avaliação psicológica	60
Tabela 27. Prova de Tukey para os quartis da EDEP em relação aos Eventos de vida marcantes e o IQSP	61
Tabela 28. Diferença de média para os instrumentos, em relação aos grupos extremos.....	62
Tabela 29. Prova de Tukey para a escala de sonolência de Epworth e a medida de sustentação.....	63
Tabela 30. Correlações entre os escores da EDEP e os escores das medidas dos Testes de Atenção Dividida (AD) e Sustentada (AS)	63
Tabela 31. Correlações entre os escores da EDEP, Eventos de vida recentes e escalas de sono, com e sem controle de variáveis	64
Tabela 32. Correlações entre as medidas do Teste de Atenção Dividida e os escores das medidas dos Testes de Atenção Sustentada.....	65
Tabela 33. Correlações entre as medidas dos testes de atenção e os escores dos eventos de vida marcantes, índice de qualidade de sono de Pittsburgh e escala de sonolência de Epworth	66

Tabela 34. Correlações entre as medidas dos testes de Qualidade de Sono de Pittsburgh e a Escala de sonolência de Epworth e os escores dos eventos de vida marcantes.....	67
Tabela 35. Correlações entre os itens de sono da EDEP, os eventos de vida marcantes e as escalas de sono	67
Tabela 36. Correlação entre os componentes do Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh e os demais testes envolvidos no estudo.....	69

Apresentação

A depressão encontra-se como uma das alterações afetivas e de humor mais estudadas na atualidade, sendo um fator importante para o estudo da qualidade de vida geral do indivíduo, uma vez que seus efeitos refletem sua vida social e muitas vezes, na profissional. A percepção do mundo e de si mesmo passa a ser infiel à realidade e a forma como o indivíduo interpreta os acontecimentos de sua vida se tornam distorcidos (Coutinho, Gontiès, Araújo & Sá, 2003; Esteves & Galvan, 2006).

A partir de uma abordagem cognitiva, ela pode ser estudada de acordo com os conceitos básicos que formam a Teoria da Tríade Cognitiva de Beck. Neste trabalho, pôde-se perceber que, na depressão, a tríade possui uma conotação sempre negativa, podendo haver uma relação com os sintomas, por exemplo, de baixa auto-estima e desvalia. Ainda, a forma como a pessoa interpreta a vida e seus acontecimentos podem estar ligados aos eventos de vida recentes e marcantes pelos quais ela passou, além de uma dificuldade na atenção, que geralmente é desvirtuada para conteúdos de cunho negativos (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1997).

Outros pontos importantes para o estudo e avaliação da depressão se referem aos fatores de risco, como idade, gênero, estado civil, e também fatores biológicos, como as mudanças no padrão de sono. Assim, considerando o transtorno em seu aspecto multifatorial, seu desencadeamento e manutenção não são considerados a partir de um único agente responsável. Na presente dissertação, foram priorizados três componentes adicionais: os eventos de vida marcante, a atenção e o sono, pois embora a depressão seja um tema recorrente de estudos na área da Avaliação Psicológica, a literatura científica vem estudando muito pouco a possível a integração entre os três construtos.

Na primeira parte, foram discutidos os pontos principais para o estudo da depressão, incluindo sua evolução conceitual, de “melancolia” até a classificação em códigos diagnósticos padronizados. Foram também destacados os sintomas e fatores de risco, além de pesquisas envolvendo a depressão e tais fatores. Após, foram apresentadas as principais teorias atencionais, também passando por uma contextualização histórica, desde William James, em 1890, até o modelo atencional de Posner, da década de 1990. Ao fim do capítulo, foram apresentadas pesquisas envolvendo os diversos tipos de atenção e a depressão.

O terceiro tópico desta dissertação é composto por conceituações e considerações acerca do sono e de transtornos de sono, como a apnéia, insônia e a sonolência excessiva. Uma vez que a privação ou a má qualidade de sono pode afetar o desempenho em tarefas cognitivas e pensando na alteração de padrão de sono como um dos sintomas da depressão, foi apresentada a lacuna de estudos envolvendo diferentes tipos de distúrbios de sono, a depressão e a atenção.

A partir do exposto, o objetivo deste trabalho foi buscar por evidências de validade baseada na relação com outras variáveis para a EDEP, utilizando-se dos Testes de Atenção Dividida e Sustentada, o Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh e a Escala de Sonolência Excessiva de Epworth. Seguiu-se então, a descrição metodológica do estudo, os resultados encontrados e as considerações finais, na discussão dos mesmos.

Introdução

Depressão

Dentro do contexto da avaliação psicológica, mais especificamente no que concerne à avaliação de alterações afetivas, a depressão tem sido um dos construtos mais estudados mundialmente (Aros, 2008; Bahls, 2000; Esteves & Galvan, 2006). De acordo com a Organização Mundial de Saúde esta doença vem ganhando posição de destaque em relação aos problemas de saúde pública desde a década de 1990. Nesta época, relatava-se que consistia na quarta maior causa de morbidade entre doenças, sendo estimado que em 2020 ela seja a segunda maior causa nos países desenvolvidos, e a primeira em países em desenvolvimento (Brundtland, 2000; Khandolwal, Chowdhury, Regmi, Mendis & Kittirattanapaiboon, 2001).

Historicamente, a depressão passou por uma mudança paulatina de conceituação até chegar ao que a psicopatologia e psiquiatria descrevem em seus manuais diagnósticos. Hipócrates (460-370 a.C.) por exemplo, descreveu o comportamento humano como sendo regido pelo equilíbrio dos quatro humores, ou líquidos, presentes no homem, a saber, bile negra, bile amarela, fleuma e sangue. Ele conceituou a melancolia como sendo um sentimento de tristeza e introspecção profunda, acompanhado de um estado de abatimento, aversão à comida, insônia, irritabilidade e agitação, resultado da intoxicação do cérebro pela bile negra, que seria “fria e seca”. Na Antiguidade, por sua vez, o estado de melancolia era percebido socialmente como um aspecto positivo, indicando superioridade intelectual e refinamento social. Esta impressão perdurou até o início do século XIX (Esteves & Galvan, 2006; Gonçales & Machado, 2007; Khandolwal e cols., 2001; Monteiro & Lage, 2007a).

Embora tenha sido publicado em 1621 pelo acadêmico Robert Burton (1577-1640) o texto “Anatomia da Melancolia”, inteiramente dedicado a este estado de tristeza e abatimento, somente no fim do século XVIII o médico Philippe Pinel (1745-1826) realizou uma primeira tentativa de categorização psiquiátrica da melancolia, por meio da observação e agrupamento dos sintomas. Tempos depois, seu discípulo Esquirol (1772-1840), em meados de 1819, fez uma categorização um pouco mais sistemática, utilizando-se de descrições clínicas, observando os quadros comportamentais de tristeza, abatimento e desgosto de viver. Um pouco mais de meia década depois, em 1883, foi publicado por Kraepelin (1856-1926) o primeiro Compêndio de Psiquiatria, que excluiu a expressão melancolia, substituindo-a por “depressão” (Khandolwal e cols., 2001; Monteiro & Lage, 2007a; 2007b).

Ao longo do século XX, os pesquisadores envolvidos no estudo da melancolia passaram a se preocupar em diferenciar a depressão relativa ao Transtorno Bipolar de Personalidade, antes chamado de psicose maníaco-depressiva, com outras formas manifestação da depressão, sem necessariamente estar ligada a transtornos ou outras doenças. A partir dessas discussões, foi possível dar início a uma caracterização padronizada da doença, que gradativamente se constituiu nos códigos internacionais de diagnóstico (Gonçales & Machado, 2007; Khandolwal & cols., 2001; Monteiro & Lage, 2007a; 2007b; Rodrigues, 2000).

Dentre as idéias de senso comum, o termo “depressão” tem sido empregado para designar tanto o transtorno propriamente dito quanto uma tristeza, muitas vezes sem explicação aparente, ou relacionada a situações de frustração e desapontamento, perda ou derrota (Esteves & Galvan, 2006; Monteiro, Coutinho & Araújo, 2007). Contudo, não são todas as manifestações de tristeza ou alteração de comportamento que necessariamente se caracterizam como uma manifestação patológica. Trata-se de uma alteração afetiva

complexa, que vai além da tristeza ou abatimento, mesmo envolvendo tais aspectos. Aliás, ela pode estar ligada a outros fatores, como a perda de ente querido ou mudança brusca de ambiente, por exemplo (Khandolwal & cols., 2001; Monteiro & Lage, 2007a; 2007b).

Conforme definição do DSM-IV-TR (APA, 2002), a depressão é considerada como um transtorno de humor, classificado de acordo com a quantidade e duração dos sintomas, podendo ser diferenciada em transtorno depressivo maior e transtorno distímico, comumente chamado de depressão menor. Ambos são caracterizados pela presença de humor deprimido ou perda de interesse na realização de atividades, além de, no mínimo, quatro sintomas adicionais. Todavia, para serem caracterizados como depressão maior, estes sintomas devem estar presentes em um período mínimo de duas semanas, enquanto que o transtorno distímico se refere a um estado de humor depressivo durante a maior parte do tempo, em um período mínimo de dois anos.

Os sintomas adicionais de depressão incluem alterações no apetite ou peso, sono e atividade psicomotora; diminuição da energia; sentimentos de desvalia ou culpa; dificuldades para pensar, concentrar-se ou tomar decisões, ou pensamentos recorrentes sobre morte ou ideação suicida, planos ou tentativas de suicídio. Satisfeitos os critérios para caracterização do transtorno depressivo maior, ele ainda pode ser caracterizado em leve, moderado, severo com ou sem aspectos psicóticos, além de poder ser considerado episódio único ou recorrente (APA, 2002).

Em relação à CID-10 (OMS, 1993), a depressão faz parte dos transtornos afetivos, estando situada dentro da classificação dos episódios depressivos e também do transtorno depressivo recorrente. Assim como ocorre no manual diagnóstico da APA, são consideradas a quantidade e a qualidade dos sintomas. Assim sendo, a depressão pode ser categorizada como leve; moderada; grave sem sintomas psicóticos; grave com sintomas psicóticos; recorrente; recorrente em remissão; e sem outra especificação. Para diagnóstico,

devem ser observado rebaixamento no humor, redução da energia e diminuição da atividade. Também pode ser verificada alteração da capacidade de experimentar o prazer, perda de interesse, diminuição da capacidade de concentração, associadas em geral à fadiga, mesmo após esforço mínimo. Constata-se, além disso, problemas do sono e apetite, geralmente acompanhados de diminuição da auto-estima e autoconfiança, idéias de culpabilidade e de indignidade.

No que concerne ao episódio depressivo leve, considera-se ao menos dois ou três sintomas e o paciente deve ser capaz de manter a maior parte de suas atividades. No episódio moderado, normalmente observam-se quatro ou mais sintomas e o paciente apresenta dificuldades para desempenhar suas atividades cotidianas. O episódio grave sem sintomas psicóticos caracteriza-se pela angústia causada pelos sintomas, geralmente acompanhados por perda de auto-estima e idéias de desvalia ou culpa, além de idéias suicidas. O episódio grave com sintomas psicóticos refere-se à presença de alucinações, idéias delirantes, lentidão psicomotora e estupor. Em relação ao transtorno recorrente, atualmente em remissão, considera-se a existência de ao menos dois estados depressivos no passado, e a ausência de sintomas por seis meses (OMS, 1993).

No que se refere ao estudo teórico-científico da depressão, um dos principais modelos ou vertentes explicativas é o modelo cognitivo, baseado nos estudos de Aaron Beck, a partir da idéia de que o fator determinante da doença seria a cognição. De acordo com esse modelo, o substrato psicológico da depressão pode ser explicado a partir de três conceitos básicos: tríade cognitiva, esquemas disfuncionais e distorções cognitivas. A tríade envolve a percepção do indivíduo em relação a si mesmo, ao mundo e ao futuro; os esquemas são padrões de adequação de informação que dizem respeito ao modo como a pessoa interpreta as situações vividas, que são categorizadas e avaliadas (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1997).

Por último, as distorções cognitivas são as percepções errôneas que reforçam as crenças disfuncionais, ou seja, que se mantêm mesmo não sendo baseadas em acontecimentos reais. Na depressão, o paciente apresenta uma visão persistentemente negativa na tríade, além de compreender de forma distorcida as situações de vida, enfatizando a percepção de situações negativas, reforçando os sintomas depressivos (Bahls, 1999; Beck & cols., 1997; Gallardo, Baños, Belloch & Ruipérez, 1999). Em estudo sobre o desenvolvimento da atenção em pacientes depressivos, Karparova, Kersting e Suslow (2007) perceberam uma maior frequência de pensamentos de cunho negativo na população depressiva do que no grupo controle, corroborando os postulados beckianos.

Faz-se importante destacar que para o estudo da depressão, deve-se considerar, além dos fatores internos, o seu aspecto multifatorial. O desencadeamento, o desenvolvimento e a manutenção da doença não podem ser considerados a partir de apenas um único fator possivelmente responsável. O diagnóstico sistemático é importante tanto para a prática clínica quanto investigativa em relação à depressão (Baptista, Lima, Capovilla & Melo, 2006; Monteiro & Lage, 2007b). Um desses aspectos são os fatores de risco, como por exemplo, baixa auto-estima, baixo repertório de enfrentamento de situações aversivas, hereditariedade, superproteção, falta de suporte social e familiar, experiências traumáticas da infância ou adolescência, idade, estado civil e gênero (Abramson, Alloy & Metalsky, 1989; Bahls & Bahls, 2002; Baptista, Baptista & Dias, 2001; Baptista, Baptista & Oliveira, 1999; Panzarella, Alloy & Whitehouse, 2006).

De acordo com Khandolwal e colaboradores (2001), embora a depressão possa ser encontrada em qualquer faixa etária, inclusive infância e adolescência, a maioria dos casos se concentra em indivíduos entre 20 e 40 anos. No que concerne ao estado civil, pessoas separadas, legalmente ou não, possuem maiores riscos, enquanto que pessoas solteiras ou casadas possuem menores riscos. Ainda, as mulheres são apontadas como sendo duas a três

vezes mais susceptíveis à depressão que os homens (NIMH, 2000; OMS, 2000). Pensando nesta perspectiva, além de indicar maior prevalência do transtorno entre mulheres, estudos revelam que as chances de um indivíduo vir a desenvolver um quadro depressivo ao longo da vida são maiores para o gênero feminino (10% a 25%) do que o masculino (5% a 12%) (APA, 2002; Baptista, Baptista & Oliveira, 2004; Baptista, Lima, Capovilla & Melo, 2006; Justo & Calil, 2006; OMS, 2000; Ravnkilde & cols., 2002).

Essa tendência acentuada para o gênero feminino pode ser explicada por diferentes fatores. Pesquisas no *National Institute of Mental Health* têm demonstrado que as respostas, tanto somáticas quanto de humor e oscilações hormonais, naturais do gênero feminino, podem ser parte da explicação. Não apenas as mais comentadas academicamente, como a menarca, tensões pré-menstruais, depressão pós-parto e menopausa, mas também por aquelas ocasionadas por eventos de vida estressantes ou negativos (Baptista, Baptista & Oliveira, 2004; Baptista, Lima, Capovilla & Melo, 2006; NIMH, 2000).

Estudos também apontam a presença de familiares depressivos como um importante fator que deve ser considerado tanto para diagnóstico quanto para escolha correta de tratamento. O risco em parentes de primeiro grau de pacientes depressivos é até três vezes maior quando comparados à população em geral, sendo que filhos de mães depressivas possuem riscos ainda mais altos de desenvolver depressão. Porém, devem ser também considerados os fatores ambientais, uma vez que eles exercem também importante influência no estudo de pacientes depressivos (Bahls, 2002; Bahls & Bahls, 2002; Boyd, Diamond & Bourjolly, 2006; Peron, Neves, Brandão & Vicentini, 2004)

Oliveira, Fonseca e Del Porto (2002) conceituam evento de vida como acontecimentos externos que envolvam mudanças também externas, não considerando, porém, as diferenças nas formas de percepção dos mesmos. Em revisão sistemática de literatura realizada por Tennant (2002), foram analisados artigos que relacionaram eventos

de vida e a depressão, entre os anos de 1980 e 2001, nas bases de dados *Medline*, Embase e PsychInfo. O autor percebeu que a maioria absoluta dos estudos encontrados revelam fortes evidências e relação sólida entre os efeitos dos eventos de vida e a depressão.

Em estudo com objetivo de investigar a associação entre eventos de vida negativos, suporte social e diferenças entre gêneros na depressão, foi utilizada uma amostra composta por 14.287 indivíduos, com idades entre 18 e 64 anos, de cinco países, quais sejam, Finlândia, Inglaterra, Irlanda, Espanha e Noruega. A depressão foi medida por meio do Inventário de Depressão Beck (BDI) e os eventos de vida, de acordo com uma lista contendo diversos exemplos, como doença grave, assalto, morte dos pais, de familiares e de amigos próximos, separação matrimonial, dentre outros, considerando os seis meses anteriores à aplicação. Para ambos os gêneros foi demonstrada uma forte associação entre suporte social, eventos negativos de vida e depressão, sendo que as mulheres apresentaram mais eventos marcantes negativos que os homens (Dalgard & cols., 2006).

Muscatell, Slavich, Monroe e Gotlib (2009) realizaram estudo com objetivo de investigar a relação entre eventos de vida e dificuldades e depressão clínica, com 100 indivíduos adultos, sendo 74 mulheres e 26 homens, entre 18 e 58 anos ($M=35,10$, $DP=10,40$), diagnosticados com transtorno depressivo maior sendo 74% mulheres. Os eventos de vida foram avaliados de acordo com a *Life events and difficulties schedule*, uma entrevista semi-estruturada, com duração de 2 horas, enquanto o grau de depressão foi medido pelos Inventários de Depressão de Beck – BDI e BDI II. Percebeu-se que a gravidade da depressão estava associada à gravidade dos eventos estressantes relatados, embora não se pôde, devido ao caráter transversal do estudo, estabelecer uma relação de causalidade entre eles.

Com o objetivo de investigar a relação entre eventos de vida estressantes e depressão Fountoulakis, Iacovides, Kaprinis e Kaprinis (2006) aplicaram os testes de

depressão e ansiedade de Hamilton, *Newcastle Depression Diagnostic Scales*, *The Diagnostic Melancholia Scale* e *The General Assessment of Functioning Scale* em dois grupos de participantes. O primeiro continha 90 pacientes, de ambos os sexos, diagnosticados com depressão maior segundo critérios do DSM-IV e CID10, sendo 32 homens e 58 mulheres, com idades variando entre 18 e 60 anos ($M=36,57$, $DP=12,02$), enquanto o segundo grupo, caracterizado como controle, possuía 121 participantes, sendo 28 homens e 93 mulheres, de 18 a 59 anos ($M=27,11$, $DP= 10,59$). Além dos testes, foi utilizada uma lista de 43 eventos possíveis nos últimos seis meses antes do aparecimento da sintomatologia e de uma a quatro semanas do último episódio. Os resultados sugeriram que homens depressivos relataram significativamente mais eventos estressantes de vida que mulheres depressivas, mas os autores chamam a atenção para resultados controversos em relação a estudos sobre os eventos de vida, e que por isso devem ser interpretados com cautela, pois embora seja inegável a relação entre eventos marcantes de vida e depressão, não se pode determinar quais eventos estão mais ou menos associados à doença.

De acordo com Friis, Wittchen, Pfister e Lieb (2002), os eventos de vida marcantes e mudanças drásticas na vida, tanto durante a adolescência quanto na idade adulta, estão associados não somente com aumento nos fatores de risco para depressão maior, de acordo com os critérios do DSM-IV, mas também aumentam os riscos de ocorrência de sintomas depressivos. É notável que os resultados de pesquisas apontam para a depressão como não somente relacionada a eventos de vida negativos e estressantes, mas também a eventos de vida e mudanças marcantes, positivamente.

