

CÁSSIA APARECIDA BIGHETTI



**UNIVERSIDADE
SÃO FRANCISCO**

**ESCALA DE DEPRESSÃO (EDEP) E SUA RELAÇÃO COM MEDIDAS DE
PERSONALIDADE E HABILIDADES SOCIAIS**

ITATIBA

2010

CÁSSIA APARECIDA BIGHETTI

**ESCALA DE DEPRESSÃO (EDEP) E SUA RELAÇÃO COM
MEDIDAS DE PERSONALIDADE E HABILIDADES SOCIAIS**

Tese apresentada ao programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia da Universidade São Francisco para obtenção do título de doutor em Psicologia.

**Orientador: Prof. Dr. Makilim Nunes
Baptista**

Itatiba

2010

WM 190 Bighetti, Cássia Aparecida.

B491e Escala de Depressão (EDEP) e sua relação com
medidas de personalidade e de habilidades sociais. /
Cássia Aparecida Bighetti. -- Itatiba, 2010.
135 p.
Tese (doutorado) – Programa de Pós-Graduação
Stricto Sensu em Psicologia da Universidade São
Francisco.
Orientação de: Makilim Nunes Baptista.
1. Depressão. 2. Personalidade. 3. Habilidades
sociais. I. Baptista, Makilim Nunes. II. Título.



UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
EM PSICOLOGIA

Cássia Aparecida Bighetti defendeu a tese “**Escala de depressão (EDEP) e sua relação com medidas de personalidade e habilidades sociais**” aprovada pelo Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia da Universidade São Francisco em 23 de fevereiro de 2010 pela Banca Examinadora constituída por:

Prof. Dr. Makilim Nunes Baptista
Presidente

Profa. Dra. Ana Paula Porto Noronha

Profa. Dra. Acácia Aparecida Angeli dos Santos

Profa. Dra. Sandra Leal Calais

Profa. Dra. Nancy Julieta Inocente

Ao meu avô, José Luiz Segala, pessoa simples, de muita energia e coragem. Sempre muito generoso e temperamental. Cuidava de animais com o mesmo carinho que cuidava das pessoas. Tinha um dom especial, inventava letras de músicas e cantava... nunca escreveu uma só linha de sua criação, mas deixou a lembrança de um homem que cantava... Tinha entre seus sonhos me ver doutora. Querido Vovô, que esse momento possa se transformar em uma doce canção...

AGRADECIMENTOS

A todas as pessoas que contribuíram direta ou indiretamente na realização dessa pesquisa. Aquelas que, por ventura, não estiverem nessas páginas, sintam-se também agradecidas.

Aos meus pais, Abramo Luiz e Dalva, sempre ao meu lado, me apoiando e me orientando em cada passo da minha caminhada. Sem vocês, eu jamais teria conseguido. Amo-os muito!

Ao meu marido, Ricardo, a pessoa escolhida para viver a minha vida, escolha mais acertada que já fiz. É o amor se expressando pelos gestos de companheirismo, confiança e gratidão. Obrigada por ter acreditado no meu amor e na esperança que a nossa vida juntos seria muito diferente e muito melhor que a vida que tínhamos quando solteiros.

A minha filha, Anna Beatriz, minha inspiração nos dias difíceis e meu acalanto diário. Serei sempre grata por você existir e ser essa pessoa em formação, sempre me ensinando muito, principalmente que a vida pode ser mais fácil e alegre.

Aos meus tios, Zeca Pedra e Sônia, sempre presentes e próximos, em diferentes momentos da minha vida, torcendo para que tudo saia bem. À Thaís e à Carol, minhas queridas sobrinhas, sempre muito bom compartilhar nossos momentos de vida. Poder acompanhar o crescimento de vocês me fez, com certeza, uma pessoa muito melhor. Ainda aos meus tios, Pedro e Marisa e minha prima Fernanda por ter compartilhado essa trajetória de perto com atenção e carinho.

A minha querida amiga Marô, pelo tempo de convivência diária. As nossas viagens me ensinaram muito a respeito da vida e de como ser mais feliz. Você é um modelo de pessoa e de força para mim. Espero estarmos sempre próximas para compartilhar outros momentos.

Aos meus amigos, Paulo, Simone e Thaís, pelas orações e pela convivência. Tenho a certeza de que vocês são a extensão da minha família. Amigos, no sentido mais exato da palavra. Obrigada por ter me dado uma sobrinha tão maravilhosa como a Thaís e por proporcionar momentos tão importantes para a Anna Beatriz.

Aos meus alunos de graduação, sempre serão uma grande fonte de inspiração. Obrigada por permitirem que eu possa exercer a minha função e aprender diariamente com vocês.

A minha ex-aluna, amiga e colega da profissão, Gisele Alves. Que doce revelação! Obrigada pelo empenho, dedicação, seriedade e amizade. Você é um grande orgulho para mim!

As minhas companheiras de universidade, Keli, Mirna, Cláudia, Ana Cristina, pelas palavras de incentivo e por me ouvirem nos momentos de angústia.

Ao meu querido cunhado, José Ari; você, com toda a sua leveza de espírito é uma pessoa que sempre me passa muita sabedoria e força. Obrigada por compartilhar as suas experiências e estar sempre por perto.

As minhas queridas amigas Sofia Nucci e Eliane Nucci Pecorari. Sofia , muito obrigada por ter estado comigo durante esses dezesseis anos de formada, gentilmente me cedendo a sua clínica para que eu pudesse realizar os meu atendimentos, me encaminhando pacientes e proporcionado grandes discussões sobre os casos. Você sempre será um modelo de pessoa e de profissional. Você Eliane, que de colega de profissão se transformou em uma grande amiga.

Ao meu orientador, Makilim. Querido Mak, por ter acreditado em mim! A sua confiança me inspirou e me deu muita segurança, essa pesquisa também é sua. Continue sendo essa pessoa... acima de tudo acreditando na vida e nas pessoas.

Á Professora Acácia; tudo começou por sua causa! Meu constante modelo de profissionalismo e de pessoa, sempre presente nas minhas conquistas e dificuldades. Que Deus te proteja sempre!

Às Professoras Ana Paula, Sandra, Nanci e ao Professor Ricardo, pelas valiosas contribuições no exame de qualificação.

Aos pacientes e alunos que participaram dessa pesquisa. Sem vocês, ela não seria possível.

Bighetti, C. A. (2009) Escala de depressão (EDEP) e sua relação com medidas de personalidade e habilidades sociais. Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Psicologia. Universidade São Francisco. Itatiba .135p.

RESUMO

O presente estudo teve por objetivo levantar evidências de validade para a Escala de Depressão – EDEP – com medidas de personalidade e habilidades sociais. Participaram 317 estudantes de graduação de uma universidade particular do interior do estado de São Paulo denominado grupo A - não clínico e 29 pacientes de um consultório particular de psiquiatria, denominado grupo B - clínico. Como instrumento, um questionário sociodemográfico, a Escala de Depressão (EDEP), o Inventário de habilidades sociais (IHS), o Inventário de personalidade (BFP) e a SCID (somente no grupo clínico com o objetivo de confirmar o diagnóstico) foram utilizados.. Com o grupo A, a coleta ocorreu de forma coletiva, na própria sala de aula. Com o grupo B, a coleta ocorreu por meio de entrevistas individuais, no próprio consultório. A duração total da coleta foi de oito meses. Os principais resultados apontaram que a EDEP se correlacionou com os cinco fatores de personalidade nos dois grupos pesquisados. Houve correlação com quatro fatores do Inventário de Habilidades Sociais, no grupo A. As mulheres pontuaram mais que os homens na Escala de Depressão, confirmando resultados da literatura, assim como nos fatores de Enfrentamento e Autoafirmação com Risco e Autocontrole da Agressividade do Inventário de Habilidades Sociais. Os homens apresentaram maior pontuação no traço de personalidade Socialização. De forma geral, os resultados demonstraram relação entre a EDEP com as medidas de personalidade e as habilidades sociais.

Palavras-chave: transtorno de humor, cinco fatores de personalidade e as habilidades sociais

Bighetti, C. A. (2009). Scale of Depression (SD) and its relation to personality and social skills measures. Doctoral Thesis, Stricto Sensu Post-Graduation in Psychology Program, São Francisco University, Itatiba – SP – Brazil, 135p.

ABSTRACT

This study aimed at raising validity evidences to the Scale of Depression – SD – (*Escala de Depressão – EDEP*) by correlating it to personality and social skills measures. 317 undergraduates from a private university located in the state of São Paulo were participants of group A and 29 patients from a private psychiatric clinic were participants of group B. The administrated instruments were an Identification Questionnaire, Scale of Depression, an Inventory of Social Skills Measures – ISSM – (*Inventário de Habilidades Sociais*), Inventory of Personality – BFP – (*Inventário de Personalidade*) and *SCID* (only to group B, in order to confirm diagnosis). With group A, instruments were administrated collectively in their own classroom. With group B, instruments were administrated through individual interviews in the psychiatry clinic. The data collection lasted eight months. Main results pointed out that SD was correlated with all five personality factors on both groups. On group A, there were also correlations with four factors from the Inventory of Social Skills Measures. Women had higher punctuation than men at Scale of Depression confirming literature found results, as well as Facing (*Enfrentamento*) and Auto affirmation with Risk (*Autoafirmação com Risco*) and Auto control of Aggressive Factors, (*Autocontrole da Agressividade*), from the Inventory of Social Skills Measures (*Inventário de Habilidades Sociais*). Men showed higher punctuations at Socialization (*Socialização*), a personality trait. Overall, results showed relation between SD, personality and social skills measures.

Keywords: mood disorder; five personality factors; social skills.

Bighetti, C. A. (2009) Escala de depresión (EDEP) y su relación con medidas de personalidad y habilidades sociales. Programa de pos graduación Stricto Sensu en Psicología. São Francisco Universidad. Itatiba – SP – Brasil, 135p.

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo verificar evidencias de validez para la Escala de Depresión (EDEP) con medidas de personalidad y habilidades sociales. Participaron 317 estudiantes de grado de una universidad privada del interior del estado de San Pablo, grupo A – no clínico, y 29 pacientes de un consultorio privado de psiquiatría, llamado grupo B – clínico. Fueron utilizados como instrumentos un cuestionario socio-demográfico, la Escala de Depresión (EDEP), el Inventario de Habilidades Sociales (IHS), el Inventario de Personalidad (BFP) y la SCID (solamente en el grupo clínico con el objetivo de confirmar el diagnóstico). Con el grupo A la cosecha ocurrió colectivamente en la propia clase. Con el grupo B la cosecha ocurrió por medio de entrevistas individuales en el propio consultorio. La duración total de la cosecha fue de ocho meses. Los resultados principales apuntaron que la EDEP se correlacionó con los cinco factores de personalidad en los grupos investigados. Hubo correlación con los cuatro factores del Inventario de Habilidades Sociales en el grupo A. Las mujeres tuvieron puntuaciones mayores que los hombres en la Escala de Depresión, confirmando los resultados encontrados en la literatura, así como también en los factores de Enfrentamiento y Auto Afirmación con Riesgo y Auto Control de la Agresividad del Inventario de Habilidades Sociales. Los hombres tuvieron peor puntuación en el rasgo de personalidad Socialización. De forma general, los resultados mostraron relación entre la EDEP con las medidas de personalidad y habilidades sociales.

Depresión; medidas de personalidad; habilidades sociales.

Lista de Tabelas

Tabela 1. Frequência e porcentagem das idades dos participantes do grupo não clínico.....	79
Tabela 2. Frequência e porcentagem da classe socioeconômica reagrupada dos participantes do grupo não clínico.....	80
Tabela 3. Dados descritivos dos instrumentos do grupo A(não clínico).....	81
Tabela 4. Coeficiente de correlação (r) e valores de <i>p</i> para as medidas de depressão, Eventos de Vida e características de personalidade do grupo não clínico.....	82
Tabela 5. Coeficiente de correlação(<i>r</i>) e valores de <i>p</i> para medidas de Depressão (EDEP) e Habilidades Sociais (IHS) do grupo não clínico.....	83
Tabela 6. Diferença de média da EDEP por sexo do grupo não clínico.....	84
Tabela 7. Diferença de média entre o fator Enfrentamento e Autoafirmação com Risco e Autocontrole da Agressividade do IHS e o fator socialização do BFP, por sexo do grupo não clínico.....	84
Tabela 8. Diferença de média do fator Autoafirmação de Expressão de Sentimentos Positivos e Autocontrole da Agressividade do IHS por estado civil do grupo não clínico.....	85
Tabela 9. Diferença de média do EVTOT e o fator Autoexposição a Desconhecidos e a Situações Novas, por idade do grupo não clínico.....	86
Tabela 10. Diferença de média do fator Socialização por classe socioeconômica do grupo clínico.....	86
Tabela 11. Descritiva da amostra do grupo clínico por idade.....	87
Tabela 12. Descritiva da amostra do grupo clínico por classe socioeconômica.....	87

Tabela 13. Descritiva da amostra do grupo clínico por estado civil.....	88
Tabela 14. Dados descritivos dos instrumentos no grupo B (clínico).....	89
Tabela 15. Coeficiente de correlação (r) e valores de p para as medidas de depressão EDEP e personalidade BFP do grupo clínico.....	90
Tabela 16. Diferença de média na EDEP entre universitários e depressivos.....	90

Sumário

Dedicatória.....	ii
Agradecimentos.....	iii
Resumo.....	v
Abstract.....	vi
Résumen.....	vii
Apresentação.....	1
INTRODUÇÃO	
Depressão – conceituação e dados epidemiológicos.....	3
Modelos explicativos e de classificação da depressão.....	16
Personalidade.....	39
Visão histórica e o modelo dos Cinco Grandes Fatores.....	39
Conceituação da teoria do traço (Allport, Cattell e Eysenck).....	40
A teoria dos Cinco Grandes Fatores(CGF).....	43
Descritores dos marcadores da teoria dos Cinco Grandes Fatores.....	45
Pesquisas com os Cinco Grandes Fatores e a depressão.....	48
Habilidades Sociais.....	54
Definição do termo Habilidades Sociais.....	57
Avaliação da habilidade social e pesquisas na área.....	61
OBJETIVOS.....	67
MÉTODO	
Participantes.....	68
Instrumentos.....	69
Procedimentos.....	77
RESULTADOS.....	78

DISCUSSÃO.....	90
REFERÊNCIAS.....	100
ANEXOS	
Anexo 1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	111
Anexo 2. Questionário de identificação sociodemográfico.....	116
Anexo 3. Inventário de Personalidade Reduzido.....	121

Apresentação

Avaliar adequadamente os problemas psicológicos é de extrema importância para o sucesso das intervenções terapêuticas. Pensar em um bom psicodiagnóstico significa ter instrumentos validados e confiáveis para a população brasileira. No caso específico da depressão, encontrar formas de avaliá-la adequadamente pode auxiliar na prevenção e na recuperação de pacientes e das pessoas em geral, já que a depressão tem sido estimada, pela OMS (2001), a segunda maior doença que acometerá as pessoas até 2020.

Na minha prática clínica como psicoterapeuta tenho percebido o quanto a avaliação adequada de fenômenos psicológicos necessita ser valorizada e ampliada isso para que o psicólogo possa tratar adequadamente os transtornos psicológicos. As questões apresentadas pelos pacientes no consultório de psicologia permeia, na maioria das vezes sintomas de variação de humor o que tem possibilitado uma integração importante entre os dados obtidos nesse estudo com a prática da psicoterapia.

É dentro desse contexto que esse estudo pretende verificar a associação entre a Escala de Depressão (EDEP) com medidas de personalidade e de habilidades sociais. Medidas essas escolhidas como alternativas de encontrar evidências de validade para essa escala, e assim, contribuir com estudos referentes à avaliação psicológica no Brasil.

Esse trabalho está apresentado de forma que o leitor possa se deparar com uma revisão bibliográfica sobre a depressão, a personalidade e as habilidades sociais. Com relação à depressão será apresentado inicialmente a conceituação e os dados epidemiológicos, posteriormente os modelos explicativos e de classificação da depressão. No capítulo que discute a personalidade, o texto tratará da visão histórica do Modelo dos

Cinco Grandes Fatores de Personalidade e as pesquisas que envolvem a associação entre a avaliação da personalidade e a depressão. O termo Habilidade Social e sua definição assim como a sua avaliação, juntamente com as pesquisas das áreas, encontram-se com parte final da introdução dessa pesquisa. Posteriormente, serão apresentados os objetivos e o método utilizado para a coleta de dados. No item resultados, serão apresentados a análise descritiva dos grupos pesquisados, as diferenças de médias e as correlações encontradas entre as medidas pesquisadas nesse estudo. No item discussão, os resultados encontrados serão comparados com a literatura para se efetivar as possíveis contribuições encontradas nessa pesquisa. Em seguida, as referências utilizadas para a elaboração do corpo teórico desse trabalho. Desta forma, pretendemos ter contribuído para o estudo da avaliação da depressão no Brasil.

Introdução

Depressão: conceituação e dados epidemiológicos

O termo depressão representa uma síndrome que reúne um conjunto de sinais e sintomas relacionados ao transtorno de humor, muitas vezes encontrados em manuais de classificação de doenças mentais. Porém, a terminologia depressão não tem sido utilizada apenas para designar um transtorno psicológico, mas também para expressar sentimentos de tristeza e estados de desânimo vivenciados no dia a dia das pessoas. A depressão não representa necessariamente uma patologia, quanto à representação de um sintoma que indica humor rebaixado ou deprimido, e pode ser encontrado em diferentes transtornos psicológicos, associadas à utilização de diferentes medicações ou problemas físicos de diferentes ordens (Kaplan, Sadock & Grebb, 1994; Del Porto, 1999).

Para Bahls (1999), essa diversidade do emprego do termo depressão gera um estigma e provoca uma concepção equivocada sobre o transtorno de humor. Concepções de que a depressão não é uma doença e que só acomete em pessoas que possuem fraqueza de caráter ou de indivíduos com pouca força de vontade, dificultam o diagnóstico e, muitas vezes, impossibilitam um tratamento adequado. Esse autor, interessado em compreender como a população, em geral, avalia os transtornos psicológicos, especificamente a depressão, realizou uma pesquisa na qual os principais resultados demonstraram que 71% das pessoas entrevistadas, consideraram que a doença mental é fruto de fraqueza emocional; 65% consideraram que a depressão é causada por má influência dos pais; 45% acreditavam que a doença psicológica é culpa da própria pessoa e pode ser superada com força de vontade; 43% acreditavam que a depressão é incurável; 35% consideraram a doença psicológica, de forma geral, e ocorre como consequência de comportamentos

pecaminosos e, somente 10% acreditavam que a doença mental tem base biológica e que esse tipo de transtorno envolve o funcionamento cerebral.

Esses dados demonstram que a grande maioria das pessoas entrevistadas acredita que as causas da depressão estão diretamente relacionadas com fatores pessoais, religiosos ou ambientais. Não foi verificada entre a população a percepção de que a depressão é uma doença diretamente vinculada a sintomas físicos e psicológicos tendo a sua causa associada a um conjunto de fatores tanto externos quanto internos. Essa reação das pessoas, ainda hoje, sobre a origem da depressão, pode ser justificada pelo fato da depressão ter sido historicamente associada a doenças da alma e não do corpo, o que proporcionou uma grande confusão ao redor das verdadeiras origens dos transtornos mentais e da compreensão da depressão como uma doença.

Mesmo com concepções atuais sobre a depressão, Moreira e Telles (2008) estudaram o estigma e o significado da depressão na contemporaneidade, um estudo crítico cultural no Brasil, Chile e Estados Unidos. O termo estigma foi utilizado nessa pesquisa como falta de condições em ser aceito pela sociedade de forma correta. É um valor diferencial, pejorativo que inferioriza, considerado imposto a partir de critérios nas relações sociais. Para o presente artigo foram reanalisadas fenomenologicamente 51 entrevistas sendo 15 em Fortaleza, 20 em Santiago e 16 em Boston. Os resultados apontaram peculiaridades em cada país mostrando um conteúdo qualitativamente diferente da experiência vivida do estigma ao conceito da depressão nos três países. Só no Brasil aparecem conteúdos relacionados à preocupação moral com relação à depressão, evitando-se falar no assunto ou no preconceito que a depressão gera especificamente com relação às pessoas doentes. No Chile, a depressão foi associada à culpa, vergonha e falta de

privacidade e unicamente nos Estados Unidos relacionaram a causa da depressão ao racismo o que possivelmente estaria vinculado às diferenças culturais.

Bahls (1999) fez um breve histórico da depressão e cita a evolução do conceito da doença até os dias de hoje e descreveu que desde Platão (427-348), na Grécia, já se falavam dos humores da alma. No século IV, Hipócrates citou melancolia e a mania como formas de doença mental, sendo a melancolia classificada como uma consequência do desequilíbrio do humor produzido pelo organismo com predomínio da bílis negra. Este conceito trouxe o surgimento da palavra depressão, que significa “pressionar para baixo”.

Foi em 1686 que Bonet descreveu os primeiros sintomas depressivos no qual denominou de *maníaco melancholicus*, sendo o conceito inicial da doença maníaco depressivo surgido em meados do século XIX. Pinel (1745-1826) foi o primeiro que utilizou o termo melancolia como uma causa das doenças mentais, mas foi só a partir de Descartes que se buscou compreender um fundamento biológico para a tristeza ou alegria. Nietzsche e Heussell explicavam a alteração do humor como um atributo moral ou de consciência moral, tornando a depressão um transtorno com base na ética social. Somente em 1860, o termo depressão mental apareceu nos dicionários médicos, ainda estreitamente análogos ao termo cardiológico, na qual se caracterizava depressão a uma redução do funcionamento do coração. Foi à primeira vez na história que se concebeu a experiência subjetiva como um sintoma de adoecimento.

Kahlbaum, em 1863, utilizou os termos ciclotimia para explicar as formas mais leves de flutuação do humor e distimia para explicar as alterações de humor de uma forma mais atenuada. Somente em 1899, Kraepelin, reunindo os conceitos prévios de autores

européus, descreve a psicose maníaco-depressiva e introduz o conceito de depressão como entidade nosológica (Bahls, 1999).

Hoje sabe-se que um transtorno de humor se constitui de um grupo de características clínicas relacionadas e descritas em sintomas físicos e psicológicos como a perda do senso de controle, experiências subjetivas de caráter emocional relacionados à perda de energia e do interesse pelas coisas, humor deprimido, anedonia, alterações do sono, fadiga constante, dificuldades de concentração e na tomada de decisões, baixa autoestima e pensamentos sobre morte e ideação suicida (Kaplan, Sadock & Grebb, 1994; Cordas, 1997; Bahls, 1999; Del Porto, 1999).

Ballone (2007) contribuiu com a compreensão atual da depressão à medida que define a depressão como “uma doença do organismo como um todo” que compromete o físico, o humor e o pensamento podendo considerar que a depressão deve ser entendida como episódios recorrentes de rebaixamento do humor com alterações intensas do organismo, podendo acometer os indivíduos ao longo da vida auxiliando na concepção da depressão como uma doença e não como uma concepção que envolve apenas valores.

Baptista (2005) relata que a depressão, além de causar sofrimento para o indivíduo, afastamento de atividades e ocupações profissionais, causa também dificuldades de convivência social se transformando em um dos mais prevalentes transtornos deste e do século passado, atingindo uma parcela significativa da população mundial. Sendo assim, ela é responsável não só por milhões de pessoas que se encontram atualmente em sofrimento, mas também por outros milhões de pessoas que, no decorrer de suas vidas, poderão desenvolver tais episódios depressivos.

Rios (2006) afirma que a depressão altera a maneira como a pessoa vê o mundo, sente a realidade, entende as coisas, manifesta suas emoções, sente disposição para a realização de tarefas e lida com o prazer pela vida. É, portanto uma doença afetiva ou de humor e não apenas uma condição que possa ser superada pela força de vontade ou relativo ao esforço próprio como a maioria das pessoas ainda pensa. Guariente (2002) concorda e afirma que a depressão é um distúrbio decorrente do desequilíbrio psicológico, isto é, um desequilíbrio interno que pode ser causado por fatores biológicos, sociais ou psíquicos.

Ruiz (2007) considera que a depressão é um transtorno da afetividade ou do estado de ânimo e é definida atualmente por suas características e não por suas causas ou origens, como se concebia há alguns anos. Assim, para ele, a depressão é um transtorno de humor e apresenta como principais sintomas tristeza, perda de prazer, sensação de vazio, apatia e falta de energia. Associado a isso, podem surgir sentimentos de culpa e pensamentos negativos e de morte.

Uma pesquisa realizada por Fonseca, Coutinho e Azevedo (2008) objetivou reconhecer as representações sociais da depressão nos estudantes de Psicologia de uma universidade particular no interior da Paraíba. Fizeram parte dessa amostra 56 universitários de ambos os sexos com idade entre 18 e 26 anos. O Inventário de Beck (BDI) e o Teste de Associação Livre de Palavras (TALP) foram utilizados como instrumentos. Os dados foram processados e analisados por meio da análise fatorial de correspondência. Os resultados revelaram que 28 jovens obtiveram 18,78 pontos na escala de Beck o que caracteriza depressão moderada. Os estudantes associaram depressão com melancolia e desilusão diretamente vinculada a questões de vínculo de apoio e de necessidade de ajuda. A carência afetiva foi interpretada como desencadeante da depressão e questões como

percepção de si mesmo, realidade social; informações sobre a doença também apareceram como problemas que circundam a depressão.

Estudos, pesquisas teóricas e clínica em depressão procuram compreender, por diferentes fatores, o que poderia predispor alguns indivíduos a desenvolver o transtorno depressivo. Fatores biológicos, psicológicos e sociológicos foram cogitados, embora estas classes de predisposição ou fatores de vulnerabilidade não sejam necessariamente independentes e a maioria dos pesquisadores aceite que a vulnerabilidade para a depressão é provavelmente multifatorial (Myers, 1999; Blackburn, 2004).

Para Bahls (1999), citando a Organização Mundial de Saúde (OMS), nas próximas duas décadas, há probabilidade de ocorrer uma mudança dramática nas necessidades de saúde da população mundial. Isso devido, parcialmente, ao fato de que doenças como a depressão e cardiopatias estarem, com rapidez, substituindo os tradicionais problemas de doenças infecciosas e de má nutrição. O prejuízo causado pelas doenças mentais como a depressão, dependência do álcool e a esquizofrenia tem sido seriamente subestimado e representam quase 11% da carga de problemas causados por doenças em todo o mundo.

Murray e Lopez (1997) estimam que em 2020, a depressão será a segunda maior causa de incapacitação em países desenvolvidos e a primeira em países em desenvolvimento. O transtorno é crônico e recorrente e 80% dos pacientes que recebem tratamento para um episódio depressivo terão um segundo episódio ao longo de suas vidas. Em média, 15% dos pacientes gravemente deprimidos se suicidam. Acredita-se, ainda, que a depressão é tão debilitante quanto às doenças coronarianas e mais debilitante ainda do que o diabetes Melitos ou a artrite.