Como pôde ser visto, no estudo da depressão, é muito importante considerar seu aspecto multifatorial, envolvendo aspectos subjetivos e cognitivos, além dos possíveis fatores de risco e eventos marcantes de vida. Contudo, além de aspectos gerais, são também importantes estudos complementares que envolvam a influência de aspectos mais

específicos. Como exemplo, alguns estudos mostram que a depressão possa estar ligada a rebaixamento na concentração, nas funções executivas e na memória, além de alterações significativas no padrão de sono e da atenção, sendo estes últimos, os pontos priorizados e discutidos neste estudo (Álvarez, 2008; Levin & cols., 2007; Porto, Hermolin & Ventura, 2002; Stordal & cols., 2004).

Atenção

A atenção pode ser definida como a capacidade de se organizar e processar ativamente uma quantidade limitada de informações, dentre as diversas disponíveis aos sentidos. Ela diz respeito à habilidade de responder insistentemente aos estímulos significativos, em detrimento de outros, que podem interferir na realização de uma tarefa específica. Neste processo estão envolvidas habilidades de percepção de quais estímulos são recebidos, identificação daqueles que são pertinentes e descarte de quais não são, organizando, assim, de forma dinâmica, os processos mentais (Lima, 2005; Sternberg, 2000).

Ao longo da História, foram criados diferentes modelos teóricos em relação à atenção, na tentativa de encontrar uma explicação científica para o fenômeno. Em 1890 William James (1842-1910) sugeriu a divisão do fenômeno em duas classificações: a reflexa e a voluntária. A atenção reflexa não requer controle consciente do indivíduo, sendo autônoma e não-voluntária, mediada pelas atividades de processamento automático da informação. Por outro lado, a atenção voluntária contempla as atividades conscientes, ativas, mediadas pelas atividades de processamento controlado de informação (Lima, 2005; Moreno & Marín, 2006; Schultz & Schultz, 2002).

Nas décadas de 1950 e 1960, a atenção era considerada como um procedimento biológico facilitatório do processamento de informação, uma vez que algum mecanismo cerebral desempenhava papel de seleção dos estímulos que deviam ser atendidos para a realização de uma tarefa (Moreno & Marín, 2006). Estas idéias influenciaram o desenvolvimento de outros modelos teóricos. Ao final dos anos 1950, Broadbent propôs a chamada Teoria do Filtro, na qual se considerava a atenção como um mecanismo de

filtragem de informações relevantes para o alcance de objetivos (Helene & Xavier, 2003; Ladewig, 2000; Moreno & Marín, 2006).

Neste contexto, apenas uma operação de estímulo-resposta pode ser executada por vez e as informações não escolhidas para a tarefa são bloqueadas uma a uma pelo filtro e por isso, quanto maior o número de objetivos a alcançar simultaneamente, pior o desempenho do indivíduo na tarefa (Helene & Xavier, 2003; Ladewig, 2000; Sternberg, 2000). Baseados nisso, Deutsch e Deutsch propuseram, na década de 1960, a Teoria de Seleção de Resposta, uma teoria na qual a atenção também se situa como um filtro ou facilitador, sendo portanto, muito parecida com a de Broadbent. Ambas as teorias admitem a existência de um facilitador e classificam a atenção como um filtro, entretanto, enquanto na primeira a seleção dos estímulos importantes para a realização de tarefas ocorre mais cedo, na teoria de Deutsch e Deutsch, isto ocorre mais tardiamente, próximo ao processamento, influenciando a resposta e o arquivamento na memória (Helene & Xavier 2003; Moreno & Marín, 2006).

As teorias supracitadas se referem a um processamento de informações uma-a-uma, sendo, portanto chamado de processamento serial. Com o tempo e a evolução nas pesquisas, foi-se percebendo que a realização de tarefas simultaneamente não necessariamente resulta numa redução de desempenho em relação às mesmas, uma vez que o ser humano possui uma capacidade natural de manter o propósito de diferentes tarefas, sem necessidade de realizá-las uma de cada vez. Dessa forma, sugeriu-se que o tratamento da informação não seja realizado puramente de forma serial (Ladewig, 2000).

A comunidade científica passou a se indagar sobre a existência de uma “cota de atenção” que fosse distribuída de acordo com a demanda oferecida pela tarefa, isto é, como se cada indivíduo possuísse um volume fixo de atenção que poderia ser utilizado, de acordo com o tipo de dificuldade ou quantidade de tarefas. Logo se pôde perceber que este modelo

simplificaria o mecanismo atencional de seleção de informações relevantes, pois não seria capaz de explicar com exatidão a manutenção de desempenho na realização de tarefas simultâneas e não abrangeria a possibilidade de aprendizado ao longo da realização das tarefas, que demanda menos atenção consciente para a realização da mesma (Sternberg, 2000).

Com esta evolução conceitual, a atenção deixou de ser uma estrutura puramente de filtragem de informações e passou a ser considerada como parte integrante de processamento, posterior ou não, da informação, mais precisamente como um mecanismo de controle central. Neste modelo, postulado por Posner no fim da década de 1980, chamado simplesmente de “Modelo Atencional de Posner”, a estrutura ou mecanismo atencional é distribuído em diferentes lugares do Sistema Nervoso e exerce suas funções por meio de processos inibitórios e excitatórios. Identificam-se os sistemas anatômica e funcionalmente como Sistema Anterior, Sistema Posterior e Sistema de Vigilância (Funes & Lupiáñez, 2003; Posner, 1992).

O Sistema Anterior tem como função principal o reconhecimento de objetos, a capacidade de visualizar um determinado objeto e o incluir em uma categoria, criada no momento em que ele foi visto pela primeira vez. Por sua vez, o Sistema Posterior é o responsável pelo controle do mecanismo espacial, cujo trabalho seria concentrar a atenção na posição de campo visual onde está o estímulo-alvo. Este sistema envolve as capacidades de desengajar a atenção de objetos periféricos para se empenhar exclusivamente no foco principal, realizando um movimento de troca de alvo. Em contrapartida, o Sistema de Vigilância entra em funcionamento quando uma tarefa demanda a necessidade de se manter cautela. Este sistema deixa os mecanismos atencionais em alerta, caso seja percebido algum estímulo-alvo, que possa ser relevante (Funes & Lupiáñez, 2003; Helene & Xavier, 2000; Posner, 1992).

Nestes termos, podem ser apresentadas duas classificações para o construto, sendo a primeira de acordo com sua natureza e a segunda, referente à forma como ela é operacionalizada. Assim, a atenção pode ser qualificada em atenção controlada e atenção automática, de acordo com sua origem, e operacionalmente como concentrada, seletiva, alternada, dividida e sustentada, sendo as duas últimas as enfatizadas neste trabalho (Ladewig, 2000; Lima, 2005; Sternberg, 2000).

A Atenção Concentrada envolve a capacidade de, durante a realização de uma tarefa, manter a seleção de um novo estímulo específico diante de outros, conseguindo posteriormente retornar e manter o foco em um estímulo selecionado, a fim de que o prejuízo na tarefa seja o mínimo possível. Devido a proximidades conceituais, pode ser encontrada na literatura certa controvérsia conceitual entre Atenção Concentrada e Atenção Sustentada e pesquisas que avaliam um dos construtos por meio de instrumentos que se relacionam ao outro (Noronha, Sisto, Bartholomeu, Lamounier, & Rueda, 2006).

Com o objetivo de analisar uma possível semelhança entre os construtos, Noronha e colaboradores (2006) aplicaram o Teste de Atenção Sustentada e o Teste de Atenção Concentrada a 212 candidatos à obtenção de Carteira Nacional de Habilitação, de ambos os sexos com idades variando entre 18 e 62 anos ($M=21,50$, $DP=7,17$). Foram realizadas análises entre os escores no teste de atenção concentrada e os componentes do teste de atenção sustentada, Concentração ($r=0,22$, $p\leq 0,000$) e Velocidade com Qualidade ($r=0,35$, $p\leq 0,000$). As baixas correlações encontradas permitiram concluir que se trata de construtos diferentes. A atenção concentrada se relaciona intimamente com o Sistema Atencional Posterior, enquanto a sustentada, ao Sistema de Vigilância.

A atenção seletiva se refere à capacidade de perceber as informações provindas do ambiente e filtrar quais delas serão necessárias para a execução de uma tarefa específica e dirigindo, assim, o foco para um ponto específico no ambiente. Dessa forma, o ser humano

é capaz de ignorar estímulos que podem causar distração ou interferência. Por sua vez, a atenção alternada envolve o mecanismo atencional anterior e se refere à capacidade de mudar repetidamente de foco da atenção entre uma tarefa e outra, modificando periodicamente a organização de qual a primária e qual a secundária, desengajando de uma tarefa e focalizando em outra (Ladewig, 2000; Lima, 2005; Moreno & Marín, 2006; Sternberg, 2000).

A atenção dividida se relaciona à capacidade manter o foco em estímulos diferentes na realização de tarefas simultâneas. O indivíduo localiza duas fontes de informação simultaneamente e enquanto mantém o foco de atenção na tarefa principal, ele se organiza em relação às secundárias, com o mínimo prejuízo possível (Lima, 2005; Ladewig, 2000; Sisto & cols., 2006). Refere-se à capacidade de distribuição do nível atencional disponível para a realização e coordenação de tarefas, procurando manter um desempenho elevado nas mesmas. A distribuição da atenção teoricamente varia de acordo com a dificuldade do objetivo a ser alcançado, entretanto, quando uma atividade passa por um processo de treinamento e automatização, a demanda de atenção consciente para ela diminui, uma vez que o indivíduo é autônomo em sua realização (Helene & Xavier, 2003; Sternberg, 2000).

A atenção sustentada está intimamente ligada ao Sistema Atencional de Vigilância e está envolvida na capacidade de manter as informações relevantes por um período de tempo necessário para o término de uma tarefa específica, mesmo na presença de outros estímulos. Ela é caracterizada por uma diminuição no desempenho ao longo do tempo, uma vez que enquanto o indivíduo realiza um trabalho determinado, a habilidade de detecção em relação a novos estímulos se mantém, podendo estes ser encarados como distração (Baptista, Lima, Capovilla & Melo, 2006; Ladewig, 2000; Lima, 2005; Rueda, Sisto, Cunha & Machado, 2007; Sisto & cols., 2006).

Em relação ao estudo da depressão, sabe-se que o paciente deprimido possui uma tendência a atentar mais a informações negativas e distorcidas em relação a si mesmo (Beck & cols., 1997). Lima (2005) ressalta que diversos fatores podem gerar influência no processo atencional, como a motivação e o estado emocional. Além disso, como citado por Ravnkilde e colaboradores (2002), pesquisas têm indicado que pacientes deprimidos são incapazes de motivar a si mesmos, o que os deixa em uma situação de maior vulnerabilidade à percepção de fracasso.

Com o objetivo principal de analisar as possíveis relações entre a depressão e problemas atencionais, Ravnkilde e colaboradores (2002) aplicaram uma bateria neuropsicológica em 89 participantes, divididos em dois grupos com respectivamente 40 pacientes e 49 controles, com idade média de 41,6 anos ($DP=12,3$) para o primeiro grupo e 41,2 anos ($DP=11,6$) para o segundo, com prevalência do gênero feminino em ambos. Fizeram parte da bateria de testes um exercício de subtração serial do número 7 e a tarefa Repetição de Dígitos da Escala de Inteligência Wechsler para Adultos (Wais), para avaliação da atenção concentrada, além das tarefas de Stroop, que mensuram atenção seletiva. A partir das análises estatísticas realizadas, os resultados revelaram evidências de deterioração significativa em pacientes depressivos, em relação à atenção.

Em artigo de revisão, com objetivo de acumular informações e descrever as principais alterações cognitivas encontradas na depressão, Porto, Hermolin e Ventura (2002) encontraram diversos estudos que fazem associação entre a depressão e alterações cognitivas como a memória, atenção e concentração. Os autores chegaram à conclusão de que a atenção é uma das funções mais estudadas nos processos depressivos, talvez pela facilidade com que ela pode ser observada fora do contexto clínico, em populações não psiquiátricas. Entretanto, assim como no estudo supracitado, não se pôde afirmar se as

alterações encontradas se relacionam a disfunções físicas ou por consequência de alterações no humor (Ravnkilde & cols., 2002).

Com o objetivo de realizar uma associação entre memória, flexibilidade mental, aprendizagem, atenção e a depressão, Stordal e colaboradores (2004) aplicaram uma bateria de tarefas, dentre elas o Stroop, para atenção seletiva, em uma amostra de 45 pacientes com depressão e 50 controles. Para diagnóstico da depressão foi utilizada a SCID, uma entrevista estruturada baseada nos critérios do DSM-IV. Para a mensuração não diagnóstica da depressão utilizou-se a Escala de Depressão de Hamilton e a Escala de Depressão Montgomery-Åsberg (MADRS). Os resultados mostraram que os pacientes depressivos obtiveram escores significativamente inferiores ao grupo controle em todas as tarefas, sendo encontrada uma relação inversa entre a presença de diagnóstico depressivo e a atenção seletiva.

Becerra, Restrepo e Herrera (2006) aplicaram o Inventário de Depressão de Beck – BDI-II e o teste de cores e palavras Stroop em 64 pacientes com traumatismo craneoencefálico de um hospital universitário, com o objetivo de estabelecer possíveis relações entre o estado depressivo dos pacientes e déficits na atenção seletiva. Os participantes possuíam idades variando entre 19 e 61 anos e aqueles com maiores escores no BDI-II apresentaram menores escores no Stroop. Estes resultados foram significativos, porém não foram considerados pelos autores como correlações fortes ($p < 0,05$), gerando a conclusão de que existem pessoas deprimidas com bons escores em testes de atenção ao mesmo tempo em que há pessoas com graus de atenção reduzidos, que não apresentam depressão, devendo ser realizados outros estudos.

Karparova e colaboradores (2007) analisaram o processamento atencional em função da presença de humor depressivo, por meio do Inventário de Depressão Beck e o *Deployment of Attention Task* (DOAT), instrumento de mensuração da atenção seletiva.

Participaram da pesquisa 30 indivíduos, sendo a maioria mulheres ($n=22$). A amostra foi igualmente dividida em dois grupos, com média de idade igual a 36,5 anos ($DP=10,1$) para o grupo de pacientes deprimidos e 36,7 anos ($DP=10,2$) para o grupo de participantes que nunca apresentaram depressão. A todos foi aplicado um questionário de pensamentos automáticos e, a partir da correlação entre os dados obtidos, foi possível perceber que os pacientes deprimidos possuem uma maior tendência atencional à informações de cunho negativo ($r=0,46$, $p<0.05$), corroborando à literatura científica e ao modelo cognitivo de Aaron Beck. Mesmo com uma amostra reduzida, o que pode ter interferido na amplitude da correlação, os autores concluíram que o estado emocional possui influência na capacidade atencional.

Baptista e colaboradores (2006) realizaram uma pesquisa com objetivo de avaliar as possíveis associações entre depressão, desempenho escolar e atenção sustentada em 62 estudantes do ensino médio de uma escola no interior paulista, de ambos os sexos, com idades variando entre 15 e 24 anos ($M=17,1$, $DP=1,4$). Foram aplicados o Teste de Atenção Concentrada Toulouse–Pieron, o Inventário de Depressão de Beck e uma ficha para obtenção de dados pessoais e das notas escolares dos participantes. Pelo estudo, percebeu-se que, no que se refere à atenção, os indivíduos com sintomatologia depressiva apresentaram rebaixamento atencional significativo ($U=304,5$, $p<0,06$) visto que cometeram mais erros ou omissões no teste Toulouse–Pieron.

Gallardo, Baños, Belloch e Ruipérez (1999) conduziram uma pesquisa com o intuito de examinar o processamento seletivo de informação emocional na depressão. Foram testados 81 pessoas, sendo 52 mulheres e 29 homens, com idade variando entre 15 a 55 anos ($M=28,29$, $DP=12,35$), sendo aplicados o Inventário de Depressão de Beck (BDI) e a tarefa de Stroop, para avaliar, respectivamente, sintomas depressivos e atenção seletiva. Os participantes foram divididos em grupos, quais sejam, pacientes com depressão maior

($n=15$), pacientes com distímia ($n=17$), indivíduos que obtiveram escore acima de 18 no BDI ($n=11$), pessoas nas quais um estado de humor foi induzido experimentalmente ($n=15$), e grupo controle, composto por não pacientes ($n=23$). Após múltiplas comparações *post-hoc* (Scheffé, $\alpha=0,05$), os resultados revelaram que somente o grupo com depressão maior obteve resultados significativamente diferentes do resto dos grupos na tarefa de atenção.

Em suma, pode-se afirmar que a depressão interfere significativamente na qualidade de vida geral, influenciando e causando limitações ao paciente, à família e à sociedade (Bahls, 1999; Coutinho, Gontíès, Araújo & Sá, 2003; Xavier & cols., 2001). Ao mesmo tempo, os mecanismos atencionais são de grande importância na vida cotidiana por se envolver diretamente à resolução de tarefas (Rueda & cols., 2007; Sternberg, 2000). Os estudos demonstram que, embora as tentativas de formular um perfil único de déficits neuropsicológicos típicos para pacientes depressivos não terem obtido sucesso, pesquisas têm apoiado a literatura na medida em que indivíduos com sintomatologia depressiva têm alcançado escores baixos em testes que avaliam diferentes tipos de atenção. Além disso, verifica-se que o foco atencional no depressivo é disperso e reduzido em relação a pessoas não depressivas (Baptista & cols., 2006; Karparova, 2007; Lahr, Beblo & Hartje, 2007; Rozenhal, Laks & Engelhardt, 2004).

Estudos no mundo inteiro têm demonstrado que indivíduos com sintomatologia depressiva apresentam falhas no desempenho atencional, principalmente em relação à troca de direção do foco, isto é, a atenção sustentada (Baptista & cols, 2006; Gallardo, Baños, Belloch & Ruipérez, 1999; Karparova & cols., 2007; Ravnkilde & cols., 2002; Rozenhal, Laks & Engelhardt, 2004). Soma-se a isso pesquisas que ratificam a importância de uma boa qualidade de sono, relacionando-a a depressão. Assim, serão contextualizadas a seguir

algumas considerações sobre o sono e seus distúrbios, os quais podem se relacionar a transtornos afetivos e de humor, mais especificamente, ao transtorno depressivo.

Sono e Transtornos de Sono

O sono pode ser definido como um estado alterado de consciência reversível, com algumas manifestações comportamentais características como a imobilidade relativa e um aumento no limiar de resposta a estímulos ambientais (Oliveira, 2006). Trata-se de uma função biológica importante para a manutenção da homeostase do organismo humano, alcançada por meio de um ciclo permanente que oscila entre a vigília e o sono.

A vigília se apresenta majoritariamente antes do início do sono, iniciando-se no despertar matinal. Todavia, são também observados despertares leves em geral nas trocas de estágios do sono, acompanhados de movimentos corpóreos. O ciclo de vigília e sono é gerado e controlado pelo relógio biológico, mais especificamente os núcleos supraquiasmáticos do hipotálamo, glândula pineal e seu hormônio melatonina. Esta substância é lançada ao organismo sempre que se percebe a ausência ou diminuição de emissão de luz na retina (Geib, Neto, Wainberg & Nunes, 2003; Lent, 2001; Millman, 2005).

Em condições normais, ciclo de sono e vigília apresenta uma sincronia com os fatores ambientais, oscilando no período médio de vinte e quatro horas. Este sincronismo é chamado ritmo circadiano e é auxiliado por alguns fatores exógenos, como a alternância entre o dia e noite, horários escolares ou de trabalho, alimentação, pressão arterial, temperatura corporal, secreção hormonal e pelas funções pulmonares (Geib & cols., 2003; Millman, 2005; Oliveira, 2006).

Durante a noite, são percebidos dois tipos de sono, os de ondas lentas, chamados de Não-REM, ou NREM, e o sono REM, de *rapid eye movement*, expressão em inglês para movimento ocular rápido. O primeiro é caracterizado por ondas cerebrais de grande

amplitude e de baixa frequência, por isso chamada de ondas lentas. O segundo, também chamado de sono paradoxal ou sono dessincronizado, apresenta movimentos oculares rápidos como sua característica principal. À medida que as ondas cerebrais vão se tornando mais lentas, o sono, em sua fase NREM, vai se aprofundando gradativamente e o tônus muscular diminui. Por essa razão, aliada à restituição da estrutura protéica neuronal presente neste estágio, que a fase NREM está comumente associada à restauração das funções orgânicas. Ela é dividida em quatro estágios, de acordo com a profundidade ou da superficialidade do sono, caracterizadas pela dificuldade ou facilidade do indivíduo em acordar (Geib & cols.,2003; Millman, 2005; Oliveira, 2006).

O estágio I representa a transição da vigília para o sono e dura de alguns segundos até três minutos, correspondendo a 5% do tempo total de sono. O tônus muscular fica gradativamente menor e por ser facilmente interrompido é chamado de sono superficial ou semi-sono. O estágio II é considerado realmente como o início do sono NREM, sendo o mais persistente, correspondente a quase 50% do tempo total de sono. Os estágios III e IV são considerados de ondas lentas contínuas e à medida que passam de um estágio para o outro, diz-se que o indivíduo está em um sono cada vez mais “profundo” ou seja, cada vez menos reativo a estímulos sensoriais e externos (Geib & cols.,2003; Millman, 2005; Oliveira, 2006).

Os episódios de sono REM duram de cinco a trinta minutos e ocorrem geralmente a cada 90 minutos, quando se inicia um novo ciclo, podendo ser a partir de qualquer estágio do sono NREM. Estas alternâncias entre os sonos REM e o NREM compõem os chamados Ciclos Ultradianos. O sono REM está associado à ocorrência de sonhos e corresponde a aproximadamente 25% do tempo total de sono e é ainda dividido em duas subcategorias: o REM Fásico, quando há realmente movimentos oculares rápidos e o REM Tônico, quando

não há movimentos oculares, havendo apenas atonia, ou falta quase total de tônus muscular (Geib & cols.,2003; Millman, 2005).

Diferentemente do que ocorre durante o sono NREM, durante o REM, o cérebro está ativo e o metabolismo cerebral geral apresenta-se com ondas cerebrais semelhantes às que são verificadas na vigília. No início da noite ou no início dos ciclos de sono, cada episódio do REM é curto ou pode até mesmo não se fazer presente. Entretanto, ao longo da noite, à medida que a restauração vai ocorrendo, a duração dos episódios REM aumenta, encaminhando gradativamente o organismo ao despertar definitivo (Geib & cols.,2003; Millman, 2005; Oliveira, 2006).

A privação do sono pode comprometer o desempenho nas tarefas cognitivas, como memória, aprendizado, raciocínio e atenção e prejudicar a qualidade de vida (Ferro, 2005). Em artigo de revisão bibliográfica sobre o impacto dos transtornos de sono, Müller e Guimarães (2007) demonstraram que as conseqüências dos distúrbios de sono parecem se estender a três níveis, quais sejam, proximal, medial e distal. No primeiro, estão as implicações mais imediatas, como as alterações fisiológicas, cansaço, falhas na memória e na capacidade de atenção e concentração, hipersensibilidade ao som e alterações de humor. O segundo nível, de médio prazo, apresenta implicações nas atividades cotidianas, como aumento do absenteísmo no trabalho e de riscos de acidentes, problemas de relacionamento e cochilo ao volante, por exemplo. Por fim, no último nível, estão localizadas as conseqüências observadas em longo prazo como, por exemplo, perda do emprego, seqüelas de acidentes, rompimento de relações, surgimento e agravamento de problemas de saúde.

Dentre os principais distúrbios do sono, destacam-se Narcolepsia, Movimentos Periódicos das Pernas, Parassonias, Insônia e Apnéia Obstrutiva do Sono, ou simplesmente Apnéia (Sociedade Brasileira do Sono, 2000; 2003). A Narcolepsia é um distúrbio neurológico caracterizado geralmente por irregularidades no sono REM, presença excessiva

de sonolência diurna, cataplexia, ou perda de tônus muscular, paralisia do sono, alucinações hipnagógicas e sono fragmentado. Ela pode ser monossintomática, apresentando-se somente com sonolência excessiva, ou oligossintomática, com sonolência e cataplexia (Bittencourt, Silva, Santos, Pires & Mello, 2005). Os Movimentos Periódicos das Pernas, geralmente chamadas de síndrome das pernas inquietas, é um distúrbio nos músculos flexores das pernas e pés, que ocorrem involuntariamente durante sono leve a cada 20 ou 30 segundos (Ferro, 2005; Geib & cols.,2003).

As parassonias são atividades motoras intensas durante o sono. A mais comumente conhecida é o sonambulismo, mas também está aqui classificado o terror noturno, ambas ocorrentes durante o sono NREM. Elas podem ser ativadas por fatores secundários a outros distúrbios do sono, como apnéia do sono, ou movimentos periódicos das pernas, ou por fatores exógenos como reação de remédios, principalmente psicotrópicos, em especial os antidepressivos tricíclicos (Ferro, 2005; Geib & cols.,2003; Oliveira, 2006).

A insônia pode ser definida como a dificuldade de iniciar ou manter o sono. Pode ser classificada em inicial, quando há dificuldade em começar a dormir; intermediária, quando há dificuldade de manter o sono; ou final, que é o despertar precoce. No que concerne à duração, pode ser classificada como curta, de duração transitória ou crônica. A de curta duração pode decorrer de alterações ambientais, como por exemplo, uma festa no apartamento vizinho, ou internas, como estresse, ansiedade e depressão. A transitória é caracterizada pela sua duração limitada, seja por fatores ambientais, biológicos, comportamentais ou psicológicos. A insônia crônica é mais freqüente em pessoas com dependência ao álcool, demências e distúrbios psiquiátricos (Ferro, 2005; Geib & cols., 2003; Lucchesi, Pradella-Hallinan, Lucchesi & Moraes, 2005).

De acordo com Monti (2000), a insônia pode ser primária ou secundária. A primária se trata de uma dissonia caracterizada pela dificuldade em iniciar e/ou manter o sono e

também pela sensação de ausência de sono reparador. Diz-se insônia secundária quando ela é resultado de alguma patologia ou disfunção somática ou emocional. Ambas podem se relacionar a transtornos afetivos. Sendo primária, a depressão, por exemplo, pode esconder ou “mascarar” a insônia. Por outro lado, a depressão também pode facilitar que a pessoa acorde de madrugada e/ou desperte precocemente, não por distúrbio de sono, mas como resultado de seu estado afetivo.

A dificuldade em iniciar e/ou manter o sono e a conseqüente presença de um sono não reparador, ou com reparação insuficiente, compromete o organismo a manter uma boa qualidade de seu estado de alerta, e também prejudica seu bem estar físico e mental durante o dia, com conseqüente comprometimento do desempenho das atividades diurnas (Sociedade Brasileira de Sono, 2003; Souza & Reimão, 2004). Além dos fatores ambientais e internos já citados, podem também estar associados à insônia e prejudicar a qualidade de sono alguns fatores comportamentais, como hábitos irregulares e fatores psicológicos, como ansiedade, persistência de pensamentos em problemas, ou pensamentos automáticos disfuncionais e rumações, típicos da depressão (Geib & cols., 2003).

Outro distúrbio do sono é apnéia obstrutiva do sono, ou simplesmente apnéia. Trata-se de uma interrupção abrupta e rápida da respiração, ou uma respiração muito fraca durante o sono. Está associada ao excesso de sonolência diurna, depressão, diminuição da concentração e atenção, além do risco de morte súbita noturna. A apnéia é sugerida pela presença do ronco, causado pela obstrução da faringe, e pela presença de sonolência diurna (Geib & cols., 2003; Sociedade Brasileira do Sono, 2000).

A sonolência, mesmo não sendo classificada oficialmente como um distúrbio do sono, é de extrema relevância, pois quando em excesso, chamada de hipersonia ou sonolência excessiva, pode indicar algum tipo de problema biológico, neurológico e até psicológico, como a depressão (Bittencourt & cols., 2005). A sonolência é uma função

biológica, definida por uma probabilidade aumentada para dormir. Em contrapartida, a hipersonia refere-se a uma propensão aumentada ao sono, com uma compulsão subjetiva para dormir ou tirar cochilos involuntários mesmo quando o horário ou o ambiente é inapropriado (Hawley, 2006).

Com o objetivo de investigar se a propensão à dificuldades de pegar no sono ou de acordar, encontradas na insônia, estão implicadas na relação com a depressão ou se ocorrem independentemente, Staner e colaboradores (2003) realizaram um estudo de caráter semi-experimental. Os 63 participantes que compuseram a amostra foram divididos em três grupos com 21 componentes cada, sendo 10 mulheres e 11 homens, todos com idades equivalentes, próxima aos 40 anos. O primeiro grupo era composto por voluntários saudáveis, o segundo, por pacientes com insônia primária, isto é, independente da presença de outros possíveis distúrbios, e o terceiro por pacientes com depressão. O diagnóstico de insônia primária foi realizado de acordo com os critérios do DSM-IV. Por sua vez, a depressão foi avaliada pela Escala de Depressão Montgomery-Asberg (MADRS) e os distúrbios de sono, pelo Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (IQSP). Como esperado, pacientes com depressão tiveram maiores escores no IQSP que o grupo controle ($p < 0,005$), havendo queixas basicamente em relação a dificuldades para iniciar o sono e mantê-lo durante toda a noite. Entretanto, em relação ao IQSP, não foram encontradas diferenças significativas em relação aos dois grupos de pacientes. O estudo sugere, com isso, que os distúrbios de sono, principalmente do iniciar do sono, podem estar relacionados tanto à insônia primária quando à depressão, devendo haver sempre um diagnóstico específico.

Estudos nacionais e internacionais envolvendo transtornos psiquiátricos têm encontrado resultados interessantes em amostras de universitários, ora apontando a depressão como um transtorno dominante, ora apresentando-a como presente, mas em

baixos níveis. Pesquisas utilizando a Escala de Depressão (EDEP) em populações universitárias têm acompanhado estes últimos estudos, mostrando uma tendência a baixos níveis de depressão nesta população (Baptista & Carneiro, 2008; 2009a; 2009b; Cavestro & Rocha, 2006; Cherchiari, Caetano & Facenda, 2005; Medina, Pérez & Mejía, 2003; Mikolajczuk, Maxwell, Naydenova, Meier & Ansari, 2008).

Borine (2009) aplicou a referida escala em 212 universitários, com idade variando entre 17 e 58 anos ($M=25$; $DP=8,21$), sendo 26,9% mulheres e 73,1% homens. A média na EDEP para esta população foi de 84,33 pontos ($DP=45,07$), sendo que a escala varia de zero a 300. Estes índices podem ser considerados baixos, em comparação com outras populações não-clínicas, como no estudo de Dias (2008) em que se aplicou a EDEP em 100 indivíduos não doentes, com idade variando entre 18 a 64 anos ($M=33,99$; $DP=11,35$), de ambos os sexos. Esta amostra, caracterizada de não-clínica obteve uma média de 126 pontos na EDEP ($DP=36,09$).

Embora a depressão seja um tema recorrente de estudos na área da Avaliação Psicológica, a literatura científica vem estudando muito pouco a possível a integração entre os três objetos de estudo desta dissertação. Considerando-se o exposto e a lacuna de referências internacionais, compreende-se a importância de estudos, principalmente brasileiros, que envolvam a depressão, medidas de atenção e transtornos de sono, demonstrando por exemplo, o quanto os transtornos de sono estão presentes na depressão, ao mesmo tempo em que também afetam a capacidade atencional, comprometendo a qualidade de vida, atividades cotidianas, relacionamento social e aspectos gerais da saúde.

Objetivos

Objetivo Geral

Este estudo tem como objetivo principal buscar evidências de validade baseada na relação com outras variáveis para a EDEP (Baptista & Sisto, 2007) com instrumentos que avaliem os construtos de atenção dividida, sustentada, sonolência excessiva e qualidade do sono.

Objetivos Específicos

Comparar os escores obtidos pelos participantes nos Testes de Atenção Dividida e Sustentada, na ESE, no IQSP e na EDEP;

Constatar quais itens da EDEP referentes à atenção e ao sono se relacionam com os Testes de Atenção Dividida e Sustentada, com a ESE e com o IQSP;

Verificar se os escores na EDEP, na ESE, no IQSP e nos Testes de Atenção Dividida e Sustentada se diferenciam em relação aos fatores de risco encontrados em literatura e às características sócio-demográficas, tais como gênero e nível socioeconômico.

Método

Participantes

Fizeram parte desta pesquisa 213 estudantes de cinco cursos de uma Universidade Federal do interior de Minas Gerais, quais sejam, Direito (n=39; 18,3%), Filosofia (n=1; 0,5%), História (n=63; 29,6%), Psicologia (n=52; 24,4%) e Turismo (n=58, 27,2%). Do total de alunos, 85 (39,9%) eram do sexo masculino e 128 (60,1%), feminino, com média de idade de aproximadamente 21 anos. A descrição detalhada da amostra será descrita juntamente com demais resultados.

Instrumentos

1. Questionário de Identificação:

A utilização deste instrumento (Anexo 1) teve como objetivo obter dados sócio-demográficos e informações necessárias para a caracterização da amostra, tendo sido dividido em quatro partes. A primeira reuniu informações que abarcam alguns fatores de risco para a depressão, como estado civil, curso, sexo e idade. A segunda incluiu questões com intuito de classificação dos participantes em classes sociais, de acordo com Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 2008). Além disso, foram adicionadas questões relativas a possível diagnóstico de depressão de algum familiar ou do próprio participante e se está passando por algum tipo de tratamento. Questionou-se também qual a auto-avaliação do participante sobre seus sintomas depressivos, se leve, moderado ou grave, além de questões que abarcam alguns fatores de risco, como a existência de algum membro da família diagnosticado com depressão e histórico pessoal de diagnóstico de depressão.

Por fim, foram acrescentadas ao questionário 50 perguntas relativas a acontecimentos marcantes possivelmente vividos no último ano, divididas em nove categorias: trabalho, educação, finanças, saúde, luto, migração, namoro e coabitação, família e relações sociais. Segundo Oliveira, Fonseca e Del Porto (2002), estes acontecimentos marcantes são pontos importantes para o estudo da depressão, pois abarcam eventos que podem acontecer a qualquer pessoa e que dependem do estado psicológico, como por exemplo, mudanças na rotina pessoal, morte de familiares ou amigos próximos, problemas de relacionamento, dentre outros.

2. Escala de Depressão (EDEP) (Baptista & Sisto, 2007):

A EDEP foi construída a partir dos indicadores provenientes do DSM-IV-TR (APA, 2002), CID 10 (OMS, 1993), Teoria Cognitivo-comportamental de Beck (Beck & cols., 1997) e Teoria Comportamental da Depressão (Ferster, Culbertson & Boren, 1977). Trata-se de um instrumento de rastreamento para amostras psiquiátricas e não-psiquiátricas, em formato *Likert* de cinco pontos, que variam de zero a quatro, com pontuação mínima de zero e a máxima, 300, nas quais a menor pontuação indicaria menor sintomatologia em depressão.

Na construção do referido teste, foram considerados 26 indicadores da depressão, a saber, humor deprimido, perda ou diminuição de prazer, choro, desesperança/ falta de perspectiva sobre o futuro, 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 (insônia/hipersonia), 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 por exemplo, “Sinto-me culpado por tudo” e “Não tenho culpa na maioria das vezes”, relativo ao indicador “culpa”. 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, o qual melhor expressa como a pessoa se sente em relação às afirmações apresentadas. Tomando o identificador “culpa” citado acima, o participante deve escolher o círculo imediatamente mais próximo da frase “Sinto-me culpado por tudo”, caso ele concorde completamente com essa sentença, ou imediatamente próximo à frase “Não tenho culpa na maioria das vezes”, caso ele não se sinta culpado. O círculo central deve ser marcado se o sentimento de culpa puder ser classificado como “mais ou menos”. Imediatamente à sua direita, caso ele se sinta “não muito” culpado, e imediatamente à sua esquerda, caso se sinta “pouco” culpado.

Estudos psicométricos vêm sendo desenvolvidos. Baptista, Souza e Alves (2008), com objetivo de buscar por evidências de validade para a EDEP, aplicaram-na juntamente com o Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF) e a BDI em 157 estudantes universitários do sul de Minas Gerais, sendo 75,5% do sexo feminino e 24,5%, do sexo masculino, com idade variando entre 18 e 51 anos ($M=23,22$; $DP=6,4$). Foram encontradas, como hipotetizado pelos autores, correlações altas e significativas entre a EDEP e o BDI ($r=0,75$; $p=0,000$) e correlações entre fracas e moderadas entre a EDEP e as dimensões do IPSF, quais sejam, Afetivo-consciente ($r=-0,36$; $p=0,000$), Adaptação familiar ($r=-0,37$; $p=0,000$), Autonomia familiar ($r=-0,32$; $p=0,000$) e Suporte total ($r=-0,42$; $p=0,000$). Os

autores concluíram que, embora o número de participantes tenha sido reduzido, os resultados encontrados acompanham o encontrado na literatura.

Dias (2008), em pesquisa com objetivo de buscar evidências de validade convergente e discriminante para a EDEP, aplicou a referida escala juntamente com o *Inflammatory Bowel Disease Questionnaire*, Inventário de Percepção de Suporta Familiar e a Bateria Fatorial de Personalidade em 200 participantes, com idade variando entre 18 e 62 anos ($M=37,71$; $DP=9,8$), sendo 100 pacientes do ambulatório de doenças inflamatórias intestinais de uma universidade do interior de São Paulo, com diagnóstico clínico confirmado de doença de Crohn e 100 acompanhantes dos pacientes que freqüentam o ambulatório. Foi constatada uma diferença significativa para os grupos clínicos e não-clínicos em relação à depressão ($t=-3,3631$; $gl=198$; $p\leq 0,001$). Além disso, as correlações entre a EDEP e as medidas de depressão dos testes aplicados foram moderadas e fortes. Por fim, análises de Consistência interna da EDEP evidenciaram índices altos de precisão. O alfa de Cronbach foi de 0,96 para a amostra total. Para o grupo clínico foi encontrada precisão de 0,96 e para o grupo não-clínico, de 0,95. Os resultados sugerem que a EDEP é uma escala adequada para a avaliação da depressão, por intermédio das evidências de validade analisadas.

Santana (2008) aplicou o Inventário de Percepção do Suporte Familiar, Inventário de Estilos Parentais e a EDEP em 510 estudantes de escolas públicas do interior de São Paulo, divididas entre a sexta e a oitava séries do Ensino Fundamental, sendo 242 meninos e 268 meninas, com idades entre 11 e 18 anos ($M=13,31$. $DP=1,1$), com o objetivo de buscar evidências de validade para a EDEP. Foram encontradas correlações positivas e moderadas entre os instrumentos Inventário de Percepção do Suporte Familiar e Inventário de Estilos Parentais, que deram credibilidade a evidência de validade convergente. As correlações negativas entre o Inventário de Percepção do Suporte Familiar, o Inventário de

Estilos Parentais e a EDEP deram credibilidade à evidência de validade baseada na relação com outras variáveis, de acordo com o *Standards for education and psychological testing*.

3. Atenção Sustentada (AS) (Sisto & cols, 2006):

Este instrumento avalia a capacidade em se focar a atenção em um determinado estímulo mesmo na apresentação de outros. Ele é composto por 25 fileiras, contendo em cada uma delas 25 grupos de nove figuras geométricas agrupadas. Ao participante é requisitado que sejam marcados todos os blocos com as figuras requisitadas em instrução, dentro do tempo marcado de 15 segundos por fileira. O aplicador auxilia na contagem do tempo avisando aos participantes quando este tempo acaba, possibilitando assim que sejam analisados os próximos blocos geométricos, contidos na linha seguinte.

A partir deste instrumento são extraídas três medidas: Concentração, Velocidade com Qualidade e Sustentação. A Concentração se relaciona à tarefa solicitada, e portanto, considera os itens que devem ser marcados, subtraindo-se os erros e omissões. Por sua vez, a Velocidade com Qualidade se refere aos acertos globais do participante, isto é, da quantidade de itens que foram corretamente assinalados, juntamente àqueles que foram corretamente ignorados, subtraindo-se os erros e omissões. Em relação à Sustentação, são consideradas as medidas de Velocidade com Qualidade para as três primeiras e as três últimas linhas do teste separadamente. Dessa forma, são obtidos dois índices, a partir dos quais, por interpretação das tabelas de normatização do manual, verifica-se se o participante manteve, perdeu ou aumentou sua Sustentação no decorrer da realização da tarefa.