Em relação ao curso da doença, a depressão Maior costuma evoluir em fases ou episódios, na qual os períodos de remissão dos sintomas duram mais tempo no início do transtorno, havendo um risco significativo de recorrência com a evolução dos episódios posteriores. O risco de um segundo episódio depressivo maior, após o primeiro, é de 50% a 60%; o risco de um terceiro é de 70% e o risco de um quarto episódio, sobe para 90% dificultando significativamente a remissão dos sintomas dos episódios depressivos de forma definitiva no decorrer do tempo (Stahl, 1998; Bahls, 1999).

A OMS (2001) afirma que a depressão pode ser considerada um transtorno episódico, geralmente recorrente. Pesquisas demonstram que aquele indivíduo que teve o primeiro episódio depressivo, tem 35% de chance de ter o segundo, em um período de dois anos e 60% de chance do próximo episódio em 12 anos (Lima, 2006; Bahls, 1999; Murphy e cols.,2000).

Alguns dados epidemiológicos sobre a depressão demonstram que ela afeta uma considerável parcela da população mundial, conforme descrevem algumas pesquisas (Kaplan & Sadock, 1993; Murray & Lopez, 1996; Bahls, 1999). Existe uma série de condições sociais e históricas que podem estar diretamente relacionadas às variações da incidência de depressão na população em geral tais como tensões raciais, aumento da violência, o aumento do uso de drogas, perdas de laços familiares e o enfraquecimento de valores religiosos (Murphy e cols. 2000). Todos esses dados estatísticos parecem não se unânimes quanto a classificação epidemiológica da depressão, porém concordam que a depressão está entre as doença que mais acometem a população mundial.

Estudos demonstram um aumento progressivo das manifestações depressivas entre jovens nos últimos anos. Reppold e Hutz (2003) investigaram a prevalência de indicadores

de depressão entre jovens no Rio Grande do Sul, bem como os fatores de risco preditores de humor deprimido. Participaram dessa pesquisa 456 adolescentes entre 14 e 15 anos que responderam ao Inventário de Depressão Infantil e às escalas de Exigência e Responsabilidade Parental. Foram encontrados escores indicativos de depressão em 5,7 % dos casos. Os resultados apontaram diferenças significativas em relação a variáveis demográficas e contextuais, especialmente quanto ao sexo e à aquiescência parental, mostrando que todos os adolescentes que apresentaram indicativo de depressão referiam-se à baixa responsividade parental como uma condição desfavorável em suas vidas.

Nesse estudo, a questão familiar foi apresentada como um fator associado aos sintomas da depressão. Porém, sabe-se que os sintomas depressivos também podem ter gerado nesses jovens, o afastamento de seus familiares em função de alguns sintomas afetivos e cognitivos encontrados no quadro depressivo maior.

Lima (2006) considerou que um fator de risco não afeta apenas o indivíduo que desenvolve a depressão, mas forma uma rede causal no ambiente no qual esse indivíduo está inserido, afetando concomitantemente as pessoas que se relacionam com ele, proporcionando, assim, uma cadeia de responsabilidade e de culpabilidade pelo desenvolvimento da doença. As condições familiares e sociais acabam por produzir uma reação de causa e se transformam em efeito dos sintomas depressivos.

Para uma melhor compreensão, a depressão deve ser avaliada como um transtorno de etiologia multifatorial, em que diferentes variáveis devem ser consideradas como fundamentais para o desenvolvimento e manutenção dos sintomas. Dentre as variáveis fundamentais estão as *biológicas*, relacionadas a fatores de influência genética e de estrutura cerebral; as *psicológicas* tais como estresses durante a vida, traumas, desamparos

adquiridos e a forma como o indivíduo percebe ou lida com o mundo, e as *socioculturais*, relacionadas ao conceito de normalidade, estrutura familiar e social (Myers, 1999)

Guimarães (1993) pretendeu verificar em uma pesquisa, a influência genética, o padrão familiar e outros fatores no desenvolvimento da depressão e constatou que entre parentes biológicos de primeiro grau, a probabilidade do aparecimento da depressão maior é um e meio a três vezes mais do que na população em geral. Salienta, também, que fatores como ausência de apoio social, dificuldades psicossociais crônicas como privações econômicas severas, violência, a perda da mãe na primeira infância e o estresse intenso também podem favorecer o aparecimento de crises depressivas no início da vida adulta.

Um levantamento realizado por Baptista (1999) apontou prováveis fatores de risco para a depressão sendo histórico de depressão na família, ser mulher, viver em família disfuncional, baixa educação dos pais, grande número de eventos estressantes, pouco suporte social, baixa autoestima, baixa competência intelectual, problemas de saúde, excessiva interdependência pessoal, morte prematura dos pais, fatores genéticos, superproteção familiar na infância e na adolescência, entre outros.

Para Bahls (1999) ao analisar dados do DSM-IV (1994) e do compêndio de psiquiatria de Kaplan e Sadock (1993), o risco de depressão Maior tem variado entre 10 e 25% entre as mulheres e 5 a 12% entre os homens. A prevalência entre jovens adultos tem variado de 5 a 9% para as mulheres e 2 e 35% para os homens. O risco de distímia durante a vida é de aproximadamente 3%, independente do sexo. A depressão maior pode surgir em qualquer idade. Porém, a idade média do início dos sintomas é por volta dos 25 anos. Pesquisas, como a de Kaplan e Sadock, (1993) mostraram que a idade para o início do transtorno sendo reduzida para menos de vinte anos.

A depressão Maior tem se mostrado duas vezes mais comum em mulheres adolescentes e adultas do que em adolescentes e adultos do sexo masculino. Em pré-adolescentes, meninas e meninos são igualmente acometidos. Essa diferença no gênero é universalmente observada e ocorre independentemente da cultura ou do país. Atualmente se aceita como hipótese mais provável desse fenômeno a participação na etiologia da doença do cromossomo X e dos hormônios gonodais (Kaplan, Sadock e Grebb, 1994).

O risco deste transtorno durante a vida é de 10 a 25% para mulheres e 5 a 12% para homens, segundo a APA (1995), o que coloca as mulheres, a partir da adolescência com uma prevalência duas vezes maior que os homens. A OMS (2001) considera que 9,5 % das mulheres passarão por episódios depressivos e, esses episódios incluem todas as fases da vida desde a infância.

Murphy e cols. (2000) consideram que a dominância das taxas de depressão em mulheres pode ser um fenômeno recente, principalmente ligado à Segunda Guerra Mundial. Esses autores ressaltaram que nesse período ocorreram mudanças de condições essenciais no âmbito social e cultural como, por exemplo, a necessidade da mulher no mercado de trabalho.

Alguns estudos sugerem que as mulheres são mais sensíveis a conflitos nas relações familiares (Kendler, Thorton, & Prescott, 2001; Maciejewski, Prigerson, & Mazure, 2001). Outras pesquisas enfatizam que condições como de não estar casado (solteiro, divorciado ou viúvo) estiveram associadas à menor prevalência de depressão em homens do que em mulheres. Para as mulheres, estarem solteiras está associado a uma maior prevalência de depressão (Almeida-Filho, 2004).

Outras informações reunidas por Bahls (1999) sobre a epidemiologia da depressão enfatizam que fatores como raça, educação, nível socioeconômico ou estado civil parecem não apresentar grande importância em relação à incidência da depressão Maior. Porém, alguns autores como Kaplan e Sadock (1993) chamaram a atenção para o aumento da frequência de sintomas depressivos em pessoas que não possuem um relacionamento íntimo, estão divorciadas ou viúvas recentemente. Apontam, também, relação entre depressão Maior com eventos negativos vitais como morte de pessoas próximas, separação, perda do emprego.

Ainda com relação à verificação de informações epidemiológicas serão apresentadas a seguir algumas pesquisas que foram escolhidas com o objetivo de verificar os fatores ou eventos associados à depressão especificamente com a população universitária. Os estudantes universitários estão na idade indicada, por volta dos vinte anos, pela OMS (2001) como a faixa etária na qual se encontra o maior índice do primeiro episódio depressivo Maior.

Quintero, Garcia, Jimenez e Ortiz (2004) investigaram características de depressão em estudantes universitários na Espanha. O objetivo geral dessa pesquisa foi levantar a prevalência de sintomas depressivos em universitários e relacioná-las com variáveis sociodemográficas e com a personalidade. O delineamento dessa pesquisa foi experimental, descritivo e transversal. Para a avaliação foram utilizados o BDI, a Escala autoaplicada de personalidade de Zung (EAZ) e um questionário com dados sociodemográficos. A amostra foi composta por 218 jovens estudantes iniciantes de diferentes cursos universitários. Esses jovens foram avaliados no início do curso e depois de uma intervenção clínica e psicoeducativa específica de autocontrole. Os resultados apontaram que 30% dos

estudantes avaliados no pré-curso obtiveram depressão moderada no BDI e esse dado foi encontrado em 25% no EAZ. Após a intervenção verificou-se uma diminuição de 12 e 10% respectivamente nos dois Inventários. Conclui-se que eventos estressores específicos somados a um déficit em estratégias de enfrentamento desempenham grande influência na predisposição da depressão.

Rios (2006) realizou um estudo no qual o objetivo principal foi correlacionar estresse e depressão em estudantes universitários. Participaram 85 estudantes dos cursos de Ciências Biológicas, Educação Física e Enfermagem. Para a coleta de dados foram utilizados instrumentos como o BDI e a Lista de Sintomas de Stress- LSS/UAS. Esse estudo verificou o nível geral de estresse, média-alto, com a dimensão emocional como a mais citada. Verificou-se que 60% dos respondentes não apresentam depressão, 40% tinham sintomas de depressão leve e moderada. Os principais sintomas apontavam para a tendência de irritar-se, do cansaço, alto nível de exigência pessoal, preocupação com problemas físicos e sentimento de tristeza. A correlação entre estresse e depressão foi negativa. O estudo concluiu que a maioria dos participantes apresentou níveis altos de estresse com sintomas emocionais cognitivos e emocionais, mas níveis baixos de depressão o que vai de encontro com a literatura. O que não é esperado pela literatura quanto a relação estabelecida entre depressão e stress.

Ainda com a população universitária, Cavestro e Rocha (2006) compararam os índices de depressão e risco de suicídio em 342 estudantes universitários, especificamente entre alunos de Medicina, Fisioterapia e Terapia Ocupacional. O diagnóstico foi realizado por meio do Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A prevalência dos sintomas de depressão foi estudada segundo curso, sexo e período letivo. Os resultados

sugeriram que o curso de Terapia Ocupacional teve o maior índice de sintomas, 28,2% ($p=0,002$) acompanhado da maior prevalência de ideação suicida comparado com os demais cursos pesquisados. Esses dados podem ser discutidos considerando que os resultados obtidos nessa pesquisa estão acima da prevalência de sintomas depressivos em universitários que é de 8 a 10%. O autor considera que fatores como opção profissional e baixo relacionamento interpessoal entre os alunos da sala podem ter interferido nos resultados.

Em um estudo recente, realizado por Baptista, Souza e Alves (2008), com 157 estudantes universitários, o objetivo foi a busca de evidências de validade para a Escala de Depressão (EDEP), baseada na relação com outros constructos como o suporte familiar, mensurado pelo Inventário de Percepção Familiar (IPSF) e com o mesmo constructo pelo Inventário de Depressão de Beck (BDI). Os resultados apontaram correlações altas, positivas e significativas entre EDEP e BDI conforme o esperado, indicando que quanto maior a pontuação em ambas as escalas, maior sintomatologia depressiva. Entre a EDEP e o IPSF foram encontradas correlações negativas e significativas, sugerindo que quanto maior a depressão menor a percepção de suporte familiar.

Dias (2008), (Cunha, (2001), Santos, Gregus, & Welch,(2006) e Dias(2008) verificaram em seu estudo, evidências de validade para a EDEP no contexto hospitalar. A amostra foi composta por 200 participantes, sendo 100 do ambulatório de doenças Inflamatórias Intestinais do Gastrocentro da Unicamp e 100 acompanhantes dos pacientes que frequentam o setor. Os instrumentos utilizados foram a Escala de Depressão (EDEP), o *Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (IBDQ)*, o Inventário de Suporte Familiar (IPSF), a Bateria Fatorial de Personalidade (BFP) e um questionário sociodemográfico de

correlações (QSD). Os resultados demonstraram, dentre outros fatores, a correlação negativa entre a EDEP total e o IPSF ($P < 0,01$) e a correlação positiva entre a EDEP e a dimensão neuroticismo ($p < 0,01$). Diferença significativa entre os gêneros para as variáveis psicológicas foi encontrada, principalmente com relação ao suporte familiar ($p = 0,01$), qualidade de vida ($p = 0,02$) e com a EDEP ($p = 0,01$). Assim, a EDEP apresenta-se como uma escala promissora para a avaliação da sintomatologia depressiva, já que foi observada alta magnitude com um dos instrumentos mais utilizados para avaliar depressão, o BDI, inclusive com a população brasileira

A seguir, a Visão Biológica, a Teoria Cognitiva de Aaron Beck e a Análise do Comportamento de Charles Fester serão apresentadas como formas de entendimento psicológico da depressão. Esses modelos teóricos, menos o biológico, foram escolhidos por terem sido utilizados na construção da Escala de Depressão (EDEP), (Baptista, & Sisto, 2007) assim como a classificação dos manuais de doença mental que auxiliou na descrição dos sintomas apresentados nos itens dessa escala.

Modelos explicativos e de classificação da depressão

O modelo biológico direciona estudos sobre a depressão baseado na influência dos neurotransmissores cerebrais e de seus receptores, embora investigue outras áreas correlacionadas à função cerebral no desenvolvimento das doenças mentais. Inicialmente esse modelo trabalhou com a hipótese catecolaminérgica, no qual propunha que a depressão se associava a um déficit das catecolaminas. Posteriormente surgiram as hipóteses serotoninérgicas, que teve grande influencia no desenvolvimento das classes dos antidepressivos chamados Inibidores Seletivos de Recaptação da Serotonina.

A contribuição atual do modelo biológico é de complexa inter-relação entre sistemas de neurotransmissores cerebrais na regulação do humor e restrição das hipóteses de déficits de neurotransmissores na fenda sináptica. Essa nova vertente de interpretação da origem biológica da depressão derrubou as concepções simplistas de que a causa da depressão seria unicamente pela deficiência no índice de receptores dos neurotransmissores (Bahls,1999).

Knapp (2004) considera que duas estruturas neurológicas podem ser importantes para mediar a influência de um evento negativo no organismo e produzir a depressão. São eles: o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal e a amígdala. A amígdala é fundamental para o reconhecimento da resposta de perigo e pode ser considerada como a estrutura central que interpreta estímulos sensoriais na busca de elementos que sinalizam perigo ao indivíduo. É responsável pelas manifestações comportamentais, autonômicas e neuroendócrinas, está relacionada ao reconhecimento e resposta à ansiedade e à suscetibilidade e o desenvolvimento de depressão, sendo considerada pelo modelo biológico como a estrutura chave de desenvolvimento da depressão e dos transtornos de ansiedade. O eixo hipotálamo-hipófise-adrenal tem um papel fundamental para modular a reação do organismo face ao estresse, aumentando a condição de lidar com os eventos causadores dele e proporcionar o desenvolvimento de estratégias conservadoras e moduladoras do humor.

Monteiro, Cavalcante e Lage (2007) consideram que a vertente biológica define a depressão como uma doença orgânica, cuja etiologia está associada principalmente a fatores hereditários e conseqüentemente, o tratamento mais indicado está na farmacoterapia. Outro modelo de interpretação da depressão é o psicológico, o qual considera a depressão como fruto de combinação de fatores emocionais, cognitivos e

orgânicos. Os modelos psicológicos interpretam os transtornos psicológicos de acordo com estrutura filosófica de origem. A seguir, serão apresentadas duas teorias psicológicas, a Terapia Cognitiva de Aaron Beck e a Análise do Comportamento de Charles Fester.

A Terapia Cognitiva de Aaron Beck

Na década de 70, do século XX iniciou-se a revolução cognitiva na psicologia e a clínica teve seu campo gradativamente dominado pelo iniciante e promissor modelo cognitivo comportamental para o tratamento da depressão de Aaron Beck (Beck, 1963; 1970; 1979; Beck e cols, 1963; 1979). A Terapia Cognitiva foi inicialmente utilizada para o tratamento da depressão e anos depois passou a ser utilizada em outros transtornos psiquiátricos. O modelo cognitivo da depressão propõe que os sintomas cognitivos, motivacionais e vegetativos da depressão podem ser causados e mantidos por distorções nos três níveis de pensamento: pensamentos automáticos, crenças intermediárias e crenças centrais (Beck, 1963).

Knapp (2004) define os pensamentos automáticos como as cognições no nível mais superficial da consciência e refletem a temática cognitiva específica do transtorno depressivo por se apresentarem mais acessíveis à consciência, primeiras cognições a serem identificadas e trabalhadas no tratamento psicoterápico. Normalmente o conteúdo do pensamento é distorcido pelas formas irracionais de interpretação dos eventos.

Os pensamentos automáticos foram caracterizados por Beck (1961) como um fluxo de pensamento que coexiste ao fluxo de pensamento mais manifesto. Esses pensamentos são muito peculiares em pessoas com angústia, mas também são comuns a todas as pessoas, e na maior parte do tempo, elas mal estão cientes desses pensamentos. Quando cientes da

origem desses pensamentos, pode-se fazer uma checagem da realidade e avaliar a existência de disfunção psicológica, segundo Beck (1997).

O autor ainda considera que os pensamentos automáticos são usualmente bastante breves e os pacientes, com frequência, estão mais cientes da emoção que sentem em decorrência do pensamento do que do pensamento em si. E está no pensamento a origem da distorção cognitiva, o que invariavelmente preconiza o desenvolvimento da depressão.

O nível intermediário de cognições denominado por crenças intermediárias são responsáveis pelas regras que governam a relação do indivíduo com o mundo. São pressupostos do tipo “se... então”. As regras internalizadas nesse nível de pensamento são rígidas e inflexíveis e determinam, muitas vezes, uma única forma de relacionamento interpessoal dos indivíduos depressivos. As crenças centrais influenciam diretamente a formação dos pensamentos automáticos, são mais duradouras e denominadas esquemas (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979). Caracteriza-se por uma estrutura usada para filtrar, codificar e avaliar os estímulos que interagem com o indivíduo.

Para a Terapia Cognitiva, os indivíduos depressivos desenvolveram esquemas cognitivos (crenças centrais) na infância. Essas crenças predispoem os indivíduos a interpretações negativas das contingências diárias; as interpretações levam as pessoas a se engajarem em comportamentos depressivos. Portanto, os sintomas depressivos seriam consequências das interpretações distorcidas dos eventos cotidianos causados por esquemas cognitivos disfuncionais (Beck e cols., 1979).

Fundamenta-se na premissa de que o comportamento e a emoção de uma pessoa são determinados, em grande parte, pela forma como ela estrutura o mundo por meio de sua cognição, auxiliado pelos eventos verbais, ou não, no fluxo de sua consciência. Propõe,

então, que o pensamento distorcido ou disfuncional influencia o humor e o comportamento dos pacientes passa a ter um padrão comum, não só na depressão, mas em todos os distúrbios psicológicos (Beck, 1997).

As cognições, comportamentos e a bioquímica são todos componentes importantes dos transtornos depressivos. Nesse foco, a teoria cognitiva enfatiza a importância do processamento cognitivo da informação na sintomatologia depressiva de modo que considerando que as cognições negativamente tendenciosas e se transformam em um processo central na depressão. Os pacientes deprimidos distorcem, consistentemente, suas interpretações sobre os acontecimentos. Essas distorções são compreendidas como desvios dos processos do pensamento, usados tipicamente pelas pessoas. Podem ser interpretados como sendo pensamentos do tipo tudo ou nada, supergeneralização, abstração seletiva e magnificação (Young, Beck, & Weinberg, 1999).

Vale ressaltar que essas distorções cognitivas são geradas, segundo Beck, (1967) pelo esquema primitivo que é definido como *“uma estrutura (cognitiva) para filtrar, codificar e avaliar estímulos que invadem o organismo...com base nesses esquemas o individuo será capaz de orientar-se em relação ao tempo ao espaço, bem como classificar e interpretar as experiências numa maneira significativa”* (p.283).

Young, Beck e Weinberg (1999) consideram que esquemas primitivos mal adaptados têm várias características definidoras. Eles são experimentados como verdades absolutas sobre si mesmo e sobre o ambiente, resistência a mudanças, disfuncionabilidade dos pensamentos. Os esquemas estão ligados diretamente ao alto nível de afeto e ao temperamento inato das crianças que tiveram experiências de desenvolvimento disfuncional com familiares ou cuidadores.

A psicopatologia interpretada pela Teoria Cognitiva é baseada em duas perspectivas. A primeira pressupõe que existem vieses sistemáticos no processamento de informação, evidentes em todos os estados psicopatológicos. A segunda admite a influência da estrutura dos esquemas, como um conteúdo idiossincrático altamente personalizado que é ativado durante o percurso dos transtornos como a depressão e a ansiedade (Beck e cols., 1979; Beck, 1993; 1997). De acordo com esse modelo, quatro pressuposições que guiam a Teoria Cognitiva na explicação do surgimento dos transtornos psicológicos podem ser identificadas, tal como explicado a seguir.

Clark e Stein (2004) descrevem essas interpretações. A primeira é a construção ativa da realidade. Esse pressuposto considera que os indivíduos não são meros receptores de estímulos ambientais, mas estão ativamente envolvidos na construção de suas próprias realidades. Todas as percepções, aprendizagem e conhecimento são produtos de um sistema de processamento de informação que o indivíduo próprio ativa, seleciona, filtra e interpreta.

A segunda é que a cognição medeia afeto e comportamento. Essa concepção considera que processos e estruturas cognitivas influenciam ou medeiam o comportamento e a emoção. Compreende ainda, que os pensamentos automáticos negativos e os processos cognitivos distorcidos não têm papel causal na depressão, mas são sintomas principais do transtorno depressivo e desempenham papel mediador na manutenção de outros sintomas emocionais, comportamentais e motivacionais o que desencadeia as duas outras interpretações teóricas sobre os transtornos psicológicos.

A terceira é que a cognição pode ser conhecida e interpretada. Esse pressuposto discute que constructos emocionais podem ser definidos operacionalmente e testados empiricamente. Assim, o reconhecimento do papel do pensamento automático negativo no

curso normal que os pensamentos associados têm com os transtornos psicológicos são bastante espontâneos e tangenciais à consciência.

A quarta e última interpretação é que a mudança cognitiva é básica ao processo de mudança humana. De acordo com essa afirmativa, a disfunção cognitiva é crucial para a manutenção dos sintomas de ansiedade e depressão e as mudanças emocionais, somáticas e comportamentais só poderão ser mediadas pelas estruturas cognitivas sendo avaliadas pela forma como o indivíduo estrutura o seu mundo, por meio de seus pensamentos e de suas emoções. (Beck, 1963; 1970; 1997).

Beck (1997) determinou dois elementos básicos para a causa da depressão, o primeiro A) a tríade cognitiva que consiste na tendência de pessoa deprimida possuir 1) visão negativa de si mesma em que se percebe como inadequada, doente, incapaz, carente ou fraca, 2) visão negativa do presente na qual não consegue perceber o valor das atividades que realiza, das relações que estabelece e avalia o mundo como grande agente de exigências exageradas, com a percepção de obstáculos insuperáveis para atingir suas metas e 3) visão negativa do futuro compreendendo pessimismo, e acredita que a situação não vai mudar e deixa de fazer planos para o futuro. O segundo elemento B) é a distorção cognitiva.

Para Knapp (2004) o elemento central da Teoria Cognitiva da depressão é que as manifestações emocionais e comportamentais no estado depressivo são produzidas e mantidas por uma avaliação negativa do ambiente e de si próprio. Essa avaliação negativa ocorre porque o indivíduo depressivo tende a distorcer automática e negativamente as informações do ambiente. Assim, determina-se um ciclo vicioso mesclando aspectos neurobiológicos, psicológicos e cognitivos na manutenção da depressão. Quando um indivíduo tem uma suscetibilidade maior para a depressão, ele apresenta uma alteração na

atenção, na cognição e na memória. Ou seja, a atenção diminui, o processamento cognitivo torna-se mais automático e há uma tendência à evocação de informações negativas. Nesse contexto, a pessoa com depressão se sente constantemente ameaçada por essas recordações. Essa combinação se transforma em um círculo vicioso na manutenção da depressão.

Uma pesquisa realizada por Moore e Blackburn (1993), citada por Blackburn (2004) teve por objetivo testar a hipótese de que tipos de vieses cognitivos negativos estariam relacionados às dificuldades sociais de interação e de autonomia na depressão. Os materiais utilizados foram a memória autobiográfica como tarefa experimental, um Questionário Independente de Medida de Personalidade denominado SAS, a Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD) e o BDI. Participaram 20 pacientes unipolares, hospitalizados e clínicos sendo, seis homens e 14 mulheres com média de idade de 37 anos (DP=12). Dezesseis estímulos foram apresentados em um desenho balanceado, com eventos negativos e positivos e os sujeitos classificavam os estímulos em uma escala de um (triste) a sete (muito mais feliz), de acordo com o efeito emocional que o desenho produzia neles.

Juízes foram convidados para validar e extrair quatro memórias positivas e quatro negativas relacionadas à vivência social e quatro memórias negativas e quatro positivas relacionadas à autonomia de cada participante. Foi utilizado como medida dependente a latência de recordação para memórias específicas ativadas pelo estímulo. As hipóteses específicas do estudo foram: a dificuldade de vivência social está relacionada com eventos negativos e a autonomia está relacionada a uma recordação mais rápida de eventos autonômicos positivos.

Os resultados apontaram que a proporção da latência para memória de eventos sociotrópicos negativos era significativa e negativamente correlacionada ao nível de dificuldade de vivência social ($r = -0,47$, $n = 19$, $p < 0,05$). Com esse estudo conclui-se que quanto mais alto o nível de dificuldade de vivência social do indivíduo, mais rápida a velocidade de memória para eventos negativos relativos à velocidade da memória em geral. Observou-se, também que a recordação de memórias positivas comparadas com as memórias negativas diminui com o grau da depressão. Embora esse estudo seja baseado em uma população pequena ele é importante por ser o primeiro estudo a demonstrar a relação entre a recordação de eventos negativos e a depressão, auxiliando na compreensão de que as memórias negativas estão em primazia às memórias positivas na depressão.

Ainda com o objetivo de interpretar a depressão sob diferentes vertentes, um dos autores mais importantes que estudou a depressão sob o enfoque da Análise do Comportamento foi Charles Fester. Importante ressaltar que ele que leva em consideração o princípio da aprendizagem no desenvolvimento da depressão.