No que concerne às qualidades psicométricas do teste, foi realizado um estudo com 432 candidatos à obtenção da Carteira Nacional de Habilitação, em cidades do estado de Minas Gerais, com idades entre 18 e 73 anos ($M=27,23$, $DP=11,3$). Em um primeiro

momento os autores analisaram sua estrutura interna. Inicialmente, a análise fatorial forneceu dois fatores, entretanto, como o primeiro se mostrou com uma carga fatorial expressivamente superior em relação ao segundo, concluiu-se que os subtestes podiam ser explicados por apenas um fator, ou seja, que o AS possui uma única dimensão. A precisão foi analisada a partir do coeficiente de consistência interna, pelo alfa de Cronbach e o método das metades, fornecidos pelos procedimentos de Guttman, Spearman-Brown e alfa das duas metades, para cada faixa etária e no geral. De maneira geral, os coeficientes de precisão variaram de 0,73 até 0,97. Também foram consideradas as linhas ímpares como um subteste e as pares como outro e os coeficientes variaram de 0,90 até 0,98.

Em estudo com o objetivo de buscar evidências de validade para os construtos de atenção concentrada e sustentada, Noronha e colaboradores (2006) aplicaram o Teste de Atenção Sustentada e o Teste de Atenção Concentrada, de forma individual, em 212 candidatos à obtenção da Carteira Nacional de Habilitação, sendo 122 do sexo masculino, com idade variando entre 18 a 62 anos ($M=21,50$, $DP=7,17$). Foi observada uma correlação significativa do Teste de Concentração em relação às medidas de concentração ($r=0,28$;) e velocidade com qualidade ($r=0,40$; $p\leq 0,001$), do Teste de Atenção Sustentada. Embora não tenham sido consideradas correlações altas, ainda assim pôde-se perceber que há comunalidade entre os construtos, embora eles não possam ser considerados similares.

4. Atenção Dividida (AD) (Sisto & cols, 2006):

O AD investiga a capacidade do participante de buscar por dois estímulos simultâneos dentro de um período de tempo marcado. Ele é composto por 625 blocos contendo nove figuras geométricas em cada. Os itens são agrupados em 25 fileiras, e ao participante é requisitado, por meio de instrução, que se marque todos os blocos que possuem dois tipos de combinações de duas figuras indicadas. Pede-se que sejam marcados

o máximo de blocos possíveis, iniciando na primeira linha, da esquerda para a direita, dentro do tempo de 5 minutos.

A partir disso, o teste fornece dois tipos de informação, primeiro em relação ao quanto a pessoa atende corretamente às instruções dadas, mesmo em contato com distratores, ou seja, a Concentração e o quanto ela consegue de trabalho, isto é, a Qualidade da Velocidade de Atenção. A concentração é medida a partir do número de itens corretamente demarcados, subtraindo-se os erros e omissões do participante. A qualidade de velocidade refere-se à quantidade total de acertos, relativos aos itens corretamente assinalados e aos itens que foram devidamente deixados sem sinalização.

Os estudos psicométricos foram realizados com 369 candidatos à obtenção da carteira nacional de habilitação, de diversas cidades de Minas Gerais. Os participantes eram de ambos os sexos, de diferentes níveis sociais, com idades entre 18 e 73 anos ($M=27,7$; $DP=11,5$). Foram verificadas evidências de validade com relação a variáveis relativas ao desenvolvimento do teste, em relação à medida de Velocidade com Qualidade e em relação à medida de Concentração. Para todas as análises foi considerado nível de significância de 5%.

Os Testes de Atenção Dividida e Sustentada foram utilizados como variáveis de critério para validação da versão preliminar do Teste Pictórico de Memória (Rueda & cols., 2007). Participaram da pesquisa 147 pessoas da oitava série do Ensino Fundamental até a terceira série do Ensino Médio de escolas públicas estaduais do interior do Estado de Minas Gerais, de ambos os sexos e com idade entre 14 a 24 anos. Os instrumentos foram aplicados de forma coletiva, em sala de aula. Os resultados mostraram correlações nulas ou baixas, mas significativas, entre as medidas de memória e atenção sustentada, o que foi considerado uma evidência de validade discriminante. No caso do Teste de Atenção Dividida não foram observadas correlações significativas.

5. Escala de Sonolência de Epworth (ESE) (Bittencourt, Silva, Santos, Pires & Mello, 2005):

A escala de Epworth foi desenvolvida em 1991 pelo Dr. John W. Murray com o intuito de investigar a presença ou ausência de sonolência excessiva em oito atividades diárias. Ela foi traduzida, adaptada culturalmente e validada por Bertolazi, 2008 e atualmente tem sido utilizada nos processos de triagem para distúrbios de sono e como um indicador para a polissonografia (Boari & cols., 2004). Ela avalia a sonolência excessiva em ocasiões passivas e ativas que inclui “sentado e lendo”; “vendo TV”; “sentado em um lugar público”; “como passageiro em trem, carro ou ônibus (por uma hora sem parar)”; “deitando-se à tarde para descansar”; “sentado e conversando com alguém”; “sentado calmamente após o almoço, sem álcool”; “enquanto dirige, mas está parado no trânsito por alguns minutos” (Bittencourt & cols., 2005).

Trata-se de uma escala *Likert* de quatro pontos, de fácil manuseio e de rápida aplicação, que pode ser utilizada para rastrear a presença de um possível distúrbio de sono, sem contudo quantificar grau de doença ou efetuar diagnóstico (Bittencourt & cols., 2005). Questionam-se quais as chances do participante dormir e em cada uma das situações, sendo as alternativas: “Nenhuma”, “Pequena chance”; “Moderada Chance” e “Alta Chance”. Escores abaixo de 10 pontos indicam sonolência normal, enquanto resultados entre 10 e 15 indicam sonolência moderada. Pontuações acima de 16 indicam estado grave de sonolência excessiva (Boari & cols., 2004).

Boari e colaboradores (2004), com o objetivo de busca por validade para o instrumento, avaliaram a correlação entre a pontuação da Escala de Epworth e o Índice de Apnéia do Sono (IAH), aplicando-os em 66 pessoas, de ambos os sexos, com idades variando entre 17 e 67 anos ($M=42,47$; $DP=10,7$). Os participantes eram pacientes

diagnosticados com Síndrome da apnéia e hipopnéia obstrutiva do sono, avaliados nos momentos pré e pós-operatórios. No pré-operatório, 72% obtiveram valores altos na pontuação da Escala de Epworth, sendo que, no pós-operatório, os números mudam drasticamente, mostrando melhora estatisticamente significativa. Foi verificada pontuação baixa ou normal (menor ou igual a 10) em 74% dos pacientes, e a diferença de médias entre os resultados teve significância de 1%. Neste estudo, com o IAH para os graus severos e normais, porém não para os graus leve e moderado.

6. Índice de Qualidade de Sono de Pittsburg (IQSP):

Trata-se de um questionário composto por 19 questões, construído com o objetivo de avaliar a qualidade do sono a partir de questões relacionadas aos hábitos normais de sono, referentes ao mês anterior da aplicação. São verificados o tempo levado para adormecer, o horário de se deitar para dormir e de acordar, a duração do sono, qualidade do sono, presença ou ausência de cochilos, problemas para adormecer e outros. Os itens deste instrumento possuem pontuações que variam de zero a três e são agrupados em sete componentes, quais sejam, qualidade subjetiva do sono, latência do sono, duração do sono, eficiência habitual do sono, alterações do sono, uso de medicações para dormir e disfunção noturna. Os escores desses componentes são adicionados à pontuação total, que varia de zero a 21, sendo que escores abaixo de quatro indicam boa qualidade de sono, entre cinco e nove, qualidade ruim. Escores acima de 10 pontos equivalem a alterações marcantes no sono.

Com o objetivo de determinar a prevalência de depressão maior em uma população de idosos e comparar os padrões de sono e funções cognitivas dessa população com um grupo controle, não depressivo, Xavier, Ferraz, Bertolluccic, Poyaresd e Moriguchia (2001) aplicaram o IQSP e a Escala Epworth em 77 idosos de uma comunidade, escolhidos

randomicamente dentre 219 habitantes com mais de 80 anos. Além disso, complementarmente, foi analisado um diário do ciclo sono/vigília preenchido durante duas semanas, e aplicados cinco testes neuropsicológicos, quais sejam, teste das lembranças seletivas de Buschke-Fuld, teste lista de palavras da bateria neuropsicológica CERAD (*Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease*), fluência verbal e dois subtestes da bateria de memória de Weschler.

Para tal estudo, a amostra foi dividida em duas partes, contendo por um lado, um grupo com 5 pessoas que apresentaram critérios DSM-IV para a depressão e 50 controles sem diagnóstico de qualquer transtorno de humor, ou demência. Os resultados mostraram uma prevalência de depressão maior em 7,5% da população estudada. Entretanto, os idosos deprimidos apresentaram os mesmos padrões de sono e o mesmo desempenho nos testes neuropsicológicos que os indivíduos controle. Isso pode ser explicado pelo fato de os indivíduos controle também terem apresentado má qualidade de sono, avaliada pela Pittsburgh. A literatura aponta que no envelhecimento observa-se uma diminuição do tempo total de sono noturno e também mudanças qualitativas no padrão de sono (Geib & cols., 2003).

Procedimento

Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade São Francisco (protocolo CAAE: 0256.0.142.000-08) foram realizados os agendamentos com as coordenações de curso que previamente autorizaram a pesquisa, para aplicação dos instrumentos. Cada aplicação foi realizada coletivamente, em sala de aula, em uma única sessão com duração média de uma hora e 20 minutos.

Primeiramente, os objetivos da pesquisa foram explicados juntamente com a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 2). Sanadas as possíveis dúvidas, deu-se início aos procedimentos. Uma vez que os Testes de Atenção Dividida e Sustentada possuem tempo marcado para aplicação, eles foram ministrados primeiramente, nesta ordem, seguidos do Questionário de Identificação, EDEP, Escala de Sonolência de Epworth e Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh.

Resultados

Caracterização da amostra

Fizeram parte do estudo 213 estudantes de uma Universidade Federal em Minas Gerais. A amostra foi dividida em cinco cursos, quais sejam, Direito ($n=39$; 18,3%), Filosofia ($n=1$; 0,5%), História ($n=63$; 29,6%), Psicologia ($n=52$; 24,4%) e Turismo ($n=58$, 27,2%). Para análises futuras, em relação à variável curso, será excluído o aluno de Filosofia, para que os grupos permaneçam com uma distribuição mais homogênea.

Do total de participantes, 85 (39,9%) eram do sexo masculino e 128 (60,1%), feminino, tendo a idade, variado entre 18 e 52 anos, com média de 20,8 anos ($DP=3,9$). A Organização Mundial de Saúde estipula os critérios de classificação etária em estudos: menor que um ano; um a quatro anos; cinco a 14 anos; 15 a 24 anos; 25 a 34 anos; 35 a 44 anos; 45 a 54 anos; 55 a 64 anos; 65 a 74 anos; 75 anos. Entretanto, a partir dessa classificação, a amostra deste estudo seria dividida em quatro grupos, sendo o primeiro, com 194 pessoas (91,1%), o segundo, 16 pessoas (7,5%), o terceiro com um participante (0,5%) e o último com dois participantes (0,9%).

Uma vez que estes grupos se apresentaram nitidamente discrepantes, para fins de análises futuras, as idades foram reagrupadas em cinco grupos, de acordo com o número de sujeitos que os compõem. O grupo 1 agrupou os participantes com 18anos ($n=28$; 13,1%); o grupo 2, 19 anos ($n=51$; 23,9%); grupo 3, 20 anos ($n=52$; 24,4%); grupo 4, 21 anos ($n=35$; 16,4%); e por último, o grupo 5, com participantes com mais que 21 anos ($n=47$; 22,1%).

Com relação às características sociodemográficas, foram adotados os critérios de classificação econômica da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 2008),

que divide a população em 7 classes, a saber, A1, A2, B1, B2, C1, C2 e D. No presente estudo, 15 participantes não responderam às questões relativas à classificação. Assim, pôde-se perceber que, dos 198 respondentes, a maioria pertence às classes B2 ($n=60$, 28,2%), B1 ($n=54$; 25,4%) e C1($n=46$; 21,6%). Apenas um estudante foi classificado como da classe A1 (0,5%). Em relação às outras classes, 15 participantes foram classificados como pertencentes à classe A2 (7%), 16, na classe C2 (7,5%) e seis, na classe D (2,8%).

A fim de se realizar futuras análises, a classificação econômica foi reagrupada em três grupos, devido ao número reduzido de indivíduos pertencentes às classes D, C2, A2 e A1. Dessa forma, foi possível fazer uma distribuição mais homogênea da amostra, para as análises que levam em consideração a classificação econômica. O grupo 1, com 68 sujeitos (31,9%), agrupou as classes D, C2 e C1. A classe B2, com 60 sujeitos (28,2%) formou o grupo 2. O grupo 3, com 70 participantes (32,9%) agruparam as classes B1, A2 e A1.

Do total de respondentes, 64 exercem algum tipo de atividade laboral, sendo que 5,6% ($n=12$) exercem a função de estagiário, com ou sem remuneração, e a maioria, 69,5% ($n=148$) não trabalha. Além disso, pôde-se verificar também que a maioria dos participantes são solteiros ($n=202$; 94,8%), sendo que somente seis estudantes são casados (2,8%) e quatro responderam “outros” (1,9%). Um participante não indicou o seu estado civil. Estes resultados são apontados na Tabelas 1.

Tabela 1. *Atividade laboral e estado civil*

Atividade Laboral		
	<i>f</i>	%
Não trabalha	148	69,5
Estagiário com ou sem remuneração	12	5,6
Outras atividades	53	24,9
Total	213	100
Estado Civil		
Solteiro	202	95,3
Casados	6	2,8
Outros	4	1,9
Total	212	100

Quando questionados sobre a presença de diagnóstico de depressão em algum membro da família, 50,7% ($n=108$) relataram que nenhum familiar alguma vez fora diagnosticado com depressão por psicólogo ou psiquiatra. Vinte e três participantes não responderam à pergunta (10,8%) e 82 responderam positivamente (38,5%). Destes, sete afirmaram que mais de um membro da família apresentara diagnóstico, 38,7% ($n=36$) afirmaram que a mãe já foi ou está diagnosticada com depressão e 14% ($n=13$) afirmaram que os avós já foram ou estão diagnosticados. Além disso, percebeu-se que 10,7% ($n=10$) possuem os irmãos diagnosticados e uma pessoa não relatou quem recebeu o diagnóstico. Seis participantes (6,5%) se destacaram como aquele que recebeu diagnóstico na família. Os resultados podem ser visualizados na Tabela 2.

Tabela 2. *Presença de diagnóstico de depressão na família*

	<i>f</i>	%
Mãe	36	38,7
Tios ou primos	20	21,5
Avós	13	14,0
Irmãos	10	10,7
Pai	7	7,5
O próprio participante	6	6,5
Não indicou qual familiar	1	1,1
Total	92	100

Ainda em relação à investigação do histórico dos participantes, foi questionado se o mesmo já passou por alguma avaliação psicológica. A maioria, 67,1% ($n=143$) afirmou não ter passado por tal experiência e 4,3% ($n=9$) afirmaram ter passado por avaliação, recebendo diagnóstico de depressão (Tabela 3). Sobre estes últimos, quatro (44,4%) afirmaram não fazer tratamento psicológico para a depressão, enquanto quatro (44,4%) fazem tratamento, sendo que uma pessoa está em tratamento há 4 meses, outra há 6 meses e uma terceira há três anos. Uma pessoa (11,1%) não respondeu.

Tabela 3. *Avaliação psicológica prévia*

	<i>f</i>	%
Não	143	74,1
Sim, com diagnóstico de depressão	9	4,7
Sim, sem nenhum diagnóstico	26	13,5
Sim, com outro diagnóstico	15	7,8
Total	193	100

Foi também questionado aos participantes em que nível eles percebem que se encontram seus sintomas depressivos, independente de haver diagnóstico. Apenas 33 (15,5%) assinalaram um dentre três níveis apresentados, sendo que a maioria, ou seja, 75,8% ($n=25$) selecionaram a opção “leve”. No total de respondentes na questão, sete afirmaram anteriormente terem passado por avaliação psicológica, tendo recebido diagnóstico de depressão, sendo que quatro (57,1%) assinalaram a sintomatologia moderada e duas, o nível leve (28,6%). Uma pessoa marcou sentir o nível severo de depressão (Tabela 4).

Tabela 4. *Nível subjetivo de sintomatologia depressiva para os participantes*

	Amostra total		Participantes diagnosticados	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Leve	25	75,8	2	28,6
Moderado	7	21,2	4	57,1
Grave	1	3,0	1	14,3
Total	33	100	7	100

Por outro lado, dos 213 participantes, somente 12 (5,6%) responderam positivamente quando interrogados sobre se estariam em atendimento psicológico ou medicamentoso para a depressão, no período em que ocorreu a aplicação, sendo que sete (41,7%) afirmaram estar em atendimento psicológico e cinco (58,3%), em tratamento medicamentoso. Do total de respondentes, oito responderam também à questão relativa à avaliação psicológica prévia, tendo recebido diagnóstico de depressão. Neste grupo, metade afirmou estar em atendimento psicológico ou medicamentoso, no momento da aplicação. Estes resultados são visualizados na Tabela 5.

Tabela 5. *Presença de atendimento psicológico ou medicamentoso*

	Amostra total		Participantes diagnosticados	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Atendimento Psicológico	7	41,7	4	50
Atendimento Medicamentoso	5	58,3	4	50
Total	12	100	8	100

Em relação à lista de eventos marcantes vividos recentemente pelos participantes, 19,7% ($n=42$) somaram três eventos ao todo, enquanto 33 participantes (15,5%) marcaram dois eventos. Observou-se também que 32 (15%) pessoas marcaram 4 eventos como marcantes, enquanto 24 participantes (11,4%) marcaram cinco eventos e 12 (5,6%), marcaram 6 eventos. Somente duas pessoas (0,9%) assinalaram 9 e 12 eventos, enquanto

dois participantes marcaram 11 e 13 eventos cada um. Por fim, observou-se que 8 pessoas (3,8%) não assinalaram ou não responderam (Tabela 6).

Tabela 6. *Frequência do número de eventos de vida marcantes*

	<i>f</i>	%
1	32	15,6
2	33	16,1
3	42	20,5
4	32	15,6
5	24	11,5
6	12	5,9
7	12	5,9
8	12	5,9
9	2	1,0
11	1	0,5
12	2	1,0
13	1	0,5
Total	205	100

Medidas de tendência central

Pôde-se perceber inicialmente, por meio da análise de média, desvio-padrão, moda e mediana, os principais índices para os testes envolvidos neste estudo (Tabela 7). Para a Escala de Depressão, a pontuação total variou de 4 a 226 pontos, tendo como média 82,71 pontos, e mediana de 77 pontos ($DP=45,98$). Os eventos de vida marcantes, assinalados pelos participantes no Questionário de Identificação gerou pontuação entre zero e 13 pontos, com média de 3,71 e mediana e moda em 3 pontos ($DP=2,43$). No que se refere aos instrumentos que avaliam a qualidade de sono e a sonolência excessiva, foram encontrados escores entre zero e 15 para o Índice de Qualidade de sono de Pittsburgh, com média de 5,35 pontos, mediana de 5 pontos e moda em 4 pontos ($DP=2,96$). Por outro lado, a Escala

de Sonolência de Epworth variou de zero a 20, com média de 9,12 pontos e mediana e moda em 9 pontos ($DP=3,60$).