A Teoria Comportamental de Charles Fester

Para Fester (1967) “o depressivo diminui a probabilidade de realizar determinadas atividades (que antes eram reforçadoras) e há aumento de comportamento de fuga e esquiva (apesar de a fuga/ esquiva ser eficaz em diversos momentos)” (p.699).

Em 1967 Fester considerava que as pessoas depressivas são aquelas que reagem ao ambiente encarando-o como advertência, ordens, ou eventos controversos iniciados por outrem. Desta forma, reforçadores interacionais geralmente são mais adequados ao repertório de outras pessoas do que ao próprio depressivo. O depressivo se torna uma

pessoa passiva, diminuindo, no ambiente, a probabilidade de ser reforçado. O repertório comportamental de uma pessoa deprimida é caracterizado mais por ações indiretas, como queixas inconsistentes de bem estar, do que por ações diretas que influenciam o ambiente.

A ausência e a insuficiência de esquemas de reforçamento e a exigência por parte do meio de desempenho ativo do depressivo, passa a produzir uma modificação relevante no ambiente. Essa combinação de fatores contingenciais é considerada como promotora de condições desfavoráveis para produzir as perdas e outros sintomas normalmente vivenciados pelos pacientes (Fester, 1967).

Princípios dessa teoria discutem que sofrer grandes perdas ou enfrentar modificações importantes no ambiente pode produzir uma diminuição no comportamento ativo das pessoas. Isso normalmente se explica pela falta de esquema de reforçamento para lidar com situações novas e assumir riscos, muito observado em situações de crise depressiva. Essa avaliação errada das contingências poderá aumentar a probabilidade de situações aversivas para o indivíduo, produzindo uma ausência de comportamentos adaptativos ao ambiente.

Fester(1969) apontou ainda que a característica mais óbvia das pessoas com depressão é a redução ou perda de certos tipos de atividades consideradas por eles como reforçadoras, aumentando a incidência de reclamações, do choro e da irritabilidade. Esses sintomas aumentam a frequência à medida que a taxa de comportamentos positivos diminuem e pela escassez de reforço. Os depressivos são propensos a evitar situações sociais que requeiram um repertório ativo ou interativo. Os aspectos sociais de qualquer atividade se tornam pouco ou nada reforçadores.

Lazarus (1968) também considera que a interpretação baseada na Análise do Comportamento é importante para o diagnóstico da depressão e afirma que a depressão é um transtorno de difícil definição, pois existem diversos fenômenos associados aos sintomas e avaliar as contingências pode facilitar a compreensão do diagnóstico, além de ser extremamente necessária a avaliação de contingências mantenedoras da depressão.

Anos depois, Lewinsohn, Gotlib e Hautzinger (1985) discutem e ampliam essa discussão à medida que propõem uma perspectiva integrada de fatores. Eles consideram que o desenvolvimento da depressão ocorre como consequência de uma série de fatores ambientais e cognitivos, nos quais os fatores ambientais são definidos como situações desencadeadoras dos sintomas e os fatores cognitivos moderadores dos efeitos gerados pelo ambiente. O desenvolvimento da sintomatologia depressiva funciona como um processo de retroalimentação das percepções negativas e dos efeitos ambientais do comportamento do indivíduo.

As vertentes biológicas e psicológicas auxiliam na compreensão da depressão, principalmente quando retratam fatores que explicam as causas e associam elementos importantes na manutenção da depressão. Porém, compreender de forma padronizada, os sintomas, é fundamental, principalmente para a construção de um instrumento de avaliação psicológica, como a EDEP, que pretende avaliar a depressão por meio da mensuração desses fatores internos e o quanto eles estão associados ao desenvolvimento desse transtorno. Assim, será apresentado a seguir, como a Classificação Estatística Internacional de Doenças e os Problemas Relacionados à Saúde - CID 10 OMS (1997) e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-IV-TR, APA (1994) descrevem e classificam os sintomas do transtorno de humor.

A Classificação Estatística Internacional de Doenças e os Problemas Relacionados à Saúde - CID 10 OMS (1997) descrevem episódios típicos e classificam a depressão em três graus: leve, moderado e grave. Em todos os níveis, o paciente apresenta um rebaixamento do humor, redução da energia e diminuição das atividades. Existe alteração na capacidade de experimentar o prazer, perda do interesse, diminuição da capacidade de concentração associados em geral à fadiga intensa. Observa-se, em geral, problemas de sono e diminuição do apetite. Existe, quase sempre, diminuição da autoestima e da autoconfiança e frequentemente idéias de culpabilidade ou de indignidade, mesmo em grau leve. O humor depressivo varia pouco de dia para dia ou segundo circunstâncias e pode estar acompanhado de sintomas físicos “somáticos”. O número e a gravidade dos sintomas determinam o grau do episódio depressivo.

O Episódio Depressivo Leve, classificado pelo código F32-0, inclui geralmente dois ou três sintomas, citados acima. O paciente sofre com a presença dos sintomas, mas é capaz de desempenhar a maior parte das atividades diárias. O Episódio Depressivo moderado, classificado pelo código F32-1, inclui geralmente o paciente que apresenta quatro ou mais sintomas e aparentemente tem muita dificuldade para continuar a desempenhar atividades de sua rotina. O Episódio Depressivo Grave, classificado pelo código F32-2, inclui presença de vários sintomas marcantes e angustiantes, tipicamente de autoestima e idéias de desvalia ou culpa. As idéias e os atos suicidas são comuns e observa-se uma série de sintomas físicos.

Para a CID – OMS (1997, p.110), a alteração predominante da depressão é a mudança global do humor ou do afeto. Essa alteração do humor provoca uma mudança no nível global da atividade emocional o que justifica a maioria dos sintomas apresentados

como sendo secundários ao contexto do diagnóstico da depressão, como a perda do prazer, sentimento de inutilidade, indecisão, entre outros. A maioria dos transtornos de humor tende a ser recorrente e o início quase sempre está relacionado a eventos ou sensações estressantes. Essa classificação de doenças mentais denomina também, os principais transtornos de humor em transtorno afetivo bipolar, o episódio depressivo maior, o transtorno de humor recorrente e os transtornos persistentes, onde se encontra a ciclotimia e a distímia.

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-IV APA (1994), define o transtorno de humor por meio de cinco critérios. O Critério A, em que são necessários no mínimo cinco dos sintomas descritos a seguir, durante o período de duas semanas e representam uma alteração no funcionamento do estado de humor. Deve-se sempre incluir (1) humor deprimido e (2) perda do interesse e do prazer como sintomas presentes para o diagnóstico.

Sintomas: (1) humor deprimido na maior parte do dia. Pode ser observado por crianças ou adolescentes como humor irritável, (2) acentuada diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias, (3) perda ou ganho de peso sem estar de dieta ou aumento ou diminuição do apetite, quase todos os dias, (4) insônia ou hipersonia quase todos os dias, (5) agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias, (6) fadiga ou perda da energia, (7) sentimentos de inutilidade, ou culpa excessiva ou inadequada, quase todos os dias e não meramente auto-recriminação ou culpa por estar doente, (8) capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se ou indecisão, quase todos os dias, (9) pensamento de morte recorrente não apenas medo de morrer, mas ideação suicida ou plano de cometer suicídio.

No Critério B, esses sintomas não satisfazem critérios para episódios mistos de humor. No Critério C, os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízos no funcionamento social ou ocupacional ou outra área importante do indivíduo. No Critério D, os sintomas não se devem aos efeitos fisiológicos de alguma substância. No Critério E, os sintomas não são explicados por luto, após perda de um ente querido, persistentes por mais de dois meses e são caracterizados por fonte de prejuízo funcional, preocupação mórbida com desvalia, ideação suicida, sintomas psicóticos ou retardo psicomotor

O DSM- IV -TR (pág.303) considera que os principais transtornos depressivos são classificados como Depressão Maior e Distímia. O transtorno Depressivo Maior caracteriza-se por um ou mais episódios de, pelo menos duas semanas, de humor deprimido ou perda de interesse e de prazer, acompanhados por pelo menos quatro dos sintomas descritos acima. A Distímia, ou transtorno dístimico caracteriza-se por, pelo menos dois anos, de humor deprimido na maior parte do tempo, acompanhados de sintomas adicionais que não satisfazem os critérios para um episódio de Depressão Maior.

O que se pode perceber é que existem pontos de consenso com relação aos principais sintomas que caracterizam a depressão nos dois manuais. Os sintomas físicos poderiam ser agrupados em fadiga, problemas com sono, perda da libido, alteração do apetite e retardo psicomotor. Os cognitivos caracterizados como dificuldade para pensar, indecisão, baixa concentração, pensamentos sobre morte e os sintomas afetivos determinados como a perda do prazer, culpa e humor deprimido. Todos eles estão descritos nos dois manuais como sintomas comuns ao desenvolvimento da doença.

O DSM – IV (APA, 1994) e a CID-10 (OMS, 1997) são recursos para o diagnóstico dos transtornos mentais, utilizados como fontes de avaliação do transtorno de humor pelos médicos e psicólogos. Os critérios apresentados por eles, a fim de compreender a depressão, têm servido de base teórica para a construção de instrumentos de avaliação psicológica como o Inventário de Beck (1967) e a Escala de Depressão (EDEP) (Baptista & Sisto (2007) e é considerado um bom recurso preditor no diagnóstico diferencial .

Para Teng, Humes e Demétrio (2005), a avaliação adequada dos sintomas depressivos, muitas vezes é associada pela superposição de sintomas de outras patologias clínicas e muitas vezes são utilizados critérios intuitivos para mensurar a frequência e a intensidade dos sintomas depressivos o que dificulta o diagnóstico da depressão. A melhor forma de diagnosticar a depressão é considerar que os sintomas devem ser contabilizados independentes, por instrumentos próprios. Desta maneira, diminui-se sensivelmente o risco de não se diagnosticar a depressão de forma associada a outras patologias.

Matarazzo (1990) considerou que a avaliação psicológica é mais adequada à medida que incluir, em seu processo, entrevistas clínicas direcionadas ao problema, observações sistemáticas do comportamento e discussão com diferentes profissionais sobre um caso, o que pode ser considerado um processo de psicodiagnóstico. Entende-se que avaliar um fenômeno psicológico requer a possibilidade de integração de fatores, por diferentes formas e com um único objetivo que é o conhecimento do fenômeno em questão.

A avaliação psicológica está baseada no método científico e não é somente a aplicação de instrumentos psicológicos, mas é uma parte de um processo de investigação, considerada importante. Nesse processo, a coleta de informações, a utilização de

instrumentos psicológicos e diversas formas de medidas estão envolvidas para que se possa chegar a uma conclusão a respeito de um problema. Ou seja, o processo de avaliação psicológica pode incluir diferentes procedimentos de medidas, identificação de dimensões específicas do sujeito, do ambiente e da relação entre eles (Noronha, 1999).

Para Wechsler (1999), o processo de avaliação psicológica no Brasil se tornou uma função específica do psicólogo e tem por objetivo maior o conhecimento do indivíduo, do grupo ou de situações, a fim de atingir objetivos de investigação definidos no auxílio de um processo de tomada de decisão quanto a medidas de intervenção. A avaliação psicológica é uma atividade ampla e fundamental, cuja utilização pode se apresentar em diferentes contextos da atuação do psicólogo. A prática da avaliação psicológica tem gerado, no Brasil, um movimento de reflexão decorrente dos inúmeros problemas encontrados em função da dinâmica que a ciência psicológica promove. Esses problemas permeiam a formação precária dos psicólogos, o uso inadequado de instrumentos psicológicos e a falta de professores especializados na área (Padilha, Noronha & Fogan, 2007).

Anastasi e Urbina (2000) consideram ainda que outra dificuldade encontrada na área esteja relacionada com os instrumentos de medidas. Eles devem apresentar características que possam se justificar como confiáveis, com critérios claros de validade e de precisão além da descrição do objetivo pelo qual foi desenvolvido. Nem sempre essa condição é encontrada nos instrumentos brasileiros.

Uma pesquisa realizada por Noronha, Freitas e Ottati (2002) teve por objetivo a avaliação da presença ou ausência de estudos de validade e de precisão em testes de Inteligência no Brasil, apontando que 75% dos testes investigados possuem esse tipo de estudo comparado com 90% dos testes estrangeiros. Com relação à padronização, 25% dos

testes não informavam, em seus manuais, os estudos realizados, comparados com 40% dos testes estrangeiros.

Em função das possibilidades que a área ainda se encontrava, o Conselho Federal de Psicologia (CFP) em 2003 regulamentou um documento onde definiu o uso, a elaboração e a comercialização de testes psicológicos. Para isso ele estabelece requisitos mínimos que os testes devem possuir para serem utilizados pelos profissionais, tais como: fundamentação teórica, estudos de validade e precisão e normas com amostras brasileiras com vistas à realização de um exercício profissional ético e adequadas ao atendimento das diferentes demandas sociais (Padilha, Noronha & Fogan, 2007).

No contexto da saúde, a avaliação psicológica vem ao encontro da formulação atual do conceito de doença e das causas das doenças. Hoje são consideradas como possuindo uma determinação multifatorial. Na realidade, quando se refere à psicologia da saúde, a expressão engloba a vivência de uma pessoa no seu estado de adoecimento. Assim, toda doença tem aspectos psicológicos e envolve múltiplos fatores a serem avaliados, tais como estilo de vida, hábitos e cultura o que exige instrumentos adequados para esse campo de atuação (Capitão, Scortegagna & Baptista, 2005).

Para Monteiro, Cavalcante e Lage (2007) diagnosticar é apenas um dos momentos na compreensão do fenômeno que envolve a saúde como a depressão, visto que somente a partir de uma avaliação psicológica adequada é possível a construção de um processo de intervenção adequada à problemática percebida. É a avaliação psicológica que pode favorecer ao pesquisador ou ao clínico a compreensão das causas e as dimensões dos sintomas apresentados. É o adequado processo diagnóstico que poderá prever qual é a dinâmica psicológica do indivíduo e assim, avaliar as possibilidades de integração de

fatores causais que poderão levar a uma classificação e a uma intervenção mais adequada para os pacientes com depressão.

Diagnosticar e mensurar a gravidade dos sintomas da depressão são tarefas diferentes; diagnosticar determina verificar a presença ou a ausência de um conjunto de características como: sintomas, duração e intensidade, histórico e curso da doença, ou o que for considerado descritivo daquela condição. Já, mensurar significa estimar quantitativamente a gravidade dos sintomas já diagnosticados como depressão (Calil & Pires, 1998).

As mesmas autoras discutem que a avaliação dos sintomas da depressão é, de fato, muito importante, não só para avaliar e proporcionar maior eficácia nos processos de intervenção terapêutica, mas para manter um compromisso ético que leve ao encontro de novas técnicas, que possam reconhecer de uma forma mais padronizada, aspectos envolvidos da vida, do ambiente e da pessoa com depressão. Nessa condição, as medidas de sintomas da depressão se encontram, muitas vezes, representadas por escalas ou inventários. Essas medidas, quando bem estruturadas, podem auxiliar na verificação da frequência e da intensidade dos sintomas depressivos.

As escalas de avaliação da depressão, segundo Calil e Pires(1998) estão subdivididas entre: escalas de autoavaliação, de avaliação global e as mistas. As escalas de autoavaliação consistem em auto-relatos dos sintomas de depressão ou de alteração do humor. Um exemplo desse tipo de escala é o Inventário de Beck (1967). Um exemplo de escala do tipo global é a *Escala de Depressão de Hamilton* (HDRS), posteriormente reformulada por *Montgomery Asberg Depression Scale* (MADS). Essas últimas têm por objetivo serem mais específicas às variações do estado clínico dos pacientes, pelo fato de

não serem autoaplicáveis e pelo fato de utilizar a presença de um avaliador auxiliando um paciente no relato de seus sintomas. As escalas mistas verificam tanto como o paciente se avalia quanto a classificação dos sintomas na população em geral. Todas as escalas possuem um método classificatório de sintomas com base em um pressuposto teórico e nos manuais diagnósticos.

O objetivo do estudo realizado por Calil e Pires (1998) foi de avaliar a abrangência e a generalização de sintomas depressivos por pacientes submetidos às seguintes escalas: o Inventário de Depressão de Beck, a Escala de Avaliação da Depressão de Montgomery, a Asberg Escala de Zung, o Inventário de Depressão de Wakefield e a Escala de Carrol. As autoras utilizaram como critério de análise da abrangência das escalas, os sintomas de depressão apresentados por Thompson em 1989. Essa classificação dividiu os sintomas da depressão em classes de sintomas, como: a) humor (tristeza, perda de prazer ou interesse, choro, variação do humor); b) somáticos (alteração do sono, do apetite, peso, libido e fadiga); c) motores (inibição, agitação e inquietação); d) social (apatia, isolamento, incapacitação para realizar tarefas cotidianas); e) cognitivo (desesperança, desamparo, idéias de culpa, indecisão, perda de insight e o reconhecimento que está doente; f) ansiedade (ansiedade psíquica, somática e fóbica) e g) irritabilidade (hostilidade, auto e hetero dirigida e h) risco de suicídio).

Os resultados apontaram que o Inventário de Depressão de Beck (1967) valoriza em 52% os sintomas cognitivos. Segundo esse estudo isso ocorreu pela prevalência do fundamento teórico que embasa a elaboração dessa escala. O mesmo foi verificado com as demais escalas; a Escala de Zung, o Inventário de Depressão de Wakefield e a Escala de Carrol. Por meio desse estudo, verificou-se que as escalas de depressão, de forma geral,

refletem a estrutura teórica na qual foram construídas e caracterizam os sintomas da depressão de acordo com esse referencial teórico. Assim, todas as escalas estudadas possuem um perfil de inclusão das categorias a serem avaliadas de uma forma bastante diversa, dificultando uma padronização nos formatos dessas medidas para a depressão.

Gorestein e Andrade (1998) avaliaram as propriedades psicométricas da versão em português do Inventário de Depressão de Beck (BDI) em diferentes amostras. O primeiro estudo avaliou o perfil dos escores obtidos com o BDI em uma amostra de 270 estudantes universitários brasileiros sendo 120 homens e 150 mulheres com média de idade de 23,8 anos. Compararam-se os resultados com os obtidos nas versões de diferentes línguas e culturas. A consistência interna do BDI foi alta (0.81) e o padrão geral de resultados corroborou a validade de constructo da versão em português.

No segundo estudo, o objetivo foi validar a versão em português do BDI em três outras amostras: os estudantes universitários já avaliados, 117 pacientes com diagnóstico de transtorno de pânico com base no DSM-IV, avaliados antes do uso de alguma medicação e 31 pacientes com diagnóstico de depressão sob medicação, antes que os sintomas não haviam sido controlados. Mais uma vez, as mulheres apresentaram escore significativamente mais alto que o dos homens no estado depressivo, enquanto que os pacientes ansiosos apresentaram escore intermediário.

No terceiro estudo, outras propriedades psicométricas dos mesmos testes foram investigadas, como a diferença de gênero na sintomatologia depressiva em uma grande amostra não clínica de universitários. Foram obtidos os menores escores tanto de depressão quanto de ansiedade comparados com o estudo anterior. Os principais resultados apontaram que mulheres apresentam combinação de afeto com autodepreciação na mesma dimensão,

enquanto homens combinam conjuntamente a dimensão somática e a autodepreciação. Esses estudos mostraram que o BDI discrimina bem a sintomatologia depressiva e mede aspectos cognitivos, emocionais e físicos de depressão, tornando-se um bom instrumento para a avaliação da depressão.

Desta forma, entende-se que o BDI pode ser um bom preditor para a avaliação da depressão, assim como um instrumento que pode servir de base para a elaboração de novas escalas e inventários que avaliem diferentes aspectos da depressão. O BDI tem se transformado em um dos poucos recursos de avaliação da depressão utilizado ultimamente no Brasil, o que desperta a necessidade de se construir novos instrumentos padronizados para a população brasileira, como é a proposta da elaboração da Escala de Depressão (EDEP) de Baptista e Sisto (2007).

A descrição dos fatores de forma padronizada à medida que classifica e define a depressão auxilia os profissionais na compreensão, na avaliação da frequência e da intensidade dos sintomas apresentados pelos pacientes e determinam melhores condições para o diagnóstico e posterior adequação ao tratamento da depressão. O processo de conhecimento dos sintomas, de uma forma clara e padronizada, facilitará a promoção da saúde psicológica e proporcionará o entendimento da depressão como uma doença que necessita de atenção médica, psicológica e social em função de alguns dados epidemiológicos.

Fica claro, por meio das discussões teóricas que a depressão é um transtorno multifatorial com prevalência em mulheres e com início por volta dos de vinte anos de idade. Ela é caracterizada por sintomas físicos como fadiga, perda da libido, alterações do sono, sintomas cognitivos especialmente associados à negatividade e ideação suicida e

sintomas emocionais como a culpa e a insegurança. Como já citado por Calil e Pires (1998), a avaliação dos sintomas de depressão é de fato, muito importante, não só para proporcionar maior eficácia no tratamento mas também pelo reconhecimento, de forma padronizada de aspectos envolvidos da vida, do ambiente e da pessoa com depressão.

Esse capítulo pretendeu apresentar a depressão, considerando a visão histórica e atual do transtorno psicológico que mais acomete a humanidade, segundo dados da Organização Mundial de Saúde (2001). Compreender a depressão sob a perspectiva de manifestação de sintomas, entender a influência do ambiente ou de eventos de vida no surgimento ou na manutenção da depressão na população universitária e nos pacientes, em geral, se considerou necessário à medida que avaliar a depressão sob uma perspectiva sintomatológica é considerado nesse estudo uma prioridade. Como já mencionado, por diferentes autores (Myers, 1999; Murphy e cols. 2000; Blackburn, 2004) “falar” de depressão é necessariamente considerar multifatores associados. Além dos já mencionados, será apresentado nos próximos capítulos as medidas da personalidade e a habilidade social como constructos psicológicos de correlação entre com os fatores da Escala de Depressão (EDEP).

Personalidade

O termo personalidade está diretamente associado, pela sociedade, principalmente pela comunidade leiga, como a expressão de características marcantes da pessoa sendo de caráter positivo ou negativo. A comunidade científica entende que a personalidade representa um conjunto de expressão de atitudes. Contudo, na psicologia esse tema é bastante complexo e muitas vezes controverso. Aceita-se que a personalidade possui

determinantes genéticos, orgânicos, socioculturais e pode ser entendido também como produto de aprendizagem. Sua função é de síntese e ela integra os hábitos, a afetividade, as atividades volitivas e imaginativas, cognitivas e sociais. Essa integração de fatores produz uma tendência na estrutura de personalidade, tendência essa que diferencia um sujeito do outro (Sisto, 2004).

Ao longo da história, as teorias de personalidade foram se estruturando a partir de cinco fontes de influência sendo, a tradição da observação clínica, a tradição gestáltica, a psicologia experimental e a teoria da aprendizagem, a tradição psicométrica e, por fim, a genética e a fisiologia. Em consequência, dessas fontes foram adotadas perspectivas peculiares a cada uma delas para se compreender e estudar esse constructo. Um exemplo é a teoria dos Cinco Grandes Fatores (CGF) como uma forma de defender o modelo psicométrico de compreensão da personalidade (Sisto, 2004). Para Anastasi e Urbina (2000), alguns estudiosos definem as características de personalidade como um objeto de estudo da psicologia não intelectual, outros compreendem que a personalidade possui uma dimensão integradora, organizada e engloba tanto atividades cognitivas quanto emocionais.

Desta forma, esse capítulo pretende descrever a CGF como um modelo de compreensão da personalidade. Essa teoria foi escolhida por ser originalmente baseada na concepção psicométrica que vem ao encontro com a proposta desse estudo que é utilizar a avaliação psicológica, por meio de testes padronizados, uma forma de investigar a possível associação de medidas como a personalidade e a depressão já que a avaliação dos traços de personalidade tem se demonstrado um bom preditor da relação entre personalidade e depressão, verificada por diferentes autores (Bagby, Psych, Quilty e Ryder, 2008; Orsini, 2006; Harkness, Bagby, Joffe, & Levi 2002).

Visão histórica do Modelo dos Cinco Grandes Fatores

A teoria dos Cinco Grandes Fatores teve origem na junção das teorias fatoriais e de personalidade e na promoção de uma série de pesquisas a começar por McDougall (1932) que apresentou pela primeira vez uma explicação teórica da personalidade a partir de descritores de personalidade. Porém, após essa primeira descrição passaram-se cinquenta anos para que os pesquisadores valorizassem esse modelo em suas pesquisas com a personalidade.

Algumas explicações históricas para o reconhecimento tardio do Modelo Cinco Grandes Fatores (CGF) foram levantadas, entre elas está a hipótese que Thurstone (1934), como muitos pioneiros do modelo, não seguiu adiante suas descobertas, voltando-se para outras atividades principalmente na área da inteligência. Outra hipótese, segundo Carver e Scheier (1988), foi identificada pela forma como os psicólogos concebiam o campo da personalidade, sustentada pela representação histórica das abordagens de interpretação da personalidade, muitas vezes encontradas na literatura. Duas vertentes bastante tradicionais impediam a inclusão de um pressuposto teórico novo nos livros textos de teorias de personalidade. Vertentes essas que compreendiam a personalidade como uma forma de estudo baseada nos fenômenos interpessoais, características de estudos vindo da Europa e a outra vertente que preconizava a investigação da personalidade com base nas diferenças individuais, ficando uma marca na tradição dos psicometristas ingleses e americanos.

Somente a partir da década de 50, as pesquisas e os livros para a formação profissional começaram a dedicar um espaço para o sistema de Cattell e Eysenck como representantes das teorias fatoriais, e como uma nova alternativa de compreensão da

personalidade. A partir desse momento, uma série de estudos foi lentamente construindo uma imagem competitiva para a teoria CGF com relação aos modelos anteriores de interpretação da personalidade (Nunes, 2005).

Digman (1993) relatou que na metade da década de 60, já havia todos os elementos necessários ao Modelo dos Cinco Grandes Fatores para se transformar em uma teoria da personalidade. Fatores esses que tinham sido originalmente sugeridos por MacDougall em 1932 e que foram apoiados por Thurstone em 1934 e, posteriormente, foram se organizando e se aprimorando por meio das pesquisas na área das teorias fatoriais e se transformou na Teoria do Traço.

Conceituação da Teoria do Traço (Allport, Cattell e Eysenck)

Um traço deve ser compreendido como uma pré-disposição relativamente estável e duradoura relacionada ao comportamento. A teoria do Traço tem por objetivo identificar, descrever e avaliar as diferenças entre as pessoas, proporcionando o desenvolvimento de leis que possam explicar o funcionamento pessoal em diferentes contextos: ambientais, individuais e sociais (Hutz e cols.,1998)

Allport e Oldbert (1961) e Cattell (1965) são alguns dos pesquisadores que preferem considerar a perspectiva do traço de personalidade como um aspecto que influencia o comportamento. Juntamente com Murray, Gordon e Eysenck (1970), eles discutem o conceito de personalidade com ênfase na realidade pela qual o indivíduo responde quando expressa determinadas características (Hall, Lindzey & Campbel, 2000).

Gordon Allport foi um grande defensor do conceito de traço, estudando-o sistematicamente de 1931 até 1967. Ele interpretou o conceito de traço de duas formas, a

primeira como descritor de diferenças individuais e a segunda como determinantes do comportamento e propôs que a unidade básica da personalidade é o traço. Posteriormente, o autor ampliou essa definição à medida que considerou que o traço pode ser estabelecido empiricamente. Allport discute, também, que um traço central é considerado relativamente independente de outros traços e é mais generalizado do que o hábito, podendo ser avaliado como uma variável da personalidade ou como associações de comportamentos normalmente interpretados pela população em geral (Pinho & Guzzo, 2003).

Allport e Oldbert (1961) desenvolveram uma lista, em língua inglesa, com mais de 4000 palavras que poderiam descrever traços específicos. Cattell (1965) reduziu essa lista para 171 características e, posteriormente, reduzida novamente, por meio da análise fatorial, para 16 fatores de personalidade, considerados como essenciais na personalidade humana. São eles; extroversão, ansiedade, teimosia, independência, controle, ajustamento, liderança e criatividade - fatores bipolares. Assim, Cattell (1965) desenvolveu um teste de personalidade denominado 16 PF (*Personality Factors*), que se constitui em um dos testes mais utilizados para avaliar a personalidade nos últimos tempos, também no Brasil (Schultz & Schultz, 2002).

A teoria da personalidade desenvolvida por Cattell (1965) utiliza a mensuração das características individuais como uma das condições necessárias para se definir o conceito de personalidade, o que proporciona maior credibilidade teórica. É uma teoria baseada na análise estatística e na análise fatorial, o que permite encontrar aspectos estruturais da personalidade, tendo como elemento central a questão do traço como uma alternativa de compreensão da conduta (Fichtner, Pervin, & John, 2004).

Segundo Pinho e Guzzo (2003), Eysenck (1970) propôs medir os traços organizados por Allport e Oldbert (1961), dando assim um valor mais fidedigno a essa abordagem e sugeriu que os traços desenvolvidos por Allport poderiam ser agrupados em fatores que representariam amplas dimensões de diferenças individuais. Ele classificou os traços em três fatores: introversão/extroversão, neurose/estabilidade emocional e psicose. Esses fatores são medidos pelo *Eysenck Personality Questionnaire (EPQ)*. Essa possibilidade da inclusão da terceira dimensão, chamado de psicoticismo foi definido como um paradigma para as pesquisas em personalidade. Assim, essas pesquisas procuraram testar as hipóteses desse novo traço de personalidade e seus resultados levaram a rever pontos teóricos da concepção de personalidade, assim como as escalas utilizadas na avaliação dos traços.

Posteriormente, a descoberta do quarto fator, denominado mentira, surgiu em função das partes dos inventários à condição de se falsear as respostas. Em decorrência, usaram itens no questionário que indicariam se as respostas eram ou não falseadas e só assim se consideraria a resposta como algo real e aceitável. Os vários instrumentos construídos por Eysenck e colaboradores são aplicáveis a pessoas que apresentam condutas normais ou que não mostrem sintomas de outra índole. Eles investigam variáveis da personalidade subjacentes à conduta que, em casos extremos, podem chegar a ser patológicas. Da mesma forma que a neurose é um grau patológico de um grau subjacente de neuroticismo, a psicose é considerada um grau acentuado de um traço subjacente ao psicoticismo (Sisto, 2004).

Desta forma, Fichtner, Pervin e John (2004) destacam que os traços de personalidade, na teoria de Eysenck (1970), se apresentam mais como descritores das

diferenças individuais do que como um agente determinante do comportamento. Eles compreendem que a pessoa é uma combinação de características pessoais que podem ser denominadas traço. Nesse sentido, as tendências pessoais e as possibilidades de mudanças se caracterizam sempre como produtos das interações da pessoa com seu meio social. Assim, entende-se que a teoria do traço se concentra na identificação, descrição e avaliação dessas diferenças.

A Teoria dos Cinco Grandes Fatores (CGF)

A continuidade das pesquisas levou ao surgimento da Teoria dos Cinco Grandes Fatores como um modelo para continuar estudando a estrutura da personalidade por meio de descritores, possibilitando a descrição dos traços de uma forma diferenciada daquela apresentada por Allport e Cattell nos anos 60. Com esse novo modelo de interpretação da personalidade foram encontrados cinco novos fatores, que se apresentam de uma forma estável, manifestam-se em diferentes culturas e são válidos como indicadores de emoção e de comportamento. São eles: neuroticismo, extroversão, fraqueza, afabilidade e consciência (Schutz & Schutz, 2002).

O modelo denominado Teoria dos Cinco Grandes Fatores também conhecida como “*Big Five*” compreende as dimensões da personalidade mais importantes e fornece uma estrutura de organização para as pesquisas. A estrutura dos cinco fatores capta com um nível grande de satisfação na identificação de características e prevê um modelo descritivo e integrativo para a compreensão da personalidade (John, 1989).

Hutz e cols. (1998) relatam que a descoberta dos cinco fatores foi acidental e se constitui em uma generalização empírica, replicada inúmeras vezes. Como esse modelo não

foi desenvolvido a partir de uma teoria, não há conseqüentemente uma explicação teórica inicial e satisfatória que levariam à organização da personalidade. Por que cinco e não sete? Os autores explicam que a raiz destes fatores está na existência permanente de cinco fatores da personalidade que agrupa diversas características. É um estudo léxico no qual foram analisadas as diferentes dimensões da personalidade para determinar quais os adjetivos utilizados pelas pessoas para descreverem a si mesmas e aos outros. Estudos sobre os traços de personalidade têm comprovado a existência permanente de cinco fatores de personalidade em diversas culturas (Goldberg, 1981; John, 1989; Wiggins, & Pincus, 1992; Hutz e cols., 1998).

Para Pinho e Guzzo (2003), a taxonomia dos descritores não admite o conceito de traço como determinante do comportamento, mas como características que descrevem a personalidade. Trata-se de um modelo de organização das características da personalidade, portanto não se encaixa nas teorias convencionais, mas ao mesmo tempo englobam todas elas. Os descritores referem-se a todas as denominações presentes nos modelos teóricos e não se pode esquecer que se trata de um modelo de interpretação ateuórico.

Hutz e cols. (1998) desenvolveram marcadores para a avaliação da personalidade no modelo dos Cinco Grandes Fatores para uso no Brasil. Participaram desse estudo 976 estudantes de diferentes universidades no sul do país. Os sujeitos eram convidados a se autodescreverem, respondendo a um instrumento previamente desenvolvido que continha 96 adjetivos. Análises fatoriais mostraram que uma solução de cinco fatores é apropriada. Os fatores extraídos desse estudo correspondem aos descritos inicialmente pela teoria, Socialização, Extroversão, Escrupulosidade, Neuroticismo e Abertura. Especificamente com relação ao termo escrupulosidade, vale ressaltar que a terminologia foi alterada, mas a

o fator continua representando o mesmo traço estudado anteriormente. Os resultados apontaram também que os marcadores são psicometricamente adequados e esses marcadores são descritos e classificados por meio de características positivas e negativas organizadas como descritores de personalidade, apresentados a seguir.

Descrição dos marcadores da Teoria dos Cinco Grandes Fatores

Neuroticismo ou *estabilidade emocional* avalia ajustamento afetivo versus instabilidade emocional. Indivíduos com essa característica de forma acentuada são predispostos a experimentar angústia, afetos negativos, idéias irrealísticas e formas de enfrentamento pouco adaptativas, refletindo um indivíduo preocupado, inseguro, nervoso e muito tenso (Schultz, & Schultz, 2002; Orsini, 2006).

Para Hutz e cols. (1998), a característica neuroticismo é equivalente ao segundo fator da escala de Eysenck (1970) e denomina fatores de personalidade que envolve afetos positivos e negativos, ansiedade e instabilidade emocional. Altos escores em neuroticismo tendem a representar pessoas que avaliam negativamente o ambiente, tendem a interpretar estímulos ambíguos de forma ameaçadora, normalmente são negativistas e expressam sentimentos negativos. Os baixos escores, no entanto, não significam ser bom indicativo de saúde mental, apesar de representar humor estável, calma e menor agitação (Hutz, & Nunes, 2001).

Nunes (2005) considera que o neuroticismo é um fator de risco relacionado ao nível crônico de ajustamento emocional e de estabilidade. Alto neuroticismo identifica indivíduos propensos ao sofrimento psicológico, com altos níveis de ansiedade, depressão, hostilidade, vulnerabilidade, autocrítica e impulsividade.

Extroversão representa a quantidade e a intensidade de interação interpessoal que um indivíduo tem como reflexo de sua necessidade social e tolerância à estimulação externa. Relaciona-se a indivíduos expansivos emocionalmente, positivos, sociáveis, falantes, que gostam de se divertir, são ativos e orientados para os outros (Orsini, 2006).

Hutz e Nunes (2001) consideram que esse fator foi originalmente utilizado em 1961, por Tupes e Christal em 1992 e corresponde ao fator I (Extroversão) da escala de Eysenck e ao fator atividade social do sistema de Guilford. Esse fator refere-se à quantidade e à intensidade das interações interpessoais preferidas, nível de atividade, necessidade de estimulação e capacidade de alegrar-se. Pessoas que apresentam altos escores em Extroversão tendem a ser sociáveis, ativas, falantes, otimistas e afetivas. Indivíduos com baixos escores tendem a serem reservados, sóbrios, indiferentes, independentes e quietos. Introversos não são, necessariamente, pessoas infelizes ou pessimistas, simplesmente não são dadas a um estado de espírito exuberante (Widiger, Trull, Clarckin, Sanderson, & Costa, 2002; Nunes, 2005).

Abertura diz respeito à percepção que a pessoa (ou os outros) tem da sua própria capacidade ou inteligência e engloba características como flexibilidade de pensamento, fantasia e imaginação e abertura para novas experiências (Hutz, & Nunes, 2001). Orsini (2006) caracteriza o traço Abertura como indivíduos originais, independentes, criativos, ousados que procuram e apreciam experiências novas. Enfatiza pessoas curiosas, originais e mais inovadoras.

Socialização é um traço avaliado como o grau que o indivíduo aprecia em estar na presença dos outros. São pessoas que normalmente examinam as atitudes dos indivíduos

em relação a outras pessoas e reflete pessoas confiáveis, corteses e no extremo negativo, manipuladores, antagonistas, cínicos e vingativos (Orsini, 2006).

Hutz e Nunes (1998) caracterizam esse traço como uma tendência em serem socialmente agradáveis calorosos e dóceis e, características como altruísmo, cuidado, amor e apoio emocional estão presentes nessa dimensão, além da hostilidade, indiferença, egoísmo e inveja estarem presentes no outro extremo.

Realização é também nomeada por Escrupolosidade por Hutz e Nunes (1998) e descrevem traços que levam à responsabilidade, honestidade e no ponto extremo negligência e irresponsabilidade. Orsini (2006) agrupa como características desse traço pessoas controladas, responsáveis e obstinadas. Está diretamente relacionado com pessoas cuidadosas, honestas, disciplinadas, trabalhadoras e organizadas.

Schultz e Schultz (2002) consideram que o modelo dos cinco fatores é uma descrição compreensiva de predisposições normais da personalidade. É um constructo capaz de organizar as diferenças individuais e prever o resultado de inúmeros padrões comportamentais. Embora os cinco fatores sejam descritores do funcionamento normal, poderão contribuir para a compreensão do comportamento anormal. Como o fato de entender que a Extroversão está diretamente relacionada ao bem estar social e ao Neuroticismo, ela pode apresentar correlação com a depressão, ansiedade e outras patologias.

A seguir, pesquisas serão apresentadas que envolvem a relação entre o modelo CGF e a depressão, mencionado anteriormente. A personalidade é uma das medidas escolhidas para verificar se há ou não associação com os sintomas de depressão. Desta forma, as

pesquisas aqui apresentadas foram escolhidas com o objetivo de verificar quais resultados foram encontrados nessa possível relação.

Como descreve Orsini (2006), o modelo dos CGF abre uma perspectiva para compreender as relações empíricas entre depressão e personalidade. Embora descreva traços não clínicos, esse modelo tem contribuído para o entendimento e as possíveis relações entre personalidade e nosologia clínica.

Pesquisas com os Cinco Grandes Fatores e a Depressão

Bagby, Psych, Quilty e Ryder (2008) objetivaram verificar a relação entre o transtorno depressivo Maior e o transtorno de personalidade, especialmente feita por meio do diagnóstico diferencial concretizado pelo DSM IV. Para esse estudo, análises de pesquisas foram realizadas nas quais estavam presentes características de transtornos de personalidade, sem especificação e diagnóstico de depressão Maior. Características como inflexibilidade, experiências cognitivas atípicas como apatia, baixa tolerância à frustração, baixo controle do impulso e funcionamento social deficitário podem ser encontrados nos transtornos de personalidade. Cada classificação de transtorno de personalidade é definida por um conjunto de características determinantes para o diagnóstico. Pesquisas de Corruble, Ginestet & Guilfi (1996) e Skodol, Stoull & McGlashan (1999) demonstraram que o transtorno depressivo Maior apresenta um índice de 15 a 95% de características de transtorno de personalidade, dependendo da gravidade dos sintomas depressivos. Nesse estudo, foram também encontrados níveis mais elevados de neuroticismo, afetividade negativa e evitação de danos (Beck, 1983), bem como maior vulnerabilidade específica a fatores como perfeccionismo, baixa abertura a novas experiências, aumento da autocrítica e a diminuição da afetividade. (Enn & Cox, 1997; Bagby & Ryder, 2000).

Santor, Bagby e Joffe (1997) avaliaram o grau de estabilidade nos traços de personalidade e a correlação com a severidade da depressão em pacientes com diagnóstico de depressão. 71 pacientes ambulatoriais foram avaliados com diagnóstico de depressão unipolar e sob tratamento farmacológico há cinco semanas. Esses pacientes foram avaliados pelo Inventário de Depressão de Beck (BDI) e pelo Neo Personality Inventory (NEO-PI). Para serem avaliados os medicamentos foram suspensos por duas semanas. Os resultados apontaram correlação significativa entre neuroticismo e extroversão, sendo esses significativamente maiores que os resultados da depressão ($p < 0,001$). Na mesma avaliação realizada após cinco semanas, foi percebido que os escores de depressão e neuroticismo diminuíram enquanto que os escores de extroversão aumentaram, sendo significativamente maiores do que as normas correspondentes para a idade e gênero do grupo investigado ($p < 0,001$). Os autores concluíram que existe uma relação entre traço de personalidade e gravidade de sintomas depressivos.

Uma pesquisa realizada por Orsini (2006) teve por objetivo verificar a estabilidade da personalidade e suas relações com mudanças na severidade dos sintomas depressivos. A personalidade foi descrita, nesse estudo, com base nos cinco fatores. Desse estudo participaram 30 pacientes de um hospital psiquiátrico com diagnóstico de transtorno depressivo Maior. Dessa amostra, pacientes com sintomas psicóticos ou portadores de alguma comorbidade foram excluídos. Os pacientes foram avaliados em dois momentos: pré-tratamento e pós-tratamento e como instrumentos foram utilizados: Inventário de Depressão de Beck (BDI) e o Inventário dos Cinco Fatores de Personalidade- reduzido (ICFP-R).

Esse estudo teve como hipóteses: 1) uma estabilidade relativa e uma falta de estabilidade absoluta para os traços de personalidade extroversão estão diretamente relacionadas com a estabilidade ou instabilidade emocional; 2) a média dos outros três traços de personalidade socialização, abertura e realização, menos correlacionadas com sintomas depressivos, não diminuiriam do pré-teste para o pós-teste (estabilidade absoluta); 3) o traço neuroticismo diminuiria o escore à medida que os sintomas depressivos diminuíssem. As hipóteses foram confirmadas e os resultados apontaram que mudanças nos escores de traços de personalidade estão diretamente relacionadas com a severidade da depressão. Sugere-se, também que podem ocorrer mudanças relativas na personalidade e nem sempre essas mudanças estão associadas ao estado depressivo.

Nesse sentido, algumas pesquisas comprovam a influência do traço neuroticismo no desenvolvimento de alguns transtornos psicológicos, como aquela realizada por Maciel e Yoshida (2006) na qual avaliou alexitimia, depressão e neuroticismo em vinte pacientes ambulatoriais dependentes de álcool e vinte não dependentes. Os instrumentos utilizados foram Toronto Alexithymia Scale, a Escala de Ajustamento Emocional/Neuroticismo e o Inventário de Beck. Os resultados apontaram escores médios significativamente mais elevados de alexitimia, neuroticismo e depressão no grupo de pacientes ambulatoriais, comparado com o grupo de não dependentes. Quanto ao neuroticismo, predominou o nível de forma semelhante no grupo não dependente. Correlações significativas entre neuroticismo e depressão ($p < 0,001$), alexitimia e neuroticismo ($p < 0,001$) e entre depressão e alexitimia ($p < 0,01$) foram encontradas.

Outra pesquisa envolvendo a dimensão neuroticismo foi realizada por (Ito, Gobitta & Guzzo, (2007) tendo como objetivo investigar correlações entre temperamento,

neuroticismo e autoestima. 42 estudantes universitários foram participantes e responderam à Escala Fatorial de Ajustamento emocional/neuroticismo, Pavlovian Temperament Survey e Autoestima de Rosemberg. Os resultados indicaram correlações negativas com as dimensões ansiedade e vulnerabilidade com a Escala de Neuroticismo. Correlação entre neuroticismo e autoestima, com correlações negativas para vulnerabilidade, ansiedade e depressão foi também encontrado.

Hearkness, Bagby, Joffe e Levi (2002) objetivaram comparar depressão Maior, depressão menor crônica com a dimensão dos cinco fatores de personalidade. Esperou-se que os resultados demonstrassem que o neuroticismo é um traço que permanece elevado naqueles com depressão crônica mesmo com a remissão completa dos sintomas depressivos agudos. Desse estudo foram participantes 115 pacientes diagnosticados com depressão unipolar, sendo 38 homens e 77 mulheres. Desses, 61 preencheram os critérios para depressão Maior e 54 preencheram o diagnóstico para depressão menor crônica. Nenhuma outra condição de saúde mental foi diagnosticada e todos estavam sem medicação por no mínimo duas semanas antes do estudo. Os resultados apontaram decréscimo significativo nos escores de extroversão e de realização em ambos os grupos. Menor escore de socialização no grupo de depressão Maior ($p < 0,001$) foi também verificado. Quanto ao neuroticismo ocorreu permanência no escore mesmo sem a presença de sintomas depressivos ($p > 0,005$).

Ainda com a população universitária, Barstilstone e Trull (1995) objetivaram levantar a congruência entre o Questionário de Experiências Depressivas (DEQ) de Blatt, D'afflitte & Quinlan, (1996) e da Escala de Sociotropia-autonomia(SAS) de Beck, Epstein, Harrison & Emery, (1983). Esses instrumentos têm sido utilizados em conjunto para

verificar a relação entre personalidade, sintomatologia depressiva e eventos de vida. 166 estudantes de Psicologia participaram desse estudo, sendo 35,5% do sexo masculino e 64,5% do sexo feminino. A média de idade foi de 18 anos e nove meses. Todos os participantes foram submetidos ao BDI (Beck, 1967), ao LES (Sarason, Johnson & Siegal, 1978), ao DEQ (Blatt e cols., 1996) e ao SAS (Beck e cols., 1983). O LES caracteriza-se por um inventário de eventos de vida composto por 57 itens no qual o participante escolhe, em uma escala likert de 1 a 7, o quanto o evento citado causou de impacto negativo. Esse instrumento verifica a autonomia e a sociotropia definida aqui como a abrangência do evento na pessoal e social.

O SAS é composto por duas escalas tipo likert de quatro pontos, com 60 itens e com afirmativas do tipo, “eu me preocupo com o que vou dizer; tenho receio de não ser aprovado por outros”. Essas escalas também têm o objetivo de mensurar autonomia e sociotropia.

O EQ é um inventário composto por 66 itens numa escala likert de 7 pontos e tem por objetivo diferenciar as experiências subjetivas e individuais quanto à vulnerabilidade para a depressão. Esse inventário não pretende verificar sintomas depressivos, mas estilos característicos como nível de rejeição, empatia, relacionamento interpessoal, condição para se ofender à crítica e a autocrítica.

Os resultados apontaram dimensão de dependência do DEQ e a sociotropia do SAS ($p=0,01$), mostrando que ambos medem constructos similares, enquanto que a dimensão autocrítica do DEQ e a autonomia do SAS parecem não medir constructos similares ($p=0,08$). Esse estudo concluiu que existe relação entre personalidade e depressão ($p=0,01$) e também uma estreita relação entre eventos de vida negativos e pré-disposição para a

depressão. Desta forma, esses dados contribuem para a validação do DEQ como um instrumento sensível à vulnerabilidade da depressão associados a traços de personalidade e eventos de vida.

Finch e Graziano (2001) realizaram uma pesquisa com o objetivo de associar temperamento e depressão. Com relação aos traços de personalidade foram selecionados três fatores: socialização, extroversão e neuroticismo e duas variáveis de relação interpessoal: suporte social e troca negativa social. Desse estudo, foram participantes 672 universitários do curso de psicologia de diferentes semestres. A amostra foi composta por 67% de mulheres com idade variando de 18 a 20 anos. Os instrumentos utilizados foram o *EAS* (Buss & Plomen, 1984) que consiste em cinco dimensões: atividade, sociabilidade, raiva medo e distresse (angústia). Esse instrumento é composto por uma escala likert de cinco pontos que pretende avaliar o temperamento; *Negative Social* (Test of Negative Social e Change) (Ruehlman, & Karoly, 1991; Finch, Okun, Pool, & Ruehlman, 1999), os participantes indicam a frequência de experiências com diferentes tipos de interação negativa no último mês. Esse instrumento possui três subescalas: raiva, insensibilidade e interferência; Para avaliar o *Suporte Social* (The Interpersonal Support Evaluation List) (Cohen, Mermelstein, Karmack e Hoberman, 1985), composto de 40 itens dicotômicos (verdadeiro/falso) em 4 subescalas de suporte social divididas em duas categorias avaliação da autoestima e pertencimento a um grupo social; o *Big Five Inventory* (John, Donahue & Kentle, 1991) considerando apenas três dimensões: socialização, extroversão e neuroticismo e o *Inventário de Beck* (Beck, 1967).

Os resultados apontaram correlação positiva moderada entre distress (0.50), neuroticismo (0.38) com depressão ($p < 0,001$); correlação entre neuroticismo, experiências

negativas e depressão ($p < 0,001$); relação entre raiva (0,58), socialização (0,28), experiências negativas (0,15) com a depressão ($p < 0,05$); correlação negativa entre suporte afetivo disponível (-0,37) e depressão ($p < 0,05$) e correlação alta entre neuroticismo (0,41) e depressão ($p < 0,001$). Esses dados demonstraram que é possível considerar que existe conexão entre temperamento e depressão, assim como interferências sociais na formação do temperamento e nos sintomas de depressão.

As pesquisas aqui apresentadas estabelecem diversas relações entre os fatores de personalidade e depressão, estando esses constructos associados em diferentes populações como pacientes e estudantes universitários. Os resultados aqui apresentados demonstram que existe possibilidade de incluir a personalidade como uma estrutura psicológica e pode estar relacionada aos multifatores que interferem no desenvolvimento da depressão. Como já foi citado em Shultz e Schultz (2002), embora o modelo dos cinco fatores sejam descritores do funcionamento normal, eles poderão contribuir para a compreensão do comportamento anormal, a exemplo do neuroticismo estando, muitas vezes, associado à depressão e à ansiedade.

Ainda com a proposta de investigar outros constructos psicológicos que poderão se correlacionar com os sintomas da depressão, o capítulo seguinte apresenta a Habilidade social como outra variável a ser estudada na compreensão de outros fatores que se correlacionam com a Escala de Depressão (EDEP).

Habilidades sociais

Os seres humanos passam a maior parte de seu tempo engajados em alguma forma de comunicação interpessoal e ao serem socialmente habilidosos, são capazes de

promoverem interações sociais satisfatórias. Essa forma de interação pode prevenir ou reduzir as dificuldades psicológicas (Caballo, 1997).

Historicamente quem utilizou pela primeira vez o termo habilidade social foi Salter em 1949 com o objetivo de promover procedimentos para aumentar a condição de expressividade verbal e facial nas interações interpessoais. Posteriormente em 1958, Wolpe utilizou o termo associado ao termo comportamento assertivo, referindo-se à capacidade de expressão de sentimentos negativos e à defesa dos próprios direitos (Bonsoni - Silva, 2002).

Alberti e Emmons (1978) revisaram o conceito de Wolpe (1958) e enfocaram que o comportamento socialmente habilidoso está diretamente associado ao comportamento e não tanto às consequências da interação social. Essa forma de investigação demonstrou que a pessoa assertiva é aquela que age em seu interesse, sem sentir ansiedade e expressa seus sentimentos de forma honesta sem negar os direitos dos outros. Posteriormente, em 1978, eles revisaram essa definição e passaram a atribuir maior importância às consequências obtidas nas respostas sociais, classificaram o comportamento assertivo em respostas assertivas, não assertivas e agressivas e focalizaram o efeito desses tipos de comunicação no próprio emissor e os efeitos no meio social. A definição de comportamento assertivo foi uma grande descoberta para a definição de habilidade social e utilizado durante algum tempo como sinônimos. Para Caballo (1991), existe um número maior de comportamento associado à habilidade social e não só a assertividade se refere à atitude, sentimentos, opiniões, desejos. Enfim, um conjunto de recursos cognitivos, emocionais e comportamentais que classificam a habilidade social.

Hoje, falar de habilidade social é considerar um conjunto de comportamentos aprendidos, capazes de promover interações sociais satisfatórias, tais como a assertividade,

habilidades de comunicação, resolução de problemas interpessoais, cooperação, expressão de sentimentos e defesa dos próprios direitos. E a assertividade está diretamente associada a uma dessas habilidades, especialmente relacionada à expressão de sentimentos e da defesa dos próprios direitos (Del Prette & Del Prette, 1999).