Tabela 7. *Medidas de tendência central*

	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	Moda	DP
EDEP	4	226	82,71	77	38	45,98
Eventos de vida	0	13	3,71	3	3	2,43
Qualidade de sono	0	15	5,35	5	4	2,96
Sonolência diurna excessiva	0	20	9,12	9	9	3,60
Concentração em Atenção Dividida	-145	124	33,77	41	43	35,71
Velocidade com Qualidade em Atenção Dividida	1	247	112,42	11	101	45,55
Concentração em Atenção Sustentada	-54	72	50,70	54	54	18,88
Velocidade com Qualidade em Atenção Sustentada	16	150	127,38	132	132	20,23
Sustentação	-36	36	1,42	2	2	8,91

No que concerne aos Testes de Atenção Dividida e Sustentada, foram realizadas análises de acordo com as medidas que cada teste trabalha. Assim, para o teste de atenção dividida, foram avaliadas as medidas de Concentração e Velocidade com Qualidade, enquanto para o teste de atenção sustentada, as medidas de Concentração, Velocidade com Qualidade e Sustentação. A medida de concentração do teste de atenção dividida (AD) variou de -145 a 124 pontos, com média de 33,77 ($DP=35,71$). A medida de velocidade com qualidade variou de 1 a 247 pontos, com média de 112,42 pontos ($DP=45,55$).

No que diz respeito às medidas do teste de atenção sustentada, a concentração variou de -54 a 72 pontos, com média de 50,7 ($DP=18,88$). A velocidade com qualidade variou entre 16 e 150 pontos, com média de 127,38 pontos ($DP=20,23$). Por fim, a medida de sustentação variou entre -36 e 36 pontos, com média de 1,42 ($DP=8,91$).

Em relação ao estudo da sonolência, pode-se perceber na Tabela 8, que 56,3% ($n=120$) dos participantes possuem sonolência diurna normal enquanto 40,4% ($n=86$),

sonolência moderada. Sete pessoas (3,3%) possuem sonolência diurna excessiva grave. Dessas últimas, 71,4% ($n=5$) afirmaram ter algum membro da família diagnosticado por depressão, sendo que 28,6% ($n=2$) assinalaram ser ele mesmo o membro da família diagnosticado, tendo passado por avaliação psicológica. Em relação ao acompanhamento, 28,6% ($n=2$) estão em tratamento psicológico e apenas um participante (14,3%) assinalou estar em atendimento médico. Três participantes (42,9%) afirmaram se sentir com sintomas leves de depressão e uma pessoa assinalou sintoma moderado.

Tabela 8. *Nível de sonolência diurna excessiva*

	<i>f</i>	%
Normal	120	56,3
Moderada	86	40,4
Grave	7	3,3
Total	213	100

Em relação aos 120 participantes com sonolência diurna normal, a maioria afirmou não possuir familiares diagnosticados com depressão, mas 36,7% alegaram possuir familiares depressivos, sendo que três participantes (2,5%) assinalaram ter recebido diagnóstico. Por outro lado, quatro participantes (3,3%) afirmaram terem passado por avaliação psicológica, tendo recebido diagnóstico de depressão. Quando questionados a realizarem uma auto-avaliação de seu nível diagnóstico, apenas um participante afirmou se sentir com sintomas severos de depressão, enquanto 10 (8,3%) assinalaram sintomas leves e 4 (3,3%), sintomatologia moderada. Estes resultados são resumidamente apresentados na Tabela 9.

Tabela 9. *Informações sobre participantes de acordo com a sonolência diurna excessiva*

	Grave		Normal	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Possui familiar diagnosticado com depressão	5	71,4	44	41,1
Está diagnosticado com depressão	2	28,6	4	3,3
Faz acompanhamento psicológico	2	28,6	4	3,3
Faz acompanhamento médico	1	14,3	3	2,5
Sentem sintomas leves de depressão	3	42,3	10	8,3
Sentem sintomas moderados de depressão	1	14,3	4	3,3
Sentem sintomas severos de depressão	-	-	1	0,8

No que concerne à qualidade de sono, 44,1% ($n=94$) possuem qualidade de sono boa e a mesma quantidade de participantes possui qualidade de sono ruim. Por outro lado, 10,3% ($n=22$) possuem alterações graves na qualidade de sono e três pessoas (1,4%) não responderam a todas as questões, interferindo o resultado final (Tabela 10). Dos participantes com alterações graves na qualidade de sono, 54,5% ($n=12$) afirmaram ter algum membro da família diagnosticado com depressão, sendo que cinco participantes (22,7%) passaram por avaliação psicológica, recebendo diagnóstico. Quatro respondentes (18,2%) afirmaram sentir sintomas leves, três (13,6%), sintomas moderados e uma pessoa (4,5%) afirmou sentir sintomas severos de depressão.

Tabela 10. *Índice de qualidade de sono*

	<i>f</i>	%
Qualidade boa de sono	94	44,8
Qualidade ruim de sono	94	44,8
Alterações graves na qualidade de sono	22	10,4
Total	210	100

No que diz respeito aos participantes com qualidade boa no sono, somente 33% ($n=31$) possuíam familiares depressivos na época da aplicação dos instrumentos, sendo que somente um deles afirmou estar em depressão. Aliás, este participante é o único deste grupo

a ter passado por avaliação psicológica, estando em tratamento médico. Mais dois participantes afirmaram estar em tratamento psicológico, mesmo não afirmando estarem depressivos. Quando questionados sobre um possível nível diagnóstico, independente de haver diagnóstico de depressão ou não, 12,8 % ($n=12$) assinalaram a presença de sintomas leves de depressão e somente dois participantes, inclusive o supracitado, assinalaram sintomas moderados. Estas informações estão representadas na Tabela 11.

Tabela 11. *Informações sobre participantes de acordo com a qualidade do sono*

	Alterações Graves na Qualidade do sono		Qualidade de sono Boa	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Possui familiar diagnosticado com depressão	12	54,5	31	33
Está diagnosticado com depressão	5	22,7	1	1,1
Faz acompanhamento psicológico	2	9,1	3	3,2
Faz acompanhamento médico	3	13,6	1	1,1
Sentem sintomas leves de depressão	4	18,2	12	12,8
Sentem sintomas moderados de depressão	3	13,6	2	2,1
Sentem sintomas severos de depressão	1	4,5	-	-

No que concerne ao estudo da Atenção Dividida, 33,8% ($n=72$) foram classificados, numa escala baseada em percentis, dentro do nível superior, em relação à medida de concentração. Em seguida, 21,6% ($n=46$) foram classificados no nível inferior, 18,3% ($n=39$) no nível Médio Superior, 13,6% ($n=29$), como Médio e 12,7% no nível Médio Inferior (Tabela 12). Dos 72 participantes que foram classificados como nível Superior, 33,3% ($n=24$) possuem algum membro da família diagnosticado com depressão, embora nenhum respondente esteja diagnosticado com depressão, por psicólogo ou psiquiatra e não estão em atendimento psicológico ou medicamentoso. Mesmo assim, 9,7% ($n=7$) afirmaram possuir sintomas leves de depressão e 1,4% ($n=1$) afirmaram ter os sintomas moderados.

Tabela 12. *Nível de concentração em atenção dividida*

	<i>f</i>	%
Superior	72	33,8
Médio Superior	39	18,3
Médio	29	13,6
Médio Inferior	27	12,7
Inferior	46	21,6
Total	213	100

Por outro lado, dos 46 participantes que foram classificados com nível Inferior na medida de concentração do AD, 39,1% ($n=18$) afirmaram ter algum membro da família diagnosticado com depressão, sendo que, embora 4,3% ($n=2$) tenham afirmado serem eles mesmos a pessoa em questão, apenas um (2,2%) passou por avaliação psicológica, recebendo diagnóstico de depressão. Verificou-se que 13% dos respondentes ($n=6$) afirmaram sentir sintomatologia leve de depressão e 2,2% ($n=1$) sintomatologia severa. Estes resultados são mostrados na Tabela 13.

Tabela 13. *Informações sobre participantes de acordo com a medida de concentração do teste de atenção dividida*

	Superior		Inferior	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Possui familiar diagnosticado com depressão	24	33,3	18	39,1
Está diagnosticado com depressão	-	-	1	2,2
Faz acompanhamento psicológico	-	-	2	4,3
Faz acompanhamento médico	-	-	2	4,3
Sentem sintomas leves de depressão	7	9,7	6	13
Sentem sintomas moderados de depressão	1	1,4	-	-
Sentem sintomas severos de depressão	-	-	1	2,2

Ainda em relação ao estudo da Atenção Dividida, mais especificamente à medida de Velocidade com Qualidade, 31,9% ($n=68$) foram classificados no nível Superior, enquanto 25,8% ($n=55$) se classificaram no nível Médio Inferior e 10,3% ($n=22$) classificaram como

Inferior (Tabela 14). Dos 68 participantes classificados em Superior, 20 (29,4%) afirmaram possuir algum membro familiar diagnosticado com depressão, sendo que dois desses participantes (2,9%) se colocaram como diagnosticados, embora somente um deles (1,5%) afirmou ter passado por avaliação psicológica, recebendo diagnóstico de depressão.

Tabela 14. *Nível de velocidade com qualidade em atenção dividida*

	<i>f</i>	%
Superior	68	31,9
Médio Superior	42	19,7
Médio	26	12,3
Médio Inferior	55	25,8
Inferior	22	10,3
Total	213	100

Da mesma forma como aconteceu em outros dados, mesmo participantes que não estavam diagnosticados assinalaram algum nível de sintomatologia depressiva. Assim, oito participantes (11,8%) se posicionaram como tendo sintomatologia leve de depressão, enquanto 58 participantes não se enquadraram em nenhum nível de sintomatologia depressiva. Uma pessoa se enquadrou no nível moderado e uma, no severo. Por outro lado, dos 22 participantes classificados em nível Inferior, 40,9% ($n=9$) possuem algum membro da família diagnosticado com depressão, sendo que mesmo não havendo nenhum participante diagnosticado, um (4,5%) encontra-se em tratamento médico e três (13,6%) sentem-se com sintomatologia leve de depressão. Estes resultados podem ser visualizados na Tabela 15.

Tabela 15. *Informações sobre participantes de acordo com a medida de velocidade com qualidade do teste de atenção dividida*

	Superior		Inferior	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Possui familiar diagnosticado com depressão	20	29,4	9	40,9
Está diagnosticado com depressão	1	1,5	-	-
Faz acompanhamento médico	-	-	1	4,5
Sentem sintomas leves de depressão	8	10,9	3	13,6
Sentem sintomas moderados de depressão	1	1,5	-	-
Sentem sintomas severos de depressão	1	1,5	-	-

Em relação ao estudo da Atenção Sustentada, mais especificamente na medida de concentração, a maioria dos participantes, 56,8% ($n=121$) se classificou no nível Superior, enquanto a minoria, 7,5% ($n=16$) se classificou como Inferior. Ainda, 32 participantes (15%) se classificaram como Médio Superior, enquanto 25 (11,7%) ficaram no nível Médio Inferior e 19 (8,9%), no nível Médio. Estes resultados podem ser contemplados na Tabela 16.

Tabela 16. *Nível de concentração em atenção sustentada*

	<i>f</i>	%
Superior	121	56,8
Médio Superior	32	15,1
Médio	19	8,9
Médio Inferior	25	11,7
Inferior	16	7,5
Total	213	100

Dos 121 participantes classificados como Superior, 33,9% ($n=41$) assinalaram algum familiar com diagnóstico de depressão, sendo que 1,7% ($n=2$) se apontaram como os familiares em questão, embora três (2,5%) tenham passado por avaliação psicológica, recebendo diagnóstico. Além disso, pôde-se perceber que 4,1% ($n=5$) e 2,5% ($n=3$) estão, respectivamente, em tratamento psicológico e medicamentoso. Dos respondentes, 14

(11,6%) se colocaram com sintomatologia leve de depressão e seis (5%), com nível moderado, independente de ter havido diagnóstico. Por outro lado, dos que se classificaram no nível Inferior de concentração para atenção sustentada, 37,5% ($n=6$) possuem familiar com diagnóstico de depressão e embora ninguém tenha passado por avaliação psicológica ou esteja em tratamento psicológico ou médico, 25% ($n=4$) se classificaram com sintomatologia leve de depressão (Tabela 17).

Tabela 17. *Informações sobre participantes de acordo com a medida de concentração do teste de atenção sustentada*

	Superior		Inferior	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Possui familiar diagnosticado com depressão	41	33,9	6	37,5
Está diagnosticado com depressão	3	2,5	-	-
Faz acompanhamento psicológico	5	4,1	-	-
Faz acompanhamento médico	3	2,5	-	-
Sentem sintomas leves de depressão	14	11,6	4	25
Sentem sintomas moderados de depressão	6	5	-	-

No que concerne à avaliação da medida de velocidade com qualidade do teste de atenção sustentada, as mesmas pessoas que se destacaram na medida de concentração foram classificadas com o nível Superior na medida de velocidade com qualidade ($n=121$; 56,8%) e também, da mesma forma que para a concentração, a minoria dos participantes ficou na classificação inferior ($n=4$; 1,9%). Para as classificações médias, 30,5% ($n=65$) foram classificadas como Médio Superior, 5,6% ($n=12$), como Médio Inferior e 5,2% ($n=11$) classificou-se no nível Médio. Estes resultados podem ser contemplados na Tabela 18.

Tabela 18. *Nível de velocidade com qualidade em atenção sustentada*

	<i>f</i>	%
Superior	121	56,8
Médio Superior	65	30,5
Médio	11	5,2
Médio Inferior	12	5,6
Inferior	4	1,9
Total	213	100

Ainda em relação à medida de velocidade com qualidade, dos 121 respondentes que se classificaram no nível Superior, 35,5% ($n=43$) possuem algum membro da família com diagnóstico de depressão, sendo que três participantes (2,5%) se posicionaram como depressivos, tendo passado por avaliação psicológica. Pôde-se perceber também que 4,1% ($n=5$) e 2,5% ($n=3$) se submeteram, respectivamente, a tratamento psicológico e médico. Além disso, 10,7% ($n=13$) se colocam com sintomatologia depressiva leve e 5% ($n=6$) com sintomatologia moderada. Por outro lado, no que se refere aos quatro participantes que se classificaram no nível Inferior de Velocidade com Qualidade na Atenção Sustentada, somente um possui algum familiar com depressão. Nenhum deles possui diagnóstico ou sequer passou por avaliação psicológica. Ainda assim, dois deles afirmaram possuir sintomas leves de depressão (Tabela 19).

Tabela 19. *Informações sobre participantes de acordo com a medida de velocidade com qualidade do teste de atenção sustentada*

	Superior		Inferior	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Possui familiar diagnosticado com depressão	43	35,5	1	25
Está diagnosticado com depressão	3	2,5	-	-
Faz acompanhamento psicológico	5	4,1	-	-
Faz acompanhamento médico	3	2,5	-	-
Sentem sintomas leves de depressão	13	10,7	2	50
Sentem sintomas moderados de depressão	6	5	-	-

No que concerne à última medida retirada do teste de Atenção Sustentada, é verificado se o nível de sustentação aumentou, diminuiu ou se manteve, por meio da comparação entre os escores da medida de velocidade com qualidade das três últimas linhas das três primeiras. Para a maioria dos participantes ($n=147$; 69%) não foi observada mudança em relação à sustentação. Entretanto, 18,8% ($n=40$) diminuíram sua capacidade de sustentação, e 12,2% ($n=26$), aumentaram. Desses últimos, 46,2% ($n=12$) possui familiares diagnosticados com depressão e 7,7% ($n=2$) passaram por avaliação psicológica, recebendo diagnóstico de depressão. Pôde-se perceber também que 11,5% ($n=3$) indicaram ter os sintomas leves de depressão e 3,8% ($n=1$), com sintomatologia moderada, independente de diagnóstico (Tabela 20).

Tabela 20. *Nível de sustentação*

	<i>f</i>	%
Diminuiu	40	18,8
Aumentou	26	12,2
Não sofreu alteração	147	69
Total	213	100

Em relação aos 40 participantes em que se observou que a medida de sustentação diminuiu, 30% ($n=12$) afirmaram ter membros da família diagnosticados com depressão, sendo que 5% ($n=2$) afirmaram serem eles mesmos o diagnosticado, tendo passado por avaliação. Apenas 15% ($n=6$) responderam sobre se eles sentem algum nível de sintomatologia depressiva, sendo que quatro participantes se colocaram no nível leve, e dois, no moderado. Estes resultados são explicitados na Tabela 21.

Tabela 21. *Informações sobre participantes de acordo com a medida de sustentação*

	Aumento		Diminuição	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Possui familiar diagnosticado com depressão	12	46,2	12	30
Está diagnosticado com depressão	2	7,7	2	5
Faz acompanhamento psicológico	2	7,7	2	5
Faz acompanhamento médico	1	3,8	1	2,5
Sentem sintomas leves de depressão	3	11,5	4	10
Sentem sintomas moderados de depressão	1	3,8	2	5

Análise inferencial dos dados

Inicialmente foram verificados todos os componentes do questionário de identificação, relativos aos fatores de risco e caracterização sociodemográfica da amostra. Não foram observadas diferenças significativas em relação ao gênero, aos eventos de vida, aos testes de atenção, à escala de sonolência e à EDEP, entretanto, observou-se por meio do teste *t* de Student, que as mulheres apresentaram médias significativamente mais altas no Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh ($t=2,18$; $p=0,030$).

Em relação à idade, foi realizado o teste estatístico ANOVA para verificar possíveis diferenças estatísticas em relação aos grupos de idade criados para este trabalho, em relação aos testes aplicados. Somente foram encontradas diferenças significativas para os Eventos de vida marcantes [$F(4, 212)=3,259$; $p=0,013$], os quais foram diferenciados pela Prova de Tukey em dois grupos (Tabela 22), o primeiro composto pelas pessoas com 19 e 21 anos. O segundo grupo ficou com a faixa etária de 22 anos ou mais, sendo que os participantes de 18 e 20 anos não se diferenciaram para nenhum dos dois grupos.

Tabela 22. Prova de Tukey para os eventos de vida marcantes em relação aos grupos de idade.

Grupos de Idades	N	Subgrupos formados por alfa = 0,05	
		1	2
21 anos	35	3,11	
19 anos	51	3,16	
18 anos	28	3,57	3,57
20 anos	52	3,85	3,85
22 anos ou mais	47		4,68
<i>p</i>		0,642	0,228

Em relação à Classe econômica, foram encontradas diferenças significativas em relação à medida de Concentração do Teste de Atenção Dividida [$F(2, 212)=3,370$; $p=0,036$]. Por meio da prova de Tukey (Tabela 23) pôde-se perceber a formação de dois grupos, diferenciando os participantes das classes D, C2 e C1 dos de classes econômicas mais altas (B1, A2 e A1). A classe B2 não se diferenciou em relação às outras.

Tabela 23. Prova de Tukey para as classes econômicas em relação à medida de Concentração do AD

Grupos de Classes Econômicas	N	Subgrupos formados por alfa = 0,05	
		1	2
Grupo 1 (classes D, C2 e C1)	68	25,53	
Grupo 2 (classe B2)	60	36,05	36,05
Grupo 3 (classes B1, A2 e A1)	70		40,71
<i>p</i>		0,200	0,726

No que concerne à atividade laboral, observou-se que quem trabalhava no momento da aplicação obteve maior média nos Eventos de vida marcantes. Os participantes com atividade laboral apresentaram menores médias na EDEP, na medida de Velocidade com Qualidade no Teste de Atenção Dividida e no Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh, como pode ser observado na Tabela 24.

Tabela 24. *Diferenças de média para atividade laboral*

		Média	Desvio Padrão	<i>t</i>	<i>p</i>
EDEP	Não trabalha	86,83	46,558	1,98	0,049
	Trabalha	73,28	43,885		
Eventos de vida	Não trabalha	3,41	2,335	-2,84	0,005
	Trabalha	4,42	2,531		
Velocidade com Qualidade em Atenção Dividida	Não trabalha	116,06	42,594	2,02	0,045
	Trabalha	103,03	44,351		
Índice de Qualidade de Pittsburgh	Não trabalha	5,68	3,065	2,59	0,010
	Trabalha	4,53	2,553		

Foi perguntado aos participantes sobre a presença de familiar diagnosticado com depressão, por psicólogo ou psiquiatra. Os participantes que afirmaram possuir familiares depressivos obtiveram média de 91,20 pontos ($DP=50,36$) na EDEP e 5,83 pontos ($DP=3,38$) no Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh, sendo médias significativamente mais altas. Estes resultados são explicitados na Tabela 25.