Assim, um bom repertório de habilidade social possibilita interações mais satisfatórias contribuindo para a promoção da saúde mental à medida que diminui os prejuízos que interferem na qualidade de vida das pessoas, normalmente exemplificado nas dificuldades apresentadas pelas pessoas nos relacionamentos pessoal e profissional Del Prette & Del Prette, (2002). Pesquisas como de Argyle,(1994); Morrison & Bellack, (1987); Cohen Gottieb & Underwood, (2001) demonstrado que o comprometimento na comunicação interpessoal e nas interações sociais pode ser associado a uma série de problemas psicológicos, especificamente com os transtornos de humor e da ansiedade. Pode-se verificar nos manuais de diagnóstico, como a CID 10 e o DSM IV que a baixa competência social e as dificuldades em habilidades sociais estão presentes nos critérios para um diagnóstico diferencial dos transtornos psicológicos (Del Prette & Del Prette, 2002).

Compreender a relação estabelecida entre habilidade social e os transtornos psicológicos, especialmente a depressão, é importante para esse estudo, à medida que proporciona, por meio da avaliação psicológica, verificar se há correlação existente entre esses constructos, o quanto os fatores característicos de habilidade social podem interferir na manutenção dos sintomas depressivos, se há possibilidade de ampliar as perspectivas de uma avaliação psicológica integrada e facilitar o processo de atuação clínica na remissão dos sintomas da depressão. Assim, definir e compreender o processo de avaliação da

habilidade social e conhecer pesquisas que associam habilidade social com depressão é os próximos itens desse capítulo.

Definição de Habilidade Social

Podem-se constatar, na literatura, algumas lacunas ou mesmo controvérsias na conceituação de habilidades sociais e de sua relação com outros importantes constructos da área, como a competência social e a assertividade. Caballo (2003) fez uma análise da utilização dos termos utilizados na área de habilidade social e identificou que os termos habilidades sociais, competência social e assertividade são utilizados como sinônimos, por alguns autores como Caballo (1999) e como conceitos diferentes por (Del Prette & Del Prette, 1999, 2001 ; Falcone, 2000).

Esse campo de estudo pode apresentar essas lacunas em função da contribuição de diferentes modelos conceituais como o cognitivo de MacFall (1982), Wolpe e Lazarus (1966), o da assertividade de Wolpe (1973), o da aprendizagem social de Bandura (1977) e o da percepção social de Argyle (1994). Segundo Del Prette e Del Prette (2001), esses modelos não são excludentes na explicação dos fatores associados ao repertório de habilidades sociais, pelo menos quando valorizam variáveis pessoais como (cognitivas, afetivas e comportamentais) e variáveis ambientais como (situação, interlocução e contexto cultural). Consideram, ainda que as diferenças entre as matrizes teóricas em que se baseiam, indicam ausência de uma teoria geral ou de um sistema conceitual integrador dos diferentes modelos associados aos estudos de avaliação e de intervenção da habilidade social.

Com base nessa distinção de conceitos pode-se encontrar uma ampla variedade de definições tanto de competência social quanto de habilidade social, que enfatizam diferentes aspectos como os de conteúdo, funcionabilidade e desempenho social. Del Prette & Del Prette (2001) afirmaram que comportamento social e desempenho social não são termos equivalentes à habilidade social. Entende-se que competência social está relacionada a um constructo avaliativo, à funcionabilidade, imediata ou em longo prazo do desempenho social. Deve-se considerar que só pode ser avaliado comportamento competente social o indivíduo que consegue se adaptar as suas condições culturais, tendo em vista as demandas no qual está inserido.

Caballo (1991) definiu que comportamento socialmente habilidoso implica em diferentes capacidades como falar em grupo, defender os próprios direitos, solicitar favores, expressar opiniões, expressar sentimentos de amor e de agrado, expressar justificadamente quando se sentir molestado, enfadado, admitir falta de conhecimento e pedir mudança de comportamento do outro. Esses comportamentos podem ocorrer em diferentes ambientes como familiar, de trabalho, de consumo, de lazer e de formalidade. Del Prette e Del Prette (2001) organizaram os comportamentos socialmente aceitos, em categorias: a) habilidades sociais de comunicação: fazer e responder perguntas, gratificar e elogiar, pedir e dar feedbacks nas relações sociais, iniciar, manter e encerrar conversações; b) habilidades sociais de civilidade: dizer por favor, agradecer, apresentar-se cumprimentar pessoas e despedir-se; c) habilidades sociais assertivas de enfrentamento: manifestar opinião, concordar, discordar, fazer, aceitar e recusar pedidos, desculpar-se e admitir falhas, estabelecer relacionamento sexual/amoroso, encerrar relacionamento, expressar raiva e pedir mudança de comportamento, interagir com autoridade, lidar com crítica; c)

habilidades sociais empática: parafrasear, refletir sentimentos e expressar apoio; d) habilidades sociais de trabalho: coordenar grupo, falar em público, resolver problemas, tomar decisões e mediar conflitos, habilidades sociais educativas e e) habilidades sociais de sentimento positivo: fazer amizade, expressar solidariedade e cultivar o amor.

Pacheco & Rangé (2006) concluíram que a habilidade social é uma característica do comportamento, específica à pessoa e à situação, devendo ser contemplada dentro do contexto social do indivíduo e se baseia na capacidade do mesmo escolher livremente a forma como vai se comunicar (Caballo, 1991; 2003; Del Prette & Del Prette, 1999). Percebe-se também que apesar das diferenças entre os modelos conceituais é encontrado um consenso em torno do caráter situacional/cultural e da natureza aprendida do desempenho social.

Del Prette e Del Prette (2001) destacam cinco modelos explicativos que permitem a compreensão do comportamento habilidoso socialmente. Esses modelos podem ser utilizados na compreensão das habilidades sociais, não são excludentes e possuem predominância behaviorista e sociocognitivista.

O primeiro modelo é o cognitivo no qual parte do pressuposto de que o desempenho interpessoal está relacionado com o processamento dos estímulos ambientais, dos fenômenos do ambiente social em que o indivíduo organiza cognições e comportamentos frente aos objetivos comportamentais.

O segundo é o modelo dos papéis, derivado da Psicologia Social, interessados no desenvolvimento da compreensão dos papéis sociais do indivíduo e das outras pessoas, símbolos verbais ou não e analisa a flexibilidade do indivíduo em assumir diferentes papéis sociais.

O terceiro é o modelo da assertividade de Wolpe (1973), referente ao paradigma do condicionamento respondente, no qual considera a dificuldade de desempenho social como resultado da ansiedade interpessoal como consequência da idéia de Lazarus (1968) que defende a vertente do condicionamento operante em que a inabilidade social é uma consequência da deficiência de controle de estímulos no encadeamento de respostas socialmente aceita ou problemas específicos na aprendizagem nas interações sociais.

O modelo da aprendizagem social afirma que a habilidade social é aprendida por meio das experiências interpessoais vicariantes, em que a observação do comportamento e do desempenho do outro é vista como essencial para a reprodução de condutas no repertório social. Por último, o modelo da percepção social que focaliza a habilidade de interpretação do ambiente social, permitindo ao indivíduo discriminar formas adequadas de se comportar frente a diferentes padrões sociais.

Hoje, o termo habilidades sociais refere-se à existência de diferentes classes de comportamentos sociais aprendidas no repertório do indivíduo, com dimensão pessoal, situacional e cultural ao lidar de maneira adequada com as demandas das situações interpessoais. Por outro lado, entende-se que a competência social tem um sentido avaliativo e, portanto, qualifica o desempenho estando diretamente relacionada à organização dos pensamentos, sentimentos e ações em função dos objetivos e valores advindos do ambiente (Del Prette & Del Prette, 2001).

Já para Caballo (2003), o comportamento socialmente habilidoso corresponde a um conjunto de comportamentos emitidos pelo indivíduo em um contexto social, interpessoal, no qual expressa seus sentimentos, desejos, atitudes, opiniões ou direitos de uma forma adequada à situação, respeitando os demais e minimizando problemas futuros.

A habilidade social está diretamente associada a um conjunto de fatores, cognitivos, emocionais, comportamentais e ambientais. Essa relação de variáveis determina e classifica o que é um indivíduo habilidoso socialmente ou não. Para essa classificação é necessário estabelecer critérios que integrem fatores internos e externos de forma padronizada e adequada para se focalizar aspectos observáveis ou não desse comportamento.

Avaliação da Habilidade Social e pesquisas na área

A avaliação da habilidade social deve considerar não somente o comportamento individual, mas outras dimensões como a cultural e social. Para Del Prette e Del Prette (1999), as três dimensões devem ser consideradas simultaneamente, pois a habilidade social inclui comportamentos encobertos, abertos e o histórico das relações interpessoais. É necessário considerar fatores relacionados ao contexto histórico-cultural, indicando a importância de estudos de identificação de padrões transculturais e a influência de variáveis como sexo, idade, nível socioeconômico e outras variáveis comportamentais.

Em função da amplitude das dimensões que caracterizam a habilidade social, justifica-se a existência de vários métodos de avaliação como a observação direta, que inclui registros de episódios ou classes específicas de comportamentos observáveis e os instrumentos, divididos por inventários, questionários e roteiros de entrevistas. Os roteiros de entrevistas podem dificultar o exame de desempenho social em larga escala como cita Bandeira (1999). Entre os instrumentos, o mais utilizado, especialmente no Brasil, são os inventários (Del Prette e cols., 2004).

Com relação à avaliação da habilidade social e as questões culturais, vale destacar que características sociodemográficas como sexo, idade, ocupação e papéis sociais influenciam na criação de normas para critérios de avaliação e na definição de padrões de referência para a elaboração de inventários (Argyle, 1994; Caballo, 1991; Del Prette & Del Prette, 1999, 2001). Esse último estudo, realizado no Brasil, destaca que as mulheres são mais habilidosas na expressão de sentimentos positivos e os homens na habilidade de fazer solicitações e na expressão de sentimentos negativos, o que determina que as variáveis sociodemográficas afetem e classificam o desempenho social. A busca por compreender as variantes transculturais tem auxiliado a validação de instrumentos de avaliação do repertório de habilidade social e proporciona uma análise comparativa em diferentes culturas para se estabelecer padrões mais generalizados de desempenho socialmente mais competentes (Del Prette e cols., 2004).

No Brasil, os universitários têm sido uma população bastante estudada (Ayres, 1994; Falcone, 2000; Del Prette & Del Prette, 1999; 2001). Alguns dados evidenciaram que essa população apresenta alguns focos de dificuldades de relacionamento interpessoal, apresentando maior sensibilidade para os relacionamentos interpessoais sem indicadores de maior competência para lidar com situações de conflito social, especialmente em alunos das ciências humanas. Esses estudantes foram, muitas vezes, avaliados pelo Inventário de Habilidade Social – Del Prette (Del Prette & Del Prette, 2001), produzindo evidências de propriedade psicométricas desse instrumento (Del Prette e cols., 2004).

Uma pesquisa realizada por Bueno, Oliveira e Oliveira (2001) buscou encontrar correlação entre habilidades sociais e traços de personalidade no modelo dos Cinco Grandes Fatores em universitários. Dentre os resultados encontrados, estava a associação

entre o fator Enfrentamento com Risco do Inventário de Habilidades Sociais (IHS) com o traço Extroversão e Abertura para Novas Experiências, além do fator Autoexposição a Desconhecidos e a Situações Novas estarem associadas à Extroversão e à Estabilidade Emocional.

Backer (2003) relatou que o ingresso na universidade representa um período em que os estudantes se deparam com novas demandas sociais e acadêmicas, nas quais podem acarretar uma vivência de situações estressantes o que pode favorecer a dificuldade de interações sociais satisfatórias. Essa constatação das dificuldades e a falta de estratégias para lidar com essa contingência pouco reforçadora podem contribuir com o surgimento de problemas psicológicos como a depressão e os transtornos de ansiedade.

Outra pesquisa realizada com o objetivo de avaliar o repertório de habilidades sociais em universitários foi a de Del Prette e cols. (2004). Este estudo pretendeu buscar e caracterizar o repertório de habilidades sociais de estudantes de psicologia em quatro localidades brasileira: São Paulo, Bahia, Minas Gerais e Rio de Janeiro. Participaram desse estudo multicêntrico, 564 estudantes que responderam o Inventário de Habilidade Social (IHS). Os resultados indicaram que os estudantes de psicologia obtiveram escores altos em EG (escore geral), F1 (Enfrentamento e Autoafirmação), F3 (Conversação e Desenvoltura Social) e F4 (Autoexposição a Desconhecidos e Situações Novas) e inferiores em F2 (Expressão de Sentimentos Positivos) e F5 (Autocontrole da Agressividade). Houve diferença significativa com relação à localidade, sexo e idade com interação local-sexo e local-idade.

Uma pesquisa realizada por Villas Boas, Silveira e Bolsoni-Silva (2005) teve por objetivo verificar os efeitos de um programa de habilidades sociais em grupo com

universitários, por meio da avaliação de mudanças comportamentais identificadas após a intervenção no programa. Os participantes foram submetidos a entrevistas individuais e ao Inventário de Habilidade Social (IHS) antes e após o programa de intervenção. A intervenção constou de vinte e dois encontros, semanais com aproximadamente duas horas. Os resultados indicaram a aquisição de alguns repertórios tais como o autoconhecimento e habilidades de comunicação, apesar de algumas dificuldades no decorrer do programa como as de enfrentamento e de autoafirmação.

Bandeira e Quaglia (2005) realizaram uma pesquisa com o objetivo de identificar as situações sociais consideradas desagradáveis e agradáveis, envolvendo diferentes interlocutores, conhecidos, desconhecidos e familiares com estudantes universitários das áreas de humanas e exatas. Os resultados apontaram que os participantes classificaram as experiências cotidianas em agradáveis e desagradáveis, agrupadas em 21 categorias, baseadas nas dimensões do comportamento socialmente habilidoso. Dentre as situações mais pontuadas como desagradáveis tem-se “expressão de insatisfação e solicitar mudança de conduta” e quanto à situação classificada como agradável foi encontrado “participar de situações sociais e diversão e passeios”. Esses dados confirmam dados da literatura com relação aos aspectos mais comuns e às maiores dificuldades no desenvolvimento das habilidades sociais quanto à expressão de desgostos e sentimentos negativos.

Bandeira, Quaglia, Bachetti, Ferreira e Souza (2005) realizaram um estudo com 135 universitários, de ambos os sexos com idade média de 25 anos com o objetivo de correlacionar comportamento assertivo, ansiedade, lócus de controle e autoestima. Como instrumentos, foram utilizados, o IDATE- traço Spielberger, Gorsuch & Lushene, (1970); o Inventário de assertividade de Rathus (Rathus, 1973), adaptado por Pasquali e Gouveia

(1990), o Inventário do Locus de controle de Levenson traduzido por Dela Coleta (1987) e a Escala de Autoestima de Dela Coleta (1980). Os resultados apontaram que os estudantes da área de exatas apresentaram escores mais elevados de assertividade e de autoestima e escores menos elevados de ansiedade do que os de ciências humanas. Não houve diferença significativa de gênero. Foi encontrada correlação positiva entre assertividade e grau de internalidade. Constatou-se ainda correlação negativa significativa entre assertividade e grau de ansiedade. Esses dados confirmam dados da literatura, indicando que comportamento assertivo está associado com baixa ansiedade e alta autoestima, com implicações no treinamento em habilidades sociais.

Bartholomeu, Nunes e Machado (2008) avaliaram e correlacionaram a socialização com habilidades sociais em universitários. Os resultados apontaram correlações significativas entre Amabilidade, Autoafirmação com o escore total do IHS. Pró-sociabilidade correlacionou-se com Autoafirmação e Autocontrole. Confiança nas Pessoas apresentou correlação significativa com Enfrentamento, Autoafirmação e Autocontrole. Os resultados indicaram que efetivamente a personalidade pode influenciar diferentes aspectos da habilidade social.

A avaliação da habilidade social e sua relação com diferentes problemas psicológicos também favorecem a compreensão de critérios para o diagnóstico diferencial dos transtornos além de auxiliar no desenvolvimento de repertórios socialmente aceitos. Especialmente com relação aos transtornos de humor foi observado por (Cole, Lazarick, & Howard, 1982; Bandeira, 1999) que os sintomas depressivos deterioram relações sociais, promovendo uma concomitância entre dificuldade de relacionamento interpessoal e sintomas depressivos.

Murta (2006) analisou a produção nacional das aplicações das habilidades sociais em diferentes contextos e implicações. Os resultados apontaram que diversos estudos têm sido desenvolvidos com habilidades sociais e crianças: dificuldades de aprendizagem, autismo e esquizofrenia; população universitária, professores do ensino fundamental, ensino médio e superior, interações sociais no trabalho, na escola e na família, com adultos em estresse, no trato com deficientes e sua relação ao comportamento antissocial. Foi também verificadas implicações no desenvolvimento dos transtornos de personalidade, de ansiedade e de humor.

Déficits de assertividade têm sido apontados como uma possível característica nos transtornos de ansiedade como sugere (Golstein & Chambless, 1978) e como preditores da ocorrência de depressão (Ball, Otto, Polack & Rosenbaum, 1994). Esses autores evidenciaram por meio de um estudo com 90 pacientes, diagnóstico de transtorno de pânico. Esses pacientes foram avaliados e divididos em dois grupos: um foi submetido a tratamento farmacológico e terapêutico comportamental com treinamento de assertividade durante dois anos e o outro somente com tratamento farmacológico. Os resultados apontaram que o grupo de pacientes que não se submeteu ao treinamento assertivo apresentou 4,5 vezes mais riscos de desenvolver a depressão comparada ao grupo submetido ao treino de assertividade. Esse estudo concluiu que existe uma associação entre habilidade social e transtorno psicológico, especialmente a depressão.

Ainda com relação a habilidades sociais e suas implicações na saúde mental, Gomide, Salvo, Pinheiro e Sabbag (2005) realizaram um estudo no qual correlacionaram o Inventário de Estilos Parentais de Gomide (IEP), o Inventário de Depressão de Beck- BDI, (Beck,1967), o Inventário de Sintomas de Estress para Adultos de Lipp e Lipp (1998) e o

Inventário de Habilidade Social- IHS (Del Prette & Del Prette, 2001), com casais e filhos. Os resultados encontrados indicaram que o IEP se correlacionou positivamente com o IHS especialmente com relação à Autoafirmação na Expressão de Sentimentos Positivos e negativamente com o BDI e aos sintomas de estresse. As conclusões desse estudo são que famílias com níveis altos de estresse e depressão desenvolvem baixo repertório social.

A habilidade social está associada a diferentes dificuldades, desde uma condição comportamental, de saber se comunicar na presença de outros e exigir direitos até condições cognitivas e emocionais que, de acordo com os dados de pesquisa, auxiliam no desenvolvimento dos transtornos psicológicos. A depressão pode estar associada ao déficit de habilidade social por diferentes fatores, entre eles a dificuldade de expressão de sentimentos (Ball e cols., 1994; Gomide e cols., 2005), associado à ansiedade e à autoestima (Bandeira e cols., 2000) e com a personalidade (Bueno, Oliveira, & Oliveira, 2001). Essas relações entre a depressão e a habilidade social podem auxiliar na busca de validade para a Escala de Depressão EDEP quando associada ao Inventário de Habilidade Social (Del Prette & Del Prette, 2001). Assim, após a discussão das medidas correlacionadas com a depressão, a personalidade e as habilidades sociais apresenta-se a seguir os objetivos dessa pesquisa.

OBJETIVOS

Objetivo

O presente estudo tem por objetivo geral buscar evidências de validade baseadas na relação com outras variáveis para a Escala de Depressão (EDEP), correlacionado-a com Eventos de vida, a Bateria Fatorial de Personalidade (BFP) e com o Inventário de Habilidades Sociais

(IHS). Essa evidência será comparada entre grupos contrastantes denominados como clínico e não clínico e com diferentes variáveis, como: sexo, nível socioeconômico, idade e estado civil.

Método

Participantes

Os participantes dessa pesquisa foram divididos em dois grupos. O Grupo A - não clínico composto por 317 estudantes dos cursos de Psicologia e de Administração de uma universidade do interior do estado de São Paulo e o Grupo B – clínico, composto por 29 clientes atendidos em consultório particular de um psiquiatra.

A amostra caracterizada pelo grupo A foi composta de 52,1% do curso de Psicologia, sendo que 52,4% frequentaram entre o primeiro e o quinto semestre. 71,3% frequentaram o noturno, 81,1% trabalhava na época e nessa condição, 14,2% eram estagiários. Quando questionados se alguém da família havia sido diagnosticado com depressão, 67,2% afirmaram que não e 32,8% que sim, sendo que o diagnóstico foi dado somente para a mãe.

Com relação ao grupo B, 34,5% possuía ensino médio completo/incompleto e 58,5% trabalhava. A mãe de 55,2% dos pacientes já havia tido diagnóstico de depressão; 89,7% dos entrevistados confirmaram que passaram por avaliação psiquiátrica; destes 34,5% tiveram diagnóstico de depressão moderada e 27,6% depressão severa; 44,8% estavam em tratamento psicológico para a depressão e todos os pacientes estavam passando por tratamento medicamentoso. Outros dados sociodemográficos dos dois grupos encontram-se na análise descritiva dos resultados.

Instrumentos

Questionário de Identificação Sociodemográfico (QIS)

O questionário de identificação sociodemográfico dos participantes teve por objetivo levantar questões relativas às condições demográficas, socioeconômicas, sociais e informações relativas a sintomas de depressão, sendo composto por treze itens fechados. Dentre eles, cinco com o objetivo de levantar informações sobre sexo, idade, curso, estado civil e nível de escolaridade da família (especificamente do chefe da família); cinco itens relativos ao trabalho atual, diagnóstico de depressão na família, ocorrência de avaliação psiquiátrica ou psicológica e/ou tratamento e, em caso positivo, como classifica a depressão (leve, moderada e severa). As questões retiradas no critério de classificação econômica Brasil- CCEB (Anep, 2000) foram também avaliadas e um último item que se relaciona a eventos de vida, anexados também ao QIS.

Esses eventos foram retirados da versão brasileira da Entrevista para Eventos de Vida Recentes, desenvolvida originalmente por Eugene Paykel em 1967, traduzido e validado para a língua portuguesa por (Oliveira, Fonseca & Del Porto, 2002). A entrevista foi adaptada para ser autoaplicada e dividida em 10 tópicos. A saber, trabalho, educação, finanças, saúde, luto, migração, namoro e coabitação, família e relações sociais identificados no tempo, envolvendo mudanças no ambiente externo (Souza, 2007) (Anexo 2).

Inventário de Habilidades Sociais (IHS) (Del Prette & Del Prette, 2001).

Trata-se de um instrumento de autorrelato com o objetivo de caracterizar o desempenho social em diferentes situações. Esse instrumento é composto por um caderno

de aplicação e uma folha de resposta. O caderno de aplicação é composto com instruções e em sua parte interna, 38 itens descrevem situações de interação social em vários contextos (trabalho, lazer, família), com diversos interlocutores (colegas, família, superiores) e com uma diversidade de habilidades (falar em público, expressar sentimentos e pedir mudanças de comportamentos) e uma possível reação do avaliado a essas situações.

O IHS avalia o repertório de habilidade social com base na estimativa que o respondente faz sobre a frequência com que reage na indicação de cada item relacionado a cinco diferentes dimensões: Habilidade Social de Comunicação que corresponde a fazer e responder perguntas, pedir feedbacks, gratificar/elogiar, dar feedbacks e iniciar e encerrar conversações. Habilidade Social de Civilidade relaciona-se a condição de dizer "por favor," agradecer, apresentar-se, cumprimentar e despedir-se. Habilidades Sociais Assertivas, Direito e Cidadania consiste nas habilidades de manifestar opiniões, concordar, discordar, fazer, aceitar ou recusar pedidos, desculpar-se, admitir falhas, interagir com autoridades, estabelecer relacionamentos afetivo/sexual, encerrar relacionamentos, expressar raiva/desagrado, pedir mudança de comportamento e lidar com a crítica. Habilidade Empática relaciona-se à capacidade do indivíduo em parafrasear, refletir sentimentos e expressar apoio, sentimentos positivos, fazer amizades, expressar solidariedade e cultivar o amor. Habilidade Social de Trabalho, representado pela condição em coordenação de grupos, falar em público, resolver problemas, tomar decisões e mediar conflitos. Esse instrumento é composto por um caderno de aplicação e uma folha de resposta.

As propriedades psicométricas do IHS foram analisadas a partir das respostas de uma amostra de universitários sendo priorizada a análise da estrutura fatorial e da consistência

interna (Del Prette, Del Prette, Torres, & Pontes., 1998). Os resultados apontaram que o inventário apresentou capacidade discriminativa adequada dos itens, uma consistência interna satisfatória (Alpha de Cronbach= 0.75) e uma estrutura multidimensional que incluía cinco fatores: Enfrentamento de Risco correspondente aos itens 21, 16, 15, 29, 11, 14, 5, 1, 12 e 7 que relataram situações interpessoais em que a demanda de reação do interlocutor se caracteriza pela afirmação e defesa de direitos e autoestima, com risco potencial de reação indesejável. Autoafirmação na Expressão de Afeto Positivo, presente nos itens 3, 28, 8, 35, 30, 6 e 10 que descreveram situações pessoais de expressão de afetos positivos de demandas interpessoais de expressão de afetos positivos e de afirmação da autoestima com risco mínimo de reação indesejável. Conversação e Desenvolvimento Social correspondente aos itens 17, 37, 36, 13, 22, 24 e 19 que retrataram situações sociais neutras (afetos positivos ou negativos) com risco mínimo de reação indesejável.

A Autoexposição a Desconhecimento ou a Situações Novas, presentes nos itens 23, 26, 9 e 14 e Autocontrole da Agressividade em Situações Aversivas reunido nos itens 18, 38 e 31 supuseram reação à estimulação aversiva do interlocutor, demandando controle de raiva e da agressividade em um item negativamente relacionado a esse fator (31) que reflete características de impulsividade, incompatível com as de calma e de autocontrole. Nessa estrutura ficou evidenciada a porcentagem de variância explicada dos fatores, e a importância do conceito de assertividade, que consiste na subárea mais importante das Habilidades sociais (Bandeira e col. 2000). A validade concomitante do IHS foi realizada por meio de uma análise correlacional com a Escala de Assertividade de Rathus. Os resultados apontaram uma correlação significativa entre as duas escalas ($r=0.79$, $p= 0,01$).

Modelo dos Cinco Grandes Fatores - Big Five (BFP) (Hutz e cols., 1998)

O instrumento de avaliação da personalidade, baseado na Teoria dos Traços de Personalidade, descreve dimensões humanas básicas de forma consistente e replicável. O modelo dos Cinco Grandes Fatores originou-se de estudos da linguagem dos descritores de traços de personalidade, tendo as pesquisas, nos últimos dez anos, estabelecido um razoável consenso entre os pesquisadores da área quanto à solidez dos cinco fatores como bons preditores para avaliação da personalidade. Foi considerado por Digman, (1993), Goldberg, (1990), McCrae, e John (1992), McCrae, Costa e Piedmont, (1993), Ozer & Reise, 1994, citado em Hutz e cols.(1998) como o melhor modelo estrutural disponível na atualidade para a descrição da personalidade.

A denominação que se segue é uma versão simplificada com 64 adjetivos apresentados em uma escala de cinco pontos entre discordo totalmente e concordo totalmente. Essas características são baseadas na classificação atual dos Cinco Grandes Fatores: Fator I – geralmente chamado de Extroversão/Introversão, correspondente ao fator I da escala Eysenck (1970) e ao fator Atividade Social do sistema de Guilford, corresponde à intensidade de interação social do indivíduo ao relacionar-se a pessoas expansivas, falantes e sociáveis e no outro extremo, pouco positivas, passivas e emocionalmente retraídas; Fator II – Nível de Socialização, indicando uma tendência a ser socialmente agradável caloroso e dócil, descrevendo em um extremo da dimensão aspectos como altruísmo, cuidado, amor, apoio emocional e, em outro extremo, hostilidade, indiferença aos outros, egoísmo e inveja; Fator III – denominado de Escrupulosidade, agrupando traços de personalidade que levam à responsabilidade e honestidade e, em outro extremo, à negligência e irresponsabilidade; o Fator IV – Neuroticismo/Estabilidade Emocional indicam características de personalidade envolvendo afeto positivo e negativo, ansiedade e

estabilidade ou instabilidade emocional. O alto valor desse fator determina traços de pessoas pré-dispostas a experimentar afetos negativos, insegurança, tensão e que possuem formas de enfrentamento pouco adaptativo; Fator V – Intelecto ou Abertura, diz respeito à percepção que a pessoa tem de sua própria inteligência ou capacidade, bem como da flexibilidade de pensamento, de fantasia e imaginação, abertura para novas experiências e interesses culturais, enfatiza pessoas curiosas, originais e mais inovadoras (Hutz e cols., 1998).

Os dados coletados do Modelo dos Cinco Grandes Fatores, com base na versão em português, foram submetidos a uma análise fatorial exploratória, utilizando vários métodos da extração no qual foram obtidos resultados praticamente idênticos, independentemente do método utilizado. A análise fatorial permitiu identificar cinco fatores distintos, denominados “socialização”, “extroversão”, “realização”, “neuroticismo” e “abertura”, com medidas de fidedignidade 0,88, 0,88, 0,84, 0,80 e 0,78 correspondentemente. As médias calculadas, invertendo-se os itens de carga negativa também foram analisadas, de tal forma que, quanto mais alto o escore, maior o nível de socialização, de extroversão, de realização, de neuroticismo e de abertura para a experiência (Hutz e cols., 1998; Nunes, 2005).

O Fator Socialização refere-se a uma dimensão interpessoal, voltada para os tipos de interação, generosidade, bondade, tipo de doação em relação aos demais, empatia, cinismo e nível de cooperação. O Fator Extroversão está relacionado à quantidade e intensidade das interações interpessoais, sociabilidade, otimismo, afetuosidade e estado de espírito. O Fator Realização relaciona-se com o grau de organização, persistência, controle e motivação para alcançar objetivos, nível de decisão, pontualidade, perseverança e clareza nos objetivos. O Fator Neuroticismo refere-se ao nível de ajustamento e instabilidade emocional, nível do

sofrimento psicológico, ansiedade, estado de humor, tolerância a frustrações, adaptação emocional. O Fator Abertura encontra-se voltado para a abertura a novas idéias, ao novo, não estando este Fator diretamente relacionado com a inteligência, mas sim com os comportamentos exploratórios e a valorização da necessidade de se ter novas experiências, curiosidade, imaginação, criatividade e rigorosidade em relação às próprias crenças. Os resultados são obtidos por meio da tabulação dos itens em uma planilha de dados específica (em Excel), na qual gera os fatores mais pontuados de forma numérica e decrescente (Hutz e cols., 1998) (Anexo 3).

Escala de Depressão EDEP (Baptista & Sisto, 2007)

Essa escala tem por objetivo captar o máximo possível de informações a respeito da sintomatologia da depressão, baseada em indicadores retirados de: DSMIV-TR (APA, 2002); CID-10 (OMS, 1997), Terapia Cognitiva da Depressão (Beck, Rush, Shaw e Emery, 1979) e Princípios do Comportamento (Ferster, Culbertson & Boren, 1997), resultando inicialmente em um instrumento de “*screening*” (rastreamento) para amostras psiquiátricas e não psiquiátricas (Baptista & Sisto, 2007).

Os itens da EDEP foram criados por docentes e discentes de mestrado e doutorado em uma disciplina do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* da Universidade São Francisco com experiência clínica em transtorno de humor. Estabeleceu-se um número mínimo de cinco frases para cada indicador, quais sejam: humor deprimido, perda ou diminuição de prazer, choro, desesperança/falta de perspectivas 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, autoestima rebaixada, falta de perspectiva sobre o presente, falta de perspectiva sobre o futuro (incorporado à desesperança), hipocondria, alteração de apetite, alteração de peso, alteração do sono (insônia /hipersonia) ou hipertonia/, lentidão /agitação psicomotora, perda de libido, fadiga /perda de energia e irritação. As frases apontavam condições extremas (frases negativas e positivas), para que o sujeito indicasse, em uma escala likert de cinco pontos, como se sentia em relação àquele item. Elas foram elaboradas de forma abrangente, para que tanto homens quanto mulheres pudessem se identificar com as situações propostas e deveriam ainda expressar a temporalidade dos comportamentos. A seleção das frases levou em conta a adequação aos indicadores, formulação, linguagem clara e precisa. A versão da Escala de Depressão (EDEP) utilizada nessa pesquisa contém 75 itens, com pontuação mínima de 0 e máxima de 300 indicando que quanto maior a pontuação maiores as queixas de sintomatologia de depressão.

Como mostra o exemplo:

Viver está cada vez mais difícil	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Viver é muito bom
Não tenho vontade de chorar	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Tenho sentido vontade de chorar
Tenho estado mais angustiado	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Tenho me sentido muito bem
Tenho me atrapalhado para escolher as coisas	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Escolho normalmente
Consigo realizar tarefas	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Sinto-me mais impotente para realizar tarefas

Entrevista Estruturada para o DSM-IV – Transtornos do Eixo I (Del –Bem & cols, 2001)

A Entrevista Estruturada para o DSM-IV – transtornos do eixo I – versão clínica (SCID-CV) foi desenvolvida para padronizar os procedimentos diagnósticos entre psiquiatras e profissionais da saúde. Essa entrevista inicia-se por uma seção de revisão geral, que segue o roteiro de uma entrevista clínica não estruturada. São realizadas perguntas sobre idade, escolaridade, estado civil, entre outros fatores relevantes que fazem parte do perfil do paciente. Em seguida, o questionário é dividido em módulos que correspondem às categorias diagnósticas de cada transtorno. Os critérios diagnósticos estão presentes no próprio corpo do instrumento, facilitando a elaboração do diagnóstico conforme a entrevista progride. Uma característica essencial da SCID-CV é que embora as perguntas sejam estruturadas, a pontuação se refere ao julgamento clínico do entrevistador, com relação à presença ou não de determinados critérios, e não à resposta dada pelo paciente. Assim, se os critérios essenciais de uma categoria não forem preenchidos, existe a possibilidade de questões remanescentes serem ignoradas, o que permite o descarte rápido de diagnósticos irrelevantes (Del-Bem e cols., 2001).

No Brasil, um estudo para verificar a precisão desse instrumento foi realizado, pela metodologia teste-reteste com intervalo mínimo de dois dias e no máximo um mês, de uma versão do instrumento traduzido e adaptado para o português (Del-Bem & cols., 2001). O estudo de confiabilidade do instrumento foi realizado pelo coeficiente de Kappa (K) que mede a proporção de concordância diagnóstica observada entre avaliadores, corrigindo a proporção de concordância casual que normalmente seria esperada. O teste de significância estatística foi aplicado, sendo considerado significativos valores de p maiores ou iguais a 0,05.

O Kappa (K) para o diagnóstico principal foi de 0,83 denotando uma concordância excelente entre os entrevistados estatisticamente significativa ($p < 0,001$). Valores estatisticamente significativos ($p < 0,001$) foram observados para todas as categorias diagnósticas maiores, como: transtorno de humor, psicóticos relacionados ao uso de substâncias psicoativas (álcool e não álcool) e satisfatória para os transtornos de ansiedade.

Os resultados obtidos sugerem que a SCID traduzida e adaptada para o português é um instrumento que permite bons índices e confiabilidade do diagnóstico psiquiátrico, já que a concordância geral da entrevista, medida por Kappa, foi bastante satisfatória, bem como a concordância obtida nas categorias diagnósticas maiores e na grande maioria das categorias diagnósticas específicas submetidas ao tratamento estatístico. Para o atual estudo foi utilizado o caderno de transtorno de humor.

Procedimento

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética da Universidade São Francisco, bem como o consentimento dos coordenadores dos cursos da universidade e dos médicos para a realização da coleta, os universitários e os clientes foram convidados a participarem desta pesquisa mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Anexo 1). Inicialmente foi aplicado o Questionário Sociodemográfico (Anexo 02), posteriormente a aplicação da Escala de Depressão EDEP, o Inventário Reduzido dos Cinco Fatores de Personalidade (Anexo 3) e o Inventário de Habilidade Social (IHS). Esses dois últimos instrumentos foram aplicados de forma aleatória para o grupo A. A coleta ocorreu em sala de aula, de forma coletiva, com o tempo estimado de 40 minutos. Vale

ressaltar que somente os clientes foram submetidos, além dos instrumentos citados à Entrevista Estruturada do DSM-IV (SCID –CV) com o objetivo de verificar o diagnóstico de depressão.

Com o grupo B, os horários foram agendados previamente e a coleta foi realizada no próprio consultório de um médico psiquiatra, individualmente, com tempo médio de 1h50min com cada entrevista. A avaliação dos pacientes foi realizada durante os meses de abril, maio e junho de 2009 por uma psicóloga. A SCID confirmou o diagnóstico de depressão dos 29 pacientes incluídos nessa pesquisa. Porém outras entrevistas foram realizadas com outros pacientes sem a confirmação do diagnóstico de depressão. Isso pode ter ocorrido pelo fato de alguns entrevistados estarem sob efeito de antidepressivos, o que pode ter diminuído a intensidade dos sintomas da depressão no momento da entrevista.

O grupo B ficou significativamente menor que o grupo A, devido a algumas dificuldades encontradas na coleta como: o tempo utilizado em cada entrevista, o número de pacientes com diagnóstico de depressão não confirmado pela SCID e a baixa adesão dos pacientes para realizar as entrevistas. O tempo total utilizado na coleta de dados, para essa pesquisa, foi de oito meses.

Resultados

Inicialmente os dados aqui apresentados foram analisados a partir de estatística descritiva por idade, sexo, classe socioeconômica e estado civil. A validade da Escala de Depressão (EDEP) foi investigada com a análise de correlação de *Pearson* entre EDEP, as medidas de Personalidade, Habilidades Sociais e os Eventos de Vida. Posteriormente foi

realizada a comparação das médias dos resultados dos grupos A e B em relação à EDEP, ao Inventário de Personalidade e ao Inventário de Habilidade Social (IHS), com o uso do *t* de Student e Anova.

Análise descritiva da amostra do grupo A (não clínico)

A amostra do grupo A (não clínico) foi composta por 317 estudantes de graduação dos cursos de Psicologia e Administração de uma universidade particular localizada no interior do estado de São Paulo. Com relação ao sexo, a maioria da amostra era do sexo feminino (71%). A idade média do grupo foi de 25,24 anos (DP=6.5), sendo a idade mínima 18 anos e a máxima, 55 anos. A maioria não possui um parceiro (sozinhos) (77,9%) e são da classe socioeconômica A1, A2 e B1 (40,7%).

As idades dos participantes foram reagrupadas em três grupos, pela frequência, sendo o grupo 1 composto por participantes de 18 a 22 anos, o grupo 2 de participantes entre as idades de 23 e 27 anos e o grupo 3 de participantes entre 28 e 55 anos. A maioria da amostra (37,9%) integrou o grupo 1, seguido de 32,5% no grupo 2 e 21,1% no grupo 3 (Tabela 1).

Tabela 1

Frequência e porcentagem das idades dos participantes do A (não clínico)

Idade	F	%
Grupo 1 (de 18 a 22)	120	37,9
Grupo 2 (de 23 a 27)	103	32,5
Grupo 3 (de 28 a 55)	67	21,1

O estado civil do grupo pesquisado foi agrupado em duas categorias, sendo 1 – juntos (namorando, casados, amasiados, com companheiros) e 2- sozinhos, ou seja, os que não possuíam nenhum parceiro (solteiros, viúvos, separados), sendo que 77,9% da amostra estava no grupo 2. Outra característica investigada foi a classe socioeconômica dos participantes. Para a análise estatística, as classes A1, A2 e A3 foram reagrupadas, pela frequência, para um grupo denominado 1, a classe B2 foi denominada 2 e as classes C e D foram classificadas como grupo 3. A maioria da amostra declarou ser da classe 1 (40,7 %), seguido de 34,4% da classe dois e 24,9 % da classe 3 (Tabela 2).

Tabela 2

Frequência e porcentagem da classe socioeconômica reagrupada dos participantes do grupo A (não clínico)

Classe Socioeconômica	F	%
Grupo 1 (A1,A2 A3)	129	40,7
Grupo 2 (B2)	109	34,4
Grupo 3 (C,D)	79	24,9

Abaixo, seguem os dados descritivos das pontuações dos participantes do Grupo A (não clínico) nos instrumentos administrados e suas dimensões.

Tabela 3

Dados descritivos dos instrumentos no grupo A (não clínico)

	Média	Mediana	Moda	DP	Mínimo	Máximo
EDEP	88,53	80,00	51,00	51,33	0	256
Eventos de vida	4,64	5,00	5,00	2,43	0	13
IHS- Enfrentamento e Autoafirmação	21,34	22,00	22,00	6,77	5	37
IHS- Autoafirmação na Expressão de Sentimentos Positivos	20,71	22,00	22,00	4,61	5	28
IHS- Conversação e Desenvoltura Social	18,23	18,00	17,00	4,35	3	28
IHS- Autoexposição a Desconhecidos e a Situações Novas	9,13	9,00	8,00	3,18	0	16
IHS- Autocontrole da Agressividade	8,03	8,00	8,00	2,42	0	12
BFP- Socialização	50,30	51,50	45,00	8,81	16	64
BFP- Extroversão	23,51	22,00	16,00	8,13	3	40
BFP- Realização	40,66	41,00	39,00	6,47	20	54
BFP- Abertura	31,59	32,00	30,00	5,93	16	43
BFP- Neuroticismo	15,22	14,00	12,00	6,33	2	35

Coefficientes de correlação entre Escala de Depressão (EDEP) e os demais instrumentos do grupo não clínico

Com o objetivo de buscar evidências de validade da EDEP, foram calculadas as suas correlações com os demais instrumentos utilizados neste estudo. As tabelas a seguir mostram os coeficientes de correlação entre a EDEP com os Eventos de Vida, as dimensões do Inventário de Personalidade (BFP) e as dimensões do Inventário de Habilidade Social (IHS). Tais resultados correspondem ao grupo A (não clínico).

A Tabela 4 demonstra que a correlação existente entre EDEP e Eventos de Vida Total é marginal e de magnitude denominada inadequada, de acordo com Prieto e Muñiz (2000). Para as características, Socialização, Extroversão, Realização e Abertura, a correlação foi negativa, indicando que quanto maior a pontuação na EDEP, menores as pontuações nessas dimensões. Quanto à magnitude dessas correlações, de acordo com Prieto e Muñiz (2000), a correlação entre a EDEP e o fator Extroversão é considerada inadequada, a correlação entre a EDEP e o fator Socialização é considerada suficiente e a magnitude da correlação entre EDEP e Realização é considerada boa. Para a característica Abertura não foi encontrada nenhuma correlação com a EDEP e para a característica Neuroticismo foi encontrada correlação positiva, indicando, portanto, que quanto maiores as pontuações no instrumento que avalia depressão, maiores as pontuações na dimensão Neuroticismo, da BFP. Quanto à magnitude dessa última correlação, Prieto e Muñiz a classificam como excelente, pois se encontra acima de 0,55.

Tabela 4

Coefficiente de correlação (r) e valores de p para as medidas de depressão, Eventos de Vida e fatores de personalidade do grupo A (não clínico)

	Eventos de vida	Socialização	Extroversão	Realização	Abertura	Neuroticismo
EDEP	r	0,11	-0,278	-0,189	-0,353	0,741
	p	0,074	0,000	0,042	0,000	0,000

A Tabela 5 apresenta as correlações encontradas entre a EDEP e o IHS. Foram encontradas correlações negativas com os fatores Enfrentamento e Autoafirmação, Autoafirmação na Expressão de Sentimentos Positivos, Autoexposição a desconhecidos e

Situações Novas e Autocontrole da Agressividade, indicando que quanto maiores as pontuações na EDEP, menores as pontuações nessas dimensões. Quanto à magnitude dessas correlações, de acordo com Prieto e Muñiz (2000), as entre a EDEP e Enfrentamento e Autoafirmação, Autoafirmação na Expressão de Sentimentos Positivos, Autoexposição a Desconhecidos e Situações Novas são consideradas Suficientes, pois se encontram entre 0,20 e 0,35. Ainda de acordo com Prieto e Muñiz (2000), a correlação entre EDEP e Autocontrole da Agressividade é considerada muito boa, pois se encontra entre 0,45 e 0,55. Somente não foi encontrada correlação estatisticamente significativa entre a EDEP e o fator Conversação e Desenvoltura social.

Tabela 5

Coefficiente de correlação(r) e valores de p para as medidas de (EDEP) e habilidade social(IHS) do grupo não clínico

	Enfrentamento e Autoafirmação	Autoafirmação na Expressão de Sentimentos Positivos	Conversaço e Desenvoltura Social	Autoexposiçã a Desconhecidos e a Situações Novas	Autocontrole da Agressividade
r	-0,312	-0,301	-0,220	-0,208	-0,479
EDEP					
p	<0,001	<0,001	0,161	0,023	< 0,001

Comparação das médias dos instrumentos em função do sexo, idade, estado civil e classe socioeconômica do grupo A (não clínico)

Um dos objetivos propostos nesse estudo foi verificar se há diferença estatisticamente significativa entre as médias das pontuações dos participantes nos instrumentos em relação a dados sociodemográficos. Para tanto, foi realizada a comparação de médias com o uso de teste *t* de *Student* nas variáveis sexo e estado civil e a Anova para as variáveis idade e classe socioeconômica com os instrumentos aplicados.

Diferença de média dos instrumentos por sexo

Com relação ao sexo dos participantes, houve diferença estatisticamente significativa de médias com relação à EDEP. A diferença demonstra que as mulheres pontuaram mais que os homens.

Tabela 6

Diferença de média da EDEP por sexo do grupo não clínico

	Sexo	Média	t	P
	1 (masculino)	67,55		
EDEP total	2 (feminino)	83,16	-2,807	0,032

Ainda com relação à variável sexo, foi encontrada diferença estatisticamente significativa em todos os fatores do IHS. Com relação à característica Enfrentamento de Autoafirmação com Risco, a média foi maior entre as mulheres. O mesmo ocorreu com a característica Autocontrole da Agressividade. Também foi encontrada diferença significativa entre as médias do fator Socialização, sendo que os homens pontuaram mais (Tabela 7).

Tabela 7

Diferença de média entre a característica Enfrentamento e Autoafirmação com Risco (IHS), Autocontrole da Agressividade (IHS) e Socialização (BFP) por sexo do grupo não clínico

	Sexo	Média	t	p
Enfrentamento e Autoafirmação com Risco	1 (feminino)	24,39	3,654	< 0,001
	2 (masculino)	20,71		
Autocontrole da Agressividade	1 (feminino)	8,68	2,134	0,031
	2 (masculino)	7,76		
Socialização	1 (feminino)	45,37	-4,584	< 0,001
	2 (masculino)	52,53		

Diferença de média dos instrumentos por estado civil do grupo não clínico

Foi verificada diferença entre as médias do estado civil com relação aos fatores Autocontrole na Expressão de Sentimentos Positivos e Autocontrole da Agressividade, indicando médias maiores para o grupo de juntos, ou seja, as pessoas possuem parceiros (acompanhados) (Tabela 8).

Tabela 8

Diferença de média do fator Autoafirmação de Expressão de Sentimentos Positivos e Autocontrole da Agressividade do (IHS) por estado civil do grupo não clínico

	Estado Civil	Média	t	p
Autocontrole na expressão de sentimentos positivos	1 (juntos)	21,93		
	2 (sozinhos)	20,36	2,137	0,03
Autocontrole da agressividade	1 (juntos)	8,96		
	2 (sozinhos)	7,79	2,449	0,01

Diferença de média dos instrumentos por idade do grupo A (não clínico)

A Tabela 9 mostra a diferença de média dos Eventos de Vida Totais (EVTOT) e da Autoexposição a Desconhecidos e Situações Novas (IHS) por idade. As diferenças foram marginais. Nos eventos de vida, as pessoas de 28 a 55 anos tiveram médias maiores, seguidas dos de 23 a 27 e por último os de 18 a 22. Na Autoexposição a Desconhecidos e Situações Novas, as médias maiores foram novamente dos participantes de 28 a 55 anos seguido dos 23 a 27 e por último de 18 a 22 anos.

Tabela 9

Diferença de média do EVTOT e Autoexposição a Desconhecidos e Situações Novas por idade do grupo não clínico

	Idade	Média	F	p
EVTOT	1 (18 a 22)	48,8		
	2 (23 a 27)	50,0	2,498	0,083
	3 (28 a 55)	52,8		
Autoexposição a Desconhecidos e Situações Novas	1 (18 a 22)	8,34		
	2 (23 a 27)	9,40	2,615	0,075
	3 (28 a 55)	9,69		

Diferença de média dos instrumentos por classe socioeconômica do grupo não clínico

A tabela 10 indica que houve diferença significativa, indicando que as pessoas classificadas no grupo 3 pontuaram mais, seguidas pelo grupo 2 e por último o grupo 1.

Tabela 10

Diferença de média do fator Socialização por classe socioeconômica do grupo não clínico

	Classe Socioeconômica	Média	F	P
Socialização	Grupo 1	2,67		
	Grupo 2	2,67	4,73	0,012
	Grupo 3	6,16		

Análise descritiva da amostra do grupo B (clínico)

A amostra do grupo clínico foi composta por 29 pacientes, com diagnóstico de depressão, atendidos em um consultório psiquiátrico no interior do estado de São Paulo. Com relação ao sexo dos participantes, pode-se observar que 79,3% foram do sexo feminino. As idades dos participantes variaram entre 25 e 67 anos, com a média 46 anos (DP). A tabela 11 mostra que 55,2% dos participantes do grupo clínico estão entre 25 e 44 anos, 44,8% entre 45 e 67 anos de idade.

Tabela 11

Descritiva da amostra do grupo clínico por idade

Idade	F	%
Grupo 1 (25 a 44)	16	55,2
Grupo 2 (45 a 67)	13	44,8

Outra característica investigada foi a classe socioeconômica dos participantes. De acordo com os dados da tabela 16, 44,8% dos pacientes encontram-se na classe socioeconômica denominada B2, 24,1% na classe A2 e B1 e 31% na classe C1 e C2.

Tabela 12

Descritiva da amostra do grupo clínico por classe sócioeconômica

Classe Socioeconômica	F	%
Grupo 1 (classe B2)	13	44,8
Grupo 2 (classe A2 e B1)	7	24,1
Grupo 3 (classe C1 e C2)	9	31,0

O estado civil do grupo pesquisado foi agrupado em duas categorias: 1 – juntos (namorando, casados, amasiados com companheiros e 2 - sozinhos (separados, viúvos, divorciados, sem namorado). 48,2% estão juntos e 48,2% sozinhos.

Tabela 13

Descritiva da amostra do grupo clínico por estado civil

Estado civil	F	%
Grupo 1 (juntos)	14	48,2
Grupo 2 (sozinhos)	14	48,2
Não respondeu	1	4,2

Abaixo, na tabela 14 segue os dados descritivos das pontuações que os participantes do Grupo B (clínico) obtiveram nos instrumentos administrados e suas dimensões.

Tabela 14

Dados descritivos dos instrumentos no grupo B (clínico)

	Média	Mediana	Moda	DP	Mínimo	Máximo
EDEP	177,17	174,00	193,00	47,28	90	256
Eventos de vida	5,38	5,00	5,00	2,16	2	10
IHS - Enfrentamento e Autoafirmação	20,66	20,50	19,00	5,63	6	28
IHS - Autoafirmação na Expressão de Sentimentos Positivos	20,92	21,50	21,00	5,14	7	27
IHS - Conversação e Desenvoltura Social	14,33	13,00	11,00	5,47	7	24
IHS - Autoexposição a Desconhecidos e a Situações Novas	5,00	4,00	4,00	3,13	0	10
IHS- Autocontrole da Agressividade	7,41	8,50	10,00	3,73	1	12
BFP- Socialização	46,44	49,50	52,00	10,56	27	63
BFP- Extroversão	15,41	13,00	11,00	9,66	1	36
BFP- Realização	40,23	41,00	32,00	9,30	20	54
BFP- Abertura	24,18	23,00	20,00	5,73	14	36
BFP- Neuroticismo	20,47	21,00	8,00	8,16	7	37

Coefficientes de correlação entre Escala de Depressão (EDEP) e os demais instrumentos do grupo clínico

A tabela 15 mostra a correlação entre a EDEP e o Inventário de Personalidade (BFP). As correlações encontradas indicam que quanto maior a pontuação na Escala de Depressão (EDEP), maiores também a pontuação no fator Neuroticismo. Com relação ao fator Abertura, a correlação encontrada foi negativa, demonstrando que quanto maior a pontuação na EDEP, menor a pontuação nesse fator. Não foi encontrada correlação entre a EDEP e os fatores do Inventário de Habilidade Social.

Tabela 15

Coefficiente de correlação(r) e valores de p para as medidas de depressão (EDEP), eventos de vida e personalidade (BFP) do grupo clínico

		Eventos de vida	Socialização	Extroversão	Realização	Abertura	Neuroticismo
EDEP	r	0,243	-0,477	-0,472	-0,309	-0,513	0,687
	P	0,208	0,062	0,067	0,235	0,044	< 0,001

Quanto às diferenças de média entre as pontuações do Grupo A (não clínico) e Grupo B (clínico) nos instrumentos administrados, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas apenas na EDEP, como se observa na Tabela 16.

Tabela 16

Diferenças de média na EDEP entre universitários e depressivos

	Participantes	Média	t	P
EDEP_TOT	universitários	88,5281	-11,995	< 0,001
	depressivos	177,1724		

A Tabela 16 mostra que a média do Grupo B (clínico) foi maior que a média do grupo A (não clínico), conforme o esperado, e essa diferença foi significativa.