Tabela 25. *Diferenças de média para presença de familiar deprimido*

		Média	Desvio Padrão	<i>t</i>	<i>p</i>
EDEP	Não	75,06	40,358	-2,45	0,015
	Sim	91,20	50,358		
Índice de Qualidade de Pittsburgh	Não	4,96	2,548	-2,00	0,047
	Sim	5,83	3,379		

Aos participantes foi questionado também se eles haviam passado por avaliação psicológica, independente de ter havido diagnóstico ou não. A partir da análise de variância pôde-se perceber que houve diferenças estatisticamente significativas no que concerne à Escala de Depressão, aos Eventos de vida marcantes e ao Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh. Como pode ser verificado na Tabela 26, houve a formação de dois grupos, sendo que para a EDEP houve uma diferenciação marcante entre os participantes que receberam diagnóstico de depressão e os que não passaram por avaliação ou passaram não

obtendo diagnóstico, ou ainda os que receberam um diagnóstico de outros transtornos psicológicos.

Tabela 26. *Prova de Tukey em relação à avaliação psicológica*

Escala de Depressão - EDEP			
AP	N	Subgrupos para alfa = 0,05	
		1	2
Não	143	75,01	
Sim, sem nenhum diagnóstico	26	86,12	
Sim, com outro diagnóstico	15	103,60	
Sim, com diagnóstico de depressão	9		149,56
<i>p</i>		0,217	1,000
Eventos de Vida Marcantes			
Não	143	3,28	
Sim, sem nenhum diagnóstico	26	4,77	4,77
Sim, com outro diagnóstico	15	5,27	5,27
Sim, com diagnóstico de depressão	9		5,56
<i>p</i>		0,058	0,748
Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh			
Sim, sem nenhum diagnóstico	26	4,77	
Não	140	5,01	
Sim, com outro diagnóstico	15		7,67
Sim, com diagnóstico de depressão	9		9,33
<i>p</i>		0,994	0,299

Em relação aos eventos de vida marcantes, percebeu-se que o grupo de participantes que afirmaram não ter passado por avaliação psicológica se diferenciou dos que passaram, tendo recebido diagnóstico de depressão. Em relação ao Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh, pode-se perceber que os que não passaram por avaliação ou não receberam diagnóstico alcançaram médias significativamente menores que os participantes que passaram por avaliação, tendo recebido diagnóstico de algum transtorno.

A fim de realizar análises comparativas entre os resultados dos testes utilizados neste estudo, a Escala de Depressão foi dividida em função de quartis, sendo que o primeiro quartil referiu-se à pontuação até 44,49 pontos ($n=53$; 24,9%); o segundo, de 44,50 a 76,99 pontos ($n=52$; 24,4%); o terceiro, de 77 a 117,49 pontos ($n=55$; 25,8%) e o quarto, acima de

117,50 pontos ($n=53$; 24,9%). A análise de variância, por meio da prova de Tukey, indicou a formação de três grupos para o Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh e para os Eventos marcantes de vida, sendo que neste, não houve diferenciação em relação aos segundo e terceiro quartis (Tabela 27).

Tabela 27. Prova de Tukey para os quartis da EDEP em relação aos Eventos de vida marcantes e o IQSP

Quartis	N	Eventos de Vida Marcantes		
		Subgrupos para alfa = 0,05		
		1	2	3
Primeiro	53	2,85		
Segundo	52	3,06	3,06	
Terceiro	55		4,20	4,20
Quarto	53			4,70
<i>p</i>		0,967	0,057	0,685
Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh				
Primeiro	52	3,25		
Segundo	51		4,69	
Terceiro	54		5,74	
Quarto	53			7,64
<i>p</i>		1,000	0,139	1,000

A partir destes resultados, foram então considerados o primeiro e o quarto quartil, com objetivo de verificar se as pontuações dos testes se diferenciam em relação aos extremos da EDEP. Por meio da análise do teste *t* de Student percebeu-se que a diferença entre as médias para os grupos extremos foi significativa, no que diz respeito à lista de eventos de vida marcantes e aos testes de sono, não havendo diferença significativa em relação aos Testes de Atenção Dividida e Sustentada. Como exposto na Tabela 28, percebe-se que ao se comparar o desempenho entre os quartis extremos, para os eventos de vida marcantes e para as escalas de sono, que o primeiro quartil na EDEP apresentou menores médias, quando comparados com o quarto quartil. Porém, este padrão não pôde ser observado para os testes de atenção.

Tabela 28. *Diferença de média para os instrumentos, em relação aos grupos extremos*

Instrumento	Quartis	Média	Desvio Padrão	<i>t</i>	<i>p</i>
Eventos de Vida Marcantes	Primeiro	2,85	1,769	-4,13	0,000
	Quarto	4,70	2,736		
Escala de Sonolência de Epworth	Primeiro	8,25	3,368	-1,98	0,051
	Quarto	9,68	4,066		
Qualidade de sono Pittsburgh	Primeiro	3,25	1,846	-8,45	0,000
	Quarto	7,64	3,270		
Concentração AD	Primeiro	37,34	31,719	1,03	0,306
	Quarto	30,13	40,007		
Velocidade com Qualidade AD	Primeiro	119,57	46,854	1,25	0,214
	Quarto	108,25	46,365		
Concentração AS	Primeiro	53,55	14,582	0,70	0,485
	Quarto	51,57	14,544		
Velocidade com Qualidade AS	Primeiro	130,53	15,636	0,71	0,481
	Quarto	128,43	14,830		

No que se refere à medida de sustentação, gerada pelo Teste de Atenção Sustentada, foi realizada diferença de média por meio da ANOVA, pois nesta medida são gerados, ao todo, cinco grupos, relativos aos que a sustentação diminuiu muito, diminuiu, aumentou muito, aumentou e não sofreu alterações. Neste estudo, foram gerados três grupos, em que a sustentação diminuiu, aumentou e não mudou. Estes grupos, porém, não se diferenciaram no resultado da EDEP [$F(2, 212)=1,094$; $p=0,337$] o que também pôde ser verificado em relação aos eventos de vida [$F(2, 212)=0,362$; $p=0,697$] e o Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh [$F(2, 212)=0,320$; $p=0,964$].

No que concerne à comparação entre os testes de atenção, não foram encontradas diferenças significativas entre a medida de Sustentação e a medida de concentração [$F(2, 212)=0,606$; $p=0,546$] e velocidade com qualidade do Teste de Atenção Dividida [$F(2, 212)=0,628$; $p=0,535$]. Somente na Escala de Sonolência de Epworth, observou-se uma tendência a diferenciação significativa em relação ao grupo em que diminuiu e aumentou a sustentação [$F(2, 212)=2,874$; $p=0,059$]. Estes resultados podem ser verificados na Tabela 29.

Tabela 29. Prova de Tukey para a escala de sonolência de Epworth e a medida de sustentação

Sustentação	N	Subgrupos formados por alfa = 0,05	
		1	2
Diminuiu	40	8,82	
Não mudou	147	8,93	8,93
Aumentou	26		10,69
<i>p</i>		0,99	0,06

Análises de correlação

Com o objetivo de analisar as relações entre os instrumentos envolvidos nesta pesquisa, foram realizadas correlações entre os escores obtidos pelos participantes na Escala de Depressão (EDEP), o somatório dos eventos de vida marcantes assinalados, as medidas dos Testes de Atenção Dividida e Sustentada e o resultado final dos escores do Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh e a Escala de Sonolência de Epworth. O resultado dessas correlações será apresentado a seguir, por meio de descrições textuais e tabelas, para melhor visualização dos dados.

Em relação à Escala de Depressão (EDEP) e os Testes de Atenção Dividida e Sustentada (AD e AS), esperava-se encontrar correlações, significativas e negativas entre as medidas dos testes de atenção e o somatório total dos escores obtidos pelos participantes na EDEP. Como esperado, foram geradas correlações negativas, contudo, foram resultados considerados não significativos (Tabela 30).

Tabela 30. Correlações entre os escores da EDEP e os escores das medidas dos Testes de Atenção Dividida (AD) e Sustentada (AS)

		Concentração AD	Velocidade com Qualidade AD	Concentração AS	Velocidade com Qualidade AS
<i>EDEP</i>	<i>r</i>	-0,11	-0,06	-0,03	-0,03
	<i>p</i>	0,118	0,362	0,628	0,645

No que concerne ao somatório de eventos de vida marcantes e os escores nas escalas de sono, esperava-se encontrar correlações significativas e positivas em relação à EDEP. Foram gerados tais resultados, como esperado, tanto para os eventos de vida ($r=0,29$; $p\leq 0,00$), quanto para o Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh ($r=0,60$; $p\leq 0,00$) e a Escala de Sonolência de Epworth ($r=0,18$; $p=0,00$). Estes resultados podem ser conferidos na Tabela 31.

A fim de realizar análises adicionais em relação aos instrumentos que alcançaram correlações significativas, foram efetuadas correlações parciais envolvendo a EDEP, os Eventos de vida marcantes, o Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh e a Escala de Sonolência de Epworth. Foram controlados os efeitos de alguns dos itens do Questionário de Identificação, os quais não se encontraram diferenças significativas no teste *t* de Student, a saber, gênero, idade, curso e estado civil e outras duas questões, equivalentes à presença de familiares deprimidos e ao nível subjetivo de sintomatologia depressiva, independente de ter havido avaliação psicológica ou médica.

Tabela 31. *Correlações entre os escores da EDEP, Eventos de vida recentes e escalas de sono, com e sem controle de variáveis*

EDEP		Eventos de Vida Marcantes	Qualidade de sono de sono Pittsburgh	Escala de Sonolência de Epworth
Sem controle	<i>r</i>	0,29	0,60	0,18
	<i>p</i>	0,000	0,000	0,007
Com controle de gênero	<i>r</i>	0,29	0,18	0,60
	<i>p</i>	0,000	0,009	0,000
Com controle de idade	<i>r</i>	0,30	0,19	0,60
	<i>p</i>	0,000	0,007	0,000
Com controle de curso	<i>r</i>	0,31	0,19	0,60
	<i>p</i>	0,000	0,005	0,000
Com controle de estado civil	<i>r</i>	0,30	0,18	0,61
	<i>p</i>	0,000	0,008	0,000
Com controle da variável “possuir familiar depressivo”	<i>r</i>	0,31	0,14	0,58
	<i>p</i>	0,000	0,067	0,000
Com controle da variável “nível subjetivo de diagnóstico”	<i>r</i>	0,43	0,14	0,66
	<i>p</i>	0,015	0,446	0,000

Quando verificadas as interferências destas variáveis, puderam ser percebidas algumas variações no comportamento das correlações, tanto no sentido de aumentar a força da correlação, quanto diminuir. No que se refere à EDEP e os Eventos de vida marcantes, pode-se dizer que embora tenham sido observadas mudanças, elas não foram suficientes para modificar a amplitude das magnitudes, exceto na última variável. Contudo, em relação às escalas de sono, as magnitudes das correlações aumentaram e diminuíram expressivamente.

Com o intuito de analisar as relações dos testes utilizados na pesquisa entre si, foram também realizadas comparações entre o somatório total dos eventos de vida assinalados pelos alunos, os Testes de Atenção Dividida e Sustentada, Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh e a Escala de Sonolência de Pittsburgh. Primeiramente, foi analisada a relação entre os testes de atenção, esperando-se encontrar correlações positivas e significativas entre as medidas de Concentração e as medidas de Velocidade com Qualidade, por se tratarem de construtos semelhantes.

A correlação entre as medidas de Concentração do AD com as medidas de Concentração e Velocidade com Qualidade do AS foi de 0,32 ($p=0,00$), como esperado. Como pode ser visualizado na Tabela 32, o mesmo aconteceu entre as medidas de Velocidade com Qualidade do AD e as medidas de Concentração ($r=0,24$; $p=0,00$) e Velocidade com Qualidade do AS ($r=0,21$; $p=0,02$).

Tabela 32. *Correlações entre as medidas do Teste de Atenção Dividida e os escores das medidas dos Testes de Atenção Sustentada*

		Concentração AS	Velocidade com Qualidade AS
Concentração AD	<i>r</i>	0,32	0,32
	<i>p</i>	0,000	0,000
Velocidade com Qualidade AD	<i>r</i>	0,24	0,21
	<i>p</i>	0,000	0,002

Com base nas correlações que envolvem os testes de atenção, verificou-se a relação entre as medidas dos Testes de Atenção Dividida e Sustentada e os escores nas escalas de sono e também com o somatório de eventos de vida marcantes assinalados pelos participantes. Esperava-se encontrar correlações significativas e negativas entre as medidas de atenção e as escalas de sono. Entretanto, como pode ser visualizado na Tabela 33, não foram geradas correlações significativas.

Tabela 33. *Correlações entre as medidas dos testes de atenção e os escores dos eventos de vida marcantes, índice de qualidade de sono de Pittsburgh e escala de sonolência de Epworth*

		Eventos de Vida Marcantes	Qualidade de sono Pittsburgh	Escala de Sonolência de Epworth
Concentração AD	<i>r</i>	0,05	-0,08	-0,08
	<i>p</i>	0,492	0,269	0,239
Velocidade com Qualidade AD	<i>r</i>	0,02	-0,02	0,00
	<i>p</i>	0,806	0,764	0,995
Concentração AS	<i>r</i>	0,05	-0,09	0,03
	<i>p</i>	0,446	0,218	0,655
Velocidade com Qualidade AS	<i>r</i>	0,51	-0,08	0,03
	<i>p</i>	0,460	0,231	0,716

No que diz respeito às correlações entre o Índice de qualidade de sono de Pittsburgh, a Escala de Sonolência de Epworth e o número de eventos marcantes de vida assinalados, somente foram encontradas correlações significativas entre os instrumentos de sono e o somatório de eventos de vida assinalados. A relação entre os instrumentos de sono não pôde, porém, ser considerada significativa. Estes resultados são explicitados na Tabela 34.

Tabela 34. *Correlações entre as medidas dos testes de Qualidade de Sono de Pittsburgh e a Escala de sonolência de Epworth e os escores dos eventos de vida marcantes*

		Eventos de Vida Marcantes	Escala de Sonolência de Epworth
Qualidade de sono de Pittsburgh	<i>r</i>	0,19	0,09
	<i>p</i>	0,005	0,195
Escala de Sonolência de Epworth	<i>r</i>	0,19	--
	<i>p</i>	0,006	--

Ainda em relação aos testes de sono, questionou-se como os itens da EDEP relacionadas a Alterações no Sono se comportariam quando comparados à Escala de Sonolência de Epworth e ao Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh. Esperava-se encontrar correlações positivas e significativas em relação às escalas de sono e os eventos de vida marcantes e os itens de sono da EDEP. Como pode ser observado na Tabela 35, foram geradas correlações como o esperado tanto para os eventos de vida marcantes ($r=0,27$; $p=0,00$) quanto para o Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh ($r=0,73$; $p=0,00$). Não foram geradas correlações significativas para a Escala de Sonolência de Epworth.

Tabela 35. *Correlações entre os itens de sono da EDEP, os eventos de vida marcantes e as escalas de sono*

		Eventos de Vida Marcantes	Escala de Sonolência de Epworth	Índice de Qualidade de sono de Pittsburgh
Itens de Sono na Escala de Depressão	<i>r</i>	0,27	0,01	0,73
	<i>p</i>	0,000	0,859	0,000

Uma vez que o Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh é dividido em sete componentes, relativos à (1) qualidade subjetiva do sono; (2) latência do sono; (3) duração do sono; (4) eficiência habitual do sono; (5) alterações do sono; (6) uso de medicações para dormir; e (7) disfunção noturna, foram realizadas correlações entre estes componentes e os testes envolvidos neste estudo, incluindo os itens de sono da EDEP. Em tais correlações,

podem ser notadas diferenças em relação ao número de indivíduos considerados na amostra. Isso se deve ao fato de três participantes não terem preenchido corretamente todos os componentes do teste.

No que concerne aos itens de sono da EDEP, foram geradas correlações positivas e significativas em relação a todos os Componentes do IQSP, todos a um nível de significância de 1% (Tabela 36). Em relação à EDEP total, todos os componentes da Pittsburgh geraram correlações positivas e significativas, como esperado, sendo que os Componentes relativos à qualidade subjetiva do sono, latência, presença de distúrbios de sono, uso de medicação para dormir e disfunção durante o dia originaram correlações a um nível de significância de 1% enquanto os componentes relacionados à duração de sono e eficiência habitual do sono, correlacionaram-se a um nível de 5% de significância.

Observou-se uma correlação negativa e significativa em relação à medida de concentração do teste de atenção dividida e os componentes referentes ao uso de medicação para dormir ($r=-0,20$; $p=0,004$) e disfunção durante o dia ($r=-0,17$; $p=0,013$). Não foram observadas correlações significativas envolvendo os Componentes do Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh e a medida de Velocidade com Qualidade do teste de atenção dividida. Em relação às medidas de concentração e velocidade com qualidade do testes de atenção sustentada, foram encontradas correlações negativas e significativas ($p\leq 0,005$) com o componente 6, relativo ao uso de medicação para dormir.

Tabela 36. *Correlação entre os componentes do Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh e os demais testes envolvidos no estudo*

		EDEP		AD		AS		ESE	Eventos de Vida Marcantes
		Itens de Sono	Total	Conc	VQ	Conc	VQ		
Comp1 - qualidade subjetiva do sono	<i>r</i>	0,70	0,48	-0,04	-0,06	-0,09	-0,09	0,11	0,19
	<i>p</i>	0,000	0,000	0,599	0,419	0,195	0,206	0,108	0,006
Comp2 - latência do sono	<i>r</i>	0,49	0,35	0,04	0,06	-0,05	-0,03	-0,05	0,10
	<i>p</i>	0,000	0,000	0,520	0,361	0,480	0,650	0,436	0,141
Comp3 - duração do sono	<i>r</i>	0,36	0,19	-0,01	-0,04	0,01	0,00	-0,03	0,06
	<i>p</i>	0,000	0,005	0,867	0,593	0,893	0,990	0,701	0,372
Compo4 - eficiência habitual do sono	<i>r</i>	0,39	0,19	-0,01	-0,04	-0,00	-0,00	-0,07	-0,01
	<i>p</i>	0,000	0,005	0,943	0,527	0,955	0,973	0,300	0,934
Comp5 - distúrbios do sono	<i>r</i>	0,48	0,48	0,03	0,05	-0,03	-0,03	0,09	0,21
	<i>p</i>	0,000	0,000	0,711	0,503	0,638	0,692	0,183	0,002
Comp6 - uso de medicação para dormir	<i>r</i>	0,33	0,34	-0,20	-0,02	-0,18	-0,19	0,01	0,12
	<i>p</i>	0,000	0,000	0,004	0,831	0,008	0,006	0,886	0,086
Comp7 - disfunção durante o dia	<i>r</i>	0,30	0,50	-0,17	-0,05	-0,03	-0,03	0,32	0,14
	<i>p</i>	0,000	0,000	0,013	0,430	0,670	0,628	0,000	0,045

Em relação à sonolência excessiva diurna e os componentes do Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh, esperava-se encontrar correlações positivas e significativas em relação à ESE e o componente relativo à disfunção durante o dia. Como esperado, foi encontrada uma correlação de 0,32 ($p=0,000$). No que concerne aos eventos marcantes de vida, houve correlação positiva e significativa com os componentes relativos à qualidade subjetiva do sono ($r=0,19$; $p=0,006$), presença de distúrbios de sono ($r=0,21$; $p=0,002$) e disfunção durante o dia ($r=0,14$; $p=0,045$).

Discussão

O objetivo principal desta dissertação foi avaliar a associação entre a Escala de Depressão (EDEP) com medidas de atenção e sono. A discussão será descrita inicialmente de forma a abordar tais análises e as correlações das medidas de atenção e sono entre si. Em seguida, serão discutidas as análises secundárias e, ao final, alguns pontos críticos serão comentados, bem como sugestões para possíveis novas pesquisas.