Discussão

Avaliar a depressão de forma adequada tem sido um grande desafio para os pesquisadores. Primeiro porque a depressão tem sido considerada um problema de saúde pública, à medida que tem atingido a população mundial como verificado por Kaplan e Sadock (1994), Murray e Lopez (1997) e Bahls (1999). Segundo, o diferente fator relacionado à causa da depressão tem levado algumas pesquisas a considerar influências

culturais, sociais e históricas na incidência da depressão (Baptista, 1999; Murphy e cols., 2000). Esses autores verificaram que fatores como Eventos de Vida, justificados por perdas, violência, drogas e separações, entre outros, podem influenciar no aparecimento dos sintomas depressivos. Traços de personalidade também foram considerados fatores associados à depressão, verificado por Santor e cols. (1997), Orsini (2006), Ito, Gobitta e Guzzo (2007) e Bagby e cols., (2008) e outras variáveis como a habilidade social no desenvolvimento de diferentes transtornos psicológicos, inclusive a depressão (Golstein & Chamblless, 1978; Ball e cols., 1994, Murta, 2005 e Gomide e cols, 2005).

O presente estudo teve entre os objetivos, o de verificar a associação entre a EDEP com as medidas de personalidade, habilidade social e eventos de vida, tanto no grupo clínico, quanto no grupo não clínico. Com relação às medidas de personalidade, os dados encontrados demonstraram, no grupo não clínico, correlação entre os quatro fatores de personalidade com a Escala de Depressão (EDEP). Correlações como essas já foram encontradas por outros autores, como Bartilstone e Trull (1995) que relacionaram o fator socialização, angústia, neuroticismo e depressão. Hearnkness e cols. (2002) encontraram correlações entre os cinco fatores de personalidade com eventos de vida negativos e depressão. Santor e cols (1997), Maciel e Yoshida (2006) e Ito e cols (2007) encontraram correlação positiva entre neuroticismo e depressão. Com relação a esse fator ainda, Bagby e cols. (2008) tiveram por objetivo correlacionar características do fator neuroticismo com transtornos de personalidade, sem sintomas de depressão e no diagnóstico de depressão maior. A presença desse fator foi encontrada em todos os transtornos de personalidade e no diagnóstico de depressão. Essa pesquisa demonstrou que houve semelhança entre esses transtornos quanto à presença do traço neuroticismo.

Com relação ao traço neuroticismo, pode-se entender que esse fator é caracterizado por pessoas com baixa tolerância à frustração, pré-disposição em experimentar angústia, idéias irrealistas e formas de enfrentamento pouco adaptativas. Os resultados, com o fator neuroticismo, aqui encontrados puderam verificar que a EDEP se demonstrou sensível em detectar sintomas de depressão em pessoas com traço de neuroticismo elevados e, muitas vezes, associado ao transtorno de humor. Como já verificado, Dias (2008) encontrou correlação positiva entre a EDEP total e a dimensão neuroticismo ($p < 0,01$) com pacientes portadores de doenças inflamatórias intestinais.

Outros traços de personalidade correlacionados com a Escala de Depressão (EDEP) foram a Socialização e a Extroversão. Esses fatores são denominados como características da pessoa que estão diretamente associadas à convivência e à comunicação com o outro, apesar da pessoa deprimida não apresentar nenhum sintoma específico de baixa socialização no quadro depressivo Maior, pelos manuais de diagnóstico CID 10 e DSM IV. Entende-se que os sintomas associados à diminuição acentuada do prazer em atividades do dia a dia, sentimentos de inutilidade, indecisão e o humor deprimido podem estar associados com esses traços de personalidade, à medida que a depressão dificulta a convivência social. Pesquisas como de Orsini (2006), Santos e cols. (2004) e Harkness e cols. (2002) verificaram que a estabilidade emocional e a diminuição dos sintomas depressivos aumentam a pontuação no fator Extroversão e Socialização.

Ainda com relação aos fatores de personalidade, foi encontrada, também, correlação negativa entre o fator Realização e a EDEP. Blackburn (2004) verificou correlação semelhante e discute que as pessoas deprimidas apresentam, além da diminuição da

convivência social, diminuição do autocontrole e na obstinação para concretizar objetivos pessoais, o que pode justificar a correlação encontrada nesse estudo.

O fator personalidade denominado Abertura é caracterizado pela capacidade de flexibilização do pensamento e abertura para novas experiências está vinculada a pessoas inovadoras e originais. Com relação aos grupos pesquisados, somente foi encontrada correlação desse fator com a EDEP no grupo clínico. Como nesse grupo, todos os participantes apresentavam diagnóstico de depressão, foi encontrada na teoria cognitiva da depressão, uma afirmativa de Beck (1997) que diz que o paciente depressivo apresenta, dentre outras características, a dificuldade de abertura para novas experiências, além de pensamentos que avaliam as experiências de forma absolutista, moralista e irreversível. Essas características pesquisadas por Beck (1963) se aproximam muito da descrição do fator de personalidade Abertura, o que pode justificar a associação encontrada entre esse fator e a EDEP. Porém, estudos entre essa associação deverão ser realizados para que se encontrem evidências dessa suposta relação. Nesse momento, a explicação teórica simplesmente demonstrou estar de acordo com os dados encontrados.

Outra medida estudada foi a Habilidade social e nesse estudo, encontrada associação entre os quatro fatores dessa medida com a EDEP, especialmente no grupo A. Nenhuma correlação foi encontrada entre esses instrumentos no grupo B. Dentre os fatores que foram correlacionados, encontrou-se Enfrentamento e Autoafirmação, Autoafirmação na Expressão de Sentimentos Positivos, Autoexposição a Desconhecidos e a Situações Novas e Autocontrole da Agressividade.

Pesquisas como de Morrison e Bellack (1987), Cohen, Goetreb e Underwood (2001) e Del Prette e Del Prette (2002) têm demonstrado o quanto o comprometimento na

comunicação interpessoal e nas interações sociais podem estar associados aos problemas psicológicos. Especificamente com universitários, Ayres (1994), Del Prette e Del Prette (1999; 2001) e Falcone (2000) têm levantado indicadores bastante importantes quanto ao repertório de habilidades sociais. Dentre eles, situações estressantes vividas na universidade e baixo índice de estratégias para lidar com situações novas, que podem contribuir para o surgimento de problemas psicológicos.

Bueno e cols. (2001), Baker (2003), Vilas Boas e cols.(2005) e Bartholomeu e cols. (2008) têm encontrado associação entre os fatores de habilidades sociais e problemas psicológicos, especificamente com a depressão e a ansiedade. Cole e cols. (1982), Bandeira (1999), Murphy (2000) e Gomide e cols. (2005) encontraram correlação negativa entre os sintomas depressivos e as relações sociais e discutem a relação entre o déficit de assertividade como um bom preditor da ocorrência de depressão. O déficit de assertividade pode ser representado pelos fatores Enfrentamento e Autoafirmação, Autoafirmação na Expressão de Sentimentos Positivos do Inventário de Habilidades Sociais (Del Prette & Del Prette, 2001). Tais resultados corroboram os encontrados nesta pesquisa, nas correlações com a EDEP.

Outros fatores associados com habilidades sociais e a EDEP foram Autoexposição a Desconhecidos e a Situações Novas e Autocontrole da Agressividade que, apesar de não estarem diretamente relacionados com os déficits de assertividade, estão associados a problemas psicológicos, como já estudados por Golstein e Chambless (1978), Ball e cols.(1994) e Gomide e cols. (2005).

Ainda aos objetivos propostos por esse estudo de verificar se houve diferença de médias entre os instrumentos por sexo, idade e estado civil, os resultados demonstraram

que as mulheres pontuaram mais na EDEP que os homens, confirmando resultados de pesquisas anteriores que demonstram que a incidência de episódios depressivos são maiores em mulheres do que em homens (Kaplan e cols., 1994; APA, 1994; Murphy e cols., 2000, OMS, 2001; Kendler, Thorton & Pressott, 2001; Maciejewsk, Prigerson & Mazue, 2001; Almeida-Filho, 2004). Essas informações trazem mais evidências de validade para a EDEP, à medida que essa escala reproduz informações já testadas por diferentes pesquisadores quanto à predominância de sintomas depressivos em mulheres. Fatores como condições sociais, influências fisiológicas e características psicológicas foram consideradas por esses pesquisadores para justificar esses resultados epidemiológicos com relação à depressão.

Outras diferenças foram encontradas ainda com relação ao sexo dos participantes como, maiores pontuações das mulheres nos fatores Enfrentamento e Auto Afirmação com Risco e de Autocontrole da Agressividade ambos no Inventário de Habilidades sociais e os homens pontuaram mais no fator Socialização do BFP. Del Prette e Del Prette (2001) verificaram dados semelhantes com relação aos fatores das habilidades sociais, mais pontuados pelas mulheres e entre eles, estão além dos citados, a Expressão de Sentimentos Positivos. Já os homens apresentam maior facilidade na expressão de sentimentos negativos e na expressão da agressividade.

Com relação ao estado civil, as diferenças encontradas foram com relação a dois fatores do Inventário de Habilidades Sociais, Autocontrole na Expressão de Sentimentos Positivos e Autocontrole da Agressividade, determinando que as pessoas que moram acompanhadas pontuam mais que as que moram sozinhas. Dattilio (2004) descreve que a vida conjugal desenvolve nos indivíduos padrões de comunicação que facilitem a resolução de problemas diários como a expressão de pensamentos e de sentimentos com maior

autoconsciência e a utilização de vocabulário mais adequado para descrever as próprias experiências e acrescenta que déficits nessa comunicação ocasionam conflitos significativos de relacionamento afetivo, o que pode facilitar a compreensão desse resultado. Diferença da classe socioeconômica com o fator de personalidade Socialização também ocorreu, demonstrando que as pessoas da classe socioeconômica denominada C pontuaram mais nesse fator. Não foi verificada diferença entre essas variáveis com a EDEP.

Com relação aos Eventos de Vida, as diferenças encontradas serem marginais com o Fator de Autoexposição a Desconhecidos e a Situações Novas (0,07) e idade (0,08) no grupo não clínico. Esses dados podem ser justificados por Murphy e cols.(2000) que consideram que fatores como tensão, violência, uso de drogas e perdas de laços familiares podem estar mais presentes nos jovens universitários, principalmente entre a faixa etária dos 18 aos 20 anos do que na população em geral. Outro fator que pode justificar essa diferença é o fato da amostra do grupo não clínico ser composta em sua maioria por pessoas que se denominaram sozinhas, o que Kaplan e Sadock (1994) acreditam ser um evento que poderia aumentar os sintomas de depressão. Outra variável que deve ser considerada é o número de participantes dos dois grupos. O grupo A foi composto por um número bem maior de pessoas, o que pode ter dificultado a visualização de diferentes fatores que caracterizam os Eventos de Vida com a Escala de Depressão no grupo B.

No grupo B (clínico), não foi encontrada diferença entre essa variável nas pontuações da EDEP. Como já foi descrito por Blackburn (2004), a vulnerabilidade para a depressão é provavelmente multifatorial, o que compreende fatores biológicos, psicológicos e sociais e que não são necessariamente independentes, apesar de Baptista (1999) discutir que os Eventos de Vida negativos como os problemas de saúde, excessiva interdependência

peçoal, morte, separação e estrutura familiar disfuncional estarem presentes nos Eventos de Vida negativos das pessoas com depressão. Nesse estudo, não foi verificada a correlação significativa entre esses fatores e a pontuação na Escala de Depressão (EDEP).

Foi possível também perceber que houve diferença entre as médias das pontuações dos participantes dos dois grupos A e B, quanto à pontuação da EDEP. Apesar da diferença no número de participantes nos dois grupos, a EDEP se demonstrou sensível em perceber os sintomas que favorecem o diagnóstico da depressão. Com relação aos dados obtidos com o grupo A, alguns autores como Quintero e cols.(2004), Rios (2006), Cavestro e Rocha (2006) e Baptista e cols. (2008) verificaram que a população universitária, apesar de não terem diagnóstico de depressão, está bastante propensa a experimentar sintomas depressivos, sintomas esses bastante comuns com a faixa etária e aos eventos de vida, o que pode demonstrar que mesmo os universitários experimentarem sintomas de depressão, não se caracterizou o transtorno de humor. Com relação ao grupo B, todos os participantes tiveram o diagnóstico de depressão confirmado pela SCID o que ocasionou a diferença entre os grupos com relação à pontuação na EDEP. Para Teng, Humes e Demétrio (2005), a avaliação adequada dos sintomas depressivos, muitas vezes é associada pela superposição de sintomas de outras patologias clínicas e muitas vezes são utilizados critérios intuitivos para mensurar a frequência e a intensidade dos sintomas depressivos, o que dificulta o diagnóstico da depressão. A melhor forma de diagnosticar a depressão é considerar que os sintomas devem ser contabilizados independentes, por instrumentos próprios. Desta maneira, diminui-se sensivelmente o risco de não se diagnosticar a depressão de forma associada a outras patologias.

Avaliar adequadamente o fenômeno psicológico que envolve a depressão é um caminho seguro para a construção de uma intervenção adequada à problemática percebida. Somente a avaliação psicológica bem realizada pode favorecer a compreensão das causas e das dimensões dos sintomas depressivos apresentados e assim discriminar a gravidade dos sintomas entre um grupo de pessoas com depressão e outro (Monteiro, Cavalcante e Lage (2007).

Apesar de esse estudo ter atingido os objetivos propostos, vale ressaltar que houve limitações. A diferença do número de participantes poderia ter sido mais equilibrada o que poderia ajudar no índice de fidedignidade dos dados aqui obtidos. A não utilização da SCID nos dois grupos pesquisados pode ter sido um limitador em função do tempo para utilização desse material. Outras formas de análises estatísticas também poderiam ter sido utilizadas para o refinamento dos resultados obtidos. Ainda assim, futuras pesquisas com grupos contrastantes deverão ser realizadas para que se tenha a confirmação dos resultados aqui obtidos. Os resultados encontrados nesse estudo trouxeram contribuições para a busca de evidências de validade para a EDEP e fica a certeza de que a avaliação da depressão inclui necessariamente a possibilidade de relacionar diferentes fatores, sem esquecer a frequência e a intensidade dos sintomas, para que se tenha a confiança de um diagnóstico mais objetivo para a população brasileira, por meio de instrumentos confiáveis e testados.

Considerações Finais

As questões apresentadas nesse estudo focalizaram de forma inicial a possível correlação entre instrumentos que avaliaram a depressão, a personalidade e a habilidade social. Encontrar evidências de validade para a Escala de Depressão EDEP, possibilitou

também verificar que a fenômenos psicológicos anteriormente distintos em sua definição podem se relacionar de forma a auxiliar na compreensão de fatores que permeiam o desenvolvimento de uma transtorno psicológico como a depressão. Essa integração só é realmente possível por meio de estratégias confiáveis, como a preocupação com relação à produção de instrumentos confiáveis e o processo de avaliação psicológica. Os resultados confirmados demonstraram que a depressão está associada diretamente a traços de personalidade e a condição de expressão das habilidades sociais, o que forma geral auxilia o psicólogo clínico no processo de investigação e aplicação de procedimentos clínicos de forma mais confiável e assim proporcionando maior êxito ao paciente. Especificamente com relação à formação do psicólogo, esse estudo proporcionou a discussão da importância dos instrumentos psicológicos padronizados como um campo essencial para a sua formação e atuação clínica.

Referências

- Alberti, R. E., & Emmons, M. L. (1978). *Comportamento assertivo: um guia de auto expressão*. Belo Horizonte: Interlinos.
- Allport, G. W., & Oldbert, H. S. (1961). *Pattern and growth in personality*. New York: Holt, Rinehart and Winston
- Almeida-filho, N.(2004). Social inequality and depressive disorders in Bahia, Brazil. Interactions of gender, ethnicity and social class. *Soc. Sci. Med.* , 59, 1339-1353.
- Associação Psiquiátrica Americana. (2002). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (4. ed. rev.). Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- American Psychiatry Association (1994). *Diagnóstico and Statical Manual of mental disorders (DSM-IV 4ª ed.)* Washington DC: American Psychiatric Association
- Anastasi, A., & Urbinha (2000). *Testagem Psicológica*. (7ª Ed.) Porto Alegre: Artes médicas.
- Argyle, M. (1994). *Uma escala brasileira para a medida da assertividade*. Dissertação de mestrado não publicada. Universidade Gama filho, Rio de Janeiro.
- Associação Nacional de Empresas de Pesquisas (ANEP) (2000). Critérios de classificação econômica Brasil. Recuperado: 01 de outubro de 2008. Disponível: www.anep.org.br
- Ayres, L. S. M.(1994). Uma escala brasileira para a medida de assertividade. Dissertação de mestrado não publicada. Universidade Gama filho; Rio de Janeiro.
- Bagby, R.M., & Ryder,A. G.(2000). Personality and affective disorders past efforts, current models and future directions. *Curr Psychiatry Representation*, 2, 467-472.
- Bagby, R. M., Psych, C., Quilty, L. C., & Ryder, A. C. (2008). Personality and depression. *The Canadian journal of psychiatry*, 53(1), 14-25.
- Bahls, S. C. (1999). Depressão uma breve revisão dso fundamentos biológicos e cognitivos. *Interação*, 3, 49-60.
- Baker, S. R. (2003). The prospective longitudinal investigation of social problem solving apparsale on adjustment to university stress health and academic motivation and performance. *Personality and individual difference*, 35, 369-591
- Ball, S. G., Otto, M. W., Polack, M. H., & Rosenbaum, J. F. (1994). Predicting prospective episodrs of depression in patients with panic disorders: a longitudinal study. *Journal of consulting and clinical psychology*, 62(2), 359-365.

- Ballone, (2007). Transtorno de humor. Recuperado: 20 de maio de 2008. Disponível: www.psiqueb.med.br.
- Bandeira, M. (1999). Competência social de sicóticos: parâmetros do treinamento para programas de reabilitação psiquiátrica - Parte II. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 48 (5), 191-195.
- Bandeira, M., Costa, M., Del Prette, A., Del Prette, A., & Gerk-Carneiro, E. (2000). Qualidades psicométricas do Inventário de Habilidades sociais. Estudo sobre a estabilidade temporal e a validade concomitante. *Estudos de Psicologia de Natal*, 5(2), 401-419.
- Bandeira, M., & Quaglia M. A. C. (2005). Habilidades sociais de estudantes universitários, identificação de situações sociais significativas. *Interação em Psicologia*, 9 (1), 45-55.
- Bandeira, M., Quaglia, M. A. C., Bachetti, L. S., Ferreira, T. L., & Souza, G. G. (2005). Comportamento assertivo e sua relação com ansiedade locus de controle e auto-estima em estudantes universitários. *Estudos de Psicologia*, 22(2), 111-121.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Baptista, M. N. (1999). Fatores de risco na depressão. Em M. N. Baptista e , F. B. Assumpção Júnior. *Depressão na adolescência: uma visão multifatorial*. São Paulo: EPU.
- Baptista, M. N. (2005). Desenvolvimento do inventário de percepção de suporte familiar (IPSF). Estudos psicométricos preliminares. *PsicoUsf*, 10(1), 20-25.
- Baptista, M. N., & Sisto, F. F (2007). *Escala de Depressão – EDEP*. Instrumento em Desenvolvimento (relatório técnico não publicado). Programa de Pós-Graduação Stricto-Sensu em Psicologia da Universidade São Francisco – Itatiba/São Paulo.
- Baptista, M. N., Souza, M. 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 (IFP). *PsicoUSF*, 3(2), 211-220.
- Bartholomeu, D., Nunes, C. H. S. S., & Machado, A. A. (2008). Traços de personalidade e habilidades sociais em universitários. *PsicoUSF* 13(1), 41-50.
- Bartilstone, J., & Trull, T. J. (1995). Personality, life events depression. *Journal of personality assessment*, 64(2), 279-294.
- Beck, A. T. (1963) Thinking and depression: idiosyncratic content and cognitive distortions. *Arch. Gen. Psychiatr.*, 9, 324-333.
- Beck, A. T (1967) *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects*. New York, Hoeber.

- Beck, A. T. (1970) Cognitive Therapy: nature and relation to behavior therapy. *Behavior Therapy*, 1, 184-200.
- Beck, A. T. (1983) Cognitive therapy of depression new perspective. Em P. J. Clayton, J. E. Barrett (Orgs.) *Treatment of depression old controversies and new approaches* (pp. 265-290). New York: Raven
- Beck, A. T. (1993) Terapia Cognitiva das transtornos de personalidade. Porto Alegre: Artmed.
- Beck, A. T. (1997). *Teoria cognitiva da depressão*. Porto Alegre: Artmed
- Beck, A. T., Epstein, C. G., Harrison, E., & Emery, G.(1983). Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective. New York: Guilford.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Presse.
- Blackburn, I. M. (2004). Terapia Cognitiva. Em P. M. Salkoviskis, *Fronteiras da terapia cognitiva* pp13-27. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Blatt, S.J., D’Afflitti, J. P., & Quinhan D. M. (1996) Experiences of depression in normal adults. *Journal abnorm psychology*, 85(4), 383-389.
- Bolsoni- Silva, A. T.(2002). Habilidades Sociais: breve análise da teoria e da prática à luz da análise do comportamento. *Interação em Psicologia*, 6(2), 233-242.
- Bueno, J. M. H., Oliveira, S. M. S. J., & Oliveira, J. C. S. (2001). Um estudo Correlacional Entre Habilidades Sociais e Traços de Personalidade com Universitários. *PsicoUSF*, 6, 31-38.
- Bueno, J. M. H., Oliveira, S. M. S. S., & Oliveira, J. C. S.(2001). Um Estudo Correlacional entre Habilidades Sociais e Personalidade com Universitários. *PsicoUsf*, 6, 31-38.
- Buss, A. H., & Plomin, R. (1984). Temperament: Early developing personality traits. Hillsdale: H. J. Erlbaum.
- Caballo, V. (1991). El entrenamiento em habilidade sociales. Em Caballo, V. (Org)., *Terapia y modificcón de conducta* (pp. 403-443). Madri: Sigio Venturino
- Caballo, V. (1997). El papel de lãs habilidades sociales em El desarrollo de lãs relaciones interpersonales. Em D. R. Zamignani (Org). *Sobre comportamento e cognição* (pp. 229-233). São Paulo: Arbytes
- Caballo, V. (1999) *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento*. São Paulo: Santos.

- Caballo, V. (2003) *Manual de avaliação e treinamento das habilidades sociais*. São Paulo: Santos.
- Calil, H. M., & Pires, M. L. N. (1998) Aspectos gerais das escalas de avaliação da depressão. *Revista Psiq. Clín.* 25(5), 240-444.
- Capitão, C. G., Scortegagna, S. A., & Baptista, M. N. (2005). A Importância da Avaliação Psicológica na Saúde. *Avaliação psicológica*, 4(1), 1-12.
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1988). *Perspective on Personality*. Boston: Allyn & Bacon.
- Cattell, R. B. (1965). *The scientific analysis of personality*. Londres: Perguim.
- Cavestro, D. M., & Rocha, F. L. (2006). Prevalência de Depressão entre Estudantes Universitários. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 55(4), 264-267.
- Clark, D. A., & Stein, R. A. (2004). Status empírico do modelo cognitivo de ansiedade e depressão. Em , P. M. Salkoviskis, *Fronteiras da Terapia cognitiva* (pp. 60-68). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Cohen, S., Mermilstein, R., Kamarck, T., & Hoberman, H. (1985). Measuring functional components of social support. Em I. G. Sarason & B. Sarason (Orgs.), *Social support: theory, research and applications* (pp. 73-94). The Netherlands: Martinus Nyhoff
- Cole, P. A., Lazarick, D. L., & Howard, G. S. (1982). Construct Validity and the Relation between Depression and Social Skill. *Journal of counseling psychology*, 34(3), 315-321.
- Corruble, E. Ginestet, D., & Guilfi, J. D. (1996). Comorbidity of personality disorders and unipolar major depression. *The Review*, 37(2), 157-170
- Cunha, J. (2001) *Manual em português das escalas de Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Dattilio, F. (2004) Casais e Famílias. Em P. Knapp (2004) *Terapia Cognitivo comportamental na prática psiquiátrica*. Porto Alegre: Artmed, pp377-401.
- Dela Coleta, M. (1980). *Atribuições de causalidade em presos, cegos e amputados*. Tese de doutorado. Fundação Getúlio Vargas. Rio de Janeiro.
- Dela Coleta, M. (1987) Escala multidimensional de locus de controle de Levenson. *Arquivos brasileiros de Psicologia*, 39(2), 79-97.
- Del Bem, C. N. , Vilela, J. A., Crippa, J. A. S., Nallak, J. E., Labate, C. M., & Zuardi, A. (2001). Confiabilidade da Entrevista clínica estruturada para o DSM-IV-versão clínica - Traduzida para o português. *Revista Brasileira Psiquiátrica*, 23, 156-159.

Del Porto, J. A. (1999). Conceito e diagnóstico da depressão. *Revista brasileira de psiquiatria*, 21, 6-11

Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (1999). *Psicologia das Habilidades sociais: terapia educação*. Petrópolis: Vozes.

Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2001). *Psicologia das relações interpessoais: vivência para o trabalho em grupo*. Petrópolis: Vozes.

Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2002). Transtornos psicológicos e habilidades sociais. Em H. J. Guilhardi, M. B. B. P., Madi, P. P. Queiroz, & M. C. Scoz (Orgs) *Sobre Comportamento e Cognição. Contribuição para a construção da teoria do comportamento* (pp.23-31). Santo André: ESETEC.

Del Prette, Z. A. P., Del Prette, A., Torres, A. C., & Pontes, A. C. (1998). Efeito de um Programa de Intervenção sobre os Aspectos Topográficos das Habilidades Sociais de Professores. *Psicologia Escolar e Educacional*, 2(1), 11-22.

Del Prette, A. Del Prette, Z. A. P., & Barreto, M. C. M. (1999). Habilidades Sociales en la Formación Profesional del Psicólogo: Análisis de um program de intervenció. *Psicologia Conductual*, 7(1), 27-47.

Del Prette, Z. A. P.; Del Prette, A. ; Barreto, M. C. M.; Bandeira, M. ; Rios-Saldanha, M. F.; Ulian, A. C. C. ; Carneiro, E.; Falcone, E. M. & Villa, M. B.(2004) Habilidades sociais de estudantes de Psicologia: um estudo multicêntrico. *Psicologia Reflexão e crítica* 17(3), 1-13.

Dias, C. C. (2008) Evidências de validade da escala de depressão (EDEP) em uma amostra no contexto hospitalar. Dissertação de mestrado. Universidade São Francisco. Itatiba.

Digman, J. M. (1993). Historical antecedents of the Five factor model. Em P. T. Costa, & T. A. Widiger (Orgs.), *Personality disorders and the five factor model of personality* (pp.13-18). Washington, DC: American Psychological Association.

Enn, M. W., & Cox, B. J. (1997). Personality dimensions and depression, review and commentary. *Can journal psychology*, 42(3), 274-282.

Eysenck, H. S. (1970). *The structure of human personality*. Londres: Methuen.

Falcone, E. O. (2000). Habilidades Sociais: para além da assertividade. Em R. C. Wielenska, *Sobre comportamento e cognição: questionando e ampliando a teoria e as intervenções clínicas e em outros contextos* (pp 211-221). Santo André: Esetec

Fester, C. B.(1997). Depressão clínica. Em C. B. Fester, S. Culbertson, & M. C. P. Boren, *Princípios do comportamento* (pp. XX-XX). São Paulo: HCICITEC.

Ferster, C. B., Culbertson, S., & Boren, M. C. (1977). Depressão clínica. In C. B. Ferster, S. Culbertson, & M. C. Boren, *Princípios do comportamento* (M. I. Silva, M. A. Rodrigues, & M. B. Pardo, Trans., pp. 699-725). São Paulo: Editora Hucitec.

Fichtner, S., Pervin, L. A., & John, O. P. (2004). Personalidade: teoria e pesquisa. 8ª Ed. Porto Alegre: Artes médicas.

Finch, J. F., Okun, M. A., Pool, G. F., & Ruehlman, L. (1999). The Comparison of the Influence of Conflitlual and Supportive Social Interactions on Psychological Distress. *Journal of personality*, 67, 581-621.

Finch, J. F., & Graziano, W. G. (2001) Predicting Depression from Tenpliment Personality and Patterns of Social Relations. *Journal of personality*, 69(1), 27-50.

Fonseca, A. A., Coutinho, M. P. L., & Azevedo, R. L. M. (2008). Representação Social da Depressão em Jovens Universitários com ou sem Sintomas para Desenvolver a Depressão. *Psicologia: reflexão e crítica*, 21(3), 492-498.

Goldberg, L. R. (1981). Language and Individual Differences the Search of Universals in Personality Lexicons. *Review of personality and social psychology*, 2, 141-165.

Goldberg, I. R. (1990). An Alternative "description of personality" the Big Five Factor Structure. *Journal of personality and social psychology*, 59, 1216-1229.

Goldstein, A. J., & Chambless, D. (1978). The reanalysis of agoraphobia. *Behavior therapy*, 9, 47-59.

Gomide, P. I. C., Salvo, C. G., Pinho, P. P.N., & Sabbag, G M. (2005). Correlação entre práticas educativas, depressão estresse e habilidades sociais. *Psicousf*, 10(2), 1-15.

Gorestein, C., & Andrade, L. (1998). Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. *Revista Psiq. Clin.* 25(5), 245-250.

Guariente, J. C. A. (2002). Depressão , dos sintomas ao tratamento. São Paulo: Casa do psicólogo.

Hall, C. S., Lindsey, G., & Campbell, J. B. (2000). *Teorias da personalidade*. 4ª Ed. Porto alegre: Artes Médicas.

Harkness, K. L., Bagby, R. M., Joffee, R. T., & Levitt, A. (2002). *European journal of Persoanality... (incompleto)*

Hutz, C. S., Nunes, C. H., Silveira, A. D., Serra, J. Anton, M., & Wieczorck, L. S. (1998). O Desenvolvimento de Marcadores para Avaliação da Personalidade no Modelo dos Cinco Grandes Fatores. *Psicologia Reflexão e crítica*, 11(2), 80-93.

Hutz, C. S., & Nunes, C. H, S. S. (2001). Escala Fatorial de Ajustamento emocional/neuroticismo –EFN. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Ito, P.C.P., Gobitta, M., & Guzzo, R. S. L.(2007). Temperamento, Neuroticismo e Auto-estima: estudo preliminar. *Estudos de Psicologia*, 24(2), 143-153.

John, O. P. (1989). Towards a Taxonomy of Personality Descriptors. Em D. Buss & M. Cantor (Orgs.), *Personality Psychology: recent trends and emerging dimensions* (pp. xx-xx). New York: Springer-verlg.

Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (1993). *Compêndio de psiquiatria*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Kaplan, H. I., Sadock, B. J., & Grebb, J. A. (1994). *Synopsis of psychiatry*. Baltimore: Willians and Wilkins.

Kendley, K. S., Thorton, I. M., Prescott, C.A. (2001). Gender difffence in rates of stressful life events and sensitivity to their depressiogenic effects. *Journal of Psychiatry*, 158, 587-593.

Knapp, P. (2004). *Terapia cognitivo comportamental na prática psiquiátrica*. Porto Alegre: Artmed.

Lazarus, A. A. (1968). Learning theory and the treatment of depression. *Behavioir and therapy*, 6, 83-89.

Lewinsohn, P. M., Gotlib, I. H., & Hautzinger, M. (1985). Tratamento Comportamental da Depressão Unipolar. Em V. Caballo (Org.). *Manual para o tratamento cognitivo comportamental dos trasntornos psicológicos: transtorno de ansiedade, sexual, afetivo e psicótico* (pp. 473-521). São Paulo: Santos

Lima, T. H. (2006). Inventário de Habilidades Sociais. Pioneirismo na avaliação clínica, educacional e organizacional. *Avaliação Psicológica*, 5(2), 277-278.

Lipp, A. E. N., & Lipp, M. D. (1998). Escala de stress infantil(ESI). São Paulo: Casa do psicólogo.

Maciel, M. J. N., & Yoshida, E. M. P. (2006). Avaliação da Alexitimia, Neuroticismo em Dependentes de Álcool. *Avaliação Psicológica*, 5(1), 14-20.

Maciejewski, P.K., Prigerson,H.G., & Mazure,C. M.(2001). Sex difference in event-related risk for major depression. *Psychology Med.*, 31, 593-604.

- Matarazzo, J. (1990). Psychological Assessment versus Psychological Testing Validation from Binet to the School, Clinic and Countroon. *American Psychologist*, 45, 999-1017.
- McCrae, R. R., & John, O. P.(1992). An introduction to the five-factor model and its applications. *Journal of personality*, 60, 175-215.
- McDougall, W. (1932). Of the words characters and personality. *Character and personality*, 1, 3-16.
- McFall, R. M. (1982). The Review and Reformulation of the Concept of Social Skill. *Behavior Assessment*, 4, 1-33.
- Monteiro, K., Cavalcante C., & Lage , A. M. (2007). Depressão: uma psicopatologia classificada nos manuais de psiquiatria. *Psicologia. Ciência e Profissão*. 27(1), 106-119.
- Monteiro, K., Cavalcante, C., & Lage, A. M. (2007). A dimensão psíquica na compreensão da depressão. *Psic. Am. Lat. Set.* , 11, **XX-XX**
- Moreira, V. Telles, T. C. B. (2008). *Experiências do estigma na depressão: um estudo trasncultural*. *PsicoUSF*, 13(2), 233-241.
- Murray, C. L., & Lopez, A. D. (1997). Global Mentality Disability and the Contribution of Risk Factors: global burden of disease study. *Lancet*, 34, 1436-1442.
- Murphy, J. M. e cols.(2000) Incidence of depression: the sterling country study: historical and comparative perspective. *Psychological medicine*, 30, 505- 514.
- Murta, S. G. (2006). Aplicação do treinamento em habilidades sociais: análise da produção nacional. *Psicologia: Reflexão e crítica*, 18(2), 283-291
- Myers, D. (1999). Distúrbios psicológicos Em D. Myers, Introdução a psicologia geral (pp 104-125). Rio de Janeiro: LTC.
- Noronha, A. P. P. (1999). *Avaliação psicológica segundo psicólogos: uso e problemas com ênfase nos testes*. Tese de doutorado. Puc Campinas. São Paulo.
- Noronha, A. P. P., Freitas, F. A., & Ottati, F. (2002). Parâmetros Psicométricos de Testes de Inteligência. *Interação em Psicologia*, 6(2), 195-201.
- Nunes, C. H. S. S. (2005). *Construção, normatização e validação das escalas de socialização e extroversão no modelo dos Cinco Grandes Fatores*. Tese de doutorado. UFRGS. Rio Grande do Sul.
- Oliveira, M. G., Fonseca, P. P., & Del Porto, J. A. (2002). Versão brasileira de entrevista de Paykel para eventos de vida recentes. *Revista brasileira de terapia comportamental e cognitiva*, 4(1), 7-61.

Organização Mundial de Saúde (1997). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento: CID-10*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Organização mundial de saúde (2001). Relatório sobre a saúde no mundo 2001: saúde mental-uma nova concepção, nova esperança. Genebra 2001

Orsini, M. R. de C. (2006). Estabilidade de traços de personalidade e suas relações com mudanças na severidade da depressão. Tese de doutorado. Universidade de Brasília. Brasília.

Pacheco, P., & Rangé, B. (2006). Desenvolviemnto de habilidades sociais em graduandos de psicologia. Em M. Bandeira, Z. A. P. Del Prette, A. Del Prette (Orgs). *Estudos sobre habilidades sociais e relacionamento interpessoal*. p 82-90 São Paulo: Casa do Psicólogo.

Padilha, S., Noronha, A. P. P., & Fogan, C. Z. (2007). Instrumento de avaliação psicológica: uso e parecer de psicólogos. *Avaliação psicológica*, 6(1), 69-76.

Pinho, C.C.M., & Guzzo, R.S.L. (2003). Taxonomia de adjetivo descritores da personalidade. *Avaliação Psicológica* (2) 2, 81-99.

Prieto, G. & Muñiz, J. (2000) Um modelo para evaluar la calidad de os tests utilizados em Espanã. Recuperado em 05 de janeiro de 2009. Disponível : WWW.cop.es/tests/modelo.htm

Quintero, M. A., Garcia, C. C., Jimenez, V. L. G., & Ortiz, T. M. L. (2004). Caracterización de La depression em jovenes universitários. *Univer. Psychologia Bogotá*, 3(1), 17-26.

Reppold, C. T. Hutz, C. S. (2003). Prevalência de indicadores de depressão entre adolescentes do Rio Grande do Sul. *Avaliação Psicológica*, 2(2), 175-184.

Rhatus, S. A.(1973). 30 item Schedule for assessing assertive behavior. *Behavior Therapy*, 4(3), 398-406.

Rios, O. F. (2006). Níveis de stress e depressão em estudantes universitários. Dissertação de mestrado. Puc São Paulo. São Paulo.

Ruehlman, L. S., & Karoly, P. (1991). With a little flak from my friends development and preliminary validation of the test of negative social exchange (tense). *Psychological assessment*, 3, 97-104.

Ruiz, A. (2007). Nuevos enfoques em El tratamiento de La depression. Recuperado: 02 de julho de 2008. Disponível : www.intera.cl.

- Santor, D. A., Bagby, R. M., & Joffe, R. T. (1997). Evaluating Stability and Change in Personality and Depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73(6), 1354-1364.
- Santos, D. A., Gregus, M., & Welch, A. (2006). Eight decades of measurement in depression. *Measurement*, 4(3), 135-155.
- Sarason, I.G., Johnson, J. H., & Siegel, J. M. (1998). Assessing the impact of life changes: development of the life experience survey. *Journal Consulting Clinical Psychology*, 46, 932-946.
- Schultz, A. D., & Schultz, S. E. (2002). *Teorias da personalidade*. São Paulo: Pioneira.
- Sisto, F. F. (2004). *Escala de traço de personalidade para crianças*. São Paulo: Vetor.
- Skodol, A. E., Stoull, R. L., & Mcglashan, H. (1999). Co- occurrence of Mood and Personality Disorders: a report from the collaborative longitudinal personality disorders study. *Depress, anxiety*, 10, 175-182.
- Souza, M. S.(2007). Suporte Familiar e Saúde Mental: evidência de validade baseada na relação com outras variáveis. Dissertação de Mestrado em Psicologia. Programa de Pós-Graduação Stricto-Sensu em Psicologia da Universidade São Francisco, Itatiba.
- Spielberg, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1970). *Manual for the State-trait Anxiety Inventory*. Palo alto: Consulting Psychology Press.
- Stahl, S. M.(1998). *Psicofarmacologia: bases neurocientíficas e aplicação clínica*. Rio de Janeiro: Ed. Médica e científica ltda.
- Teng, C. T., Humes, E. de C., & Demetrio, F. N. (2005). Depressão e comorbidades clínicas. *Revista psiquiatria clínica*, 32(3), 149-159.
- Thurstone, L. I. (1934). The vectors of mind. *Psychology review*, 41, 1-32.
- Villas Boas, A.C.V.B., Silveira, F.F., & Bolsoni-silva, A. T.(2005). Descrição de efeitos de um procedimento de intervenção em grupo com universitários: um estudo piloto. *Interação em Psicologia*, 9, 321-330.
- Wechsler, S. M. (1999). Guia de procedimentos éticos para a avaliação psicológica. Em M. Wechsler, & R. S. L. Guzzo (Orgs). *Avaliação psicológica; perspectivas internacional* (pp. 133-141). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Widiger, T. A., Trull, T. L., Clarkin, J. F., Sanderson, C., & Costa, P. T. (2002). The description of DSM-IV personality disorders with the five factor model of personality. Em D. T. Costa & T. A. Widiger (Orgs), *Personality disorders and the five-factors models of personality*. 2ª ed. (pp. 89-91). **Estado:editora**

Wiggins, J. S., & Pincus, A. L. (1992). Personality structure and assessment. *Annual Review of psychology*, 43, 473-504.

Wolpe, J. S. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford: Stanford University Press.

Wolpe, J. S. (1973). *The practice of behavior therapy*. New York: Pergamon Press.

Wolpe, J., & Lazarus, A. A. (1966). *Behavior therapy techniques*. Oxford: Pergamon Press.

Young, J. E., Beck, A. T., & Weinberg, A. (1999). Título do capítulo. Em D. H. Barlow, *Manual clinic dos transtornos psicológicos (pp. Xx-xx)*. Estado; editora.

ANEXOS

Anexo 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (1ª. VIA)

Título da Pesquisa: **Escala de depressão (EDEP) e medidas de personalidade e Habilidades Sociais**

Eu,.....RG.....

.....Idade.....Endereço.....

....., dou meu consentimento livre e esclarecido para participar como voluntário(a) do projeto de pesquisa supra-citado, sob a responsabilidade da aluna Cássia Aparecida Bighetti e do Prof. Dr. Makilim Nunes Baptista, professor do programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade São Francisco.

Assinando este Termo de Consentimento estou ciente de que:

1. O presente estudo tem como objetivo correlacionar Escala de Depressão (EDEP), Eventos de vida, Habilidades Sociais e Personalidade.
2. Durante o estudo será solicitado que eu responda a um Questionário Sociodemográfico, Inventário de Habilidades Sociais (IHS), Escala de depressão (EDEP), Versão reduzida do Big Five.
3. Não há riscos ou benefícios pela minha participação, porque este é um estudo de avaliação e não de tratamento.
4. Responder a estes instrumentos poderá me causar certo constrangimento.
5. Obtive todas as informações necessárias para poder decidir conscientemente sobre minha participação na referida pesquisa.
6. Estou livre para interromper a qualquer momento minha participação na pesquisa.
7. Meus dados pessoais serão mantidos em sigilo e os resultados gerais, obtidos a partir da pesquisa, serão usados apenas para alcançar os objetivos do trabalho, expostos acima, incluindo sua publicação na literatura científica especializada.
8. Poderei contatar o Comitê de ética em Pesquisa da Universidade São Francisco para apresentar recursos ou reclamações em relação à pesquisa pelo telefone (011) 45348040 - Srª. Vilma
9. Este Termo de Consentimento é feito em duas vias, sendo que uma permanecerá em meu poder, e a outra, com o pesquisador responsável.

Itatiba, _____ de _____ 2008.

Assinatura do(a) voluntário

Assinatura da pesquisador
Cássia Aparecida Bighetti

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (2ª. VIA)

Título da Pesquisa: **Escala de depressão (EDEP) e medidas de personalidade e Habilidades Sociais**

Eu,.....RG.....

.....Idade.....Endereço.....

....., dou meu consentimento livre e esclarecido para participar como voluntário(a) do projeto de pesquisa supra-citado, sob a responsabilidade da aluna Cássia Aparecida Bighetti e do Prof. Dr. Makilim Nunes Baptista, professor do programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade São Francisco.

Assinando este Termo de Consentimento estou ciente de que:

1. O presente estudo tem como objetivo correlacionar Escala de Depressão (EDEP), Eventos de vida, Habilidades Sociais e Personalidade.
2. Durante o estudo será solicitado que eu responda a um Questionário Sociodemográfico, Inventário de Habilidades Sociais (IHS), Escala de depressão (EDEP), Versão reduzida do Big Five.
3. Não há riscos ou benefícios pela minha participação, porque este é um estudo de avaliação e não de tratamento.
4. Responder a estes instrumentos poderá me causar certo constrangimento.
5. Obtive todas as informações necessárias para poder decidir conscientemente sobre minha participação na referida pesquisa.
6. Estou livre para interromper a qualquer momento minha participação na pesquisa.
7. Meus dados pessoais serão mantidos em sigilo e os resultados gerais, obtidos a partir da pesquisa, serão usados apenas para alcançar os objetivos do trabalho, expostos acima, incluindo sua publicação na literatura científica especializada.
8. Poderei contatar o Comitê de ética em Pesquisa da Universidade São Francisco para apresentar recursos ou reclamações em relação à pesquisa pelo telefone (011) 45348040 - Srª. Vilma
9. Este Termo de Consentimento é feito em duas vias, sendo que uma permanecerá em meu poder, e a outra, com o pesquisador responsável.

Itatiba, _____ de _____ 2008.

Assinatura do(a) voluntário

Assinatura da pesquisadora

Cássia Aparecida Bighetti

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (1ª. VIA)

Título da Pesquisa: **Escala de depressão (EDEP) e medidas de personalidade e Habilidades Sociais**

Eu,.....RG.....

.....Idade.....Endereço.....

....., dou meu consentimento livre e esclarecido para participar como voluntário(a) do projeto de pesquisa supra-citado, sob a responsabilidade da aluna Cássia Aparecida Bighetti e do Prof. Dr. Makilim Nunes Baptista, professor do programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade São Francisco.

Assinando este Termo de Consentimento estou ciente de que:

10. O presente estudo tem como objetivo correlacionar Escala de Depressão (EDEP), Eventos de vida, Habilidades Sociais e Personalidade.
11. Durante o estudo será solicitado que eu responda a um Questionário Sociodemográfico, Inventário de Habilidades Sociais (IHS), Escala de depressão (EDEP), Versão reduzida do Big Five e a SCID.
12. Não há riscos ou benefícios pela minha participação, porque este é um estudo de avaliação e não de tratamento.
13. Responder a estes instrumentos poderá me causar certo constrangimento.
14. Obtive todas as informações necessárias para poder decidir conscientemente sobre minha participação na referida pesquisa.
15. Estou livre para interromper a qualquer momento minha participação na pesquisa.
16. Meus dados pessoais serão mantidos em sigilo e os resultados gerais, obtidos a partir da pesquisa, serão usados apenas para alcançar os objetivos do trabalho, expostos acima, incluindo sua publicação na literatura científica especializada.
17. Poderei contatar o Comitê de ética em Pesquisa da Universidade São Francisco para apresentar recursos ou reclamações em relação à pesquisa pelo telefone (011) 45348040 - Srª. Vilma
18. Este Termo de Consentimento é feito em duas vias, sendo que uma permanecerá em meu poder, e a outra, com o pesquisador responsável.

Itatiba, _____ de _____ 2008.

Assinatura do(a) voluntário

Assinatura da pesquisador
Cássia Aparecida Bighetti

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (2ª. VIA)

Título da Pesquisa: **Escala de depressão (EDEP) e medidas de personalidade e Habilidades Sociais**

Eu,.....RG.....

.....Idade.....Endereço.....

....., dou meu consentimento livre e esclarecido para participar como voluntário(a) do projeto de pesquisa supra-citado, sob a responsabilidade da aluna Cássia Aparecida Bighetti e do Prof. Dr. Makilim Nunes Baptista, professor do programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade São Francisco.

Assinando este Termo de Consentimento estou ciente de que:

10. O presente estudo tem como objetivo correlacionar Escala de Depressão (EDEP), Eventos de vida, Habilidades Sociais e Personalidade.
11. Durante o estudo será solicitado que eu responda a um Questionário Sociodemográfico, Inventário de Habilidades Sociais (IHS), Escala de depressão (EDEP), Versão reduzida do Big Five e a SCID.
12. Não há riscos ou benefícios pela minha participação, porque este é um estudo de avaliação e não de tratamento.
13. Responder a estes instrumentos poderá me causar certo constrangimento.
14. Obtive todas as informações necessárias para poder decidir conscientemente sobre minha participação na referida pesquisa.
15. Estou livre para interromper a qualquer momento minha participação na pesquisa.
16. Meus dados pessoais serão mantidos em sigilo e os resultados gerais, obtidos a partir da pesquisa, serão usados apenas para alcançar os objetivos do trabalho, expostos acima, incluindo sua publicação na literatura científica especializada.
17. Poderei contatar o Comitê de ética em Pesquisa da Universidade São Francisco para apresentar recursos ou reclamações em relação à pesquisa pelo telefone (011) 45348040 - Srª. Vilma
18. Este Termo de Consentimento é feito em duas vias, sendo que uma permanecerá em meu poder, e a outra, com o pesquisador responsável.

Itatiba, _____ de _____ 2008.

Assinatura do(a) voluntário

Assinatura da pesquisadora

Cássia Aparecida Bighetti

Anexo 2

Questionário de Identificação Sociodemográfico

Data: ___/___/___

1 - Sexo: ¹() Masculino ²() Feminino 2- Idade:

3- Curso:

4 - Estado Civil:

¹() Solteiro ⁴() Desquitado/ Divorciado²() Casado ⁵() Recasado³() Viúvo ⁶() Outros:

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

¹() Analfabeto/ fundamental incompleto ⁴() Médio completo / Superior incompleto²() Fundamental I (1ª a 4ª) completo/ ⁵() Superior completo

Fundamental II (5ª a 8ª) incompleto

³() Fundamental II completo/

Médio incompleto

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

¹() Analfabeto/ fundamental incompleto ⁴() Médio completo / Superior incompleto²() Fundamental I (1ª a 4ª) completo/ ⁵() Superior completo

Fundamental II (5ª a 8ª) incompleto

³() Fundamental II completo/

Médio incompleto

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

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

8- Trabalha atualmente?

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

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

1() Não 2() Sim. Quem? _____

10 – Você já passou por avaliação psiquiátrica ou psicológica?

1() Não 2() Sim, com diagnóstico de depressão

3() Sim, sem nenhum diagnóstico 4() Sim, com outro diagnóstico. Qual? _____

11 –Atualmente está passando por tratamento para depressão?

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

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

12- Se você está diagnosticado com algum transtorno depressivo, acredita que atualmente os

sintomas depressivos se encontram em qual nível?

¹Leve () ²() Moderado ³() Severo

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

Mudança de emprego ()

Aumento na jornada de trabalho ()

Diminuição na jornada de trabalho ()

Dificuldades nas relações de trabalho ()

Promoção ou aumento de salário ()

Rebaixamento no trabalho ()

Demissão ou dispensa ()

Aposentadoria ()

Desempregado por um mês mais ()

Falência nos negócios ()

Educação

Retomou/ Iniciou os estudos ()

Mudança de escola ()

Interrupção de curso ()

Teve fracasso acadêmico importante ()

Questões Financeiras

Dificuldades financeiras moderadas ()

Dificuldades financeiras grandes ()

Melhora nas finanças ()

Saúde

Doença física pessoal grave ()

Doença grave de familiar próximo ()

Gravidez desejada ()

Gravidez não desejada ()

Aborto espontâneo, natimorto, aborto ()

Menopausa ()

Dificuldades sexuais ()

Está acima do peso considerado saudável ()

Lutos/ Perdas

Morte de amigo íntimo ou parente significativo ()

Morte de membro da família ()

Morte de filho (adotivo ou não) ()

Morte de cônjuge ()

Perdas ou roubos de objetos de valor ()

Migração/ Mudanças

Mudança dentro da mesma cidade ()

Mudança para outra cidade/ país ()

Namoro/ Coabitação

Ficou noivo(a)/ Casou-se ()

Rompeu noivado ()

Encerrou namoro estável ()

Briga séria com noivo(a), cônjuge ou parceiro(a)

Questões Legais

Foi multado ()

Teve que ir ao tribunal/ fórum por alguma

questão legal ()

Teve sentença de prisão ()

Foi processado ()

Teve membro da família processado ()

Família

Nascimento de um filho/ Adoção ()

Inclusão de uma pessoa diferente morando na mesma casa (exclui-se filhos) ()

Noivado ou casamento de filhos ()

Saída de filho de casa ()

Teve problemas familiares considerados sérios com pessoas que residem com você ()

Matrimônio

Relação extraconjugal ou infidelidade ()

Relação extraconjugal ou infidelidade do parceiro(a) ()

Reconciliação matrimonial ()

Cônjuge começou ou parou de trabalhar ()

Para preenchimento do pesquisador: HD _____ CID _____

Comorbidade _____

Anexo 3

Nome:

Instruções: A seguir se encontram algumas características que podem ou não lhe dizer respeito. Por favor, assinale com um "X" a alternativa que melhor expresse sua opinião em relação a você mesmo. Vale ressaltar que não existem respostas certas ou erradas. Utilize a seguinte escala abaixo:

Claudio Hutz

		Discordo Totalmente	Discordo Em parte	Nem concordo Nem discordo	Concordo em parte	Concordo Totalmente
1	Afável					
2	Acanhada					
3	Honrada					
4	Pessimista					
5	Curiosa					
6	Dócil					
7	Extrovertida					
8	Responsável					
9	Feliz					
10	Engraçada					
11	Sociável					
12	Comunicativa					
13	Dedicada					
14	Aborrecida					
15	Criativa					
16	Agradável					

17	Desempregada					
18	Esforçada					
19	Afirmativa					
20	Filosófica					
21	Generosa					
22	Introvertida					
23	Estudiosa					
24	Egoísta					
25	Corajosa					
26	Romântica					
27	Envergonhada					
28	Honesta					
29	Infeliz					
30	Enérgica					
31	Gentil					
32	Tímida					
33	Desorganizada					
34	Deprimida					
35	Aventureira					
36	Amável					
37	Quieta					
38	Eficiente					
39	Insegura					
40	Audaciosa					
41	Compreensível					

42	Inibida					
43	Cuidadosa					
44	Antipática					
45	Imaginativa					
46	Amigável					
47	Calada					
48	Metódica					
49	Solitária					
50	Intelectual					
51	Fria					
52	Organizada					
53	Ansiosa					
54	Artística					
55	Bondosa					
56	Meticulosa					
57	Triste					
58	Impulsiva					
59	Apaixonada					
60	Assídua					
61	Simpática					
62	Compenetrada					
63	Sentimental					
64	Delicada					