Primeiramente, faz-se interessante salientar que são poucas as pesquisas no cenário brasileiro que se propuseram a investigar a relação entre os construtos analisados neste trabalho, isto é, a depressão, sono e atenção (Baptista, Lima, Capovilla & Melo, 2006; Chellappa & Araújo, 2007; Lucchesi, Pradella-Hallinan, Lucchesi & Moraes, 2005; Oliveira, 2006; Porto, Hermolin & Ventura, 2002). No cenário internacional, pesquisas que demonstram alterações significativas no padrão de sono e da atenção em depressivos são um pouco mais frequentes, quando comparadas com a produção nacional (Álvarez, 2008; Becerra, Restrepo & Herrera, 2006; Gallardo; Baños, Belloch & Ruipérez, 1999; Karparova, Kersting & Suslow, 2007; Lahr, Beblo & Hartje, 2007; Levin & cols., 2007; Porto, Hermolin & Ventura, 2002; Ravnkilde & cols., 2002; Staner & cols., 2003; Stordal & cols., 2004).

Os resultados das correlações demonstraram que algumas das associações entre as variáveis pesquisadas corroboraram os resultados da bibliografia consultada, como as correlações entre a EDEP e os Eventos de vida marcantes, enquanto que outros não demonstraram tal premissa, como as correlações entre a EDEP e os Testes de Atenção Dividida e Sustentada (APA, 2002; Baptista, Baptista & Oliveira, 2004; Baptista, Lima, Capovilla & Melo, 2006; Khandolwal & cols., 2001; OMS, 2000; Porto, Hermolin &

Ventura, 2002; Ravnkilde & cols., 2002). Todavia, de maneira geral, analisando-se os resultados descritos, pode-se perceber que a maioria dos sentidos das correlações encontradas, por meio de análise, correspondeu ao esperado (Baptista & cols., 2006; Fountoulakis, Iacovides, Kaprinis & Kaprinis, 2006; Friis, Wittchen, Pfister & Lieb, 2002; Tennant, 2002).

A atenção é uma das funções mais estudadas nos processos depressivos e vários autores já divulgaram, em pesquisas de revisão ou em estudos empíricos, informações que associam inversamente a depressão a alterações nas funções cognitivas, como a atenção e a concentração (Baptista & cols., 2006; Porto, Hermolin & Ventura, 2002; Stordal & cols., 2004). Entretanto, esta não é uma conclusão única, havendo controvérsias. Embora estudos demonstrem que indivíduos com sintomatologia depressiva têm alcançado escores rebaixados em diferentes testes de avaliação da capacidade atencional, outros apontam que somente pacientes diagnosticados com depressão maior apresentam reais rebaixamentos atencionais (Gallardo, Baños, Belloch & Ruipérez, 1999; Karparova & cols., 2007; Lahr, Beblo & Hartje, 2007; Ravnkilde & cols., 2002; Stordal & cols., 2004).

Estudos com não-pacientes, como por exemplo, o de Baptista e colaboradores (2006) enfatizam associação entre sintomatologia depressiva e rebaixamento atencional, porém, referenciando-se a outro tipo de atenção, no caso, atenção concentrada. De qualquer forma, independente do tipo de atenção estudada, o foco atencional é mais disperso em depressivos, quando comparado a pessoas não depressivas (Baptista & cols., 2006; Karparova, 2007; Rozenhal, Laks & Engelhardt, 2004). Sabe-se que diversos são os fatores que podem influenciar negativamente no processo atencional, dentre eles a desmotivação, o sentimento de vulnerabilidade ao fracasso e o estado emocional. Além disso, na depressão há uma tendência exacerbada à informações negativas e distorcidas da realidade (Beck & cols., 1997). Essas formulações teóricas possuem embasamento em pesquisas com a de

Karparova e colaboradores (2007), na qual se percebeu que os pacientes deprimidos possuem uma maior tendência atencional a informações de cunho negativo. Outras pesquisas chegaram a conclusões semelhantes (Lima, 2005; Ravnkilde & cols., 2002; Rozenthal, Laks & Engelhardt, 2004).

Além disso, no estudo de Becerra, Restrepo e Herrera (2006), por exemplo, o grupo clínico atingiu tanto escores altos quanto baixos nas tarefas de atenção. Assim, pode-se pensar que não há um determinismo que envolva os dois construtos, ou seja, pessoas deprimidas podem obter bons escores em testes de atenção ao mesmo tempo que pessoas com graus de atenção reduzidos não necessariamente apresentam depressão. Ainda, alguns autores evidenciam o fato de que não se pode afirmar se as alterações encontradas se relacionam a disfunções físicas ou por consequência de alterações no humor (Porto, Hermolin & Ventura, 2002; Ravnkilde & cols., 2002).

Na presente dissertação, foram encontradas, como esperado, correlações negativas entre os testes de atenção e depressão, exceto no que diz respeito à medida de sustentação, mas que não puderam ser consideradas significativas, talvez por ter sido gerados escores muito altos nos testes de atenção pelos participantes, isto é, por se tratar de uma amostra considerada diferenciada, composta por universitários com índice elevado de atenção e não depressivos. Além disso, poucos apresentavam diagnóstico de depressão, resultando em uma baixa média na escala e acompanhando os resultados de outros estudos que aplicaram a EDEP em amostra universitária (Baptista & Carneiro, 2008; 2009a; 2009b; Borine, 2009).

Ainda que as correlações entre as medidas de atenção e a EDEP não tenham sido significativas, as análises demonstraram que os participantes seguiram o mesmo movimento nos testes, isto é, mantiveram um padrão, com correlações de magnitude semelhantes, ou seja, nulas. Este mesmo movimento ocorre quando comparadas as medidas

dos testes entre si, demonstrando que talvez, para os testes de atenção, a amostra tenha sido muito reduzida, sem grandes variações que permitissem variabilidade nas análises.

Estudos vêm demonstrando que pacientes deprimidos apresentam qualidade de sono ruim e que a privação do sono, ou a má qualidade do mesmo, pode comprometer o desempenho em tarefas cognitivas, com o a atenção. Da mesma forma, fatores ligados a problemas de sono podem ser referência a alguns fatores psicológicos típicos da depressão, como rumações e a presença de pensamentos automáticos negativos e disfuncionais. Diferentemente ao apresentado pela literatura, não foram encontradas correlações significativas entre os testes de atenção e eventos de vida e os testes de atenção e instrumentos de sono, embora tenha sido encontrada uma correlação entre eventos de vida marcantes e as escalas de sono, mesmo que baixas ou nulas (Ferro, 2005; Geib & cols., 2003; Staner & cols., 2003).

No que se refere às análises de correlação entre a Escala de Depressão e os instrumentos de sono, foram geradas correlações positivas e significativas entre a EDEP, à Escala de Sonolência de Epworth e no Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh, sendo consideradas moderadas em relação a este último, corroborando com a literatura. Estudos têm comprovado que distúrbios de sono, especialmente os relacionados ao iniciar o sono, podem estar relacionados tanto à insônia primária quanto à depressão (Staner & cols., 2003). Da mesma forma, sonolência diurna excessiva, mesmo não sendo um distúrbio oficial do sono, pode ser indicativa de problemas psicológicos, dentre eles a depressão (Bittencourt & cols., 2005; Ferro, 2005; Geib & cols., 2003; Lucchesi, Pradella-Hallinan, Lucchesi & Moraes, 2005; Staner & cols., 2003).

Contudo, neste trabalho, foi percebido no teste de sonolência excessiva diurna um efeito-chão, no qual a maioria considerável apresentava sonolência normal, tendo somente sete participantes com sonolência grave. Este efeito pode também definir a amostra como

diferenciada, o que pode ter interferido nas análises. No que se refere à qualidade de sono, uma considerável porcentagem dos participantes apresentaram qualidade boa de sono e apenas 10% apresentaram alterações graves na qualidade do sono, havendo um número importante de participantes com qualidade ruim de sono.

De acordo com Geib e colaboradores (2003), além de fatores ambientais externos, como ruídos e luminosidade não favorável, fatores internos também podem estar associados à insônia e prejudicar a qualidade de sono, como hábitos irregulares, ansiedade, persistência de pensamentos em problemas, ou pensamentos automáticos disfuncionais e ruminções, típicos da depressão. Além disso, o estudo da sonolência diurna excessiva, mesmo não sendo classificada oficialmente como um distúrbio do sono, é de extrema relevância, pois em excesso, pode sinalizar algum tipo de problema biológico, neurológico e até psicológico, como a depressão (Bittencourt & cols., 2005).

Foram também realizadas correlações entre as medidas estudadas e os itens da EDEP relativos a problemas de sono, contendo os seguintes pares de frases: (1) Tenho dormido como antes/Está sendo difícil pegar no sono; (2) Tenho dormido menos/Durmo bem; (3) Durmo bem/Não consigo mais dormir a noite inteira; (4) Tenho dormido muito/Durmo normalmente; e (5) Tenho dormido mal-Tenho dormido bem. A correlação de magnitude alta, positiva e significativa entre os itens de sono da EDEP e o componente do IQSP, relativo à qualidade subjetiva de sono, sugerem que a EDEP seja adequada para este tipo de avaliação do sono.

Todos os componentes do Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh obtiveram correlação significativa com a Escala de Depressão e com seu conjunto de itens sobre sono. Analisando-se o conjunto de frases referentes a distúrbios de sono, presentes na EDEP, percebeu-se que se tratam de itens que se referem à qualidade de sono, não sendo questionado aos participantes sobre quantidade de sono ou problemas específicos para

adormecer ou acordar. Isto pode, em parte, justificar a correlação nula encontrada entre a Epworth e os itens de sono da EDEP, uma vez que não há ênfase na sonolência excessiva. Da mesma forma, esta análise pode explicar a alta correlação encontrada entre os itens de sono da EDEP e o componente “Qualidade de Sono”, do IQSP. Mas, analisando-se as correlações, mesmo tendo a EDEP itens de sono voltados basicamente para o aspecto da qualidade de sono é possível inferir que ela seja uma escala capaz de rastrear também possíveis problemas na latência, duração, eficiência habitual do sono e possíveis distúrbios de sono, uso de medicação para dormir e disfunção diurna.

Observa-se também que, embora não tenha havido correlações significativas em relação à EDEP e à Epworth, houve correlação significativa entre o componente relativo à disfunção durante o dia, que seria equivalente à sonolência diurna excessiva. Isto sugere que a sonolência excessiva diurna possa ser, como a literatura aponta, apenas uma consequência da qualidade de sono, não sendo primária nesta amostra (Bittencourt & cols., 2005; Monti, 2000; Sociedade Brasileira de Sono, 2003). No que concerne à relação entre os instrumentos de sono e os eventos marcantes de vida, obteve-se correlações positivas e significativas. Estes resultados corroboram com a literatura, que tem demonstrado que problemas relativos ao sono podem comprometer severamente a qualidade de vida, atividades cotidianas, relacionamento social e aspectos gerais da saúde, ou vice-versa (Ferro, 2005; Müller & Guimarães, 2007; Sociedade Brasileira do Sono, 2000; 2003).

No que diz respeito às comparações dos testes entre si, foram analisadas as correlações entre as medidas de atenção e os instrumentos de sono, não tendo sido encontradas correlações significativas. A literatura aponta o contrário, ou seja, que a privação do sono e/ou a sonolência excessiva podem comprometer o desempenho nas tarefas de atenção e atividades diurnas e interferir na capacidade atencional (Bittencourt &

cols., 2005; Ferro, 2005; Müller & Guimarães, 2007; Sociedade Brasileira de Sono, 2003; Souza & Reimão, 2004).

Um aspecto de extrema importância para o estudo da depressão são os fatores de risco, como por exemplo, baixa auto-estima, baixo repertório de enfrentamento de situações aversivas, hereditariedade, superproteção, falta de suporte social e familiar, experiências traumáticas da infância ou adolescência, idade, estado civil e gênero (Abramson, Alloy & Metalsky, 1989; Bahls & Bahls, 2002; Baptista, Baptista & Dias, 2001; Baptista, Baptista & Oliveira, 1999; Panzarella, Alloy & Whitehouse, 2006). Neste estudo, foi possível verificar que não houve diferenças significativas em relação aos fatores contidos no questionário de identificação dos participantes. Todavia, pode-se perceber que a existência de familiares depressivos na amostra foi um fator importante e significativo para o nível de sintomatologia depressiva apresentados pela amostra e também nas outras medidas.

A análise dos componentes presentes no questionário de identificação fez parte dos objetivos secundários deste estudo, relativos aos fatores de risco para a depressão. Não foram encontradas diferenças relativas ao gênero para a amostra em questão, embora a literatura aponte as mulheres como sendo de duas a três vezes mais susceptíveis à depressão (APA, 2002; Baptista, Baptista & Oliveira, 2004; Baptista, Lima, Capovilla & Melo, 2006; NIMH, 2000; Justo & Calil, 2006; OMS, 2000; Ravnkilde & cols., 2002). Outro dado discrepante à literatura se refere à idade e ao estado civil: embora a depressão possa ser encontrada em quaisquer faixas etárias e atingir pessoas de quaisquer estados civis, a OMS aponta que indivíduos entre 20 e 40 anos como a faixa etária em que se concentram os casos de depressão registrados (Khandolwal & cols., 2001)

Contudo, pôde-se verificar que foram diferenciadas algumas faixas etárias para os eventos de vida, isto é, eventos externos que envolvem mudanças também externas e que se trata de um fator importante para o estudo da depressão. A literatura não aponta para

estudos somente de cunho subjetivos, mas também fatores externos que podem ser importantes. Dessa forma, mesmo se tratando de uma amostra com pouco escore em sintomas depressivos, foram encontrados dados que mostram uma tendência a acompanhar o que aponta a comunidade científica (Dalgard & cols., 2006; Fountoulakis, Iacovides, Kaprinis & Kaprinis, 2006; Friis, Wittchen, Pfister & Lieb, 2002; Muscatell, Slavich & Gotlib, 2009; Oliveira, Fonseca & Del Porto, 2006).

Outro ponto importante de ser destacado se refere à atividade laboral. Os participantes que não trabalham obtiveram médias significativamente mais altas que os participantes que exercem alguma atividade laboral nos escores da EDEP, na qualidade de sono e medida de velocidade com qualidade do teste de atenção dividida, ou seja o quanto ela consegue se manter na tarefa, mantendo acertos. Somente nos Eventos de vida marcantes foram encontradas médias significativamente mais altas para os participantes que trabalhavam no momento da aplicação. Uma vez que os participantes eram todos de período noturno na universidade, estes resultados sugerem que o cansaço possa ter interferido nas respostas.

Foi também perguntado aos participantes sobre a presença de familiares com diagnóstico de depressão, realizado por psicólogo ou psiquiatra. Corroborando com a literatura, que aponta a presença de familiares depressivos como um importante fator de risco para a depressão, os participantes que responderam positivamente a questão obtiveram médias significativamente mais altas na EDEP e no Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh, exatamente os testes que obtiveram um índice de correlação mais expressivo (Baptista, Baptista & Dias, 2001; Baptista, Baptista & Oliveira, 2004; Coutinho, Gontières, Araújo & Sá, 2003; Dias, 2008; Khandoval & cols., 2001; Santana, 2008).

Com o objetivo de análises complementares, foram comparadas as frequências de diferentes eventos entre participantes com sonolência diurna excessiva grave e normal,

alterações graves na qualidade de sono e qualidade boa de sono, níveis superior e inferior nas medidas de concentração e velocidade com qualidade dos testes de atenção e aumento ou diminuição no nível de sustentação. Mesmo os participantes com sonolência diurna excessiva normal e boa qualidade de sono afirmaram possuir familiares com depressão, fazem tratamento psicológico e sentem sintomas leves e moderados de depressão. A frequência de participantes com familiares depressivos foi maior para os com sonolência diurna normal e boa qualidade de sono, quando comparados aos com sonolência diurna grave e com alterações graves na qualidade de sono.

Em relação aos testes de atenção, os participantes que alcançaram níveis superiores nas medidas de concentração e velocidade com qualidade e possuíam frequências maiores de familiares diagnosticados que os participantes que se classificaram no nível inferior. Na medida de sustentação, o mesmo número de participantes possuía familiares deprimidos. Trata-se de uma informação interessante que deve ser tratada em estudos complementares, uma vez que, embora não tenham sido encontradas correlações significativas entre os testes de atenção e a Escala de Depressão, possuir familiares deprimidos é um dos principais fatores de risco para a depressão.

Outro aspecto observado foi se os participantes haviam passado por avaliação psicológica. Foram encontradas diferenças significativas para a EDEP entre os participantes com depressão e aqueles que não passaram por avaliação, ou passaram sem diagnóstico ou com diagnóstico de outros transtorno. Para os eventos de vida recente, diferenciaram os participantes diagnosticados daqueles que nunca passaram por depressão. Em relação ao Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh, diferenciaram-se os participantes que não passaram por avaliação ou passaram, sem receber diagnóstico, daqueles que receberam diagnóstico de depressão ou de algum outro transtorno. Interessante destacar que mesmo havendo somente nove participantes que receberam diagnóstico, foi um número

suficientemente forte para se diferenciar na prova de Tukey. Estudos com amostras maiores, composta por participantes diagnosticados seriam interessantes para confirmar e complementar os resultados encontrados. Isto pode ser um indício de evidência de validade de critério, que deverá ser explorado em estudos futuros.

Complementarmente, as pontuações da Escala de Depressão foram divididas em quartis e foram comparados o primeiro e o quarto quartil. Eles se diferenciaram e relação aos eventos de vida e às escalas de sono. Neste caso, pode-se dizer que a EDEP é um instrumento capaz de diferenciar a ausência ou presença de distúrbios de sono, não sendo capaz, no entanto, de diferenciar a gravidade do estado. O mesmo aconteceu com a medida de sustentação. Por meio de análise de variância, percebeu-se que o grupo de participantes em que a sustentação diminuiu se diferenciou de maneira significativa daqueles em que a sustentação aumentou. Essa capacidade de diferenciar os grupos contrastantes, muito comum em escalas de rastreamento, pode-se caracterizar como um indício de Evidência de Validade por Grupos Extremos.

Uma vez que a depressão é um transtorno muito estudado e que vem ganhando no meio acadêmico uma posição de destaque em relação aos problemas de saúde pública, este trabalho espera contribuir para a comunidade científica na medida em que apresenta novos estudos em relação à depressão, além de indicar um novo teste, amplo e completo, capaz de fazer um devido rastreamento de sintomas, a EDEP. A presente dissertação, por possuir caráter transversal, tentou demonstrar uma associação entre a maior intensidade de sintomatologia depressiva e comprometimento em parte das funções cognitivas, relacionadas à atenção e/ou a problemas ligados ao sono (Aros, 2008; Bahls, 2000; Esteves & Galvan, 2006; Brundtland, 2000; Khandolwal, Chowdhury, Regmi, Mendis & Kittirattanapaiboon, 2001), no entanto, a baixa variabilidade nos escores dos instrumentos de depressão e atenção podem ter comprometido os resultados.

É sabida também a importância dos estudos que apontam para a associação entre a depressão e eventos de vida marcantes, como problemas familiares, pessoais ou profissionais (Dalgard & cols., 2006; Fountoulakis, Iacovides, Kaprinis & Kaprinis, 2006; Friis, Wittchen, Pfister & Lieb, 2002; Gilbert, Gilbert & Irons, 2002; Muscatell, Slavich, Monroe & Gotlib, 2009; Tennant, 2002). Nesta pesquisa, foram geradas correlações positivas e significativas em relação à Escala de Depressão, como esperado, corroborando, assim, com a literatura.

Dessa forma, a partir dos dados disponíveis e também pelo desenho metodológico apresentado, não é possível estabelecer uma relação de causalidade entre os construtos medidos. No entanto, uma vez confirmadas as análises esperadas, em relação à EDEP e Eventos de vida marcantes e as escalas de sono, os dados dão crédito para a evidência de validade baseada com a relação com outras variáveis, de acordo com os *Standards for Educational and Psychological Testing* (AERA, APA & NCME, 1999).

Para futuras pesquisas, seria interessante o estudo com pacientes com diagnóstico de depressão maior, e também com depressão leve, a fim de que possam ser comparados os escores nos testes de atenção dividida e sustentada, bem como nos testes relativos a problemas com o sono. Embora este trabalho tenha resultado em importantes considerações sobre uma amostra não depressiva, estudos complementares poderiam destacar as diferenças entre pacientes com diagnóstico e sem diagnóstico, na tentativa de homogeneizar resultados, sem efeito de teto ou chão.

Referências

Abramson, L. Y., Alloy, L. B., & Metalsky, G. I. (1989). Hopelessness depression: a theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, 96(2), 358-372.

Álvarez, E. (2008). Nuclear features of depression. A medical model of the depressive disease. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 36 (supl 1), 3-6.

American Educational Research Association (AERA), American Psychological Association (APA), & National Council on Measurement in Education (NCME) (1999). Psychological testing and Assessment. *Standards for education and psychological testing*. Washington, DC: American Educational Research Association.

American Psychiatric Association (APA) (2000). Practice and Science Directorates. *Report of the task Force on Test User Qualifications*.

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

Aros, M. S. (2008). *Produção científica sobre a depressão: análise de resumos (2004-2007)*. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) (2008). *Critério de Classificação Econômica no Brasil*. Disponível em <http://www.abep.org.br>

Bahls, S-C. (1999). Depressão: uma breve revisão dos fundamentos biológicos e cognitivos. *Revista InterAÇÃO*, 3, 49-60.

Bahls, S-C. (2000). Uma visão geral sobre a doença. *Revista InterAÇÃO*, 4, 61-73.

Bahls, S-C., & Bahls, F. R. C. (2002). Depressão na adolescência: características clínicas. *Interação em Psicologia*, 6(1), 49-57.

Baptista, M. N., & Carneiro, A. M. (2008, maio) Relações entre depressão, percepção do suporte familiar e desesperança. Trabalho apresentado no XIV Encontro de Iniciação Científica, Universidade São Francisco, Bragança Paulista, São Paulo.

Baptista, M. N., & Carneiro, A. M. (2009a, maio). Parâmetros psicométricos para a Escala de Depressão – EDEP. Trabalho apresentado no XV Encontro de Iniciação Científica, Universidade São Francisco, Campinas, São Paulo.

Baptista, M. N., & Carneiro, A. M. (2009b, agosto). Evidência de Validade Concorrente entre a Escala de Depressão – EDEP e a Escala Beck de Desesperança – BHS. Trabalho apresentado no IV Congresso Brasileiro de Avaliação Psicológica & XIV Conferência Internacional de Avaliação Psicológica, Universidade São Francisco, Campinas, São Paulo.

Baptista, M. N., & Sisto, F. F. (2007). *EDEP - Escala de Depressão*. Programa de Pós Graduação *Strictu-Sensu* da Universidade São Francisco, Itatiba.

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., Baptista, A. S. D., & Oliveira, M. G. (2004). Depressão e Gênero: por que as mulheres se deprimem mais que os homens? Em: *Suicídio e Depressão: Atualizações*. Makilim Nunes Baptista (organizador). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Baptista, M. N., Lima, R. F., Capovilla, A. G. S., & Melo, L. L. (2006). Sintomatologia depressiva, atenção sustentada e desempenho escolar em estudantes do ensino médio. *Psicologia Escolar e Educacional*, 10, 99-108.

Baptista, M. N., Souza, M. S. S., & Alves, G. A. S. (2008) Evidências 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.

Becerra, N., Restrepo, J., & Herrera, J. (2006). Relación entre depresión y atención en pacientes con traumatismo craneoencefálico leve. *Universidad de Psychologica de Bogotá (Colombia)*, 5(3), 647-657.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1997). *Terapia da Depressão*. Rio de Janeiro: Zahar.

Bertolazi, A. N. (2008). *Tradução, adaptação cultural e validação de dois instrumentos de avaliação do sono: Escala de sonolência de Epworth e Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Bittencourt, L. R. A., Silva, R. S., Santos, R. F., Pires, M. L. N., & Mello, M. T. (2005). Sonolência excessiva. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(supl I), 16-21.

Boari, L., Cavalcanti, C. M., Bannwart, S. R. F. D., Sofia, O. B., & Dolci, J. E. L. (2004). Avaliação da escala de Epworth em pacientes com Síndrome da apnéia e hipopnéia obstrutiva do sono. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, 70(6), 752-756.

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.

Boyd, R. C., Diamond, G. S., & Bourjolly, J. N. (2006) Developing a Family-Based Depression Prevention Program in Urban Community Mental Health Clinics: A Qualitative Investigation. *Family Process*, 45(2), 187-203.

Brundtland, G. H. (2000). The Mental Health in XXI Century. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(4), 411.

Cavestro, J. M., & Rocha, F. L. (2006) Prevalência de depressão entre estudantes universitários. *Journal of Brazilian Psychiatry*, 55(4), 264-267.

Chellappa, S. L., & Araújo, J. F. (2007). Qualidade subjetiva do sono em pacientes com transtorno depressivo. *Estudos de Psicologia*, 12(3), 269-274.

Cherchiar, E. A. N., Caetano, D., & Facenda, O. (2005) Prevalência de transtornos mentais menores em estudantes universitários. *Estudos de Psicologia*, 10(3), 413-420.

Coutinho, M. P. L., Gontiès, B., Araújo, L. F., & Sá, R. C. N. (2003). Depressão, um sofrimento sem fronteira: representações sociais entre crianças e idosos. *Psico-USF*, 8(2), 183-192.

Cruvinel, M., & Boruchovitch, E. (2003). Depressão infantil: uma contribuição para a prática educacional. *Psicologia Escolar e Educacional*, (7), 77-84.

Dalgard, O. S., Doweick, C., Lehtinen, V., Vazquez-Barquero, J. L., Casey, P., Wilkinson, G., Ayuso-Mateos, J. L., Page, H., & Dunn, G. (2006). Negative life events, social support and gender difference in depression. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41, 444-451.

Dias, C. C. (2008). *Evidências de validade convergente e discriminante da escala de depressão (EDEP)*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu*, Universidade São Francisco, Itatiba.

Esteves, F. C., & Galvan, A. L. (2006). Depressão numa contextualização contemporânea. *Aletheia*, 24, 127-135.

Ferro, C. V. (2005). *Correlação dos distúrbios do sono e parâmetros subjetivos em indivíduos com fibromialgia*. Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Fisioterapia, Universidade Estadual do Oeste do Paraná.

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.

Fountoulakis, K. N., Iacovides, A., Kaprinis, S., & Kaprinis, G. (2006). Life events and clinical subtypes of major depression: a cross-sectional study. *Psychiatry Research, 143*, 235-244.

Friis, R. H., Wittchen, H-U., Pfister, H., & Lieb, R. (2002). Life events and changes in the course of depression in young adults. *Europe Pshychiatry, 17*, 241-253.

Funes, M. J., & Lupiáñez, J. (2003). La teoria atencional de Posner: una tarea para medir las funciones atencionales de Orientación, Alerta y Control Cognitivo. *Psicotema, 15*(2), 260-266.

Gallardo, M. P., Baños, R. M. R., Belloch, A. F., & Ruipérez, M. A. R. (1999). Attentional Biases and Vulnerability to Depression. *The Spanish Journal of Psychology, 2*(1), 11-19.

Geib, L.T.C., Cataldo Neto, A., Wainberg, R., & Nunes, M. L. (2003). Sono e envelhecimento. *Revista de Psiquiatria, 25*(3), 453-465.

Gilbert, P., Gilbert, J., & Irons, C. (2002). Life events, entrapments and arrested anger in depression. *Journal of Affective Disorder, 79*, 149-160.

Gonçales, C. A. V., & Machado, A. L. (2007). Depressão, o Mal do Século: de que século? *Revista de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 15*(2), 298-304.

Hawley, C. J. (2006). Excessive daytime sleepiness in psychiatry: a relevant focus for clinical attention and treatment? *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice, 10*(2), 117-123.

Helene, A. F., & Xavier, G. F. (2003). A Construção da atenção a partir da memória. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 25*(supl II), 12-20.

Karparova, S. P., Kersting, A., & Suslow, T. (2007). Deployment of attention in clinical depression during symptom remission. *Scandinavian Journal of Psychology*, 48, 1-5.

Khandolwal, S., Chowdhury, A., Regmi, S. K., Mendis, N., & Kittirattanapaiboon, P. (2001). Conquering depression: you can get out of the blues. *World Health Organization, Regional Office for South-East Asia*, Nova Delhi.

Ladewig, I. (2000). A importância da atenção na aprendizagem de habilidades motoras. *Revista Paulista de Educação Física*, supl.3, 62-71.

Lahr, D., Beblo, T., & Hartje, W. (2007). Cognitive performance and subjective complaints before and after remission of major depression. *Cognitive Neuropsychiatry*, 12(1), 25-45.

Lent, R. (2001). *Cem bilhões de neurônios: conceitos fundamentais de neurociência*. São Paulo: Atheneu.

Levin, R. L., Heller, W., Mohanty, A., Herrington, J. H., & Miller, G. A. (2007). Cognitive deficits in depression and functional specificity of regional brain activity. *Cognitive Therapy Research*, 31, 211-233.

Lima, R. F. (2005). Compreendendo os mecanismos atencionais. *Ciências e Cognição*, 6, 113-121.

Lucchesi, L. M., Pradella-Hallinan, M., Lucchesi, M., & Moraes, W. A. S. (2005). O sono em transtornos psiquiátricos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(supl I), 27-32.

Medina, M. E. A., Pérez, R. E. G., & Mejía, D. Z. (2003). Prevalencia de la depresión, ansiedad y comportamiento suicida en la población estudiantil de pregado de la Universidad de Caldas, año 2000. *Revista Colombiana de Psiquiatria*, 32(4), 341-356.

Mikolajczuk, R. T., Maxwell, A. E., Naydenova, V., Meier, S., & Ansari, W. E. (2008). Depressive symptoms and perceived burdens related to being a student: survey in three Europe countries. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 4, 19-27.

Millman, R. P. (2005) Excessive Sleepiness in Adolescents and Young Adults: causes, consequences, and treatment strategies. *American Academy of Pediatrics*, 115(6).

Monteiro, F. R., Coutinho, M. P. L., & Araújo, L. F. (2007). Sintomatologia Depressiva em Adolescentes do Ensino Médio: um estudo das representações sociais. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 27(2), 224-235.

Monteiro, K. C. C., & Lage, A. M. V. (2007a). Depressão – Uma ‘Psicopatologia’ Classificada nos Manuais de Psiquiatria. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 27, 106-119.

Monteiro, K. C. C., & Lage, A. M. V. (2007b). A Dimensão psíquica na compreensão da depressão. *Psicologia para América Latina*, 11, setembro.

Monti, J. M. (2000). Insônia primária: diagnóstico diferencial e tratamento. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(1), 31-34.

Moreno, A. C., & Marín, A. P. (2006). Redes Atencionales Y Sistema Visual Selectivo. *Universidad Psychologica de Bogotá (Colombia)*, 5(2), 305-325.

Müller, M. R., & Guimarães, S. S. (2007). Impacto dos transtornos do sono sobre o funcionamento diário e a qualidade de vida. *Estudos de Psicologia – Campinas*, 24(4), 519-528.

Muscatell, K. A., Slavich, G. M., Monroe, S. M., & Gotlib, I. H. (2009). Stressful life events, chronic difficulties, and the symptoms of clinical depression. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 197(3), 154-160.

National Institute of Mental Health (NIMH) (2000). *Depression Research*. Office of communications and Public Liaison National Institute of Mental Health.

Noronha, A. P. P., & Alchieri, J. C. (2004). Conhecimento em Avaliação Psicológica. *Estudos de Psicologia, PUC-Campinas, 21(1)*, 43-52.

Noronha, A. P. P., & Vendramini, C. M. M. (2003). Parâmetros psicométricos: estudo comparativo entre testes de inteligência e de personalidade. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 16(1)*, 177-182.

Noronha, A. P. P., Beraldo, F. N. M., & Oliveira, K. L. (2003). Instrumentos psicológicos mais conhecidos e utilizados por estudantes e profissionais de psicologia. *Psicologia Escolar e Educacional, 7(1)*, 47-56.

Noronha, A. P. P., Sisto, F. F., Bartholomeu, D., Lamounier, R., & Rueda, F. J. M. (2006). Atenção sustentada e concentrada: construtos semelhantes? *Psicologia: pesquisa e trânsito, 2*, 29-36.

Oliveira, B. H. D. (2006). *Relações entre padrão de sono e desempenho cognitivo em uma amostra de idosos residentes na comunidade – Estudo PENSA*. Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação.

Oliveira, M. G., Fonseca, P. P., & Del Porto, J. A. (2002). Versão brasileira da entrevista de Paykel para eventos de vida recentes. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, 4(1)*, 47-61.

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

Padilha, S., Noronha, A. P. P., & Fagan, C. Z. (2007). Instrumentos de Avaliação Psicológica: uso e parecer de psicólogos. *Avaliação Psicológica, 6(1)*, 69-76.

Panzarella, C., Alloy, L. B., & Whitehouse, W. G. (2006). Expanded Hopelessness Theory of Depression: On the mechanisms by which social support protects against depression. *Cognitive Therapy Research, 30*, 307-333.

Paula, A. V., Pereira, A. S., & Nascimento, E. (2007). Opinião de alunos de psicologia sobre o ensino em avaliação psicológica. *Psico-USF*, 12(1), 33-43.

Peron, A. P., Neves, G. Y. S., Brandão, M., & Vicentini, V. E. P. (2004) Aspectos biológicos e sociais da depressão. *Arquivos de Ciência da Saúde da Unipar, Umuarama*, 8(1), 45-48.

Porto, P., Hermolin, M., & Ventura, P. (2002). Alterações neuropsicológicas associadas à depressão. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental Cognitiva*, 4(1), 63-70.

Posner, M. L. (1992). Attention as a Cognitive and Neural System. *American Psychological Society*, 1(1), 11-14.

Ravnkilde, B., Videbech, P., Clemmensen, K., Egander, A., Rasmussen, N. A., & Rosenberg, R. (2002). Cognitive deficits in major depression. *Scandinavian Journal of Psychology*, 43, 239-251.

Rodrigues, M. J. S. F. (2000). Diagnóstico de Depressão. *Psicologia USP*, 11, 155-187.

Rozenthal, M., Laks, J., & Engelhardt, E. (2004). Aspectos neuropsicológicas da depressão. *Revista de Psiquiatria*, 26, 204-212

Rueda, F. J. M., Sisto, F. F., Cunha, C. A., & Machado, F. (2007). Memória e atenção em escolares: um estudo comparativo. *Encontro: Revista de Psicologia*, 11(15), 72-84.

Santana, P. R. (2008). *Suporte Familiar, Estilos Parentais e Sintomatologia Depressiva: Um Estudo Correlacional*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu Universidade São Francisco, Itatiba.

Schultz, D. P., & Schultz, S. E. (2002). *História da Psicologia Moderna*. (A. U. Sobral e M. S. Gonçalves). São Paulo: Editora Cultrix.

Sisto, F. F., Noronha, A. P. P., Lamounier, R., Bartholomeu, D., & Rueda, F. J. M. (2006). *AD e AS – Testes de Atenção Dividida e Sustentada (Manual)*. São Paulo: Vetor.

Sisto, F. F., Sbardelini, E. T. C., & Primi, R. (Orgs.). (2001). Apresentação. Em: *Contextos e Questões de Avaliação Psicológica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Sociedade Brasileira de Sono (2003). I Consenso Brasileiro de Insônia. *Hypnos – Revista de Sono da Sociedade Brasileira de Sono*, 17(9), 3-34.

Sociedade Brasileira de Sono, Sociedade Brasileira de Rinologia, & Sociedade Brasileira de Otorrinolaringologia (2000). I Consenso em ronco e apnéia do sono. Disponível em <http://www.sbsono.com.br/hypnos/IConsensoemRoncoeApneiadoSono.pdf>

Souza, J. C., & Reimão, R. (2004). Epidemiologia da Insônia. *Psicologia em Estudo*, 9(1), 3-7.

Staner, L., Cornette, F., Maurice, D., Viardot, G., Le Bon, O., Haba, J., Staner, C., Luthringer, R., Muzet, A., & Macher, J-P. (2003). Sleep microstructure around sleep onset differentiates major depressive insomnia from primary insomnia. *Journal of Sleep Research*, 12, 319-330.

Sternberg, R. (2000). Atenção Concentrada. Em: R. Sternberg (Org). *Psicologia Cognitiva*. Porto Alegre: Artmed.

Stordal, K. I., Lundervold, A. J., Egeland, J., Mykletun, A., Asbjørnsen, A., Landrø, N. I., Roness, A., Rund, B. R., Sundet, K., Oedegaard, K. J., & Lund, A. (2004). Impairment across executive functions in recurrent major depression. *Nordic Journal of Psychiatry*, 58(1), 41-47.

Tennant, C. (2002). Life events, stress and depression: a review of recent findings. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36, 173-182.

World Health Organization (WHO) (2006). *Conquering Depression. Mental Health and Substance Abuse*. Disponível on-line em <http://www.searo.who.int>. Acesso em 10 de abril de 2008.

Xavier, M. F., Ferraz, M. P. T., Bertolucci, P., Poyares, D., & Moriguchi, E. (2001). Episódio depressivo maior, prevalência e impacto sobre qualidade de vida, sono e cognição em octogenários. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(2), 62-70.

ANEXO 1

QUESTIONÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO

Questionário de Identificação

1 - Sexo: ¹() Masculino ²() Feminino **3- Curso:** _____

2- Idade: _____

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 – 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)					

7- Trabalha atualmente?

¹() Não ²() Sim Quem? _____

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

¹() Não ²() Sim Quem? _____

9 – 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

10 –Atualmente está passando por tratamento para depressão?

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

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

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

¹() Leve ²() Moderado ³() Severo

12 – 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 casa (exclui-se filhos) |
| 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 pessoas que residem com você |
| 22() Aborto espontâneo, natimorto, aborto | 47() Relação extraconjugal ou infidelidade |
| 23() Menopausa | 48() Relação extraconjugal ou infidelidade do parceiro |
| 24() Dificuldades sexuais | 50() Reconciliação matrimonial |
| 25() Está acima do peso considerado saudável | 51() Cônjuge começou ou parou de trabalhar |

ANEXO 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
Comitê de ética em pesquisa – área de Ciências Humanas
Escala de depressão (EDEP) e medidas de atenção e transtornos de sono
Responsável: Juliana Oliveira Gomes

O participante _____

portador da carteira de identidade _____, residente na cidade de _____, UF _____, declara ser de livre e espontânea vontade que está participando como voluntário do projeto de pesquisa supracitado, de responsabilidade da pesquisadora Juliana Oliveira Gomes.

O participante declara também estar ciente que:

- i. O objetivo da pesquisa é buscar evidências de validade entre EDEP, uma Escala de Depressão em desenvolvimento, Testes de Atenção Dividida e Sustentada (AD e AS), a Escala de Sonolência de Epworth (ESSE) e o Índice de Qualidade de Sono de Pittsburg (IQSP).
- ii. Durante o estudo, será necessário responder a um questionário de identificação, a EDEP, aos testes AD e AS e às escalas ESSE e IQSP.
- iii. A participação neste estudo poderá não lhe acarretará nenhum malefício ou benefício terapêutico.
- iv. A participação neste estudo poderá lhe causar constrangimento, como por exemplo, divulgar sua idade.
- v. Obteve todas as informações necessárias para poder decidir conscientemente sobre a participação do referido ensaio clínico.
- vi. Está livre para interromper a participação a qualquer momento, não lhe causando nenhum tipo de prejuízo
- vii. Os dados pessoais serão mantidos em sigilo e os resultados gerais obtidos através da pesquisa serão utilizados apenas para alcançar os objetivos do trabalho, expostos acima, incluída sua participação na literatura científica especializada.
- viii. Poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa para apresentar recursos ou reclamações em relação ao estudo.
- ix. Poderá contatar o responsável pelo estudo, quando necessário, pelo telefone (11) 8353-4100 ou pelo e-mail juogomes-usf@yahoo.com.br
- x. Este Termo de Consentimento é feito em duas vias, sendo que uma permanecerá em seu poder e outra com o pesquisador responsável.

Juiz de Fora, ____/____/____

Assinatura do Voluntário: