



Universidade da Beira Interior
Faculdade de Ciências Sociais e Humanas
Departamento de Psicologia e Educação

**CARACTERÍSTICAS PERSONALÍSTICAS E SEVERIDADE DA
SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA**

Mara Rodrigues

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APRESENTADA À
UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR COMO REQUISITO
PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE (2º CICLO) EM
PSICOLOGIA, NA ÁREA DE CLÍNICA E DA SAÚDE

Covilhã, 2010



Universidade da Beira Interior
Faculdade de Ciências Sociais e Humanas
Departamento de Psicologia e Educação

**CARACTERÍSTICAS PERSONALÍSTICAS E SEVERIDADE DA
SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA**

Mara Rodrigues

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APRESENTADA À
UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR COMO REQUISITO
PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE (2º CICLO) EM
PSICOLOGIA, NA ÁREA DE CLÍNICA E DA SAÚDE

Covilhã, 2010

Dissertação de Mestrado realizada sob orientação da
Prof.^a Doutora Fátima Simões apresentado à Universidade da
Beira Interior para a obtenção do Grau de Mestre em
Psicologia, registado na DGES sob o 9463

*“Eles não sabem que o sonho
é uma constante da vida
tão concreta e definida
como outra coisa qualquer,”*

(...)

*“Eles não sabem, nem sonham,
que o sonho comanda a vida.*

*Que sempre que um homem sonha
o mundo pula e avança
como bola colorida
entre as mãos de uma criança.”*

Pedra Filosofal, António Gedeão

AGRADECIMENTOS

O sonho comanda a vida... E nós comandamos os sonhos! Mas porque sem todos vocês, a realização deste “sonho” não seria possível, não posso deixar de agradecer:

Aos meus adorados pais, por todo o amor, carinho, suporte, dedicação, por me terem ensinado a importância de ser persistente, e por me ajudarem a concretizar mais um sonho.

À minha amada irmã, por todo o apoio e incentivo em mais esta etapa da minha vida. Às minhas sobrinhas, Leonor e Madalena, que com muito pena minha, durante mais este ano, não as pude acompanhar no seu crescimento como gostaria. À restante família, pelo suporte prestado sempre que precisem.

Ao meu namorado, agradecer a sua paciência, compreensão, ajuda, dedicação e apoio incondicional durante mais este ano. Obrigada por estares sempre ao meu lado.

Às minhas queridas amigas da Madeira, por todo o apoio, estímulo, por toda a força, por toda a preocupação que demonstraram sempre para comigo e por fazerem das minhas lutas, as vossas. Mesmo longe, consegui sentir-vos sempre muito perto.

Às minhas amigas e amigos, não de sempre, mas para sempre, por me acompanharem desde o primeiro dia, nesta longa caminhada e por me encorajarem a continuar. Em especial, à Susana, por ser a minha fonte de inspiração deste último ano.

À minha orientadora, Professora Doutora Fátima Simões, por toda a atenção, apoio, saber, boa disposição, por me securizar sempre que precisei, e disponibilidade manifestada ao longo de todo este processo, mesmo em horários extra orientação.

À Universidade da Beira Interior e, em particular, ao Departamento de Psicologia e Educação por esta oportunidade.

À Dr.^a Graça Caldeira, Dr.^a Patrícia Bernardo, Dr.^a Eneia Bexiga, Dr.^a Lígia Carvalho e Dr. José Brito, do Serviço de Psicologia da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco – Hospital Amato Lusitano, por toda a disponibilidade, cedência de salas, material e grande auxílio na procura de utentes, participantes deste estudo. Agradeço igualmente pela forma como me acolheram durante mais este ano, fazendo dele muito mais fácil. É sempre um prazer trabalhar e estar convosco.

Ao Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco – Hospital Amato Lusitano e respectivo Director pela autorização da consulta dos processos clínicos e aplicação das provas. À restante equipa por todo o apoio que me foi prestado sempre que precisei.

Ao Professor Doutor Adriano Vaz-Serra, pela cedência do Inventário de Avaliação Clínica de Depressão.

Aos participantes deste estudo, tanto clínicos, como normativos, pois sem eles, este trabalho não teria sido possível.

A todos, mais uma vez, o meu muito obrigada!

RESUMO

Al-Zuabi e Al-Suwayan (2004) defendem a importância de avaliar a severidade da sintomatologia depressiva. Num estudo realizado por Hirschfeld e Klerm (1979, *in* Orsini, 2006), os autores concluíram que existem características específicas da personalidade de pacientes com diagnóstico de depressão, entre as quais serem introvertidos, dependentes, pessimistas e apresentarem pouca auto-confiança. O presente estudo procura contribuir para um conhecimento mais aprofundado acerca da influência de determinadas características personalísticas, na severidade dos sintomas de um quadro clínico depressivo. Para o efeito, foi recolhida uma amostra de 93 participantes, residentes no concelho de Castelo Branco, sendo 44 destes, da amostra clínica, de ambos os sexos, maiores de 16 anos, com diagnóstico de depressão, que frequentam o Serviço de Psicologia da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco – Hospital Amato Lusitano, e os restantes 49 sujeitos, de ambos os sexos, maiores de 16 anos, da amostra normativa. Os instrumentos utilizados para a recolha de dados foram o IACLIDE, para a avaliação da severidade da sintomatologia depressiva, o *Mini-Mult*, para avaliação dos traços de personalidade e, no caso dos participantes da amostra clínica, os processos clínicos para a recolha de dados biográficos e outra informação referente aos dados clínicos.

Os resultados obtidos demonstraram, relativamente às características de personalidade, que os sujeitos clínicos apresentaram valores médios mais elevados nas escalas oito escalas clínicas do *Mini-Mult*, comparativamente com os sujeitos da amostra normativa. No que respeita à severidade da sintomatologia depressiva em relação aos traços de personalidade conclui-se que existem diferenças significativas nas escalas de Hipocondria, Histeria, Depressão e Psicastenia, relativamente à gravidade da depressão. Foi igualmente possível constatar que os traços de Depressão e Esquizofrenia agravam significativamente o quadro depressivo, isto é, sujeitos com estas características de personalidade tendem a desenvolver depressões mais graves. Neste sentido aceita-se a questão central deste estudo, e conclui-se que existem determinados traços de personalidade que podem influenciar significativamente a gravidade do quadro clínico depressivo dos sujeitos.

PALAVRAS-CHAVE: Personalidade, Depressão, IACLIDE, *Mini-Mult*

ABSTRACT

Al-Zuabi & Al-Suwayan (2004) defend the importance of assessing the severity of depressive symptoms. A study carried out by Hirschfeld & Klerm (1979, *in* Orsini, 2006), the authors concluded that there are specific characteristics of the personality of patients with diagnosis of depression, among which are introvert, dependent, pessimistic and have low self-confidence. The present study seeks to contribute to a deeper knowledge about the influence of certain characteristics of the personality in the severity of depressive symptoms. To this end, it was collected a sample of 93 participants, residents in the district of Castelo Branco, 44 of these, the clinical sample, of both sexes, older than 16 years, diagnosed with depression, who attend the Psychology Service Unit Local Health of Castelo Branco - Hospital Amato Lusitano, and the remaining 49 subjects, of both sexes, older than 16 years, of the normative sample. The instruments used for data collection were IACLIDE, to assess the severity of depressive symptoms, the *Mini-Mult*, to assess personality traits, and in the case of participants from the clinical sample, the clinical procedures to collect biographical data and other information concerning the clinical data.

The results obtained showed, in relation to personality traits, that clinical subjects had a mean values higher in the eight clinical scales of the *Mini-Mult*, compared with the subjects of the normative sample. Regarding the severity of depressive symptoms in relation to personality traits it appears that there are significant differences in the scales of Hypochondriasis, Hysteria, Depression and Psychasthenia in relation to severity of depression. It was also established that traits of Depression and Schizophrenia significantly worsen the depression, that is, individuals with these personality traits tend to develop more severe depressions. In this sense it is accepted the central question of this study, and concluded that there are certain personality traits that can significantly influence the severity of depressive symptoms in subjects.

Key-Words: Personality Traits, Depression, IACLIDE, *Mini-Mult*

ÍNDICE

I – Introdução.....	1
II – Corpo Teórico	2
1. Personalidade.....	2
2. Depressão.....	7
3. Características Personalísticas e Sintomatologia Depressiva – Relações Empíricas	10
III – Corpo Empírico	14
1 – Apresentação do Estudo	14
1.1 Objectivos.....	14
1.1.1 Objectivo Geral.....	14
1.1.2 Objectivos Específicos	15
1.2 Planificação	16
1.2.1 Tipo de Estudo.....	16
1.2.2 Definição das Variáveis.....	17
1.2.3 Hipóteses	18
2 – Método.....	21
2.1 Participantes.....	21
2.2 Instrumentos	22
2.2.1 IACLIDE	22
2.2.2 <i>Mini-Mult</i>	23
2.2.3 Processos Clínicos	26
2.3 Procedimentos	26
3 – Análise Estatística.....	28
4 – Resultados.....	30
4.1 Características Sócio-Demográficas Participantes	30
4.2 Caracterização do Quadro Depressivo dos Sujeitos	34
4.3 Caracterização de Traços de Personalidade dos Sujeitos	46
4.4 Características Personalísticas e Severidade da Sintomatologia Depressiva	57
5 – Discussão dos Resultados	64
6 – Conclusões.....	73
IV – Referências Bibliográficas	75
Anexos	82

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Ficha Técnica do Trabalho de Campo	27
Tabela 2 – Distribuição da Idade dos Sujeitos	31
Tabela 3 – Distribuição das Idades dos sujeitos por Tipo de Amostra.....	32
Tabela 4 – Características Sócio Demográficas dos sujeitos segundo o Tipo de Amostra	33
Tabela 5 – Coeficiente de Fiabilidade: IACLIDE	34
Tabela 6 – Correlação Item-Nota Global do IACLIDE	35
Tabela 7 – Estatísticas descritivas da Nota Global do IACLIDE.....	36
Tabela 8 – Teste de Normalidade da Nota Global do IACLIDE.....	37
Tabela 9 – Estatísticas descritivas da Nota Global do IACLIDE na Amostra Clínica.....	38
Tabela 10 – Diferenças na Nota Global do IACLIDE segundo Tipo de Amostra	39
Tabela 11 – Diferenças no quadro clínico depressivo dos sujeitos segundo características sócio-demográficas	39
Tabela 12 – Correlação entre o IACLIDE global e os grupos de Sintomas	40
Tabela 13 – Correlação entre a escala IACLIDE global e os grupos de Sintomas: amostra clínica.....	41
Tabela 14 – Sintomas do IACLIDE por Tipo de Amostra: médias e desvios-padrão.....	42
Tabela 15 – Severidade dos Sintomas do IACLIDE	42
Tabela 16 – Comparação de Sujeitos com Sintomatologia Depressiva relativamente aos Sintomas do IACLIDE	45
Tabela 17 – Coeficiente de Fiabilidade: <i>Mini-Mult</i>	46
Tabela 18 – Comparação de médias das escalas <i>Mini-Mult</i> segundo o Tipo de Amostra	48
Tabela 19 – Correlação entre as diferentes escalas clínicas do <i>Mini-Mult</i>	54
Tabela 20 – Correlação entre as diferentes escalas clínicas do <i>Mini-Mult</i> : amostra clínica	55
Tabela 21 – Teste da Normalidade para as escalas clínicas do <i>Mini-Mult</i>	55
Tabela 22 – Comparação de médias das escalas <i>Mini-Mult</i> segundo o Género.....	56
Tabela 23 – Comparação de médias das escalas <i>Mini-Mult</i> segundo a Faixa Etária	57
Tabela 24 – Análise de variância (ANOVA).....	58
Tabela 25 – Teste de <i>Kruskal-Wallis</i>	58
Tabela 26 – Comparação múltipla de médias para as Escalas de Hipocondria e Histeria	59
Tabela 27 – Comparação múltipla de médias para as Escalas Depressão e Psicastenia	60

Tabela 28 – Tabela de Contingência da Elevação das Escalas <i>Mini-Mult</i> pela Severidade da Depressão.....	61
---	----

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição dos sujeitos segundo Género	30
Gráfico 2 – Distribuição dos sujeitos por Tipo de Amostra	30
Gráfico 3 – <i>Box-plot</i> da Idade segundo Tipo de Amostra	32
Gráfico 4 – Distribuição das Habilitação Literárias dos sujeitos segundo Tipo de Amostra ...	34
Gráfico 5 – Histograma de frequências da Nota Global do IACLIDE.....	37
Gráfico 6 – <i>Box-Plot</i> da Nota Global do IACLIDE	37
Gráfico 7 – Severidade da Depressão: leve, moderada e grave.....	43
Gráfico 8 – <i>Error-Bar</i> do IACLIDE segundo os graus de depressão	44
Gráfico 9 – <i>Error-bar</i> dos Sintomas do IACLIDE segundo a Severidade da Depressão	45
Gráfico 10 – Perfil Personalístico dos sujeitos.....	46
Gráfico 11 – Perfil Personalístico dos sujeitos segundo o Tipo de Amostra	47
Gráfico 12 – Escala de Mentira: amostra clínica e normativa.....	48
Gráfico 13 – Escala de Frequência: amostra clínica e normativa.....	49
Gráfico 14 – Escala de Correção: amostra clínica e normativa.....	49
Gráfico 15 – Escala de Hipocondria: amostra clínica e amostra normativa.....	50
Gráfico 16 – Escala de Depressão: amostra clínica e amostra normativa.....	50
Gráfico 17 – Escala de Histeria: amostra clínica e amostra normativa.....	51
Gráfico 18 – Escala de Desvio Psicopático: amostra clínica e amostra normativa.....	51
Gráfico 19 – Escala de Paranóia: amostra clínica e amostra normativa.....	52
Gráfico 20 – Escala de Psicastenia: amostra clínica e amostra normativa	52
Gráfico 21 – Escala de Esquizofrenia: amostra clínica e amostra normativa	53
Gráfico 22 – Escala de Hipomania: amostra clínica e amostra normativa	53
Gráfico 23 – Severidade da depressão segundo a elevação na Escala de Depressão do <i>Mini-Mult</i>	61
Gráfico 24 – Severidade da depressão segundo a elevação na Escala de Esquizofrenia do <i>Mini-Mult</i>	62
Gráfico 25 – Escala de Esquizofrenia como agravante do quadro depressivo dos sujeitos	63

Gráfico 26 – Escala de Depressão como agravante do quadro clínico depressivo dos sujeitos	63
---	----

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. IACLIDE.....	83
Anexo 2. <i>Mini-Mult</i>	88
Anexo 3. Folha de Correção; Tabela de Conversão; Folha Perfil do <i>Mini-Mult</i>	93
Anexo 4. Autorização do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental.....	97
Anexo 5. Autorização para utilização do instrumento IACLIDE	98
Anexo 6. Consentimento Informado	99

I – INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, os constructos estruturais ou dos traços da personalidade vêm sendo estudados e analisados, acrescentando informações na compreensão preditiva do comportamento humano, embora como sabemos, a linha de pesquisa sobre o constructo de personalidade como explicação da conduta humana não é nova na psicologia (Paunonen, 1998; Sobral, 1998; Stephenson, 1990, *in* Formiga, 2010). Um traço de personalidade é uma característica passível de distinguir uma pessoa de outra e que a leva a se comportar de modo mais ou menos coerente (Cloninger, 2003). Estudos sobre as relações entre traços de personalidade e nosologia clínica demonstram que pode existir algum tipo de ligação entre estes traços e as perturbações clínicas (Piedmont, 1998, *in* Orsini, 2006).

A distinção entre uma perturbação psiquiátrica do eixo I do DSM-IV e perturbações de personalidade – eixo II – assume uma grande importância, devidos às suas consequências práticas e teóricas (Del Porto, 1999). Vários estudos têm demonstrado interesse pela relação entre a depressão, enquanto fenómeno nosológico, e personalidade (Widiger & Trull, 1992, *in* Orsini, 2006). Neste sentido, salienta-se que, ainda que os traços de personalidade e as perturbações mentais sejam independentes entre si, o tipo de personalidade do indivíduo pode afectar o curso e a expressão da depressão (Widiger & Trull, 1992, *in* Orsini, 2006), ou seja, a personalidade pode influenciar a manifestação do episódio depressivo, podendo ter como consequências uma evolução mais ou menos demorada e/ou mais ou menos severa (Orsini, 2006).

Neste sentido, o presente estudo tem como objectivo estudar e analisar a influência de determinados traços de personalidade, num quadro clínico de depressão, procurando compreender se os mesmos podem contribuir para o aumento da severidade desta patologia. Este estudo foi esboçado com o intuito de ajudar na compreensão das necessidades sentidas para a melhoria da qualidade da prestação dos serviços de saúde mental na pessoa com diagnóstico de depressão, pretendendo-se trazer contributos, tanto ao nível da pesquisa empírica, como da clínica psicoterapêutica, partindo do pressuposto que uma deve ser fonte enriquecedora da outra.

II – CORPO TEÓRICO

1. Personalidade

O conceito de personalidade não apresenta uma definição única (Irigaray & Schneider, 2007). Contudo, pode ser caracterizado como um sistema de significação individual (Joyce-Moniz, 1993), que tem a sua formação na adolescência (Fierro, 1993, *in* Lopes, Barreira & Pires, 2001). De acordo com Neri (2005, *in* Irigaray & Schneider, 2007), a personalidade está relacionada com a forma como os indivíduos usualmente se comportam, experienciam, acreditam e se sentem relativamente a si próprios, aos outros e ao mundo. Já Hilgard, Atkinson e Atkinson (1979, *in* Irigaray & Schneider, 2007) definem este constructo como características individuais do comportamento que são responsáveis pelo ajustamento do sujeito ao ambiente.

A história da caracterização global de personalidade teve o seu início na Grécia Antiga (Rodrigues & Gonçalves, 1998). Hipócrates descrevia quatro tipos básicos de temperamento: sanguíneo (optimista, esperançoso), melancólico (triste, deprimido), colérico (irascível) e fleumático (apático) (Merenda, 1987, *in* Cloninger, 2003). Sabe-se que o termo temperamento se refere a estilos coerentes de comportamento que estão presentes desde a infância, presumivelmente devido a influências biológicas (Cloninger, 2003), tendo um relação especial com a afetividade (Martínez, 2002). Importa salientar neste sentido que, o temperamento, sendo um fenómeno que surge na infância, representa uma espécie de fundamento da futura personalidade (Martínez, 2002).

O primeiro sistema explicativo das dimensões da personalidade foi a doutrina dos humores corporais, a qual compreendia a personalidade a partir dos fluidos biológicos (Rodrigues & Gonçalves, 1998). A fisionomia pode ser referida como uma das precursoras da morfologia psiquiátrica moderna, uma vez que esta procura identificar características da personalidade a partir da aparência exterior, dando particular ênfase às configurações faciais e expressões (Rodrigues & Gonçalves, 1998). Deste modo, tentou-se, ao longo de vários anos compreender os outros, através da sua postura, feições e tipo de movimentos (Rodrigues & Gonçalves, 1998). Posteriormente, no século XVIII, com os estudos de Frenz Josef Gall,

aconteceu a tentativa mais séria de construir uma teoria da personalidade (Rodrigues & Gonçalves, 1998). Gall referia-se aos estudos como a fisiologia cerebral, organologia e craneoscopia; contudo foi a termo frenologia, que se tornou a designação consagrada (Rodrigues & Gonçalves, 1998). Os argumentos que Gall expunha para a sua medição das variações do contorno do crânio não eram de todo ilógicos, tendo em conta os conhecimentos limitados que existiam na altura (Rodrigues & Gonçalves, 1998). É certo que o seu trabalho representou um importante avanço nos estudos, até à data, subjectivos, da fisionomia, na medida em que procurou utilizar métodos quantitativos para deduzir a estrutura interna do cérebro (Rodrigues & Gonçalves, 1998).

Pode distinguir-se entre os autores que propõe classificações focalizadas nas variações normais da personalidade e aqueles que se baseiam na diferenciação das personalidades patológicas (Rodrigues & Gonçalves, 1998). Cloninger (2003) salienta que não basta somente descrever a personalidade, acrescentando que a relação entre personalidade e comportamentos observáveis muitas vezes é pouco óbvia. A autora refere-se ao termo *dinâmica da personalidade* como os mecanismos pelos quais a personalidade se expressa, focalizando muitas vezes as motivações que orientam o comportamento. A *dinâmica da personalidade* inclui a adaptação ou ajustamento dos indivíduos às exigências da vida e, logo, tem implicações para a saúde mental (Cloninger, 2003).

Ao longo dos anos, a personalidade tem sido explorada como um constructo passível de explicar as diferenças individuais, proporcionando um marco teórico nos estudos das idiosincrasias e estabilidade do comportamento de cada indivíduo (Allport, 1973; Ávila, Rodríguez & Herrero, 1997; Barbaranelli & Caprara, 1996; Hampson, 1986; Pervin & John, 2004; Robinson, Shaver & Wrightsman, 1991, *in* Formiga, 2010). Deste modo, é possível a partir das características individuais, uma avaliação científica das mais variadas situações quando se pretende prever as reacções ou disposições futuras de cada pessoa (Gazzaniga & Heatherton, 2005; Paunonen, 1998; Peabody, 1987; Trzop, 2000, *in* Formiga, 2010). De acordo com McAdams (1992, *in* Formiga, 2010), o conhecimento da personalidade pode contribuir tanto na organização das relações interpessoais, como também perceber os factores de protecção perante as relações interpessoais.

Relativamente às teorias da personalidade, na perspectiva dos traços são concebidas taxonomias que possibilitam ao sujeito expressar através do comportamento, formas específicas para si próprio e para os outros, quando em interacção social, situação esta que em

algumas vezes está presente a desejabilidade social, ou seja, acontece que o indivíduo procura por vezes parecer melhor para os outros, descrevendo-se como gostaria que fosse descrito por quem o observa, precisamente porque essa auto-imagem pretendida se deve a uma co-dependência dos papéis sociais representados por cada um de nós (Queiroga, Formiga, Jesus, Gouveia & Andrade, 2001; Formiga, Yepes & Alves, 2005, *in* Formiga, 2010).

Allport (1937b, *in* Cloninger, 2003), na sua teoria dos traços da individualidade, definia a personalidade como a organização dinâmica dos sistemas psicofísicos que determinam, no interior do sujeito, os seus ajustamentos únicos ao meio. Para este teórico, as unidades básicas da personalidade são os traços. Estes podem ser estudados de modo ideográfico (traços individuais), perspectiva esta que Allport defendia, ou nomotético (traços comuns) (Cloninger, 2003). Os traços evoluem ao longo do tempo, com a experiência, sendo passíveis de mudar à medida que o indivíduo aprende novas formas de se adaptar ao mundo (Allport, 1937b, *in* Cloninger, 2003).

De acordo com Allport (1937b, *in* Cloninger, 2003), os traços variam quanto à sua difusão. Este autor categorizou os traços como centrais, secundários e cardinais, variando conforme a extensão com que influenciam a personalidade. Os primeiros correspondem às características que sintetizam a personalidade de um indivíduo, sendo que estes têm influências amplas e ocorrem em todas as pessoas (Allport, 1937b, *in* Cloninger, 2003). Os traços secundários descrevem formas da pessoa ser coerente, mas não afectam uma parte tão grande do que ela faz como o traço central; estes traços são menos óbvios, menos generalizados e habitualmente, menos empregues do que os centrais (Allport, 1937b, *in* Cloninger, 2003). Por último, os traços cardinais, que são os traços mais difusos, dominam praticamente tudo o que a pessoa faz, tendo deste modo influências bastante amplas; a maioria dos indivíduos não tem um único traço assim tão difuso e quando o tem, o traço muitas vezes torna esse mesmo indivíduo famoso, um protótipo de uma disposição que os outros podem ter em menor quantidade (Allport, 1937b, *in* Cloninger, 2003). De salientar ainda que alguns psicólogos colocaram em questão a utilidade deste conceito último conceito, pois segundo eles, não é a difusão do traço, como afirmava Allport, que faz a diferença, mas aquilo que parece ser um traço cardinal é simplesmente em *score* extremo de um traço nomotético (Cloninger, 2003).

Na teoria dos traços de individualidade é proposto o conceito de autonomia funcional da motivação, que declara que, seja qual for a causa original do desenvolvimento de uma

motivação ou traço, em determinado momento este começa a funcionar independentemente das suas origens (Allport 1937a, 1950b, *in* Cloninger, 2003). Cattell (1950, *in* Cloninger, 2003), na sua teoria analítico-factorial dos traços, definiu a personalidade meramente como aquilo que possibilita prever o que um sujeito fará numa dada situação. De acordo com este autor, os traços são unidades da personalidade com valor preditivo e são também aquilo que define o que um sujeito fará ao se confrontar com uma situação definida (Cattell, 1979, *in* Cloninger, 2003).

Este teórico, autor de um grande número de testes de personalidade, empregou métodos de pesquisa multivariados, entre estes, a análise factorial, que se define como um procedimento estatístico baseado no conceito de correlação (Cattell, 1957, *in* Cloninger, 2003). Este método de pesquisa foi utilizado para descrever os traços mais ou menos imediatamente evidentes de um sujeito, que foram denominados traços superficiais e, por meio de análises estatísticas mais intensivas, procurou encontrar os traços-fonte, que efectivamente determinam a personalidade (Cattell, 1979, *in* Cloninger, 2003). Explorando um pouco mais, os primeiros traços são padrões de variáveis intercorrelacionadas e o termo superficial indica que, apesar de à superfície eles pareçam ser um traço, não existe evidência de que efectivamente, o sejam em termos permanentes, ou seja, o padrão de correlações pode não voltar a aparecer sob condições diferentes – por exemplo, numa outra época (Cattell, 1979, *in* Cloninger, 2003). Por outro lado, os traços-fonte são traços fundamentais da personalidade, que aparecem mesmo que as condições sejam distintas (Cattell, 1979, *in* Cloninger, 2003).

Nas teorias da personalidade é habitual se diferenciar vários tipos de traços, entre os quais, de aptidão, de temperamento e os dinâmicos e Cattell também adoptou estes conceitos (Cloninger, 2003). Relativamente aos traços de aptidão, estes descrevem tipos de inteligência e determinam com que eficiência um indivíduo trabalha para alcançar uma meta desejada (Cattell, 1965, *in* Cloninger, 2003). Quanto aos traços de temperamento, estes são traços-fonte predominantemente herdados, que determinam o estilo geral e o ritmo com os quais um indivíduo realiza tudo o que faz (Cattell, 1965, *in* Cloninger, 2003). No que respeita aos traços dinâmicos, estes fornecem a energia e a direcção para as acções, são motivacionais, sendo que algumas das motivações são inatas e outras adquiridas (Cattell, 1957, *in* Cloninger, 2003).

A maioria das pesquisas de Cattell utiliza o método nomotético ou, na sua própria terminologia, a *técnica-R*, onde vários sujeitos são analisados conjuntamente, ou seja, as suas

pontuações são comparadas entre si (Cattell, 1957, *in* Cloninger, 2003). Este teórico explorou também uma técnica para pesquisas ideográficas denominada *técnica-P* e demonstrou que a análise factorial pode igualmente ser adaptada à investigação intensiva de um único indivíduo, possibilitando deste modo, teoricamente, a descoberta de traços individuais exclusivos (Cattell, 1957, *in* Cloninger, 2003). Esta variação da análise factorial analisa pontuações obtidas por um sujeito, comparando-as ao longo do tempo (Cattell, 1957, *in* Cloninger, 2003).

Na psicologia, as teorias da personalidade propõem-se estudar os indivíduos, procurando descobrir, entender e explicar o que são actualmente, como se tornaram assim, e porque se comportam de uma determinada forma (Pervin, 2001, *in* Albert, Pereira de Quadros & Bagolin, 2007). Estas teorias podem comparar-se em relação aos conceitos que utilizam para determinar o quê, o como e o porquê da personalidade, sendo que esta comparação diz respeito à estrutura da personalidade, ou seja, os aspectos mais estáveis ou duradouros (Pervin, 2001, *in* Albert et al., 2007). Conceitos estruturais como resposta, costumes e traços, são todos tentativas de conceber a forma como os indivíduos são (Pervin, 2001, *in* Albert et al., 2007). Torna-se necessário que uma teoria explique a dinâmica e o desenvolvimento da personalidade, do mesmo modo que forneça conceitos descritivos, como os traços, por exemplo (Pervin, 1985, *in* Cloninger, 2003). Pervin (2001 *in* Albert et al., 2007) salienta que, além da comparação estrutural das teorias, estas podem ser comparadas em relação a conceitos de desenvolvimento e crescimento.

De acordo com o autor, este ponto representa um dos desafios mais profundos que os psicólogos da personalidade enfrentam, que passa por tentar explicar o desenvolvimento de diferenças individuais e o desenvolvimento do indivíduo como ser único. Tradicionalmente os determinantes da personalidade foram divididos em factores genéticos e factores ambientais, sendo que os primeiros põem a tónica em características como a inteligência e o temperamento, enquanto os determinantes ambientais englobam influências que tornam muitos de nós semelhantes uns aos outros, assim como as experiências nos tornam únicos (Pervin, 2001, *in* Albert et al., 2007). A personalidade tem o seu desenvolvimento ao longo do tempo e a experiência, particularmente na infância, influencia o modo como cada pessoa desenvolve a sua personalidade única (Cloninger, 2003). A concepção da personalidade a partir dos traços não diz respeito às questões patológicas, mas à díade genética/meio ambiente, a qual resulta em características individuais consistentes do comportamento,

manifestado pelo indivíduo em diversas situações, habitualmente concebido como disposições (Costa & McCrae, 1992; Saudino & Plomin, 1996, *in* Formiga, 2010).

A componente de hereditariedade é de facto enfatizada por vários teóricos (Baker & Daniels, 1990; Heath & Martin, 1990; Plomin, 1986, *in* Cloninger, 2003). Cattell investigou o papel da hereditariedade como determinante da personalidade e concluiu que alguns dos seus aspectos são fortemente influenciados pela hereditariedade (Cloninger, 2003). Teorias recentes de personalidade percebem o desenvolvimento humano como um processo multidimensional e multidireccional que é composto pela ocorrência conjunta de ganhos, perdas e estabilidades (Freire, 2000; McAdams, 1995; Maiden, Peterson, Caya, Hayslip, 2003; Field & Millsap, 1991; Labouvie-Vief, Diehl, Tarnowski, Shen, 2000; Ravenna, Jones, Kwan, 2002; Schaie & Willis, 1996; *in* Irigaray & Schneider, 2007).

2. Depressão

Todos nós, em algum momento da vida, já nos sentimos tristes ou infelizes, mas estes sentimentos são usualmente passageiros. Contudo, quando estas emoções se intensificam, a ponto de interferir no quotidiano e nas diversas áreas da pessoa, então muito provavelmente, estamos perante uma perturbação depressiva (National Institute of Mental Health, 2008). As patologias depressivas inserem-se no grupo das perturbações do humor, sendo subdivididas em perturbação depressiva major, perturbação distímica e perturbação depressiva sem outra especificação (American Psychiatric Association – APA, DSM-IV-TR, 2002). Relativamente à perturbação depressiva major, é uma das condições clínicas mais comuns, como também uma das mais incapacitantes (Parikh & Lam, 2001, *in* Dawson, Michalak, Waraich, Anderson, & Lam, 2004). Uma perturbação depressiva major distingue-se de uma distímica com base na gravidade, cronicidade e persistência, sendo que na primeira o humor depressivo tem de estar presente durante a maior parte do dia, por um período de pelo menos, 2 semanas; por outro lado, na distimia, tem de estar presente em mais de metade dos dias, mas por um período de pelo menos, 2 anos (APA, DSM-IV-TR, 2002). Existem ainda as perturbações depressivas sem outra especificação, correspondendo a pessoas que não satisfazem os critérios, dado que os seus sintomas não são suficientemente graves ou não duram o tempo necessário, mas que

contudo se denotam sintomas e humor deprimido (Kaplan, Sadock, & Grebb, 2003). Importa, antes de mais, tentar operacionalizar a palavra “humor”. Segundo Afonso, Reinas, Roberto, Campos, Enrique et al., (1997) este pode ser normal, exaltado ou deprimido, referindo-se assim ao estado emocional interior de um sujeito, afectando a expressão exterior do conteúdo emocional. Um indivíduo comum experiencia uma diversidade de humores e tem um grande repertório de expressões afectivas. (Afonso et al., 1997). Pode dizer-se que a noção de humor é fácil de se perceber, mas difícil de se definir. Segundo Doron & Parot (2001) este refere-se ao conjunto das disposições afectivas que se revelam determinantes fundamentais da actividade psíquica.

O cenário emocional depressivo tem sido documentado desde os tempos mais remotos. Um papiro egípcio de 1500 a.C. contém um relato sobre a velhice o qual refere que “*o coração torna-se pesado e não recorda o passado*” (Fonseca, 2006, p.3). A história desta patologia é já longa, sendo que a primeira conceptualização do fenómeno depressivo e, em especial, da melancolia, pertence a Hipócrates (460-375 a.C.) (Ferreira, 2006). Este conhecia muito bem os sintomas da depressão e defendia que a mesma resultava de um excesso de bílis negra, chamada em grego de *melancholè* (Fonseca, 2006). De acordo com Maia (1999), a depressão é uma das experiências humanas mais dolorosas e incapacitantes e que atinge um grande número de pessoas.

Embora os sujeitos vivenciem a depressão de diferentes formas (Powell, 2000), as suas características mais salientes são um grande sentimento de tristeza e vazio (Del Porto, 1999), assim como o humor deprimido (Powell, 2000). Pessoas nesta condição revelam igualmente perda de energia e interesse, sentimentos de culpa e vergonha (Pires, 2004), dificuldade de concentração, perdas de apetite, suicídio e pensamentos sobre a morte (Afonso et al., 1997). O suicídio – facto que pode ocorrer em cerca de 15% dos casos depressivos – encontra-se entre os possíveis riscos de depressões não tratadas (Lima & Migott, 2003). Neste sentido, importa salientar que a pessoa com depressão, sentindo-se um fardo para a sua família e amigos, invoca muitas vezes a morte, como forma de aliviar os que a assistem na doença (Del Porto, 1999). São também evidentes, outras emoções negativas, tais como, irritabilidade, ansiedade, medo e angústia, correspondentes a uma impotência sentida pela pessoa, em relação às suas expectativas e às expectativas de quem a rodeia (Pires, 2004). Gioia-Martins, Medeiros e Hamzeh (2009) acrescentam ainda que sujeitos deprimidos percepcionam os problemas e obstáculos como insuperáveis e não se percebem competentes

para superar o momento pelo qual estão a passar e sentem que os seus esforços são insuficientes para alterar o rumo dos acontecimentos.

Outros sinais e sintomas característicos deste grupo de perturbações são alterações nas capacidades cognitivas, fala e funções vegetativas, tais como alterações no sono, na actividade sexual e em outros ritmos biológicos fundamentais (Afonso et al., 1997; Baptista, Souza & Alves, 2008). Observa-se igualmente nas pessoas deprimidas, uma clara limitação da sua actividade e bem-estar (Ormel, VonKorff, Van Den Brink, Katon, Bilman, & Oldehinkel, 1993; Lloyd, Jenkins, & Mann, 1996 *in* Fleck, Lafer, Sougey, Del Porto, Brasil, & Juruena, 2003), uma perda de interesse, de prazer e de energia, um cansaço marcante após esforços leves, (Lima & Migott, 2003) e, conseqüentemente, uma maior utilização dos serviços de saúde (Johnson, Weissman, & Klerman, 1992, *in* Fleck et al., 2003). Estes distúrbios constituem um problema de saúde de extrema relevância, pela sua frequência, repercussão psicológica, física, social, laboral, familiar e económica (Bahls, 1999; Infarmed, 2002; Gusmão, Xavier, Heitor, Bento, & Almeida, 2005), assim como pela intensidade que pode atingir o sofrimento das pessoas afectadas (Maia, 2001). Canineu (2006 *in* Fernandes, Nascimento & Macedo, 2010) alerta para o facto de poder ocorrer variações na expressão do quadro depressivo, conforme a fase de vida da pessoa.

Estas perturbações são as doenças psiquiátricas mais frequentes (Matos, 2004), sendo que em países ocidentais, estudos de prevalência demonstram que a depressão possui uma prevalência anual na população em geral que varia entre 3% e 11% (Regier, Narrow, Rae, Manderscheid, Locke, & Goodwin, 1993; Kessler, McGonagle, Zhao, Nelson, Huges, & Eshleman, 1994; Jenkins, Lewis, Bebbington, Brugha, Farrell, Gill et al., 1997 *in* Fleck et al., 2003). Estudos epidemiológicos realizados em diversas culturas demonstraram que as taxas mais elevadas de depressão ocorrem em mulheres, havendo igualmente um risco mais alto de desenvolvimento do primeiro sintoma depressivo em mulheres com idades mais jovens (Kessler et al., 1993; Regier et al., 1987; Robins et al., 1984; Weissman et al., 1988, 1996 *in* Verdeli, Ferro, Wickramaratne, Greenwald, Blanco, & Weissman, 2004). Estima-se que, pelo menos, 12% da população adulta teve ou terá um episódio de severidade depressiva clinicamente significativa (Schuyler & Katz, 1973, *in* Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1997). De acordo com Ellis, Hickie, & Smith (2003), esta patologia afecta 1 em 25 pessoas em cada um mês. No que respeita à prevalência de sintomatologia depressiva em Portugal, estudos

realizados na zona centro do país revelaram que 16.9% a 18.4% da população apresentava sintomas depressivos significativos (Gusmão et al., 2005).

Relativamente à etiologia da depressão, existem essencialmente três grandes campos: biológico, genético e psicossocial, sendo que não faz sentido dividi-los, uma vez que normalmente estes três factores interagem entre si (Kaplan et al., 2003). Existem modelos comportamentais que tentam explicar a depressão. Neste sentido, Selligman (1975, *in* Persad, 1988, *in* Meireles & Cameirão, 2005) descreve um modelo animal, com base no desânimo aprendido. Segundo este autor, a aplicação deste conceito nos seres humanos traduz-se na depressão, na qual os pacientes experienciam igualmente aceitação passiva e desamparo (Persad, 1988, *in* Meireles & Cameirão, 2005). No que respeita à teoria cognitiva, esta defende que interpretações cognitivas erróneas envolvem geralmente uma distorção da experiência de vida, auto-avaliações negativas, pessimismo e desesperança (Kaplan et al., 2003). A aprendizagem destas apreciações negativas conduz ao sentimento de depressão (Kaplan et al., 2003).

3. Características Personalísticas e Sintomatologia Depressiva – Relações Empíricas

Nesta secção, pretende-se expor o estado da arte, tendo em conta estudos respeitantes à depressão, às características de personalidade, assim como estudos em que se correlacionem estas duas temáticas. Neste sentido, um estudo realizado por Manso e Matos (2006) a 344 adolescentes, estudantes do ensino secundário, de escolas de diversos concelhos do nosso país, verificou que são os jovens adultos, do género feminino, que apresentam níveis mais elevados de depressão. Nesta mesma investigação, foram ainda encontrados níveis mais acentuados de depressão no meio urbano.

Rabasquinho e Pereira (2007) estudaram uma amostra de 483 utentes que frequentaram as consultas de Psicologia do Hospital Amato Lusitano, entre Maio de 1984 e Maio de 2005. O objectivo deste estudo foi investigar sob o ponto de vista epidemiológico diferenças de género nos sujeitos que procuraram estas consultas, relativamente à

psicopatologia associada, tipo de intervenção solicitada, fármacos prescritos, funcionamento familiar, familiares com doença mental, tentativas de suicídio, entre outras variáveis respeitantes aos dados demográficos. Os resultados deste estudo revelaram que as mulheres apresentam vulnerabilidade marcante relativamente a sintomas ansiosos e depressivos, sendo que se obtiveram taxas de prevalência mais elevadas neste género em perturbações como as de humor, que representaram 20,5% dos vários grupos de perturbações, obtendo o género feminino 72%, ansiedade, que correspondeu a 11,2%, sendo a percentagem de mulheres respectiva 64%, adaptação a situações de vida stressantes, 22,8% dos grupos analisados, evidenciando-se o género feminino com 77,3%, e nas somatoformes, que corresponderam a 0,4%, sendo que as mulheres obtiveram uma taxa de 89%. Um estudo realizado por Bernardo (2008) de carácter epidemiológico, no sul do distrito de Castelo Branco, que teve como objectivo avaliar a influência das variáveis sócio-demográficas na ocorrência de perturbações depressivas nos utentes Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital Amato Lusitano e que compreendeu uma amostra de 904 utentes seleccionados a partir de um universo de 1337 utentes que recorreram ao respectivo departamento nos últimos 6 meses de 2007, verificou que a percentagem de mulheres com perturbações depressivas foi de 70,8%, relativamente ao número total de usuários deste departamento. Também Silva (1999), no seu estudo sobre influência do género na depressão e no desempenho profissional, realizado com uma amostra de 214 sujeitos, verificou que existem diferenças entre as taxas de prevalência da depressão entre as mulheres e os homens, encontrando no género feminino uma percentagem de 28,48%, contra 3,85% do género masculino. De referir ainda que esta pesquisa emparelhou o género com a profissão, englobando assim auxiliares da acção médica, enfermeiros e professores, e demonstrou igualmente que a escolha da profissão, a realização e satisfação profissional podem funcionar como variáveis protectoras da depressão.

Irigaray e Schneider (2008) realizaram um estudo com uma amostra de 103 idosas, cujo objectivo foi analisar a associação entre o tempo de participação na Universidade para a Terceira Idade e a qualidade de vida e depressão em idosas. Os resultados deste estudo indicaram que o tempo de participação superior a um ano na universidade funciona como um possível factor protector contra a depressão em idosos, ao mesmo tempo que auxilia na percepção de uma melhor qualidade de vida nos domínios físico, psicológico e social.

Arnou e Constantino (2003) alertam para o facto de sujeitos mais jovens, em que a idade inicial de ocorrência dos sintomas depressivos é antes dos 21 anos, demonstrarem taxas

de recorrência desta patologia mais elevadas, mais hospitalizações psiquiátricas e maior comorbilidade com perturbações de personalidade.

Vários foram os estudos que investigaram esta relação entre a personalidade e psicopatologia (Widger & Trull, 1992, *in* Orsini, 2006). Hirschfeld e Klerman (1979, *in* Orsini, 2006) relataram os resultados da administração do *Mausley Personality Inventory* – MPI (Eysenck, 1962), que avalia o neuroticismo e a extroversão, do *Lazare-Klerman-Armor Personality Inventory* – LKA (Lazare, Klerman & Armor, 1966), que avalia traços obsessivos e histéricos e de inventários adicionais a 119 pacientes deprimidos. Estes doentes obtiveram *scores* mais altos no neuroticismo, na introversão e na obsessão do que as normas publicadas e significativamente mais altas do que as de um grupo de comparação com pacientes maníacos (Orsini, 2006). Neste sentido, Hirschfeld e Klerman (1979, *in* Orsini, 2006) concluíram que existem desigualdades nas personalidades de pacientes com perturbações do humor e, mais concretamente, que o indivíduo com depressão é introvertido, possui pouca autoconfiança, não é assertivo, é dependente, pessimista e percebe-se como inadequado.

Embora qualquer ser humano, com um qualquer padrão de personalidade possa tornar-se deprimido face a determinadas circunstâncias, certos tipos de personalidade parecem apresentar um risco mais elevado de desenvolvimento de patologia depressiva, entre as quais, personalidade dependente, obsessivo-compulsiva e histérica (Afonso et al., 1997). Também Peña, Hieguera, Domínguez e Palacios (2001) afirmam que os processos depressivos se encontram relacionados com alguns traços de personalidade, tratando-se estes de dependência, neuroticismo e introversão. Lopes et al., em 2001, realizaram um estudo com uma amostra de 22 jovens, de ambos os sexos, com o CDI e o *Mini-Mult*, sendo que neste se demonstrou a existência de um efeito de género, quer na expressão clínica do quadro depressivo, quer na presença de traços patológicos da personalidade, sendo que o sexo feminino apresentou resultados mais elevados em todas as medidas avaliadas.

Num estudo levado a cabo por Zonderman, Herbst, Schmidt, Costa e McCrae (1993, *in* Orsini, 2006), foram avaliados dados de uma amostra de 6913 adultos, acompanhados ao longo de 16 anos, quando foram utilizadas medidas de sintomas depressivos para predizer diagnósticos psiquiátricos, realizados em registos de hospitalizações. Nas análises de risco proporcional, duas medidas de depressão demonstraram-se significativamente associadas com diagnósticos posteriores de depressão e de outras patologias psiquiátricas (Zonderman et al., 1993, *in* Orsini, 2006). Os sintomas depressivos foram capazes de predizer, tanto a ocorrência

tardia, como a ocorrência recente de diagnósticos psiquiátricos, para além de demonstrarem um padrão de aumento do risco, à medida que a pontuação de sintomas depressivos aumentava, ou seja, quanto mais elevado o número de sintomas depressivos, maior o risco de ocorrência de um diagnóstico psiquiátrico (Zonderman et al., 1993, *in* Orsini, 2006). Conclusivamente, salienta-se que os resultados deste estudo são consistentes com a visão de que a sintomatologia depressiva pode predizer amplamente perturbações psiquiátricas futuras, uma vez que esta serve como uma medida representativa de alguns tipos de vulnerabilidades, como é o exemplo da dimensão normal da personalidade dita neurótica (Orsini, 2006).

Orsini (2006), realizou um estudo com 30 pacientes, com diagnóstico de perturbação depressiva *Major*, num hospital psiquiátrico, que pretendeu investigar a estabilidade dos factores de personalidade, baseada no modelo dos cinco factores, e as suas relações com mudanças na severidade dos sintomas depressivos. Deste modo, a primeira hipótese propunha uma estabilidade relativa e mudança absoluta para os factores extroversão e neuroticismo. A segunda hipótese indicava que a estabilidade relativa dos factores de personalidade não estaria relacionada com a severidade da sintomatologia depressiva, mas com os níveis destes traços antes do tratamento. Os resultados indicaram que, tanto a estabilidade relativa, como a mudança absoluta na personalidade podem ser observadas no contexto de alteração aguda na severidade da depressão (Orsini, 2006).

III – CORPO EMPÍRICO

1 – APRESENTAÇÃO DO ESTUDO

1.1 Objectivos

1.1.1 Objectivo Geral

Neste seguimento, e após a revisão bibliográfica, considerou-se pertinente estudar e analisar a possível existência de uma relação entre determinadas características personalísticas e a severidade da sintomatologia depressiva. Ou seja, este estudo procura tentar compreender se existem determinados traços de personalidade que podem contribuir para o aumento da severidade de uma patologia depressiva. Para o efeito, recorreu-se a duas amostras independentes: uma clínica e outra com sujeitos da população normativa. Isto pretendeu-se através da aplicação do *Mini-Mult*, para avaliação dos traços de personalidade, do IACLIDE para a avaliação da severidade da sintomatologia depressiva e, no caso dos participantes da amostra clínica, dos processos clínicos para a recolha de dados biográficos e outra informação referente aos dados clínicos. Neste sentido, é objectivo central deste estudo verificar se existem diferenças estatisticamente significativas entre estas as duas amostras supracitadas, tendo em conta os seus traços de personalidade e a presença e severidade de um quadro depressivo.

1.1.2 Objectivos Específicos

Seguidamente, apontam-se os objectivos específicos que foram estabelecidos:

- Identificar se existe exacerbação na escala de Hipocondria do *Mini-Mult*, em sujeitos com sintomatologia depressiva mais grave, comparados com sujeitos normais;
- Identificar se existe exacerbação na escala de Depressão do *Mini-Mult*, em sujeitos com sintomatologia depressiva mais grave, comparados com sujeitos normais;
- Identificar se existe exacerbação na escala de Histeria do *Mini-Mult*, em sujeitos com sintomatologia depressiva mais grave, comparados com sujeitos normais;
- Identificar se existe exacerbação na escala de Desvio Psicopático do *Mini-Mult*, em sujeitos com sintomatologia depressiva mais grave, comparados com sujeitos normais;
- Identificar se existe exacerbação na escala de Paranóia do *Mini-Mult*, em sujeitos com sintomatologia depressiva mais grave, comparados com sujeitos normais;
- Identificar se existe exacerbação na escala de Psicastenia do *Mini-Mult*, em sujeitos com sintomatologia depressiva mais grave, comparados com sujeitos normais;
- Identificar se existe exacerbação na escala de Esquizofrenia do *Mini-Mult*, em sujeitos com sintomatologia depressiva mais grave, comparados com sujeitos normais;
- Identificar se existe exacerbação na escala de Hipomania do *Mini-Mult*, em sujeitos com sintomatologia depressiva mais grave, comparados com sujeitos normais;
- Identificar se existem alterações Biológicas, em sujeitos com sintomatologia depressiva mais grave, comparados com sujeitos normais,
- Identificar se existem alterações Cognitivas, em sujeitos com sintomatologia depressiva mais grave, comparados com sujeitos normais;
- Identificar se existem modificações nas Relações Interpessoais, em sujeitos com sintomatologia depressiva mais grave, comparados com sujeitos normais;
- Identificar se existem alterações no Desempenho da Tarefa, em sujeitos com sintomatologia depressiva mais grave, comparados com sujeitos normais;

- Identificar se as elevações nas escalas clínicas do *Mini-Mult*, em sujeitos com sintomatologia depressiva, estão relacionadas com o aumento da severidade desta patologia.
- Identificar se as elevações nas escalas clínicas do *Mini-Mult*, em sujeitos com sintomatologia depressiva, estão relacionadas com a idade.
- Identificar se as elevações nas escalas clínicas do *Mini-Mult*, em sujeitos com sintomatologia depressiva, estão relacionadas com o género.
- Identificar se o aumento da severidade da depressão, em sujeitos com esta patologia, está relacionado com o facto de não estarem no activo (profissão);
- Identificar se o aumento da severidade da depressão, em sujeitos com este quadro clínico, está relacionado com o estado civil;
- Identificar se o aumento da severidade da depressão, em sujeitos com este quadro clínico, está relacionado com a idade;
- Identificar se o aumento da severidade da depressão, em sujeitos com este quadro clínico, está relacionado com o género;
- Identificar se o aumento da severidade da depressão, em sujeitos com este quadro clínico, está relacionado com o género e com a idade simultaneamente;
- Identificar se o aumento da severidade da depressão, em sujeitos com este quadro clínico, está relacionado com a área de residência;

1.2 Planificação

1.2.1 Tipo de Estudo

O método de investigação utilizado foi o quantitativo, pois utiliza a análise matemática como linguagem para descrever os fenómenos, isto é, permite explicar os fenómenos com base na quantificação e categorização, utilizando instrumentos precisos que garantem a

objectividade e a aplicação de procedimentos correlacionais (Almeida & Freire, 2007). Mais especificamente, recorreu-se à técnica de investigação por questionário para a recolha de dados.

Quanto ao tipo de investigação, tendo por base o seu alcance explicativo, recorreu-se ao método descritivo e correlacional (Hernández, Fernández & Baptista, 1993). Enquanto o método descritivo permite caracterizar de forma precisa as variáveis envolvidas no estudo, o método correlacional apoia-se neste estudo descritivo para estabelecer relações entre as diferentes variáveis em estudo.

1.2.2 Definição das Variáveis

No processo de análise estatística, o investigador depara-se sempre com algo que precisa medir, controlar ou manipular durante o processo de investigação (Maroco, 2003). Este algo designa-se por variável. Assim, o objecto do estudo estatístico são as variáveis e a informação que estas podem fornecer (Maroco, 2003). Uma variável estatística é uma característica que pode ser diferente nas várias observações feitas e pode ser de natureza qualitativa ou quantitativa (Pestana & Velosa, 2002). As variáveis qualitativas, em geral, usam contagens ou frequências absolutas, percentagens ou frequências relativas das classes ou categorias, sendo as variáveis nominais ou ordinais. As variáveis quantitativas, normalmente, resultam em contagens (de efectivos) ou de medições. Os resultados das medições são expressos numa escala quantitativa (Pestana & Velosa, 2002).

Os dados são usualmente registados em ficheiros e podem ter codificações muito variadas. Atendendo às variáveis disponíveis e aos conceitos que pretendemos analisar, o questionário apresenta uma predominância de escalas complexas, isto é, as variáveis em estudo são medidas através de diferentes tipos de escalas: escala nominal, escala ordinal, escala quantitativa. Pestana e Velosa (2002); e Maroco (2003) apresentam uma sistematização desta classificação:

- Escala nominal: as variáveis são medidas em classes discretas, mas não é possível estabelecer à partida um qualquer tipo de qualificação ou ordenação. No caso do

presente estudo, encontramos como variáveis deste tipo: o sexo, o estado civil, a situação profissional, a zona de residência e os itens originais do questionário do *Mini-Mult* (categorias de resposta - verdadeiro ou falso).

- Escala ordinal: as variáveis são medidas em classes discretas entre as quais é possível definir uma determinada ordem, segundo uma relação descritível mas não quantificável. As escalas de Likert são um exemplo de variáveis ordinais. Assim sendo, os itens originais do IACLIDE e o grau de severidade do IACLIDE (níveis de depressão – leve, moderada e grave) são variáveis ordinais. Outra variável utilizada no presente estudo que é igualmente uma escala ordinal é as habilitações literárias dos sujeitos.
- Escala quantitativa: as variáveis cuja escala de medida permite a ordenação e quantificação de diferenças entre elas. Neste sentido, as sub-escalas do *Mini-Mult*, a nota global do IACLIDE, as quatro dimensões do IACLIDE e a idade dos sujeitos são exemplo de escalas quantitativas.

1.2.3 Hipóteses

As hipóteses levantadas após revisão da literatura e atendendo aos instrumentos utilizados são as seguintes:

– Hipótese 1 (H1): sujeitos com sintomatologia depressiva mais grave, nos itens do IACLIDE, apresentam indicadores mais acentuados na escala de Hipocondria do *Mini-Mult*, comparados com sujeitos normais;

– Hipótese 2 (H2): sujeitos com sintomatologia depressiva mais grave, nos itens do IACLIDE, apresentam indicadores mais acentuados na escala de Depressão do *Mini-Mult*, comparados com sujeitos normais;

– Hipótese 3 (H3): sujeitos com sintomatologia depressiva mais grave, nos itens do IACLIDE, apresentam indicadores mais acentuados na escala de Histeria do *Mini-Mult*, comparados com sujeitos normais;

– Hipótese 4 (H4): sujeitos com sintomatologia depressiva mais grave, nos itens do IACLIDE, apresentam indicadores mais acentuados na escala de Desvio Psicopático do *Mini-Mult*, comparados com sujeitos normais;

– Hipótese 5 (H5): sujeitos com sintomatologia depressiva mais grave, nos itens do IACLIDE, apresentam indicadores mais acentuados na escala de Paranóia do *Mini-Mult*, comparados com sujeitos normais;

– Hipótese 6 (H6): sujeitos com sintomatologia depressiva mais grave, nos itens do IACLIDE, apresentam indicadores mais acentuados na escala de Psicastenia do *Mini-Mult*, comparados com sujeitos normais;

– Hipótese 7 (H7): sujeitos com sintomatologia depressiva mais grave, nos itens do IACLIDE, apresentam indicadores mais acentuados na escala de Esquizofrenia do *Mini-Mult*, comparados com sujeitos normais;

– Hipótese 8 (H8): sujeitos com sintomatologia depressiva mais grave, nos itens do IACLIDE, apresentam indicadores mais acentuados na escala de Hipomania do *Mini-Mult*, comparados com sujeitos normais;

– Hipótese 9 (H9): sujeitos com sintomatologia depressiva mais grave, nos itens do IACLIDE, apresentam alterações Biológicas mais acentuadas, comparados com sujeitos normais;

– Hipótese 10 (H10): sujeitos com sintomatologia depressiva mais grave, nos itens do IACLIDE, apresentam alterações Cognitivas mais acentuadas, comparados com sujeitos normais;

– Hipótese 11 (H11): sujeitos com sintomatologia depressiva mais grave, nos itens do IACLIDE, apresentam modificações nas Relações Interpessoais mais acentuadas, comparados com sujeitos normais;

– Hipótese 12 (H12): sujeitos com sintomatologia depressiva mais grave, nos itens do IACLIDE, apresentam pior rendimento no Desempenho da Tarefa, comparados com sujeitos normais.

– Hipótese 13 (H13): sujeitos com sintomatologia depressiva mais grave nos itens do IACLIDE, apresentam mais elevações nas escalas clínicas do *Mini-Mult*, comparados com sujeitos que apresentam depressões mais leves.

– Hipótese 14 (H14): sujeitos mais novos com sintomatologia depressiva apresentam traços de personalidade diferentes, nas escalas clínicas do *Mini-Mult*, comparados com sujeitos mais velhos.

– Hipótese 15 (H15): sujeitos do género feminino com sintomatologia depressiva apresentam traços de personalidade diferentes, nas escalas clínicas do *Mini-Mult*, comparados com sujeitos do género masculino.

– Hipótese 16 (H16): sujeitos que não estão no activo, tendem a desenvolver depressões mais graves, nos itens do IACLIDE, comparados com sujeitos com a mesma patologia, mas que estão no activo;

– Hipótese 17 (H17): sujeitos com quadro clínico de depressão casados ou em união de facto, desenvolvem depressões mais leves, nos itens do IACLIDE, comparados com sujeitos solteiros ou separados;

– Hipótese 18 (H18): sujeitos com depressão mais jovens, tendem a desenvolver depressões mais graves, nos itens do IACLIDE, comparados com sujeitos mais velhos;

– Hipótese 19 (H19): mulheres com quadro clínico de depressão, tendem a desenvolver depressões mais graves, nos itens do IACLIDE, comparadas com o género masculino;

– Hipótese 20 (H20): mulheres mais jovens com quadro clínico de depressão, tendem a desenvolver depressões mais graves, nos itens do IACLIDE, comparadas com mulheres mais velhas;

– Hipótese 21 (H21): sujeitos com sintomatologia depressiva que residem no meio urbano, tendem a apresentar níveis mais acentuados de depressão nos itens do IACLIDE, comparados com sujeitos que residem no meio rural.

2 – MÉTODO

2.1 Participantes

A amostra de participantes foi obtida por um método de amostragem não aleatório, mais particularmente pelo método de amostragem casual, isto é, os elementos da amostra foram seleccionados pela sua conveniência (Maroco, 2003). A opção por este tipo de amostragem justifica-se pelo acesso mais rápido a subgrupos de sujeitos de interesse para o estudo. Foram seleccionadas duas amostras independentes de sujeitos: a amostra clínica e a amostra normativa. Para a amostra clínica foram definidos quatro critérios de inclusão: os sujeitos apresentarem um diagnóstico de depressão, de acordo com os critérios do DSM-IV-TR (APA, 2002); não apresentarem outra psicopatologia associada; frequentarem as consultas externas de Psicologia, da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, do Hospital Amato Lusitano; e serem residentes no concelho de Castelo Branco.

Relativamente aos participantes da amostra normativa, os critérios incluíram: não ter actualmente ou no passado acompanhamento psicoterapêutico; não tomar qualquer tipo de medicação psiquiátrica; apresentar uma idade igual ou superior a 16 anos; e residir no concelho de Castelo Branco. Neste sentido, a amostra de participantes no estudo é constituída 93 sujeitos, com idades compreendidas entre os 17 e os 72 anos, dos quais 27 são do género masculino e 66 do género feminino. Desta amostra, 44 sujeitos apresentavam diagnóstico de depressão e 49 eram sujeitos da amostra normativa.

2.2 Instrumentos

2.2.1 IACLIDE

O instrumento seleccionado para avaliar os níveis de sintomatologia depressiva foi o Inventário de Avaliação Clínica da Depressão – IACLIDE (Anexo 1), construído a partir dos dados da população portuguesa (Vaz-Serra, 1994). Este foi elaborado pelo Prof. Dr. Adriano Vaz-Serra, em 1994, com o objectivo de avaliar a sintomatologia depressiva e de identificar a gravidade deste quadro clínico (Vaz-Serra, 1995). A escolha da designação de “Inventário” deve-se à possibilidade que oferece de permitir obter mais do que uma pontuação global, com interesse clínico (Vaz-Serra, 1994).

O IACLIDE é constituído por 23 itens. Nobre, Ramos e Bacelar (2000), em relação à consistência interna deste questionário, verificaram a existência de correlações altamente significativas entre cada item e o resultado global (o α de Cronbach encontrado foi de 0.890). Este inventário inclui sintomas biológicos (itens 3, 6, 8, 11, 13 e 15), cognitivos (1, 5, 7, 9, 10, 12, 16, 17, 18 e 19), interpessoais (2, 4 e 14) e de desempenho da tarefa (20, 21, 22 e 23) (Vaz-Serra, 1994). Relativamente aos sintomas biológicos, estes representam alterações de funções biológicas fundamentais e incluem itens que avaliam a insónia inicial e intermédia e a fadiga ao acordar (Vaz-Serra, 1994). Quanto aos sintomas de natureza cognitiva, estes traduzem alterações do conteúdo do pensamento, sendo que se pode salientar itens que avaliam as manifestações de auto-depreciação ou de sentimento de fracasso (Vaz-Serra, 1994).

No que respeita aos sintomas interpessoais, estes, neste inventário são considerados como um estado e não como uma maneira de ser habitual, sendo que se traduzem como dependência em relação a outras pessoas ou em isolamento social (Vaz-Serra, 1994). Quanto ao último sintoma (desempenho na tarefa observável), estes referem-se aos itens que traduzem a inibição motora e a inactividade (Vaz-Serra, 1994). Cada um dos sintomas do quadro depressivo foi subdividido em cinco questões, que traduzem uma gravidade progressiva crescente e têm implícita a possibilidade de uma única escolha (Vaz-Serra, 1994). As respostas são dadas através de uma escala do tipo Likert (Vaz-Serra, 1995). À primeira

corresponde um valor mínimo de 0, representativo da inexistência de qualquer perturbação e à última, um valor de 4, tradutor da gravidade máxima atingida pela queixa (Vaz-Serra, 1994).

De acordo com o autor, esta escala foi construída partindo do pressuposto de que a gravidade de um quadro depressivo, varia em função do número de sintomas assinalados e da intensidade que atingem (Vaz-Serra, 1994). Os valores deste instrumento correspondem a casos leves, moderados e graves de depressão (Vaz-Serra, 1994). Esta classificação teve em conta os critérios de diagnóstico do CID-10, de 1992, da Organização Mundial de Saúde (Vaz-Serra, 1994). De acordo com os mesmos, o grau leve corresponde a indivíduos perturbados pelos sintomas, com dificuldade em continuar com o seu trabalho, e actividades sociais habituais, mas que, provavelmente, não deixam de funcionar completamente; o grau moderado diz respeito a indivíduos que apresentam habitualmente, uma dificuldade considerável em continuar com as suas actividades sociais, de trabalho, ou domésticas; por último, o grau grave corresponde a um sujeito que se sente incapaz, a não ser de forma muito limitada, de continuar com as suas actividades sociais, de trabalho, ou domésticas (Vaz-Serra, 1994). Estabeleceu-se valores para as notas globais do IACLIDE, em função dos diferentes casos de gravidade, sendo que depressões leves oscilam entre 20 e 34 valores, depressões moderadas variam entre 35 e 52 valores e depressões graves pontuam ≥ 53 valores (Vaz-Serra, 1994). Aos participantes do estudo, referiu-se que devem responder como se sentem actualmente, tendo em conta as últimas duas semanas até ao momento actual, e não conforme a sua maneira de ser habitualmente.

2.2.2 Mini-Mult

Relativamente à avaliação da personalidade, optou-se por utilizar o *Mini-Mult* (anexo 2) tratando-se este, de uma versão reduzida do *MMPI – Minnesota Multiphasic Personality Inventory*. A sua utilização possibilita uma aplicação mais económica em termos de tempo e mais fácil de aplicar em contexto de investigação (Felizardo, 2005). De acordo com Seisdedos e Roig-Fusté (1986) dispor de uma forma curta do MMPI pode ser útil em diversas ocasiões, por exemplo quando o sujeito se nega a responder à forma completa da prova, não possui um nível sociocultural suficiente que lhe permita fazer frente à tarefa, em problemas de atenção ou deterioro cognitivo que não permitam a auto-administração do inventário, ou ainda a

necessidade de uma avaliação rápida com o objectivo de uma visão mais geral. Este instrumento é composto por 71 itens e foi construído a partir das investigações de Comrey, o qual agrupou os itens do MMPI em conjuntos com um coeficiente *phi* igual ou maior que 0,30 (Seisdedos & Roig-Fusté, 1986). Com base nesta investigação, Kincannon seleccionou um número de itens que representaram cada um dos agrupamentos supramencionados (Seisdedos & Roig-Fusté, 1986). Uma vez definidos os itens que formariam parte da prova reduzida, Kincannon aplicou, junto com a forma completa, a 50 sujeitos, obtendo-se correlações entre as escalas pontuadas em ambas as formas, que oscilavam entre 0,80 e 0,93 (Seisdedos & Roig-Fusté, 1986). Igualmente, o estudo levado a cabo por Seisdedos e Roig-Fusté (1986) a 140 sujeitos normativos e 60 pacientes psiquiátricos, utilizando o *Mini-Mult*, demonstrou que todos os coeficientes de correlação são elevados e permitem ter confiança em que a forma reduzida mede os mesmos aspectos da prova completa, sendo possível a sua aplicação quando se ache necessário.

Este instrumento, tal como é utilizado pelo Kincannon, é um questionário que permite pontuar 11 das 13 escalas fundamentais do MMPI, à excepção da escala de Masculinidade-Feminilidade e Introversão Social (Seisdedos & Roig-Fusté, 1986). Deste modo, o *Mini-Mult* é composto por 3 escalas de validade e 8 escalas clínicas (Seisdedos & Roig-Fusté, 1986). Segue em anexo (3) a folha de correcção, a folha de conversão dos resultados brutos em pontuações directas e a folha de perfil deste questionário. Seguidamente passa-se a explicar, de um modo conciso, cada uma destas escalas.

Relativamente às escalas de validade, estas contemplam: a escala *L* – Mentira – que é composta por itens que se referem a situações socialmente desejáveis, mas raramente verdadeiras; a escala *F* – Frequência – que é constituída por itens de baixa frequência de resposta no grupo norma (< 10%), seleccionados para detectar formas atípicas de responder aos itens; e pela escala *K* – Correcção – que integra itens seleccionados para identificar pessoas com psicopatologia conhecida, mas que quando respondem ao teste dão um perfil normativo (Felizardo, 2005). Na folha de perfil, apontam-se as fracções de *K*, sendo estes resultados somados às escalas de Hipocondria, Desvio Psicopático, Psicastenia, Esquizofrenia e Hipomania para seguidamente se traçar o perfil.

No que respeita às escalas clínicas, estas englobam: a escala *Hs* – Hipocondria – que mede a preocupação do sujeito com o funcionamento somático, sendo que a sua elevação não tem diagnóstico unívoco e sinaliza características de personalidade relativamente estáveis e

resistentes à mudança; a escala *D* – Depressão – que integra itens relativos à sintomatologia depressiva e é um bom indicador do grau de desconforto e insatisfação psicológica do sujeito em relação a si próprio e ao meio onde está inserido; a escala *Hy* – Histeria – que compreende itens relativos ao carácter histérico e a sintomas de conversão somática, sendo que a elevação nesta escala assinala a presença de características dos dois tipos e pode ocorrer em pessoas que geralmente mantém uma fachada de ajustamento superior e só em situações de *stress*, manifestam vulnerabilidade e desenvolvem sintomas de conversão; a escala *Pd* – Desvio Psicopático – foi desenvolvida para identificar a personalidade tipicamente psicopática, caracterizada por ausência de respostas emocionais profundas, dificuldade em aprender com a experiência, egocentrismo, desprezo pelas normas e hábitos sociais, podendo atingir comportamentos anti-sociais; a escala *Pa* – Paranóia – foi elaborada para detectar características paranóicas, isto é, ideias de referência, sentimentos de perseguição, auto-conceito grandioso, hipersensibilidade interpessoal e rigidez psicológica, permitindo identificar estas características em dois tipos de perturbação, sendo estas perturbação de carácter paranóico e perturbação grave da personalidade, ou seja, psicose paranóica ou delírio paranóide; a escala *Pt* – Psicastenia – validada com indivíduos caracterizados por grande fadiga física e intelectual, dúvidas sistemáticas e excessivas, medos injustificados, obsessões e compulsões, assim como grandes níveis de ansiedade; a escala *Sc* – Esquizofrenia – validada com um grupo de sujeitos muito heterogéneo que apresentavam em comum características psicóticas, mais concretamente, perturbações do pensamento, da percepção, do afecto, dificuldade no controlo dos impulsos e alterações da sociabilidade, em sujeitos normais, uma elevação sugere personalidades muito criativas e imaginativas, ou sujeitos muito individualistas, imaturos, com interesses específicos pouco desenvolvidos, dificuldades sexuais, problemas de identidade e dificuldades de pensamento e comunicação; a escala *Ma* – Hipomania – foi desenvolvida para identificar sintomas hipomaniacos, aos quais está subjacente uma hiperactividade do pensamento e da acção, caracterizando-se este quadro por uma instabilidade do humor, euforia, excitação psicomotora, auto-conceito grandioso, egocentricidade, impulsividade e facilidade na passagem ao acto (Felizardo, 2005).

Aos participantes do estudo, foi solicitado que respondessem Verdadeiro ou Falso, não demorando muito tempo entre uma e outra resposta. Após a cotação das respostas é obtida uma nota bruta para cada uma das escalas, a qual será convertida em nota T, sendo a média 50 e o desvio padrão 10. Notas T acima de 70 são consideradas clinicamente significativas

(Felizardo, 2005). É a análise de como os sujeitos se posicionam em cada uma das escalas, que permite descrever e analisar o perfil de personalidade (Felizardo, 2005).

2.2.3 Processos Clínicos

Recorreu-se ainda, à consulta dos processos clínicos dos utentes participantes do estudo, para uma recolha adicional de informação clínica, assim como de variáveis respeitantes aos dados sócio-demográficos.

2.3 Procedimentos

Após a consideração de aspectos éticos, metodológicos e procedimentais, da presente investigação, procedeu-se à formalização de um pedido de autorização e de avaliação do projecto de estudo, assim como a autorização da consulta dos processos clínicos e passagem das provas psicológicas, junto à Direcção do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da referida Unidade Local de Saúde (anexo 4). Depois do deferimento da autorização para a realização do estudo, elaborou-se uma solicitação ao Prof. Dr. Adriano Vaz-Serra, autor de um dos instrumentos que foi utilizado neste estudo – IACLIDE, a qual foi consentida (anexo 5), com a finalidade deste disponibilizar o referido teste e respectivo manual de cotação e interpretação. Relativamente ao *Mini-Mult*, este foi facultado pela Responsável do Serviço de Psicologia do Hospital Amato Lusitano, Dr.^a Graça Caldeira.

Quanto à administração das provas, antes do início do processo de avaliação foram explanados os objectivos do estudo a todos os sujeitos, foi igualmente preservada a confidencialidade e assegurada a possibilidade de parar a colaboração em qualquer momento. O consentimento informado (anexo 6) para recolha e tratamento de dados foi também solicitado. A passagem das provas à amostra clínica foi realizada numa sala de consultas do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco. A aplicação dos instrumentos foi efectuada individualmente. De salientar que houve

participantes, tanto na amostra clínica, como na amostra normativa, em que foi realizada a leitura dos instrumentos pelo investigador, com a finalidade de facilitar uma maior compreensão dos itens por parte do indivíduo.

A tabela 1 resume a informação sobre o trabalho de campo relativamente à área geográfica de aplicação, unidade de análise, o tamanho da amostra e forma de recolha de dados.

Tabela 1 – Ficha Técnica do Trabalho de Campo

Área Geográfica	Concelho de Castelo Branco
Unidade de Análise	Sujeitos com quadro clínico depressivo que frequentam as consultas de Psicologia da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco – Hospital Amato Lusitano
Tamanho da Amostra	Amostra Clínica – 44 sujeitos Amostra Normativa – 49 sujeitos
Recolha de Dados	Questionários Consulta dos Processos Clínicos

3 – ANÁLISE ESTATÍSTICA

Iniciou-se o processo de análise dos dados com a descrição e resumo das variáveis sócio-demográficas em estudo, calculando as estatísticas descritivas associadas (frequências absolutas, relativas, médias e desvio padrão). De seguida, a descrição das escalas IACLIDE e *Mini-Mult* foi realizada com base nas estatísticas descritivas, de localização (média, moda, mediana e os quartis), medidas de dispersão (desvio padrão, amplitude interquartil e o intervalo de variação) e medidas de assimetria (skewness) e achatamento (kurtosis) (Murteira, 1993).

Para quantificar a intensidade e direcção da associação entre variáveis utilizou-se o coeficiente de correlação de *Pearson* entre duas variáveis quantitativas. Quando o coeficiente de correlação se encontra entre o intervalo [0; 0,3], [0,3; 0,7] e [0,7; 1] considerou-se uma correlação fraca, moderada e forte, respectivamente (Murteira, 1993). Por último, aplicaram-se diversos testes de hipóteses. Utilizaram-se testes paramétricos sempre que as condições de normalidade e homogeneidade das variâncias se verificaram. Para testar a normalidade utilizou-se o teste de *Kolmogorov-Smirnov* e para testar a homogeneidade das variâncias utilizou-se o teste de Levene. Assim, utilizou-se o teste t–Student para comparação de médias de uma variável com distribuição normal para duas amostras independentes. Quando esta condição não se verificou, recorreu-se ao teste de Mann-Whitney. Utilizou-se o teste de *Kruskal–Wallis* como alternativa não paramétrica à Anova para comparar variáveis ordinais com variáveis quantitativas. O teste do Qui–Quadrado (χ^2) foi empregue com o objectivo de testar a diferença de uma determinada característica entre grupos independentes (Maroco, 2003).

Para estes testes considerou-se que existem diferenças estatisticamente significativas (isto é, rejeita-se a hipótese nula), quando a probabilidade de significância (p-valor) é inferior ou igual ao nível de significância ($\alpha=0,05$). Foi ainda determinado o coeficiente *alpha* de Cronbach como medida de consistência interna global das escalas IACLIDE e *Mini-Mult*. Entende-se por consistência interna o grau de uniformidade ou de coerência existente entre as respostas dos sujeitos a cada um dos itens que compõem a prova. Os coeficientes disponíveis para o seu cálculo procuram avaliar em que grau a variância geral dos resultados na prova se associa ao somatório da variância item a item. O coeficiente α será tanto maior, e desde logo

no sentido de uma maior consistência interna, quando a variância específica de cada item for mínima e for grande a variância dos resultados finais (soma dos itens), pois nessa altura estamos face a altos valores de covariância dos itens entre si ou variância comum (Hill & Hill, 2000).

O coeficiente *alpha* de Cronbach será também usado para avaliar se cada um dos itens apresenta contribuição suficiente para definir uma variável latente que se pretende medir. Neste sentido, calcularam-se as correlações Item-Total, ou seja, as correlações entre os valores atribuídos a cada item e o valor total para o conjunto dos itens. Assume-se que cada item deve contribuir para a formação de uma atitude ou características que se pretende medir. Em termos estatísticos, isto significa que deve existir uma correlação relativamente forte (de 0,4 a 0,7) entre cada item e o total e esta correlação deve ser estatisticamente significativa (Hill & Hill, 2000). O procedimento de tratamento e análise de dados foi executado usando a versão 17.0 do software SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*).

4 – RESULTADOS

4.1 Características Sócio-Demográficas Participantes

O estudo incide sobre uma amostra de 93 sujeitos, dos quais 29% são do género masculino e 71% são género feminino (gráfico 1). Destes sujeitos, 47% constituem a amostra clínica e 53% fazem parte da amostra normativa (gráfico2).

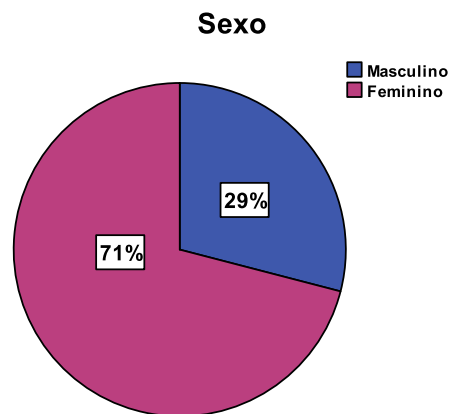


Gráfico 1 – Distribuição dos sujeitos segundo Género

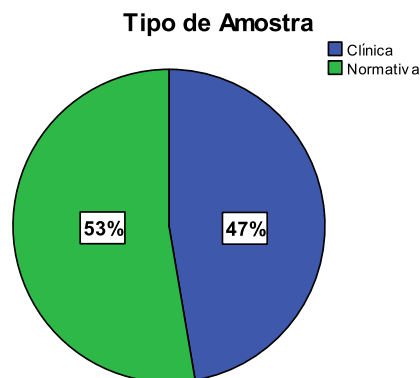


Gráfico 2 – Distribuição dos sujeitos por Tipo de Amostra

Os participantes têm idades compreendidas entre os 17 e os 72 anos. A média de idades é de aproximadamente 43 anos, com um desvio padrão associado de 13,6 anos. As idades mais frequentes são os 29 e os 43 anos. Dos sujeitos, 75% têm idade superior ou igual a 29 anos. A amplitude de variação das idades é de 55 anos.

Tabela 2 – Distribuição da Idade dos Sujeitos

N	Válidos	93
	Omissos	0
Média		43,31
Mediana		44,00
Moda		29 e 43
Desvio-padrão		13,614
Mínimo		17
Máximo		72
Percentis	25	29,50
	50	44,00
	75	53,00

Segundo o tipo de amostra, verifica-se que a distribuição das idades é ligeiramente distinta (tabela 3).

Na amostra clínica a amplitude de variação das idades é 55 anos, enquanto na amostra normativa é 52 anos. A idade média dos sujeitos clínicos é cerca de 46 anos, enquanto na amostra normativa é 41 anos. A amplitude interquartil é superior na amostra normativa. O gráfico 3 ilustra a amplitude de valores das observações da variável idade nas duas amostras em estudo.

Tabela 3 – Distribuição das Idades dos sujeitos por Tipo de Amostra

Tipo de Amostra			Estatísticas
Idade	Clínica	Média	45,66
		Moda	42,00
		Mediana	45,00
		Desvio padrão	13,217
		Intervalo de Variação	55
		Amplitude Interquartil	18
		<hr/>	
Normativa	Média	41,20	
	Moda	26,00	
	Mediana	43,00	
	Desvio padrão	13,754	
	Intervalo de Variação	52	
	Amplitude Interquartil	24	

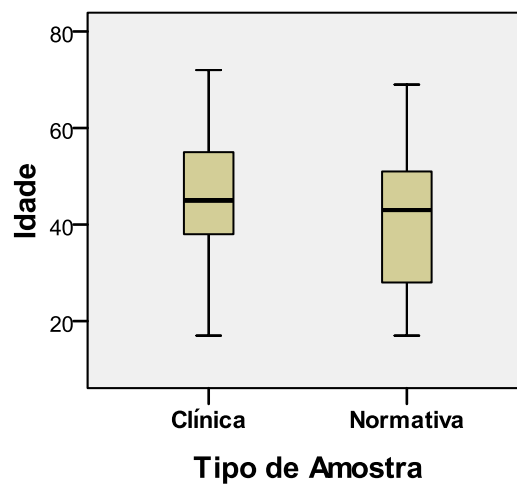


Gráfico 3 – Box-plot da Idade segundo Tipo de Amostra

As restantes características sócio-demográficas dos sujeitos em estudo, clínicos e normativos, apresentam-se na tabela 4.

Dos 44 sujeitos que apresentam sintomatologia depressiva, 84% são do género feminino e 16% são do género masculino, sendo o estado civil mais frequente (68%) estar casado ou viver em união de facto. A distribuição dos sujeitos segundo a zona de residência é

praticamente idêntica. Relativamente à situação profissional, constata-se que metade dos sujeitos não se encontram no activo, isto é, estão desempregados, são reformados ou com actividade doméstica.

Dos 49 sujeitos provenientes da população normativa, 59% são mulheres e 41% são homens. São provenientes do meio urbano 57% destes sujeitos. O estado civil mais representativo desta amostra é também ser casado ou viver em união de facto (57%). No que se refere à situação profissional, os resultados da amostra normativa são muito distintos da amostra clínica, uma vez que 90% dos indivíduos normativos se encontram no activo.

Relativamente às habilitações literárias (gráfico 4), verifica-se que a incidência mais acentuada equivale a ter completado o 3º Ciclo do Ensino Básico (41%), seguindo-se o Ensino Secundário (27%). Já na amostra clínica, os sujeitos distribuem-se maioritariamente pelo 1º Ciclo do Ensino Básico (30%, aproximadamente), 3º Ciclo do Ensino Básico (25%) e Ensino Secundário (21%).

Tabela 4 – Características Sócio Demográficas dos sujeitos segundo o Tipo de Amostra

	Amostras			
	Clínica		Normativa	
	N	(%)	N	(%)
Género				
Masculino	7	15,9	20	40,8
Feminino	37	84,1	29	59,2
Residência				
Rural	23	52,3	21	42,9
Urbano	21	47,7	28	57,1
Estado Civil				
Solteiro	7	15,9	15	30,6
Casado ou União de Facto	30	68,2	28	57,1
Divorciado ou Separado	6	13,6	5	10,2
Viúvo	1	2,3	1	2
Situação Profissional				
Activo	22	50	44	89,8
Inactivo	22	50	5	10,2

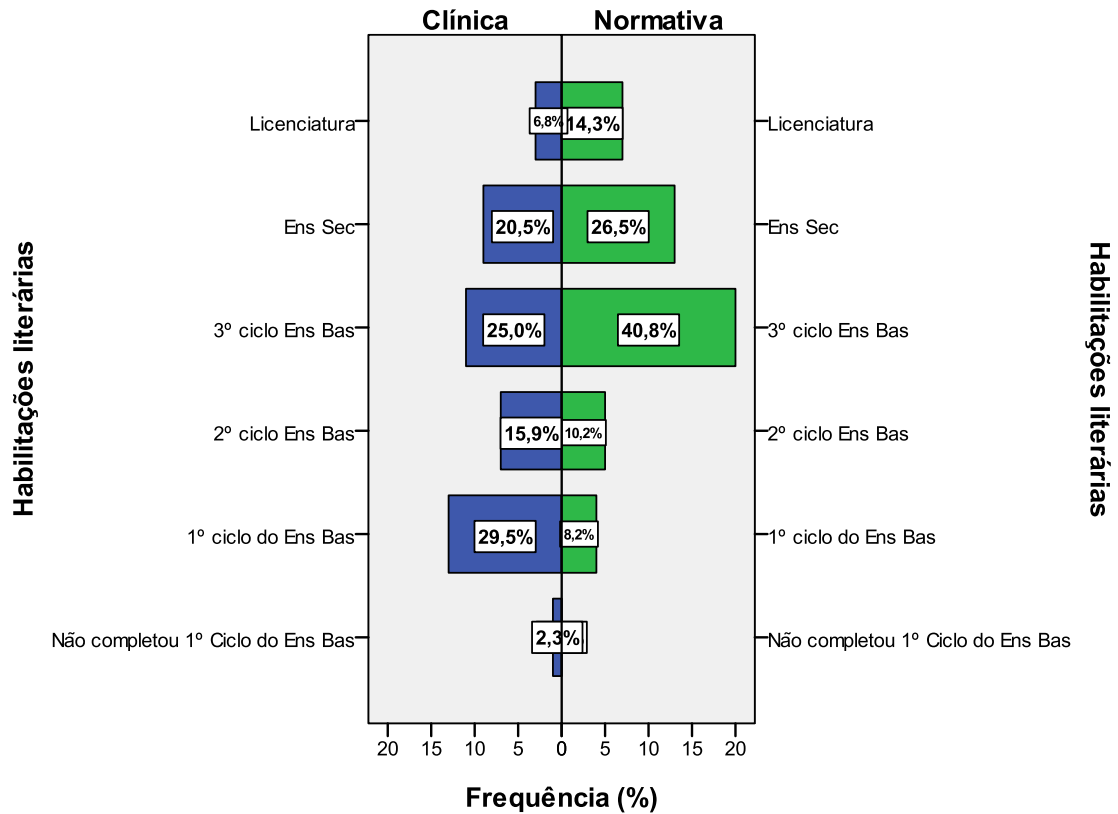


Gráfico 4 – Distribuição das Habilitação Literárias dos sujeitos segundo Tipo de Amostra

4.2 Caracterização do Quadro Depressivo dos Sujeitos

O instrumento de avaliação IACLIDE, utilizado para medir a intensidade do quadro clínico depressivo, apresenta um coeficiente *alpha* de Cronbach de 0,951 (tabela 5) o que indica uma consistência interna do instrumento muito boa.

Tabela 5 – Coeficiente de Fiabilidade: IACLIDE

Alpha Cronbach	Nº de Itens
0,951	23

A tabela 6 apresenta as correlações entre cada item e a nota global no IACLIDE, considerando a inclusão do próprio item e quando ele é retirado. Verifica-se que os itens 4, 5 e 12 apresentam correlações mais baixas com a escala total (correlações inferiores a 0,5). Os restantes itens apresentam correlações mais significativas, a variar entre 0,587 e 0,840. Por outro lado, quando se considera a eliminação de um item o *alpha* de Cronbach continua a ser elevado (superior a 0,744) o que indica uma boa homogeneidade dos itens, ou seja, todos os itens apresentam contribuição suficiente para definir a escala global do IACLIDE.

Tabela 6 – Correlação Item-Nota Global do IACLIDE

	Correlação corrigida item-total	Alpha de Cronbach (exclusão do item)
1_ Interesse pelo trabalho	,643	,749
2_ Recorrer à ajuda de outras pessoas	,608	,752
3_ Como se anda a sentir	,642	,747
4_ Temas das conversas, no contacto com os outros	,352	,755
5_ Como anda a minha consciência	,439	,753
6_ Capacidade de fixar coisas	,658	,749
7_ Sentir-se infeliz	,816	,746
8_ Tempo que demoro a adormecer	,699	,745
9_ O valor que dou às coisas que faço e a mim próprio	,587	,749
10_ Confiança em relação ao futuro	,733	,747
11_ Depois de adormecer, frequência com que acordo	,702	,745
12_ O fracasso que sinto relativamente à minha vida passada	,485	,754
13_ Energia com que acordo	,778	,749
14_ Convívio com as outras pessoas	,776	,747
15_ Capacidade de concentração	,660	,752
16_ Como considero que é encontrar uma solução para os meus problemas	,827	,746
17_ Capacidade de tomar decisões	,653	,751
18_ Satisfação com a vida	,840	,744
19_ Vontade de viver	,697	,750
20_ Fadiga na execução das tarefas diárias	,766	,747
21_ Comparação com outros	,714	,750
22_ Rapidez na execução das tarefas	,791	,748
23_ Capacidade de se manter activo	,782	,747

Depois de analisada a fiabilidade do instrumento e a homogeneidade dos itens caracterize-se agora a escala global IACLIDE. A nota global no IACLIDE para os 93 sujeitos em estudo variou entre os 0 e os 85 pontos. O valor médio registado foi de aproximadamente 25 pontos, com um desvio padrão associado de 21,3 pontos (Tabela 7). A distribuição do inventário IACLIDE é assimétrica à direita ($skewness=0,890$), ou seja, tem enviesamento positivo. Relativamente ao achatamento esta distribuição caracteriza-se por ser achatada e designa-se por platocúrtica, isto é, toma valores negativos do coeficiente de *kurtosis* ($-0,244$). Verifica-se também que 50% dos sujeitos tem pontuação na escala de depressão superior ou igual a 16 pontos e 25% superior a 39 pontos. A variação interquartil é de 31 pontos.

Tabela 7 – Estatísticas descritivas da Nota Global do IACLIDE

N	Válido	93
	Omisso	0
Média		24,90
Mediana		16,00
Moda		12
Desvio padrão		21,340
Assimetria		,890
Erro padrão da Assimetria		,250
Achatamento		-,244
Erro padrão do Achatamento		,495
Mínimo		0
Máximo		85
Percentis	25	8,00
	50	16,00
	75	39,00

Os gráficos seguintes (5 e 6) ilustram graficamente estes resultados. O histograma de frequências permite visualizar a forma da distribuição, enquanto o *Box-Plot* inclui as estatísticas, a mediana, o 1º e 3º quartil, os valores mínimos e máximos e *outliers*.

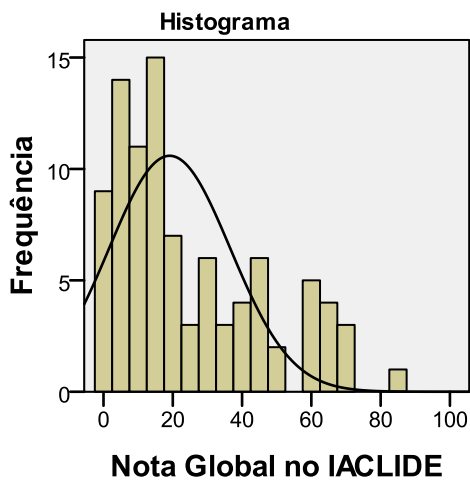


Gráfico 5 – Histograma de frequências da Nota Global do IACLIDE

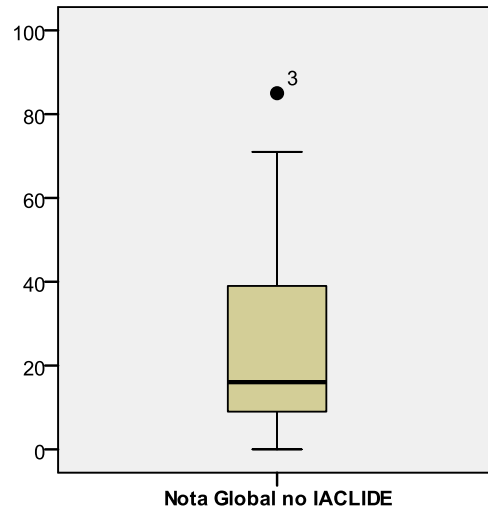


Gráfico 6 – Box-Plot da Nota Global do IACLIDE

Tabela 8 – Teste de Normalidade da Nota Global do IACLIDE

	<i>Kolmogorov-Smirnov^a</i>		
	Estatística	<i>GL</i>	Sig.
Nota Global no IACLIDE	0,189	93	0,000

É evidente, pela observação do gráfico 5, que a distribuição se concentra no lado esquerdo com uma longa cauda para a direita, facto que denota o enviesamento positivo. Também o gráfico 6 mostra essa concentração de observações. Neste diagrama é ainda possível constatar a presença de um *outlier*, o sujeito 3 que apresenta pontuação 85 nesta escala. No sentido de conhecer o tipo de distribuição que assume a distribuição amostral aplicou-se um teste de normalidade, o teste de *Kolmogorov-Smirnov*. A estatística de teste e respectiva probabilidade de significância associada encontram-se na tabela 8.

De acordo com os coeficientes de assimetria e achatamento descritos anteriormente, espera-se que a distribuição da variável global do IACLIDE não siga uma distribuição normal, uma vez que estes se encontram afastados de zero. De facto, como *p-valor* é 0.000 conclui-se, para qualquer nível de significância, pela rejeição da hipótese nula da distribuição ser normal. Considerando apenas os sujeitos da amostra clínica, verifica-se que a nota global

na IACLIDE variou entre os 20 e os 85 pontos (tabela 9). O valor médio registado foi de 43 pontos, com um desvio padrão associado de cerca de 17 pontos. O valor mais frequente foi de 22 pontos. Verifica-se ainda que 50% dos sujeitos clínicos registaram uma pontuação no IACLIDE superior ou igual a 39,5 pontos e 25% pontuação superior ou igual a 58,8 pontos.

Tabela 9 – Estatísticas descritivas da Nota Global do IACLIDE na Amostra Clínica

Clínica	N	Válido	44
		Omisso	0
	Média		43,11
	Mediana		39,5
	Moda		22
	Desvio padrão		17,28
	Mínimo		20
	Máximo		85
	Percentis	25	29,00
		50	39,50
75		58,75	

Como forma de avaliar o poder discriminativo deste instrumento, verifique-se se existem diferenças estatisticamente significativas entre as médias de sujeitos não deprimidos e as médias de sujeitos com patologia depressiva, considerando o ponto de corte de 20 pontos na escala IACLIDE global. Através da aplicação do teste U de *Mann-Whitney*, como alternativa não paramétrica ao teste t (tabela 10), conclui-se que há diferenças estatisticamente significativas entre as médias de sujeitos não deprimidos e as médias de sujeitos deprimidos ($p=0,000$).

Tabela 10 – Diferenças na Nota Global do IACLIDE segundo Tipo de Amostra

	Nota Global no IACLIDE
Mann-Whitney U	,000
Wilcoxon W	1275,000
Z	-8,288
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000

Analise-se agora o quadro clínico depressivo dos sujeitos perante as diferenças de género, faixa etária, nível de instrução, estado civil, zona de residência e situação profissional (tabela 11).

Tabela 11 – Diferenças no quadro clínico depressivo dos sujeitos segundo características sócio-demográficas

	Nota Global no IACLIDE	
	Mann-Whitney U	<i>p-valor</i>
Género (mulheres * homens)	93,0	0,241
Mulheres (<38 anos * >55anos)	41,5	0,552
Faixa Etária (<38 anos * >55anos)	42,5	0,378
Habilitações Literárias (completou Escolaridade Obrigatória * não completou Escolaridade Obrigatória)	219	0,597
Estado Civil (casados * não casados)	208,5	0,970
Zona de Residência (meio rural * urbano)	183,0	0,169
Situação Profissional (activo * inactivo)	188,5	0,209

Os resultados obtidos permitem concluir, com probabilidade de erro de 5%, que não se encontram diferenças estatisticamente significativas na nota global do IACLIDE segundo as características sócio-demográficas dos sujeitos. De facto, pela aplicação do teste de Mann-

Whitney, as probabilidades de significância encontradas ($p > 0,05$), permitem concluir pela não rejeição da hipótese nula de igualdade de valores médios nas pontuações do IACLIDE pelos diferentes grupos considerados. A avaliação de uma depressão pode também ser complementada tendo em conta diferentes sintomas. Conforme já foi referido, o IACLIDE é constituído por sintomas de natureza biológica, cognitiva, interpessoal e de desempenho de tarefa. Efectuando a correlação *Pearson* entre as dimensões biológica, cognitiva, interpessoal, desempenho na tarefa e a nota global do IACLIDE é possível quantificar o grau e o sentido da associação destes sintomas (Tabela 12).

Tabela 12 – Correlação entre o IACLIDE global e os grupos de Sintomas

	Nota Global no IACLIDE	Sintomas Biológicos	Sintomas Cognitivos	Sintomas Interpessoais	Sintomas de Desempenho na Tarefa
Nota Global no IACLIDE	1				
Sintomas Biológicos	,916**	1			
Sintomas Cognitivos	,959**	,817**	1		
Sintomas Interpessoais	,809**	,680**	,764**	1	
Sintomas de Desempenho na Tarefa	,886**	,738**	,803**	,668**	1

** $p < 0,01$

De um modo geral, todas as dimensões apresentam correlações altamente significativas com o IACLIDE global (a variar entre 0,809 e 0,959). A correlação mais elevada estabelece-se com os sintomas cognitivos (0,959), apresentando as restantes correlações valores igualmente elevados, indicadores de correlações positivas fortes. A correlação mais elevada entre o grupo de sintomas verifica-se entre os cognitivos e os biológicos (0,817). Igualmente elevada é a correlação entre os sintomas cognitivos e de desempenho na tarefa (0,803). As correlações mais baixas verificaram-se entre os sintomas interpessoais e de desempenho na tarefa (0,668) e os interpessoais e os biológicos (0,680). De qualquer modo todas as correlações são positivas e altamente significativas.

Considerando apenas a amostra de sujeitos clínicos, as correlações com a nota global do IACLIDE mantêm-se elevadas e significativas (a variar entre 0,702 e 0,912). Destaca-se, mais uma vez, os sintomas de natureza cognitiva com uma correlação positiva quase perfeita com a escala global de depressão (0,912). A correlação mais elevada entre agrupamento de sintomas regista-se entre os cognitivos e os interpessoais (0,628) e, a mais baixa entre os sintomas biológicos e interpessoais (tabela 13).

Tabela 13 – Correlação entre a escala IACLIDE global e os grupos de Sintomas: amostra clínica

Tipo de Amostra		IACLIDE GLOBAL	Biológicos	Cognitivos	Interpessoais	Desempenho na Tarefa
Clínica	IACLIDE GLOBAL	1				
	Biológicos	,770**	1			
	Cognitivos	,912**	,574**	1		
	Interpessoais	,702**	,430**	,628**	1	
	Desempenho na Tarefa	,781**	,440**	,609**	,450**	1

** $p < 0.01$

Conheça-se ainda as médias e os desvios-padrão associados a cada um dos quatro tipos de sintomas (Tabela 14). Na amostra clínica os sintomas biológicos são os que apresentam um valor médio mais elevado (2,32), enquanto os interpessoais registam o valor médio mais baixo (1,48). Como seria expectável, para a amostra de sujeitos normativos, os valores médios apresentados em cada tipo de sintoma são baixos (a variar entre 0,24 e 0,54).

Tabela 14 – Sintomas do IACLIDE por Tipo de Amostra: médias e desvios-padrão

Grupos de Sintomas	Tipo de Amostra			
	Clínica (N=44)		Normativa (N=49)	
	Média	DP	Média	DP
Sintomas Biológicos	2,32	,86	,54	,40
Sintomas Cognitivos	1,78	,86	,34	,30
Sintomas Interpessoais	1,48	,98	,31	,38
Sintomas de Desempenho na Tarefa	1,77	1,12	,24	,27

Considerando o ponto de corte 2 pontos para cada sintoma, analise-se também, para a amostra clínica, a distribuição da frequência de casos (tabela 15). Assim, mais uma vez se constata que dos 44 sujeitos com quadro clínico depressivo, 30 apresentam os sintomas biológicos acentuados. De referir ainda que, dos grupos de sintomas, os que aparecem com menos frequência acentuados são os interpessoais, apenas com 15 sujeitos a apresentarem valores acima do estabelecido para o ponto de corte.

Tabela 15 – Severidade dos Sintomas do IACLIDE

Grupos de Sintomas	Frequência (N)	
	<2	>=2
Sintomas Biológicos	14	30
Sintomas Cognitivos	24	20
Sintomas Interpessoais	29	15
Sintomas de Desempenho na Tarefa	26	18

Como se havia referido anteriormente, de acordo com os valores da nota global do IACLIDE é possível classificar a depressão em função dos diferentes graus de severidade: leve, moderada e grave. O gráfico 7 apresenta a distribuição dos indivíduos nestas categorias. Conforme se observa no mesmo, 36,4% dos sujeitos apresentam depressão leve, que

corresponde a 16 indivíduos, 34,1% apresentam uma depressão moderada, que equivale a 15 sujeitos, e 29,5% apresentam uma depressão grave, que representa 13 participantes.

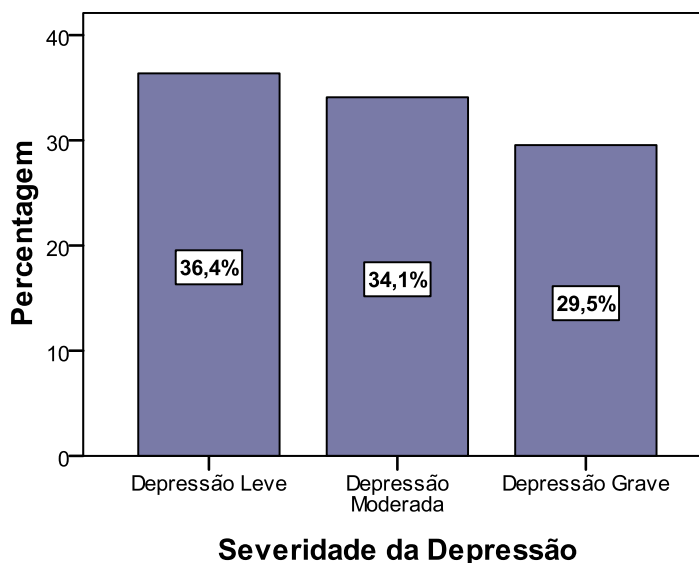


Gráfico 7 – Severidade da Depressão: leve, moderada e grave

Para se verificar se os itens do têm uma boa capacidade discriminativa em função de diferentes grupos de gravidade, compara-se as médias da nota global de depressão nas três categorias de gravidade, através do gráfico de barras para apresentação dos intervalos de confiança para as médias dos grupos (gráfico 8). Pela análise deste gráfico é possível concluir que existem diferenças estatisticamente significativas entre os casos leves, moderados e graves de depressão, uma vez que não se verifica sobreposição dos intervalos de confiança para os três grupos considerados. Este resultado indica que a severidade da depressão é uma escala com boa capacidade discriminativa.

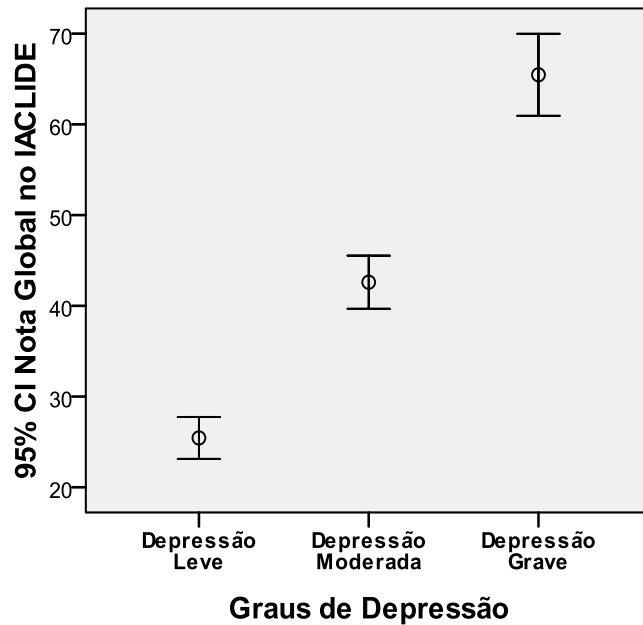


Gráfico 8 – Error-Bar do IACLIDE segundo os graus de depressão

Por último, com o intuito de testar se os sujeitos com sintomatologia depressiva mais grave apresentam, em média, alterações biológicas e cognitivas, modificações nas relações interpessoais e um pior desempenho na tarefa, comparados com os sujeitos que não apresentam depressão, aplicou-se o teste de *Kruskal Wallis* como alternativa não paramétrica à análise de variância (tabela 16). Com base na probabilidade de significância associada a cada conjunto de hipóteses ($p\text{-valor}=0,000$), pode concluir-se que a severidade da depressão tem um efeito significativo sobre o valor médio obtido em cada um dos grupos de sintomas, biológicos, cognitivos, interpessoais e de desempenho na tarefa.

Tabela 16 – Comparação de Sujeitos com Sintomatologia Depressiva relativamente aos Sintomas do IACLIDE

	Teste de <i>Kruskal-Wallis</i>		
	Qui-quadrado	GL	<i>p</i> -valor
Sintomas Biológicos	23,499	2	,000
Sintomas Cognitivos	32,005	2	,000
Sintomas Interpessoais	16,259	2	,000
Sintomas de Desempenho na Tarefa	23,369	2	,000

O gráfico de barras com a apresentação dos intervalos de confiança para as médias das categorias de severidade da depressão (gráfico 9), permite ainda concluir que de facto os sujeitos que apresentam sintomatologia depressiva mais grave na escala IACLIDE apresentam, em média, valores mais acentuados de alterações biológicas e cognitivas, modificações nas relações interpessoais e um pior desempenho na tarefa do que os sujeitos com depressões mais leves e os que não apresentam o quadro clínico depressivo.

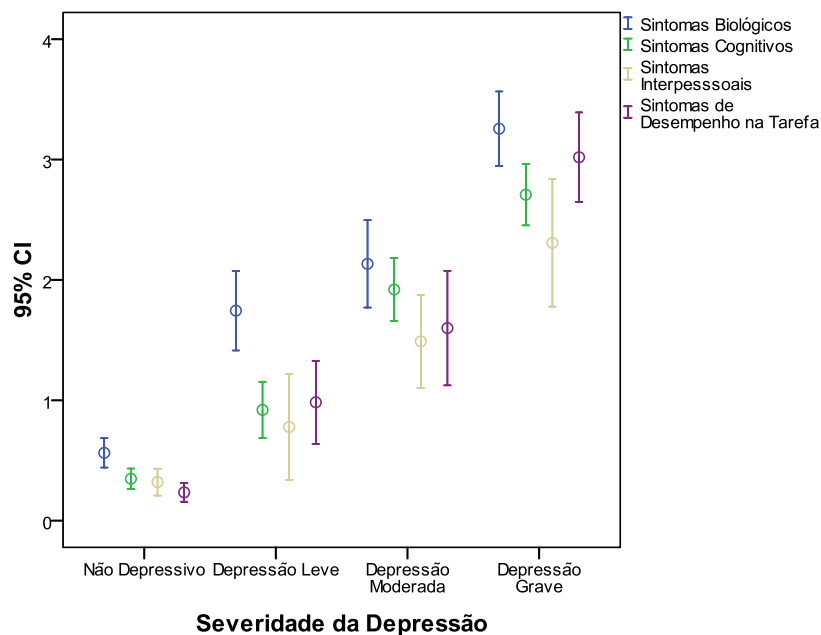


Gráfico 9 – Error-bar dos Sintomas do IACLIDE segundo a Severidade da Depressão

4.3 Caracterização de Traços de Personalidade dos Sujeitos

As características de personalidade foram avaliadas utilizando o questionário *Mini-Mult*, composto por 71 itens. Este instrumento apresenta uma boa consistência interna (0,689), medida pelo coeficiente *alpha* de *Cronbach* (tabela 17).

Tabela 17 – Coeficiente de Fiabilidade: *Mini-Mult*

Alpha Cronbach	N de Itens
,689	71

Para encontrar o perfil médio de personalidade de todos os sujeitos, calculou-se a média das notas T obtidas em cada uma das escalas. O gráfico 10 permite constatar que os valores médios mais elevados registaram-se nas escalas de Hipocondria (64), Esquizofrenia (61) e Depressão (60,5). No entanto, nenhum dos valores se situou acima de uma nota T de 70 (indicador patológico). Importa salientar, que este perfil inclui todos os sujeitos da amostra (clínicos e normativos).

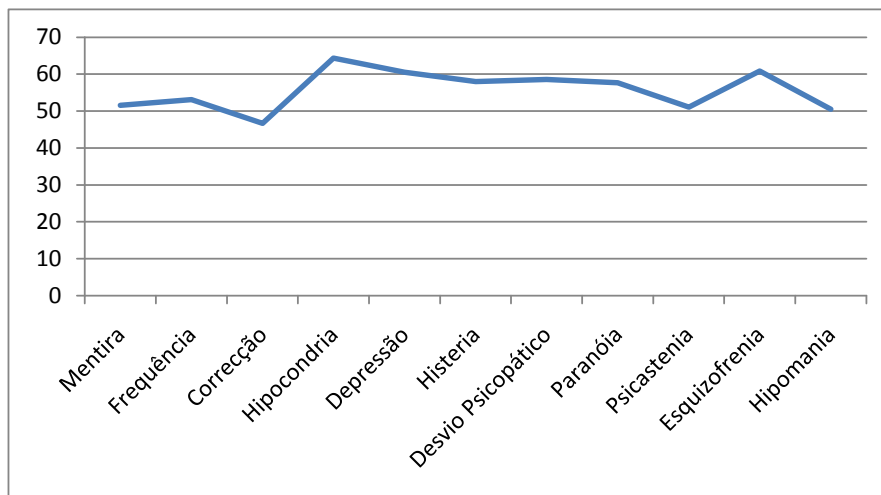


Gráfico 10 – Perfil Personalístico dos sujeitos

Analisando separadamente os valores médios para amostra clínica e normativa (gráfico 11), verifica-se os traços de Hipocondria, Depressão e Esquizofrenia apresentam valores médios de personalidade acima de uma nota T de 70 para a amostra clínica. Já para a amostra normativa todos os valores situam-se abaixo da nota T de 70.

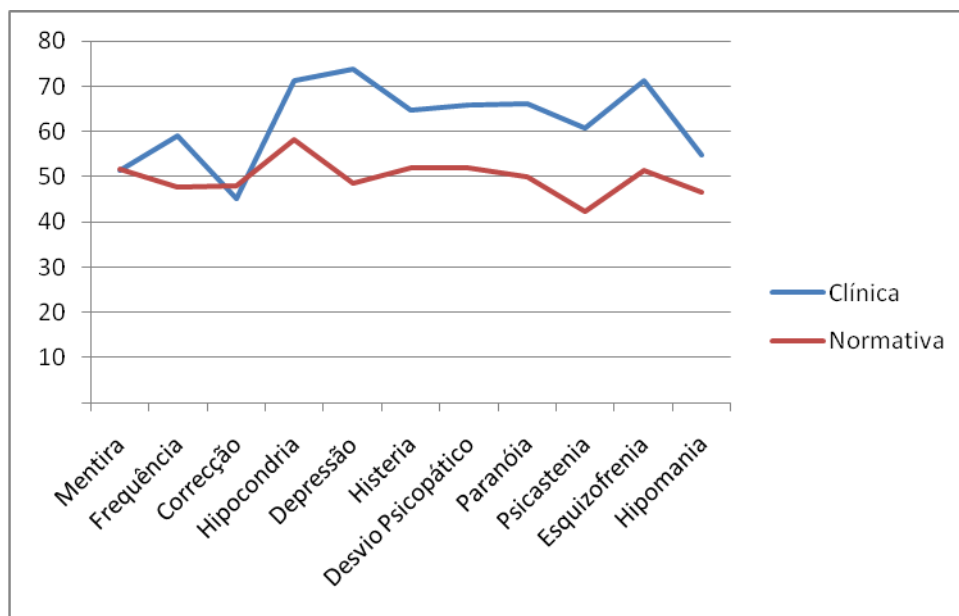


Gráfico 11 – Perfil Personalístico dos sujeitos segundo o Tipo de Amostra

A tabela 18 permite confirmar que, para qualquer nível de significância, os sujeitos clínicos apresentam valores médios mais elevados para todos as escalas de personalidade, isto é, para a Hipocondria, Histeria, Desvio Psicopático, Esquizofrenia, Depressão, Paranóia, Psicastenia e Hipomania, comparativamente com os sujeitos da amostra normativa.

Tabela 18 – Comparação de médias das escalas *Mini-Mult* segundo o Tipo de Amostra

	Tipo de Amostra	Média	Desvio-padrão	p-valor
Hipocondria	Clínica	71,20	10,163	0,000*
	Normativa	58,22	9,762	
Histeria	Clínica	64,64	7,746	0,000*
	Normativa	51,98	8,194	
Desvio Psicopático	Clínica	65,82	8,877	0,000*
	Normativa	52,08	8,786	
Esquizofrenia	Clínica	71,30	9,200	0,000*
	Normativa	51,45	10,826	
Depressão	Clínica	73,73	12,032	0,000*
	Normativa	48,67	9,894	
Paranóia	Clínica	66,27	9,563	0,000*
	Normativa	49,88	8,348	
Psicastenia	Clínica	60,73	9,369	0,000*
	Normativa	42,41	8,761	
Hipomania	Clínica	54,86	6,586	0,000*
	Normativa	46,57	7,678	

* $p < 0.01$

Para cada escala do *Mini-Mult*, existem ainda diferentes possibilidades interpretativas derivadas das notas T. Os gráficos 12, 13 e 14 apresentam a distribuição dos sujeitos, clínicos e normativos, relativamente às notas T de cada uma das escalas de validade – Mentira, Frequência e Correção.

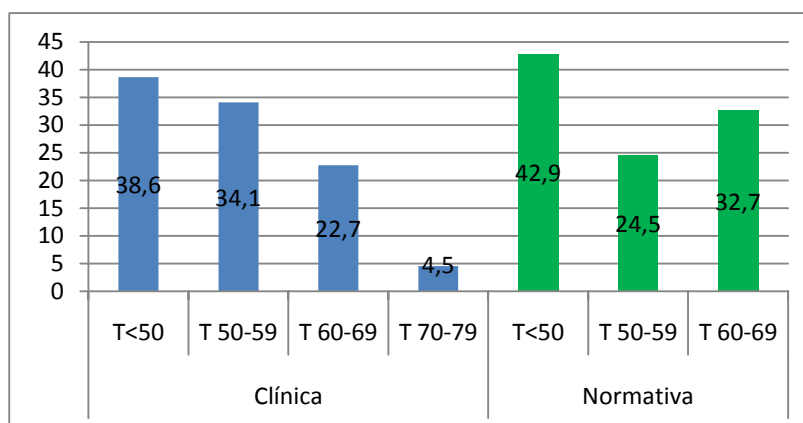


Gráfico 12 – Escala de Mentira: amostra clínica e normativa

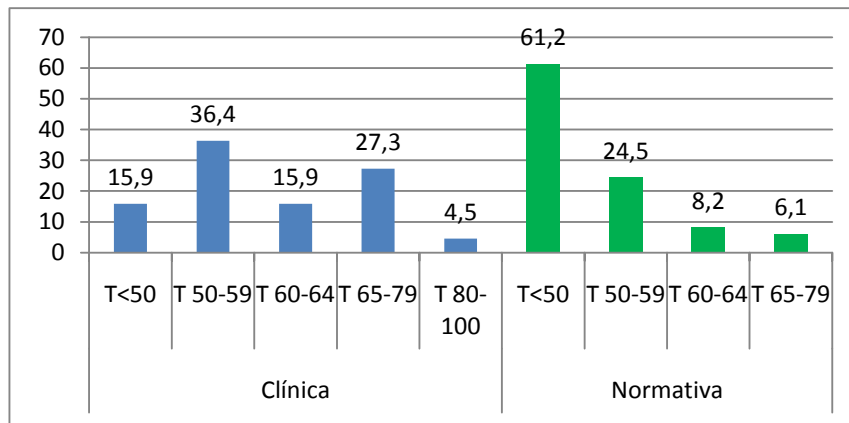


Gráfico 13 – Escala de Frequência: amostra clínica e normativa

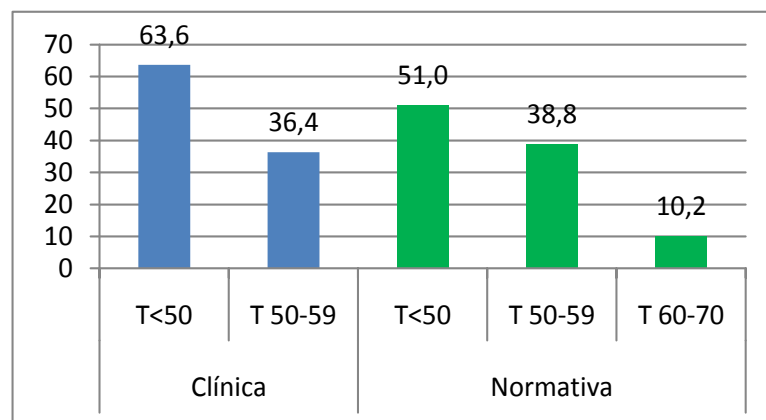


Gráfico 14 – Escala de Correção: amostra clínica e normativa

Considerando as notas T específicas de cada escala clínica do *Mini-Mult* elaboraram-se os seguintes gráficos de barras que ilustram a distribuição da amostra, clínica e normativa, pelos diferentes grupos de pontuações (gráficos 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21 e 22). Para a amostra de sujeitos clínicos verifica-se que, relativamente ao traço de Hipocondria, a maioria dos sujeitos clínicos (77,3%) apresenta notas T entre 60 e 80. No que se refere aos sujeitos da amostra normativa a maior incidência de casos refere-se a valores entre 40 e 59 pontos (57,1%).

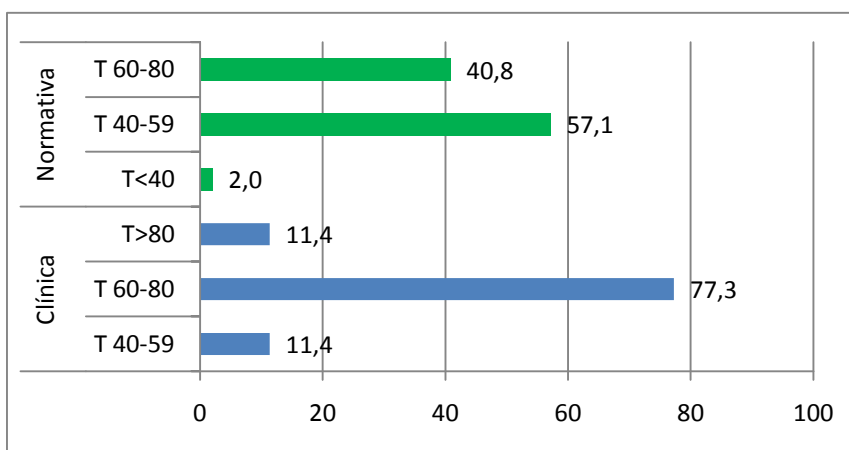


Gráfico 15 – Escala de Hipocondria: amostra clínica e amostra normativa

Quanto à escala de Depressão a maioria dos sujeitos clínicos obteve notas T superiores a 70 (61,4%). Os sujeitos normativos apresentaram uma maior frequência de notas T no intervalo dos 40 aos 59 (67,3%).

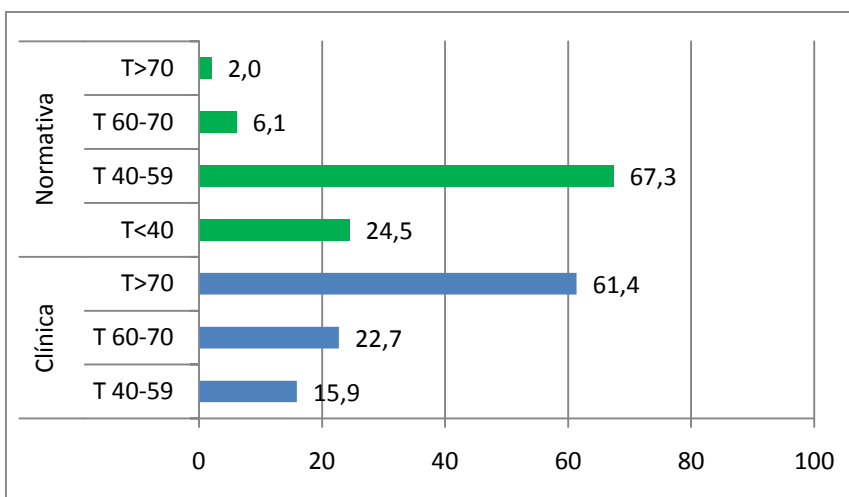


Gráfico 16 – Escala de Depressão: amostra clínica e amostra normativa

Verifica-se também uma maior incidência de sujeitos com sintomatologia depressiva com notas T entre os 60 e os 80 para a escala de Histeria (68,2%). Na amostra normativa o intervalo de pontuações mais frequente é entre os 40 e 59 pontos (75,5%).

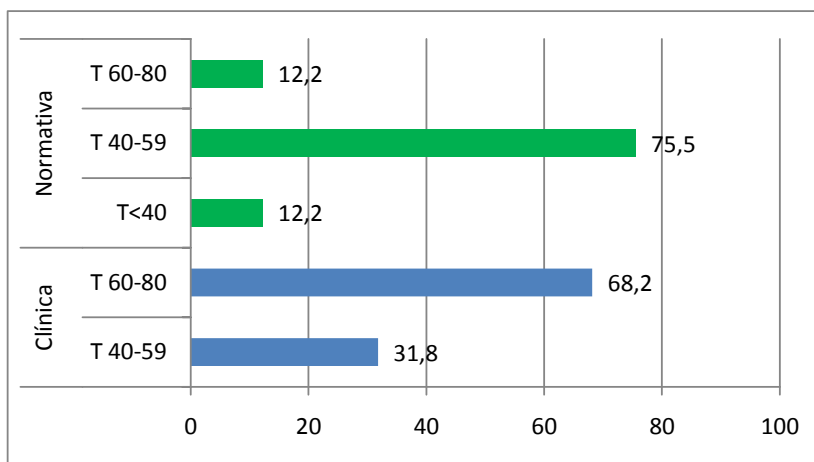


Gráfico 17 – Escala de Histeria: amostra clínica e amostra normativa

No intervalo de notas T entre os 60 aos 75 situa-se uma maior percentagem de indivíduos clínicos na escala de Desvio Psicopático (63,6%). Para a amostra normativa o intervalo de notas T mais frequente é entre os 40 e 59 pontos (71,4%).

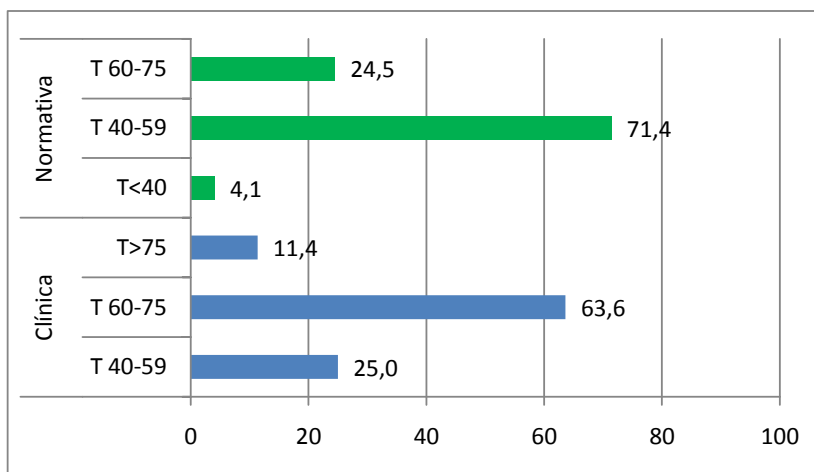


Gráfico 18 – Escala de Desvio Psicopático: amostra clínica e amostra normativa

No que se refere à escala de Paranóia existe uma maior incidência de casos no intervalo das notas T entre 60 e 70 (43,2%). Na amostra normativa o intervalo de pontuações mais frequente é inferior, isto é, entre os 50 e os 59 pontos, situando-se 32,7% dos sujeitos.

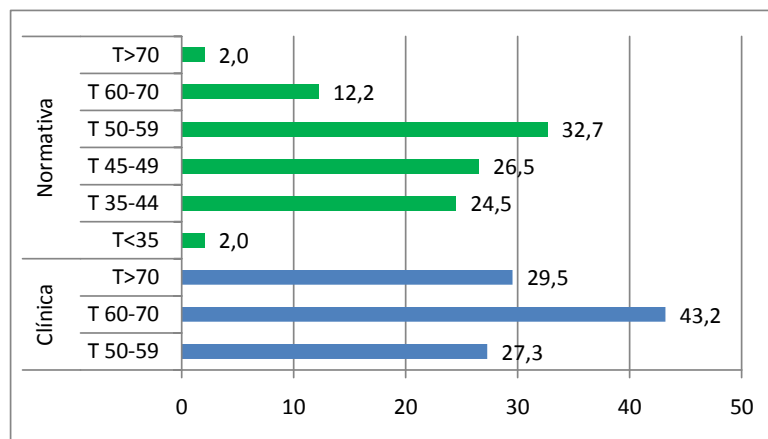


Gráfico 19 – Escala de Paranóia: amostra clínica e amostra normativa

Para a escala de Psicastenia, verifica-se também que os sujeitos com quadro clínico depressivo apresentam elevações mais acentuadas comparativamente com os sujeitos normativos. De facto 59,1% dos sujeitos clínicos apresentam notas T compreendidas entre 60 e 75 pontos, enquanto 59,2% dos sujeitos normativos têm pontuação entre 40 e 59 notas T.

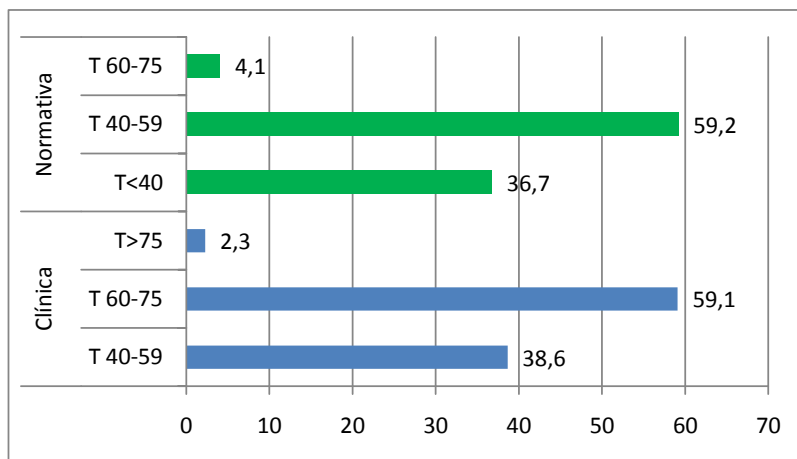


Gráfico 20 – Escala de Psicastenia: amostra clínica e amostra normativa

Relativamente ao traço de Esquizofrenia, verifica-se uma frequência mais acentuada dos sujeitos clínicos no intervalo de notas T entre os 60 e os 75 pontos (63,6%). No caso dos sujeitos da amostra normativa, estas notas apresentam maior incidência no intervalo entre os 40 e os 59 pontos (55,1%).

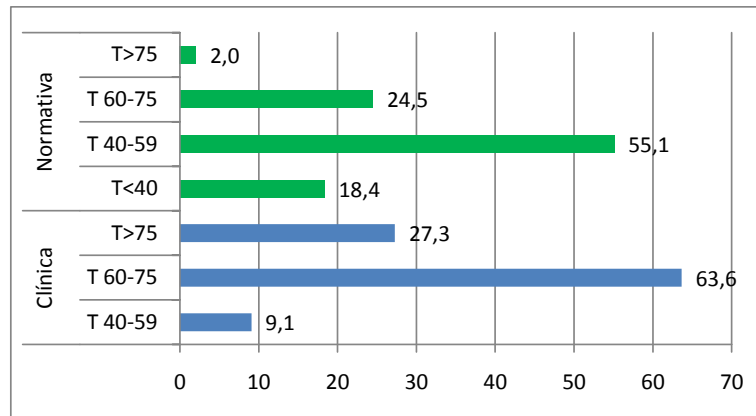


Gráfico 21 – Escala de Esquizofrenia: amostra clínica e amostra normativa

Por último, para a amostra de sujeitos clínicos, a escala de Hipomania apresenta uma maior percentagem de indivíduos nas notas T entre os 40 e os 59 (75%), enquanto que para a amostra normativa apresenta uma maior incidência de indivíduos com notas T entre os 40 e 59 pontos (65,3%).

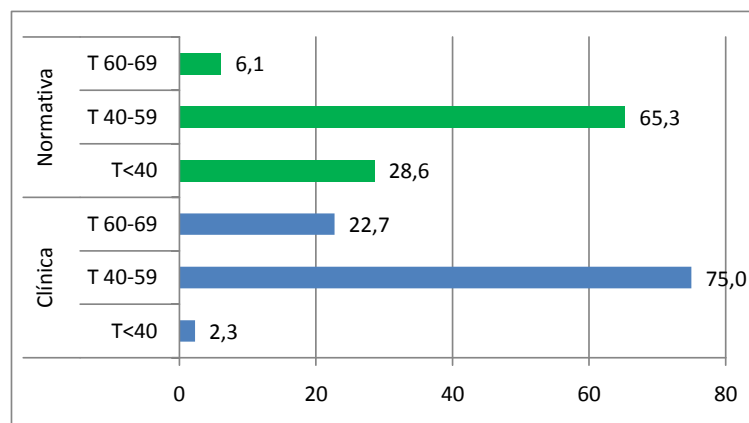


Gráfico 22 – Escala de Hipomania: amostra clínica e amostra normativa

Analisando os coeficientes de correlação de *Pearson* entre as diferentes escalas do *Mini-Mult*, verificam-se correlações estatisticamente significativas, ao nível de 5% e de 1%, entre estas mesmas escalas (tabela 19). De salientar que a Depressão apresenta correlações positivas moderadas a fortes com todos os perfis (a variar entre 0,681 e 0,901), com excepção da escala clínica de Hipomania ($r=0,419$). A correlação mais elevada verifica-se entre as escalas de Depressão e Psicastenia ($r=0,901$). De destacar também que a escala de Esquizofrenia se encontra fortemente correlacionada com a Psicastenia ($r=0,845$), com a Paranóia ($r=0,848$) e com a depressão ($r=0,677$). De um modo geral, todas as correlações são positivas e altamente significativas.

Tabela 19 – Correlação entre as diferentes escalas clínicas do *Mini-Mult*

	Hipocondria	Depressão	Histeria	Desvio Psicopático	Paranóia	Psicastenia	Esquizofrenia	Hipomania
Hipocondria	1							
Depressão	,747**	1						
Histeria	,828**	,788**	1					
Desvio Psicopático	,507**	,681**	,599**	1				
Paranóia	,543**	,716**	,596**	,590**	1			
Psicastenia	,711**	,901**	,766**	,754**	,717**	1		
Esquizofrenia	,598**	,778**	,649**	,726**	,848**	,845**	1	
Hipomania	,326**	,419**	,317**	,397**	,593**	,402**	,674**	1

Considerando a amostra de sujeitos clínicos (tabela 20), a correlação mais elevada mantém-se entre as escalas de Depressão e Psicastenia ($r=0,873$). De salientar também uma correlação positiva forte entre as escalas de Hipocondria e Histeria ($r=0,727$). Igualmente, o traço de Esquizofrenia apresenta-se moderadamente correlacionado com a Psicastenia ($r=0,631$) e com a Paranóia ($r=0,666$).

Tabela 20 – Correlação entre as diferentes escalas clínicas do *Mini-Mult*: amostra clínica

	Hipocondria	Depressão	Histeria	Desvio Psicopático	Paranóia	Psicastenia	Esquizofrenia	Hipomania
Hipocondria	1							
Depressão	,584**	1						
Histeria	,727**	,578**	1					
Desvio Psicopático	,162	,347*	,255	1				
Paranóia	,378*	,325*	,331*	,190	1			
Psicastenia	,552**	,873**	,554**	,428**	,342*	1		
Esquizofrenia	,427**	,534**	,330*	,316*	,666**	,631**	1	
Hipomania	,090	-,007	,003	-,100	,402**	-,116	,354*	1

Conheça-se ainda a forma da distribuição de cada uma das escalas de personalidade.

Pela aplicação do teste de *Kolmogorov-Smirnov* concluiu-se que as escalas Hipocondria, Histeria, Desvio Psicopático, e Esquizofrenia seguem uma distribuição normal. De facto, como $p > 0,05$, não se rejeita a hipótese nula da distribuição ser normal (tabela 21). Verifica-se também pela aplicação do teste de *Levene* que as variâncias são homogéneas para estas escalas. Para a Depressão, Paranóia, Psicastenia e Hipomania rejeita-se a normalidade da distribuição.

Tabela 21 – Teste da Normalidade para as escalas clínicas do *Mini-Mult*

	<i>Kolmogorov-Smirnov</i>		
	Estatística	GL	p-valor
Hipocondria	,072	93	,200
Depressão	,113	93	,005
Histeria	,082	93	,157
Desvio Psicopático	,082	93	,156
Paranóia	,109	93	,008
Psicastenia	,097	93	,030
Esquizofrenia	,090	93	,063
Hipomania	,116	93	,003

Com o objectivo de avaliar se existe um efeito do género na presença de características específicas de personalidade em sujeitos com quadro clínico depressivo aplicou-se o teste t para duas amostras independentes, no caso em que as escalas seguem uma distribuição normal. Como alternativa não paramétrica aplicou-se o teste de *Mann-Whitney* para as escalas que não apresentam distribuição normal (tabela 22).

Pela análise da tabela 22 é possível concluir que não existem diferenças entre homens e mulheres, da amostra clínica, relativamente às oito escalas de personalidade do *Mini-Mult*.

Tabela 22 – Comparação de médias das escalas *Mini-Mult* segundo o Género

	Género	Média	Desvio-padrão	p-valor
Hipocondria	Masculino	69,86	14,7	0,790
	Feminino	71,46	9,3	
Histeria	Masculino	64,71	9,8	0,977
	Feminino	64,62	7,5	
Desvio Psicopático	Masculino	62,71	10,9	0,319
	Feminino	66,41	8,5	
Esquizofrenia	Masculino	75,86	7,8	0,155
	Feminino	70,43	9,3	
Depressão	Masculino	76,71	16,5	0,240
	Feminino	73,16	11,2	
Paranóia	Masculino	65,86	9,1	0,974
	Feminino	66,35	9,8	
Psicastenia	Masculino	64,71	11,2	0,254
	Feminino	59,97	8,9	
Hipomania	Masculino	53,29	8,4	0,583
	Feminino	55,16	6,3	

* $p < 0.1$

A tabela 23 apresenta os valores médios, desvios-padrão e p-valor associado aos testes (teste t e de Mann-Whitney) que permitem avaliar se os sujeitos mais novos com sintomatologia depressiva apresentam traços de personalidade diferentes nas escalas do *Mini-Mult* comparados com os sujeitos mais velhos.

Assim, com probabilidade de erro de 5%, concluiu-se que os sujeitos da amostra clínica mais novos apresentam mais elevação na escala de Desvio Psicopático comparados com sujeitos mais velhos. Para o nível de significância de 10%, verifica-se também que os sujeitos mais novos com sintomatologia depressiva apresentam valores mais acentuados nas escalas de Esquizofrenia e Psicastenia, comparativamente com os sujeitos mais velhos.

Tabela 23 – Comparação de médias das escalas *Mini-Mult* segundo a Faixa Etária

	Faixa Etária	Média	Desvio-padrão	p-valor
Hipocondria	<38 anos	72,5	7,2	0,228
	>55 anos	68,0	9,4	
Histeria	<38 anos	64,5	6,7	0,740
	>55 anos	65,6	7,6	
Desvio Psicopático	<38 anos	68,0	7,3	0,029*
	>55 anos	60,7	6,8	
Esquizofrenia	<38 anos	73,8	9,6	0,089**
	>55 anos	67,4	6,2	
Depressão	<38 anos	76,3	9,1	0,339
	>55 anos	68,9	15,7	
Paranóia	<38 anos	67,1	10,0	0,856
	>55 anos	66,9	7,6	
Psicastenia	<38 anos	64,4	7,4	0,056**
	>55 anos	57,0	8,7	
Hipomania	<38 anos	55,7	7,8	0,476
	>55 anos	53,1	6,7	

* $p < 0.05$ e ** $p < 0.1$

4.4 Características Personalísticas e Severidade da Sintomatologia Depressiva

Após a exposição dos resultados dos dois instrumentos de avaliação utilizados, pretende-se igualmente testar se existem diferenças estatisticamente significativas entre as duas amostras de sujeitos, tendo por base os seus traços de personalidade e a presença e severidade do quadro depressivo. Para isso efectuou-se uma análise comparativa, tendo por base o aumento na gravidade do IACLIDE com as escalas clínicas do *Mini-Mult*.

Utilizou-se a análise de variância (ANOVA) ou, em alternativa, o teste não paramétrico de *Kruskal-Wallis* para testar se os traços médios de personalidade variam de acordo com o quadro depressivo dos sujeitos (tabelas 24 e 25).

Tabela 24 – Análise de variância (ANOVA)

		Soma dos quadrados	GL	Quadrados Médios	F	p-valor
Hipocondria	Entre grupos	620,330	2	310,165	3,251	,049*
	Dentro dos grupos	3815,856	40	95,396		
	Total	4436,186	42			
Histeria	Entre grupos	437,233	2	218,617	4,546	,017*
	Dentro dos grupos	1923,744	40	48,094		
	Total	2360,977	42			
Desvio Psicopático	Entre grupos	431,218	2	215,609	2,931	,065
	Dentro dos grupos	2942,410	40	73,560		
	Total	3373,628	42			
Esquizofrenia	Entre grupos	362,552	2	181,276	2,222	,122
	Dentro dos grupos	3262,564	40	81,564		
	Total	3625,116	42			

* $p < 0.05$

Tabela 25 – Teste de *Kruskal-Wallis*

	Depressão	Paranóia	Psicastenia	Hipomania
Qui-quadrado	10,913	,351	7,897	,373
GL	2	2	2	2
p-valor	,004*	,839	,019*	,830

a. Teste de *Kruskal Wallis*

* $p < 0.05$

As estatísticas de teste e os respectivos p-valor permitem concluir que para as escalas de personalidade de Hipocondria, Histeria, Depressão e Psicastenia existem diferenças estatisticamente significativas face à severidade da depressão. Relativamente às restantes escalas de personalidade não se encontram diferenças face à severidade da sintomatologia depressiva.

O teste de *Tukey* para a comparação múltipla de médias (tabela 26) permite concluir, para os níveis de significância de 10% e 5%, que os sujeitos que apresentam depressão leve têm valores médios na escala de Hipocondria significativamente diferentes daqueles que apresentam depressão moderada ou grave, isto é, apresentam em média valores inferiores nesta escala. Relativamente à escala clínica de Histeria, verifica-se que os sujeitos com sintomatologia depressiva grave nos itens do IACLIDE apresentam indicadores mais acentuados na escala de Histeria do *Mini-Mult* comparativamente com aqueles que apresentam sintomatologia depressiva leve.

Tabela 26 – Comparação múltipla de médias para as Escalas de Hipocondria e Histeria

Variável Dependente	(I) Grau_Depressão	(J) Grau_Depressão	Diferença de Médias (I-J)	Erro padrão	p-valor
Hipocondria	Depressão Leve	Depressão Moderada	-7,933	3,566	,079**
		Depressão Grave	-8,010	3,701	,090**
	Depressão Moderada	Depressão Leve	7,933	3,566	,079**
		Depressão Grave	-,077	3,701	1,000
	Depressão Grave	Depressão Leve	8,010	3,701	,090**
		Depressão Moderada	,077	3,701	1,000
Histeria	Depressão Leve	Depressão Moderada	-2,200	2,532	,663
		Depressão Grave	-7,749*	2,628	,014
	Depressão Moderada	Depressão Leve	2,200	2,532	,663
		Depressão Grave	-5,549	2,628	,100
	Depressão Grave	Depressão Leve	7,749*	2,628	,014
		Depressão Moderada	5,549	2,628	,100

* $p < 0.05$ ** $p < 0.1$

A análise da tabela 27 permite também concluir, para o nível de significância de 5%, que os sujeitos que apresentam depressão leve nos itens do IACLIDE têm valores médios na escala clínica de Depressão do *Mini-Mult* significativamente diferentes daqueles que apresentam depressão grave ($p=0,001 < 0,05$), isto é, apresentam em média valores inferiores

nesta escala. Relativamente à escala clínica de Psicastenia, verifica-se igualmente que os sujeitos com sintomatologia depressiva grave nos itens do IACLIDE apresentam indicadores mais acentuados na escala clínica de Psicastenia do *Mini-Mult* comparativamente com aqueles que apresentam sintomatologia depressiva leve.

Tabela 27 – Comparação múltipla de médias para as Escalas Depressão e Psicastenia

Variável Dependente	(I) Grau_Depressão	(J) Grau_Depressão	Diferença de Médias (I-J)	Erro padrão	p-valor
Depressão	Depressão Leve	Depressão Moderada	-7,200	3,761	,148
		Depressão Grave	-14,877*	3,903	,001
	Depressão Moderada	Depressão Leve	7,200	3,761	,148
		Depressão Grave	-7,677	3,903	,134
	Depressão Grave	Depressão Leve	14,877*	3,903	,001
		Depressão Moderada	7,677	3,903	,134
Psicastenia	Depressão Leve	Depressão Moderada	-3,733	3,123	,463
		Depressão Grave	-10,313*	3,241	,008
	Depressão Moderada	Depressão Leve	3,733	3,123	,463
		Depressão Grave	-6,579	3,241	,118
	Depressão Grave	Depressão Leve	10,313*	3,241	,008
		Depressão Moderada	6,579	3,241	,118

Foi ainda utilizado o teste do Qui-Quadrado para testar se os sujeitos com diferentes graus de depressão se distribuem de forma diferenciada pelas escalas de personalidade. A tabela 28 apresenta a estatística de teste do Qui-Quadrado, os graus de liberdade e respectivo p-valor.

Tabela 28 – Tabela de Contingência da Elevação das Escalas *Mini-Mult* pela Severidade da Depressão

	Teste de Qui-Quadrado		
	Qui- quadrado	GL	p-valor
Hipocondria	3,73	4	0,443
Depressão	11,84	4	0,019*
Histeria	4,24	2	0,120
Desvio Psicopático	6,09	4	0,192
Paranóia	1,77	4	0,778
Psicastenia	8,77	4	0,067
Esquizofrenia	11,71	4	0,020*
Hipomania	3,36	4	0,499

Os gráficos 23 e 24 ilustram a forma como os sujeitos com diferentes graus de depressão se repartem de acordo com a elevação nas escalas de Depressão e Esquizofrenia do *Mini-Mult*.

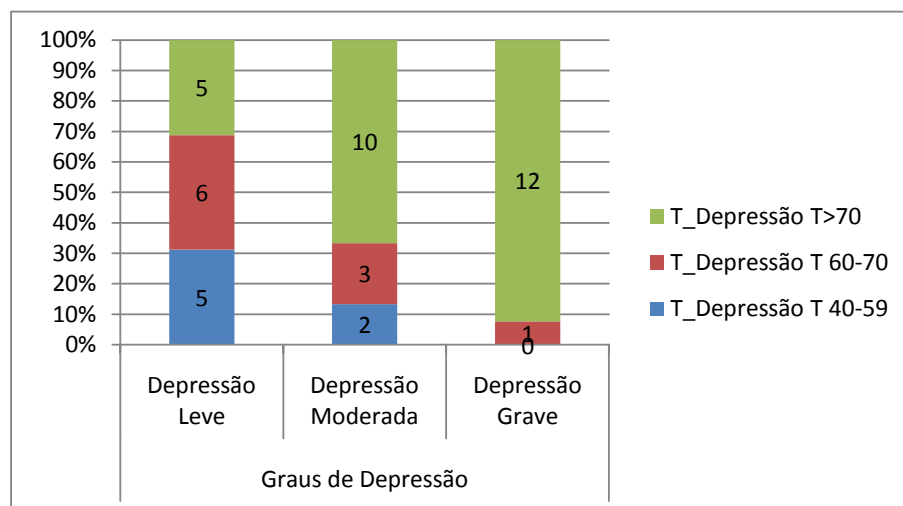


Gráfico 23 – Severidade da depressão segundo a elevação na Escala de Depressão do *Mini-Mult*

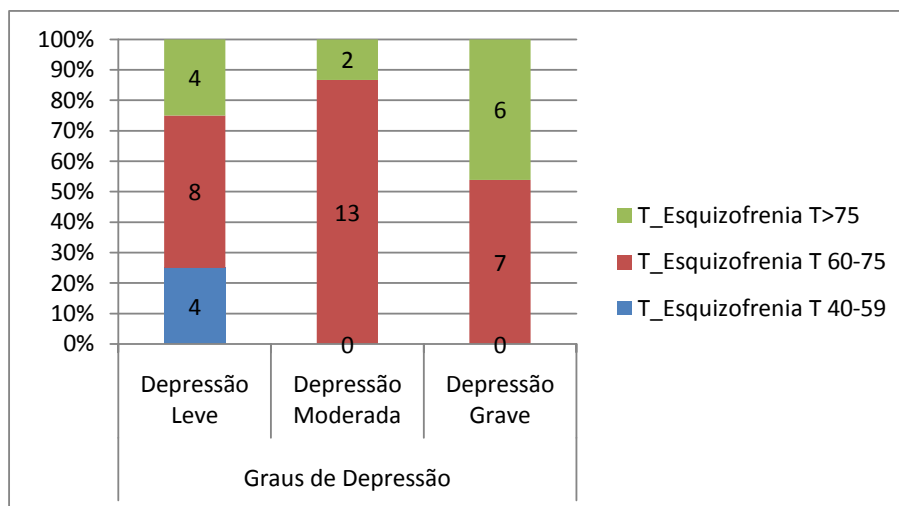


Gráfico 24 – Severidade da depressão segundo a elevação na Escala de Esquizofrenia do *Mini-Mult*

Com probabilidade de erro de 5%, conclui-se que existe uma incidência diferenciada, segundo a severidade da sintomatologia depressiva, na elevação das escalas de Depressão e Esquizofrenia do *Mini-Mult*. As diferenças encontradas (através da análise dos gráficos 23 e 24) permitem concluir que os sujeitos com sintomatologia mais grave apresentam mais elevação nas escalas clínicas de Depressão e de Esquizofrenia, comparados com sujeitos que apresentam depressões mais leves.

Por último, sabendo que os traços de personalidade de Depressão e de Esquizofrenia contribuem para uma incidência diferenciada da severidade da patologia depressiva, pretende-se analisar se esses traços podem contribuir para agravar o quadro clínico depressivo dos sujeitos. Através da análise dos gráficos 25 e 26 é possível verificar que os sujeitos que apresentam traços mais elevados de Esquizofrenia têm um quadro clínico depressivo, em média, mais agravado. O mesmo sucede com os sujeitos que apresentam traços elevados de Depressão, comparativamente com os sujeitos que apresentam traços moderados de personalidade nestas escalas.

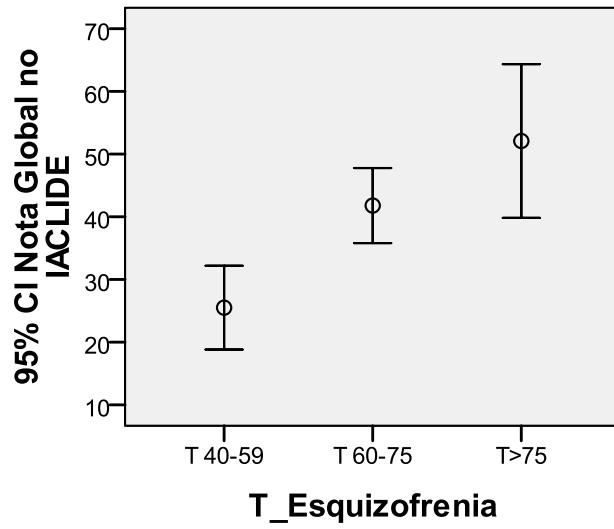


Gráfico 25 – Escala de Esquizofrenia como agravante do quadro depressivo dos sujeitos

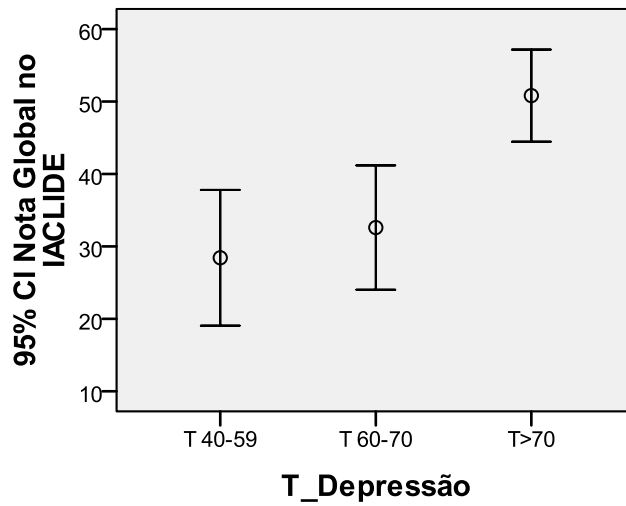


Gráfico 26 – Escala de Depressão como agravante do quadro clínico depressivo dos sujeitos

5 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Tendo por base o quadro depressivo dos sujeitos, pretendeu-se com este estudo, caracterizar e analisar as características de personalidade dos mesmos, assim como perceber a influência destas mesmas características na severidade da depressão. O IACLIDE foi utilizado como instrumento de avaliação dos graus da sintomatologia depressiva. Este instrumento demonstrou uma consistência interna muito boa (0,951). Foram analisadas as notas globais deste inventário, a severidade da sintomatologia depressiva (depressão leve, moderada e grave), e os quatro grupos de sintomas associados a esta escala – biológicos, cognitivos, interpessoais e desempenho na tarefa. Quanto às características personalísticas, estas foram avaliadas através do questionário *Mini-Mult*. Este instrumento demonstrou igualmente uma boa fiabilidade (0,689). O *Mini-Mult* é composto por 3 escalas de validade e 8 escalas clínicas.

Importa começar por analisar os resultados referentes à caracterização da amostra, pois estes poderão ter um peso significativo nos restantes argumentos da discussão. Neste sentido, este estudo foi composto por uma amostra de 93 sujeitos, dos quais 47% constituem a amostra clínica e 53% englobam a amostra normativa. As idades dos participantes alternaram entre os 17 e os 72 anos.

Relativamente à amostra clínica, a média de idades foi 46 anos e a idade mais frequente os 42 anos. Neste grupo, verificou-se que a maioria dos sujeitos são do género feminino (84%), casados ou em união de facto (68%). Relativamente à proveniência, não se verificaram diferenças significativas entre o meio rural (52%) e o urbano (48%). O mesmo se sucedeu relativamente à situação profissional destes sujeitos, sendo que metade está no activo e a outra metade não mantém actualmente qualquer actividade profissional.

Em relação à amostra normativa, a idade mais frequente é bastante menor que a outra amostra (26 anos), sendo a média os 41 anos. Aqui continua a verificar-se uma taxa mais elevada de participantes do género feminino (59%), embora esta diferença não seja tão acentuada como na amostra anterior, e igualmente, a maioria é casado ou vive em união de facto (57%). Grande parte destes participantes residem na cidade de Castelo Branco (57%) e contrariamente aos sujeitos clínicos, encontram-se na actualidade em situação laboral

(aproximadamente, 90%). Relativamente às habilitações literárias, verifica-se que o grupo normativo apresenta um nível de escolarização mais elevado do que o grupo de sujeitos clínicos. De facto, aproximadamente 82% dos sujeitos normativos apresenta qualificação igual ou superior à escolaridade obrigatória (3º ciclo do Ensino Básico), enquanto a amostra clínica apresenta 52% dos sujeitos com esta condição. Na amostra clínica os níveis mais baixos de escolarização, ou seja os 1º e 2º ciclos, apresentam maior frequência de ocorrências (45%) comparativamente com a amostra normativa (18%).

Alguns dos resultados supracitados foram igualmente encontrados por Lima (1999), no seu estudo sobre a epidemiologia e o impacto social da depressão, que refere que esta patologia é mais comum entre pessoas com baixo nível de escolaridade e entre as mulheres. Relativamente ao género, parece de interesse discutir os resultados respeitantes ao facto da amostra clínica ser predominantemente do género feminino, o que sugere serem as mulheres quem mais procura apoio de psicológico. De facto, a sociedade apresenta uma maior tolerância para a ocorrência de depressão em mulheres (Weissman & Klerman, 1979, *in* Rabasquinho & Pereira, 2007), talvez por esta doença ser interpretada pelo género masculino como um sinal de fraqueza (Rabasquinho & Pereira, 2007). Salientar ainda que a grande maioria dos estudos que se propõe avaliar o efeito de género, utilizam escalas de selecção que incluem itens relacionados com depressão, ansiedade e sintomas somáticos, sendo estes indícios específicos que apresentam altas taxas de incidência nas mulheres (Cleary, 1987; Robins, 1991; Weissman, 1988, *in* Rabasquinho & Pereira, 2007).

Relativamente à distribuição do grau de severidade da depressão, 36,4% dos sujeitos apresentam depressão leve, 34,1% apresentam uma depressão moderada e 29,5% apresentam uma depressão grave. Quanto à relação entre a severidade da patologia depressiva e as características sócio-demográficas, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas, ou seja, o grau de depressão não aumenta em função das diferentes características sócio-demográficas. Neste sentido, refutam-se as hipóteses H16, H17, H18, H19, H20, H21. Estes dados contrapõem o estudo realizado por Manso e Matos (2006) onde se verificou que são os jovens adultos, do género feminino, que apresentam níveis mais elevados de depressão. Nesta mesma investigação, foram ainda encontrados níveis mais acentuados de depressão no meio urbano, dado que não se verificou igualmente significativo neste estudo.

Relativamente aos grupos de sintomas, todos apresentaram correlações altamente significativas com a nota global do IACLIDE. Considerando as duas amostras, a correlação mais elevada verificou-se com os sintomas cognitivos (0,959), sendo que as outras correlações apresentam valores igualmente elevados, indicadores de correlações positivas fortes. Este resultado era esperado, pois à medida que aumenta a nota global no teste, aumentam igualmente os grupos de sintomas associados. A correlação mais elevada entre o grupo de sintomas verificou-se entre os cognitivos e os biológicos (0,817) e a mais baixa entre os interpessoais e de desempenho na tarefa (0,668). De qualquer modo todas as correlações mostraram-se positivas e altamente significativas.

Mesmo quando se considera apenas a amostra de sujeitos clínicos, as correlações com a nota global do IACLIDE mantêm-se elevadas e significativas. Destaca-se, mais uma vez, os sintomas de natureza cognitiva com uma correlação positiva quase perfeita (0,912) com a nota global de depressão. Estes dados podem ser comparados com os estudos de Beck et al., (1997), os quais defendem que grande parte da sintomatologia depressiva é influenciada pela forma como o indivíduo se percebe, como percebe o seu mundo e o seu futuro, sendo que estas interpretações são geralmente negativas. Assim sendo, em depressões mais leves, a pessoa é usualmente capaz de ver os seus pensamentos negativos com alguma objectividade. À medida que a severidade da depressão aumenta, o seu pensamento torna-se crescentemente dominado por ideias mais negativas (Beck et al., 1997), originando rumações constantes que mantêm e agravam o quadro depressivo dos sujeitos. De referir ainda que a correlação mais elevada entre o grupo de sintomas para a amostra clínica regista-se entre os sintomas cognitivos e os interpessoais (0,628) e a mais baixa entre os sintomas biológicos e os interpessoais (0,430).

Os resultados obtidos demonstraram que a severidade da depressão tem um efeito significativo sobre o valor médio registado em cada um dos grupos de sintomas do IACLIDE. Assim, os sujeitos com sintomatologia depressiva mais grave apresentam, em média valores mais acentuados de alterações de funções biológicas fundamentais, como insónia ou fadiga ao acordar (sintomas biológicos), alterações do conteúdo do pensamento, que se traduzem em manifestações de auto-depreciação e sentimento de fracasso (sintomas cognitivos), dependência em relação a outras pessoas e isolamento social (sintomas interpessoais), e inibição motora e inactividade (sintomas de desempenho na tarefa) (Vaz-Serra, 1994),

comparados com sujeitos com depressões mais leves e com os que não apresentam o quadro clínico depressivo. Neste sentido, aceitam-se as hipóteses H9, H10, H11 e H12.

Torna-se importante, antes de discutir os resultados relativos às escalas clínicas de personalidade, analisar os dados referentes às escalas de validade do *Mini-Mult*, uma vez que estas permitem avaliar a atitude dos sujeitos perante o questionário e a confiança que se pode ter nos resultados do mesmo. Relativamente à escala de Mentira, tanto os participantes da amostra clínica, como os sujeitos da amostra normativa apresentaram incidência moderada nas notas T abaixo dos 50 valores (38,6% e 42,9% respectivamente) podendo ser indicativo de atitudes críticas perante a prova (Graham, 1992, *in* Hathaway & McKinley, 2000). No caso da amostra clínica, 34,1% dos sujeitos apresentaram pontuações entre T 50 e T 59, indicando que as respostas ao questionário foram dadas conforme a sua própria imagem, ou seja, de forma bastante fidedigna (Graham, 1992, *in* Hathaway & McKinley, 2000). Já na amostra normativa verificou-se que 32,7% dos sujeitos se situaram em notas T entre 60 e 69, sugerindo alguma postura defensiva por parte destes participantes (Graham, 1992, *in* Hathaway & McKinley, 2000). Neste último intervalo de notas T, verifica-se também 22,7% de participantes da amostra clínica. De referir que, não se verificaram pontuações nesta escala superiores a 79 pontos, indicando assim que uma boa fidelidade das respostas obtidas.

Quanto à escala de Frequência, verificou-se que a maioria dos participantes da amostra normativa se situaram em notas T abaixo dos 50 pontos (61,2%), sugerindo sinceridade embora se levante a hipótese de alguma convencionalidade social (Graham, 1992, *in* Hathaway & McKinley, 2000). No caso dos participantes da amostra clínica, estes distribuíram-se de forma mais dispersa, sendo que 36,4% se situaram em pontuações entre as 50 e as 59 notas T, que se pode traduzir em respostas típicas e aceitáveis, e os 27,3%, sugerindo características de personalidade referentes a quadros de neuroticismo e predisposição para alterações no humor (Graham, 1992, *in* Hathaway & McKinley, 2000), dado este que pode ser compreensível se se tiver em atenção o quadro depressivo destes sujeitos. Estes resultados vêm confirmar novamente a validade dos dados.

No que respeita à escala de Correção, a maioria dos sujeitos da amostra clínica, e metade dos participantes da amostra normativa, situaram-se em notas T inferiores a 50 (63,6% e 51%, respectivamente), sugerindo alguma confusão e atitude rígida (Graham, 1992, *in* Hathaway & McKinley, 2000). De facto, esta é a escala mais complexa de entre os indicadores de validade, uma vez que os conteúdos dos itens cobrem características que

muitos indivíduos preferem negar acerca de si mesmos ou das suas relações familiares (Hathaway & McKinley, 2000).

Relativamente às escalas clínicas, destaca-se que os sujeitos da amostra clínica apresentaram valores médios mais elevados nas escalas de Hipocondria, Histeria, Paranóia, Esquizofrenia, Hipomania, Desvio Psicopático, Depressão e Psicastenia, comparativamente com os sujeitos da amostra normativa. Ou seja, os participantes da amostra clínica apresentam sempre valores médios mais acentuados em todas as escalas, comparados com os sujeitos da amostra normativa. Estes resultados sugerem que os participantes da amostra normativa apresentam características de maior ajustamento, optimismo, geralmente mais efectivos na sua vida diária, apresentam menos queixas ao nível somático, maior nível de estabilidade emocional, mais activos, maior facilidade para enfrentar as dificuldades, maior disponibilidade para o contacto pessoal, mais participativos, com maior tendência para valorizar as próprias realizações e com maiores níveis de maturidade (Seisdedos & Roig-Fusté, 1986), comparativamente aos sujeitos da amostra clínica.

Foram ainda analisadas as elevações das notas T para cada escala clínica do *Mini-Mult*. Considerando os valores específicos de cada escala, verificou-se que para a Hipocondria, a maioria dos sujeitos clínicos (77,3%) apresenta notas T compreendidas entre 60 e 80, o que sugere que sujeitos deprimidos apresentam características de personalidade que se referem a preocupações somáticas, reacções exigentes a qualquer problema real, grande preocupação com problemas físicos, alterações dos padrões de sono, falta de energia, exigência para consigo próprio, insatisfação e queixas múltiplas (Graham, 1992, *in* Hathaway & McKinley, 2000).

Nesse mesmo intervalo de notas T também se verifica uma maior incidência de indivíduos deprimidos na escala de Histeria (68,2%), indicando como características centrais ausência de compreensão acerca das causas dos sintomas, negatividade, imaturidade, concentração em si próprio, rigidez, e sugestibilidade (Graham, 1992, *in* Hathaway & McKinley, 2000).

No intervalo de notas T entre 60 e 75 situa-se uma maior percentagem de sujeitos deprimidos nas escalas de Desvio Psicopático (63,6%), Psicastenia (59,1) e Esquizofrenia (63,6%). Deste modo, é possível conhecer mais algumas características de personalidade destes participantes, entre as quais, impulsividade, irritabilidade, sentimentos de culpa e vergonha, falta de segurança em si próprios, perfeccionismo, indecisos, sentimentos de

rejeição social, confusos, reservados e que por vezes podem tender a recorrer a fantasias e sonhos (Graham, 1992, *in* Hathaway & McKinley, 2000).

Na escala de Depressão a grande maioria dos indivíduos obteve notas T superior a 70 (61,4%), o que sugere sujeitos afectados seriamente pelos problemas, desespero, preocupações acerca da morte e pensamentos suicidas, lentidão no pensamento e nas acções (Graham, 1992, *in* Hathaway & McKinley, 2000). Ora, estas características personalísticas, não são mais do que a presença do próprio quadro depressivo, pois uma vez que a nota T se apresenta bastante acima do valor 70 (limite do padrão normativo), assume-se patologia clínica. No que se refere à escala de Paranóia existe uma maior incidência de casos no intervalo das 60 às 70 notas T (43,2%), sugerindo sujeitos excessivamente sensíveis (Graham, 1992, *in* Hathaway & McKinley, 2000).

Importa agora discutir os resultados referentes à relação entre as diferentes escalas clínicas do *Mini-Mult*, tendo em conta unicamente os sujeitos que apresentam sintomatologia depressiva. Deste modo verificou-se que existem correlações fortes e estatisticamente significativas entre a escala de Depressão e a escala de Psicastenia (0,873). Seisdedos e Roig-Fusté (1986) referem que é comum indivíduos depressivos manifestarem pontuações elevadas nestas duas escalas, daí esta correlação forte, sendo que à medida que uma aumenta, a outra escala tende a aumentar em simultâneo. Por outro lado, sendo que o conteúdo da escala de Psicastenia contempla itens que avaliam a ansiedade, importa aqui citar Zimmerman (2000, *in* Rabasquinho & Pereira, 2007), que aponta que quadros de ansiedade, são muito frequentes em doentes deprimidos. Relativamente à escala de Depressão, pode reflectir um estado depressivo momentâneo, uma depressão crónica de longa evolução, ou ainda uma depressão neurótica (Seisdedos & Roig-Fusté, 1986). Já a escala de Psicastenia refere-se a pensamentos intrusivos, ruminacões constantes, sendo que o seu conteúdo contempla ansiedade, baixa auto-estima, dúvidas acerca das próprias capacidades, elevada sensibilidade e dificuldade em tomar decisões (Seisdedos & Roig-Fusté, 1986). Estes dados vão ao encontro do estudo de Manso e Matos (2006) onde se encontrou igualmente uma correlação positiva entre depressão e ansiedade. Sabe-se pela literatura que, sujeitos deprimidos tendem a apresentar emoções negativas, tais como, ansiedade, angústia, correspondentes a uma impotência sentida pela pessoa, (Pires, 2004), percebem os problemas e obstáculos como insuperáveis, não se percebem competentes para superar o momento pelo qual estão a passar e sentem que os seus esforços são insuficientes para alterar o rumo dos acontecimentos (Gioia-Martins et al., 2009),

ruminando intensivamente acerca destas suas preocupações. Este resultado é igualmente perceptível e corroborado pela análise já anteriormente discutida, relativa à correlação igualmente positiva e forte entre a nota global do IACLIDE e os sintomas cognitivos. De salientar também uma correlação positiva forte entre as escalas clínicas de Hipocondria e Histeria (0,727), indicando que à medida que aumentam as crenças e preocupações por parte dos sujeitos acerca da saúde, aumentam igualmente todas as características de tipo histérico, e vice-versa.

No que respeita à avaliação do efeito do género nas características de personalidade, os resultados indicaram que não se verificam diferenças entre homens e mulheres, relativamente às escalas clínicas. Deste modo, rejeita-se a hipótese H15. Por outro lado, tendo em análise a faixa etária dos participantes, os resultados demonstraram a presença de características específicas de personalidade de acordo com a idade dos sujeitos da amostra clínica. Deste modo, conclui-se que os sujeitos mais novos com sintomatologia depressiva apresentaram as escalas de Desvio Psicopático, Esquizofrenia e Psicastenia mais elevadas comparativamente com os participantes mais velhos. A Psicastenia pode ser entendida como uma fragilidade do próprio controlo mental sobre os pensamentos e as acções (Hathaway & McKinley, 2000), que no caso deste estudo, se demonstrou saliente nos sujeitos mais jovens da amostra clínica. No que respeita à elevação na escala de Esquizofrenia, no caso de adolescentes pode indicar uma reacção a um meio ambiente vivido como inadequado pelas suas exigências e forma de ser convencional (Seisdedos & Roig-Fusté, 1986). Relativamente à elevação no Desvio Psicopático, de acordo com Seisdedos e Roig-Fusté (1986) é frequente se encontrar em sujeitos mais novos devido à dificuldade no controlo das respostas emocionais, impulsividade e pouca maturidade característica da própria faixa etária, estando esta escala fortemente relacionada a perturbações da personalidade. A literatura refere que, embora os sintomas depressivos em geral sejam mais comuns em sujeitos mais velhos, as taxas de prevalência da distímia, é mais elevada nos jovens adultos (Bellino, Bogetto, Vaschetto, Ziero, & Ravizza, 2000). De mencionar também que, num estudo realizado por Bellino, Pátria, Ziero, Rocca, e Bogetto (2001) sobre características clínicas da distímia, em relação à idade de início, os autores encontraram uma taxa maior de perturbações de personalidade em distímicos de início precoce, sugerindo que este tipo de distímia (de início precoce) esteja mais relacionado com alterações de personalidade. Deste modo, como forma de tentar interpretar o resultado encontrado, pode concluir-se que os sujeitos mais novos deste

estudo apresentam alterações significativas ao nível da personalidade, comparativamente com os participantes mais velhos. Neste sentido, aceita-se a hipótese H14.

Relativamente à avaliação da severidade do quadro depressivo dos sujeitos, em relação às características de personalidade conclui-se que existem diferenças significativas nas escalas de Hipocondria, Histeria, Depressão e Psicastenia, relativamente à gravidade da depressão, ou seja, à medida que aumenta o grau de depressão, aumenta igualmente as preocupações acerca da saúde, as somatizações, os pensamentos intrusivos, a tristeza, o sofrimento, o pessimismo e a ansiedade. Deste modo, conclui-se que os sujeitos que apresentam sintomatologia depressiva mais grave apresentam indicadores mais acentuados nestas escalas de personalidade comparativamente com aqueles que apresentam sintomatologia depressiva mais leve e com aqueles que não apresentam qualquer sintomatologia (os sujeitos normativos). Neste sentido, aceitam-se as hipóteses H1, H2, H3 e H6 e refuta-se H4, H5, H7 e H8. Estes resultados vão ao encontro da literatura, onde se constatou que os processos depressivos se encontram relacionados com alguns traços de personalidade, tratando-se estes de dependência, neuroticismo, pessimismo, histerismo e introversão (Peña et al., 2001; Orsini, 2006; Hirschfeld & Klerm, 1979, *in* Orsini, 2006; Afonso et al., 1997).

Por último, um resultado que interessa analisar é o facto de se ter constatado que os sujeitos com depressões mais graves apresentaram as escalas clínicas de Depressão ($T > 70$) e de Esquizofrenia ($T > 75$) mais elevadas, comparados com sujeitos que apresentam depressões mais leves. Neste sentido, foi possível constatar que este resultado se orienta para a aceitação da hipótese H13, para as escalas de Depressão e Esquizofrenia. Deste modo, verifica-se que os sujeitos com depressões mais graves apresentam mais características personalísticas de escassa confiança em si mesmo, maior número de sentimentos de inutilidade e inadequação, possuem mais reacções do tipo depressivo perante as dificuldades, mais apatia, angústia e tendência para a solidão e o isolamento, mais ideias suicidas ou desejos de morrer (Seisdedos & Roig-Fusté, 1986), do que os sujeitos que apresentam depressões mais leves. Importa também discutir a elevação na escala de Esquizofrenia, que neste estudo, sugere que pessoas com depressões mais graves procuram evitar situações novas e de contacto pessoal, são mais negativistas, mais impulsivos e tendem a fugir da realidade, refugiando-se nas suas fantasias e sonhos (Seisdedos e Roig-Fusté, 1986) talvez como forma de aliviar o sofrimento que é real. Ainda relativamente a esta elevação, cita-se Fortaleza (2000), que alertou para, no caso de perturbações depressivas, poderem ocorrer alguns delírios, sendo estes geralmente de natureza

autodepreciativa, com ideias de culpa ou ruína. Neste seguimento, analisou-se se estas duas escalas de personalidade podiam igualmente contribuir para o agravamento do quadro clínico depressivo dos sujeitos. Os resultados encontrados permitem assim concluir que os traços de Depressão e Esquizofrenia agravam significativamente o quadro depressivo, ou seja, sujeitos com estas características tendem a desenvolver depressões mais graves. Neste sentido, concluiu-se que existem determinados traços de personalidade que podem influenciar significativamente a gravidade do quadro clínico dos sujeitos.

6 – CONCLUSÕES

Com o objectivo de avaliar características específicas de personalidade tendo por base um quadro clínico depressivo, foi analisada uma amostra de 93 sujeitos, dos quais 44 eram pacientes com diagnóstico de depressão que frequentavam o Serviço de Psicologia da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco – Hospital Amato Lusitano e 49 pertenciam a uma amostra normativa. Os sujeitos analisados tinham idades compreendidas entre os 17 e os 72 anos de idade, sendo a grande maioria do género feminino (71%).

O presente estudo procurou contribuir para um conhecimento mais aprofundado acerca da influência de determinadas características personalísticas, na severidade de um quadro clínico depressivo. Neste sentido, pretendeu-se, por um lado estudar e compreender se existem determinadas características personalísticas que se acentuam à medida que o quadro de depressão se agrava, e igualmente comparar essas mesmas características, com outras de sujeitos sem qualquer psicopatologia associada. Por outro lado, foi igualmente propósito deste estudo perceber se existem determinadas características de personalidade que podem contribuir para a severidade de um quadro depressivo.

Concluiu-se que existem diferenças significativas nas escalas de Hipocondria, Histeria, Depressão e Psicastenia, relativamente à gravidade da depressão. Isto é, conclui-se que os sujeitos que apresentam sintomatologia depressiva mais grave apresentam igualmente estas escalas mais acentuadas, comparativamente com aqueles que apresentam sintomatologia depressiva mais leve e aqueles que não apresentam qualquer sintomatologia. Saliencia-se assim que estas escalas tendem a aumentar, com o aumento na severidade do quadro depressivo.

Verificou-se igualmente que os sujeitos que apresentam traços mais elevados de Depressão e Esquizofrenia têm um quadro clínico depressivo, em média, mais agravado, comparativamente com os sujeitos que apresentam traços mais leves de personalidade nestas escalas. Importa salientar que a personalidade não pode ser entendida meramente como uma concomitante directa de um quadro depressivo. Contudo, neste estudo, os resultados apontaram para a existência de determinadas características personalísticas que podem agravar esse mesmo quadro clínico, sendo estas a Depressão e a Esquizofrenia. Neste sentido, aceita-se a hipótese central deste estudo, concluindo-se assim que existem determinados

traços de personalidade que podem influenciar significativamente a gravidade do quadro clínico de sujeitos deprimidos.

Apontam-se como sugestões para estudos posteriores, investigações semelhantes a esta, podendo-se assim futuramente comparar os resultados obtidos com os deste estudo. Poderá igualmente ser interessante verificar a possível relação entre traços de personalidade e uma outra psicopatologia, que não a depressão (por exemplo, a ansiedade, perturbações do comportamento alimentar). Sugere-se também uma investigação análoga a esta, mas utilizando o MMPI-2, permitindo deste modo, avaliar outras características de personalidade não contempladas neste estudo. Uma outra possibilidade seria efectuar um estudo longitudinal, acompanhando-se deste modo os indivíduos, e aplicar ou o *Mini-Mult*, ou MMPI-2, para verificar se as características se mantiveram, ou por outro lado, se agravaram ou ainda, se alteraram. Seria igualmente pertinente recolher uma amostra de sujeitos com depressão representativa da população, de meios distintos, por exemplo, do litoral e do interior e analisar, que diferenças existem nas características de personalidade destes sujeitos, e simultaneamente perceber se essas diferenças têm alguma relação com o meio.

IV – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Afonso, A., Reinas, C., Roberto, E., Campos, E., Enrique, E., Andrade, H., Viegas, R., Santos, S., & Resende, V. C. (1997). A Loucura e o Controle das Emoções. *Revista de Psifisiologia*, 1 (1), 1-34.
- Al-Zuabi, H.F., & Al-Suwayan, M.H. (2004). The Role of the Family Physician in managing depression. *Middle East Journal of Family Medicine*, 2 (2).
- Albert, C.E., Pereira de Quadros, M., & Bagolin, I.P. (2007). *Aportes da economia institucional e da psicologia cognitiva: hábitos e costumes na construção da escolha e do comportamento dos agentes económicos*. Texto para Discussão de Pós-Graduação apresentado na Faculdade de Administração, Contabilidade e Economia da Universidade Católica da Rio Grande do Sul.
- Almeida, L.S., & Freire, T. (2007). *Metodologia da investigação em psicologia e educação*. (4ª Edição). Braga: Psiquilibrios Edições.
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais DSM-IV-TR*. (4ª Edição). Lisboa: Climepsi Editores.
- Arnou, B.A., & Constantino, M.J. (2003). Effectiveness of psychotherapy and combination treatment for Chronic Depression. *JCLP/In Session*, 8 (59), 893-905.
- Bahls, S.C. (1999). Depressão: uma breve revisão dos fundamentos biológicos e cognitivos. *InterAÇÃO*, (3), 49-60.

- 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 (IPSF). *Psico-USF*, 2 (13), 211-220.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G. (1997). *Terapia cognitiva da depressão*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Bellino, S., Bogetto, F., Vaschetto, P., Ziero, S., & Ravizza, L. (2000). Recognition and treatment of dysthymia in elderly patients. *Drugs & aging*, 16 (2), 107-121.
- Bellino, S., Pátria, L., Ziero, S., Rocca, G., & Bogetto, F. (2001). Clinical features of dysthymia and age: a clinical investigation. *Psychiatry Research*, 103 (2-3), 219-228.
- Bernardo, P.C.L.G. (2008). *A depressão no sul do distrito de Castelo Branco: relação com variáveis sociodemográficas*. Dissertação de Mestrado em Psicologia apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.
- Cloninger, S.C. (2003). *Teorias da personalidade*. (2ª Edição). São Paulo: Martins Fontes Editora.
- Dawson, M.Y., Michalak, E.E., Waraich, P. Anderson, J.E., & Lam, R.W. (2004). Is remission of depressive symptoms in primary care a realistic goal? A meta-analysis. *BMC Family Practice*. 19 (5).
- Del Porto, J.A. (1999). Depressão – Conceito e Diagnóstico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, (21), 6-11.
- Doron, R., & Parot, F. (2001). *Dicionário de psicologia*. (1ª Edição). Lisboa: Climepsi Editores.

- Ellis, P.M., Hickie, I.B., & Smith, D.A.R. (2003). Summary of guideline for the treatment of depression. *Australasian Psychiatry*, 1 (11), 34-38.
- Felizardo, S. (2005). Avaliação da Personalidade no C.A.T. de Castelo Branco – Perfil obtido a partir do *Mini-Mult* questionário aplicado aos utentes em programa de Metadona. *Revista Toxicodependências*, 11 (3), 25-36.
- Fernandes, M.G.M., Nascimento, N.F.S., & Macedo, K.N.F.C. (2010). Prevalência e Determinantes de Sintomas Depressivos em idosos atendidos na atenção primária de saúde. *Revista RENE*, 1 (11), 19-27.
- Ferreira, B. (2006). Depressão “unipolar” de início precoce. *PsiLOGOS: Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*, 64-71.
- Fleck, M.P.A., Lafer, B., Sougey, E.B., Del Porto, J.A., Brasil, M.A., & Juruena, M.F. (2003). Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (versão integral). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25 (2), 114-122.
- Fonseca, S.C.L. (2006). Olhando a perturbação Bipolar. *O portal dos psicólogos*. Disponível em: <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0270.pdf>.
- Formiga, N.S. (2010). Traços de Personalidade e Variações da Diversão: Testagem de Modelo Causal em Jovens Brasileiros. *O portal dos psicólogos*. Disponível em: <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0523.pdf>
- Fortaleza, O.V. (2000). Transtornos depressivos na doença de Alzheimer: diagnóstico e tratamento. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22 (2), 87-95.
- Gioia-Martins, D.F., Medeiros, P.C.S., & Hamzeh, S.A. (2009). Avaliação psicológica de depressão em pacientes internados em enfermaria de hospital geral. *Psicologia: Teoria e Prática*, 11 (1), 128-141.

- Gusmão, R.M., Xavier, M., Heitor, M.J., Bento, A., & Almeida, J.M.C. (2005). O peso das Perturbações Depressivas: aspectos epidemiológicos globais e necessidades de informação em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, 18, 129-146.
- Hathaway, S.R., & McKinley, J.C. (2000). *Inventário Multifásico de Personalidad de Minnesota-2*. (2ª Edición). Madrid: TEA Ediciones.
- Hernández S., R., Fernández, C., & Baptista L.P. (1993). *Metodología de la investigación*. New York: McGraw Hill.
- Hill, M.M., & Hill, A. (2000). *Investigação por questionário*. (1ª Edição). Lisboa: Edições Sílabo.
- Infarmed. (2002). Evolução do Consumo de Antidepressivos em Portugal Continental de 1995 a 2001: Impacto das Medidas Reguladoras. *Observatório do Medicamento e dos Produtos de Saúde*, 3-20.
- Irigaray, T.Q., & Schneider, R.H. (2007). Características de Personalidade e Depressão em idosas da Universidade para a Terceira Idade. *Revista de Psiquiatria*, 29 (2), 169-175.
- Irigaray, T.Q. & Schneider, R.H. (2008). Impacto na qualidade de vida e no estado depressivo de idosas participantes de uma universidade da terceira idade. *Estudos de Psicologia*, 25 (4), 517-525.
- Joyce-Moniz, L. (1993). *Psicopatologia do adolescente e do adulto*. Lisboa: McGraw-Hill.
- Kaplan, H.I., Sadock, B.J., & Grebb, J.A. (2003). *Compêndio de Psiquiatria Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. (7ª Edição). Porto Alegre: Artmed Editora.

- Lima, M.S. (1999). Epidemiologia e impacto social. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, (21), 1-5.
- Lima, R., & Migott, A.M.B. (2003). Dinâmica Familiar e Depressão. *Boletim de Saúde*, 2 (17), 62-66.
- Lopes, P., Barreira, D.P., & Pires, A.M. (2001). Tentativa de Suicídio na adolescência: avaliação do efeito de género na depressão e personalidade. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2 (1), 47-57.
- Maia, A.C. (1999). Estatuto empírico das terapias cognitivo-comportamentais da depressão. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 3 (20), 205-212.
- Maia, A.C. (2001). Modelos de avaliação da experiência depressiva. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 22 (2), 197-204.
- Manso, D.S.S., & Matos, M.G. (2006). Depressão, ansiedade e consumo de substâncias em adolescentes. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 2 (1), 73-84.
- Maroco, J. (2003). *Análise estatística com utilização do spss*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Martínez, A.I. (2002). Temperamento, carácter, personalidad – Una aproximación a su concepto e interacción. *Revista Complutense de Educación*, 2 (13), 617-643.
- Matos, M.B. (2004). Antidepressores. In W., Osswald & S., Guimarães (Eds). *Terapêutica medicamentosa e suas bases farmacológicas – manual de farmacologia e farmacoterapia* (pp. 131-138). (4ª Edição). Porto Editora.

- Meireles, L.P., & Cameirão, M.L. (2005). As perturbações afectivas: as Perturbações Bipolares. *O portal dos psicólogos*. Disponível em:
<http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/TL0034.pdf>
- Murteira, B. (1993). *Análise exploratória de dados – Estatística descritiva*. Lisboa: McGraw-Hill.
- National Institute of Mental Health (2008). *Depression*. U.S.: Department of Health & Human Services.
- Nobre, F., Ramos, M.M. & Bacelar, P. (2000). *Manual de Utilização de Instrumentos de Avaliação Psicológica*. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Coimbra.
- Orsini, M.R.C.A. (2006). *Estabilidade de traços de personalidade e suas relações com mudanças na severidade da depressão*. Tese de Doutoramento em Psicologia apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília.
- Peña, F., Hieguera, F., Domínguez E., & Palacios L. (2001). La Depresión en los adolescentes y su relación con los Transtornos de Personalidad. *Información Clínica*, 10 (12), 58-59.
- Pestana, D.D., & Velosa, S.F. (2002). *Introdução à probabilidade e à estatística*. (I). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Pires, C.L. (2004). *A depressão e o seu tratamento psicológico*. Leiria: Editorial Diferença.
- Powell, T. (2000). *The mental health handbook*. Revised Edition. Speechmark Publishing Ltd.

- Rabasquinho, C., & Pereira, H. (2007). Género e saúde mental: Uma abordagem epidemiológica. *Análise Psicológica*, 3 (XXV), 439-454.
- Rodrigues, V.A., & Gonçalves, L. (1998). *Patologia da personalidade – teoria, clínica e terapêutica*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Seisdedos, N., & Roig-Fusté, J.M. (1986). *MMPI – suplemento técnico e interpretación clínica*. Publicaciones de psicología aplicada. Madrid: TEA Ediciones.
- Silva, M.F.Q.P. (1999). *Diferenças de género na depressão e desempenho profissional*. Dissertação de Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Vaz-Serra, A. (1994). *IACLIDE – inventário de avaliação clínica da depressão*. (1ª Edição). Coimbra: Edição Psiquiatria Clínica.
- Vaz-Serra, A. (1995). IACLIDE, Inventário de avaliação clínica da depressão. In L. S. Almeida, M.R. Simões, & M.M. Gonçalves (Eds.), *Provas Psicológicas em Portugal* (pp. 181-191) Braga: Associação dos Psicólogos Portugueses.
- Verddeli, H., Ferro, T., Wickramaratne, P., Greenwald, S., Blanco, C., & Weissman, M.M. (2004). Treatment of Depressed Mothers of Depressed Children: Pilot Study of Feasibility. *Depression and Anxiety*, (19), 51-58.

ANEXOS

Anexo 1. IACLIDE

INVENTÁRIO DE AVALIAÇÃO CLÍNICA DA DEPRESSÃO

INVENTÁRIO DE AVALIAÇÃO CLÍNICA DA DEPRESSÃO

(© Copyright A. Vaz-Serra, 1994)

Nome: Data:/...../200.....
Idade: anos Estado Civil: Telefone:
Habilitações: Profissão:
Naturalidade: Residência:

INSTRUÇÕES

Cada um dos sintomas que a seguir é apresentado não se refere à sua maneira de ser habitual mas sim ao estado em que se sente pelo menos desde há duas semanas para cá. Não há respostas certas ou erradas. Há apenas a sua resposta. Responda de forma rápida, honesta e espontânea. Se lhe parecer que duas respostas diferentes já foram experimentadas por si, assinale com uma cruz (x) no quadrado respectivo aquela que se aproximar mais do seu estado actual.

-
1. - O interesse pelo meu trabalho é o mesmo de sempre
- Ultimamente ando a sentir um interesse menor pelo meu trabalho
- Presentemente sinto, com bastante frequência, desinteresse pelo que tenho de fazer
- Actualmente ando a sentir, muitíssimas vezes, um grande desinteresse pelo meu trabalho
- Perdi por completo todo o interesse que tinha pelo meu trabalho.
2. - No meu dia-a-dia não preciso de recorrer à ajuda das outras pessoas mais do que o costume
- Presentemente recorro mais ao auxílio dos outros do que costumava fazer
- No momento actual recorro bastante mais ao auxílio dos outros do que costumava fazer
- Agora recorro muitíssimo mais ao auxílio dos outros do que costumava fazer
- Actualmente sinto-me completamente incapaz de fazer seja o que for sem a ajuda dos outros.
3. - Ando-me a sentir tão sossegado como de costume
- Ando-me a sentir interiormente mais desassossegado do que o habitual
- Sinto-me interiormente bastante mais desassossegado do que o costume
- Sinto-me interiormente muitíssimo mais desassossegado do que o habitual
- Sinto-me interiormente num estado permanente de agitação.
-

INVENTÁRIO DE AVALIAÇÃO CLÍNICA DA DEPRESSÃO

-
- 4.- Presentemente, no contacto com os outros (familiares, amigos ou conhecidos) sou capaz de falar sobre os temas habituais das conversas comuns
- No momento actual tenho tendência, no contacto com os outros, a falar mais do que o habitual daquilo que sinto ou me preocupa, embora consiga conversar também sobre outros assuntos
- Reconheço que agora passo bastante tempo a falar aos outros daquilo que me anda a preocupar e estou a sentir, embora possa também abordar outros assuntos
- No momento presente, no contacto com os outros, falo muitíssimo mais do que o costume daquilo que me preocupa e ando a sentir, evitando abordar assuntos diferentes
- Actualmente, no contacto com os outros, só sei falar daquilo que me preocupa e tenho sentido, mostrando-me incapaz de conversar de quaisquer outros assuntos.
5. - A minha consciência não me acusa de nada em particular que tenha feito
- Ando-me a sentir um fardo para a minha família, amigos e colegas
- Sinto actualmente que há faltas no meu passado que não devia ter cometido
- Penso, muitas vezes, que cometi certas faltas graves no meu passado
- Passo o tempo a pensar que o estado em que me sinto é consequência das faltas graves que cometi na minha vida.
6. - A minha capacidade de fixação é a mesma que sempre tive
- Às vezes custa-me fixar aquilo que preciso
- Sinto, bastantes vezes, que ando a fixar pior aquilo que preciso
- Sinto, muitíssimas vezes, que me esquecem facilmente as coisas
- Sinto-me incapaz de fixar seja o que for.
7. - Não me sinto mais infeliz do que o costume
- Tenho períodos em que me sinto mais infeliz do que habitualmente
- Ando-me a sentir bastante mais infeliz do que o costume, embora tenha ocasiões em que me sinta tão feliz como dantes
- Só em raros momentos é que me consigo sentir feliz
- Actualmente não tenho um único momento em que me sinta feliz.
8. - No momento presente não tenho qualquer dificuldade em começar a dormir
- Quando me deito passo cerca de meia hora sem conseguir adormecer
- Actualmente, quando me deito, demoro cerca de 1 - 2 horas antes de conseguir adormecer
- Quando me deito, nalgumas noites não consigo dormir nada
- Se não tomar nada para adormecer as minhas noites são de insónia completa.
-

INVENTÁRIO DE AVALIAÇÃO CLÍNICA DA DEPRESSÃO

-
9. - O valor que dou às coisas que faço e a mim próprio não é maior nem é menor do que o costume
- Actualmente penso por vezes que, como pessoa, tenho pouco mérito naquilo que faço
 - Últimamente apanho-me a pensar, bastantes vezes, que não valho nada
 - Penso, com muita frequência, que não tenho qualquer valor como pessoa
 - No momento actual sinto constantemente que não valho nada como pessoa.
10. - A minha confiança em relação ao futuro é a mesma de sempre
- Ao contrário de antigamente sinto-me por vezes inseguro em relação ao futuro
 - No momento actual sinto, bastantes vezes, falta de confiança no futuro
 - Sinto agora, muitíssimas vezes, falta de confiança no futuro
 - Presentemente perdi por completo a esperança que tinha no futuro.
11. - Depois de conseguir adormecer não tenho tendência a acordar durante a noite
- Actualmente acordo 1 hora antes do habitual e depois não consigo voltar a dormir
 - Presentemente ando a acordar ao fim de 4 - 5 horas de sono e depois não consigo voltar a dormir
 - Após ter adormecido, acordo ao fim de 1 ou 2 horas e não sou capaz de voltar a dormir
 - Se não tomar nada para dormir, a minha noite é de completa insónia.
12. - Considerando a minha vida passada não sinto que tenha sido um fracassado
- No momento presente, observando o meu passado, acho que tive alguns fracassos
 - Penso que no meu passado existiu um número bastante grande de fracassos
 - Actualmente considero que tive, no meu passado, um número muitíssimo grande de fracassos
 - Quando observo a minha vida passada considero-a como um acumular constante de fracassos.
13. - Quando acordo de manhã sinto-me renovado para enfrentar o meu dia
- Apesar de ir fazendo o que necessito de fazer, quando acordo de manhã tenho a sensação de estar sem energia para o que preciso de efectuar
 - Logo que acordo de manhã e posteriormente ao longo do dia sinto-me bastante fatigado e é com dificuldade que vou realizando o que preciso de fazer
 - Desde que acordo de manhã e depois durante o dia sinto-me tão fatigado que já não consigo fazer tudo o que tenho a fazer
 - Quando acordo de manhã o meu cansaço é tão grande que me sinto incapaz de fazer seja o que For
-

INVENTÁRIO DE AVALIAÇÃO CLÍNICA DA DEPRESSÃO

-
14. - O meu convívio com as outras pessoas é o mesmo de sempre
- O meu estado de espírito actual leva-me, por vezes, e mais do que o costume, a evitar conviver com as outras pessoas
 - No momento presente fujo bastante do convívio com as outras pessoas
 - Devido à maneira como me ando a sentir raramente me sinto capaz de conviver com as outras pessoas
 - Presentemente não me sinto capaz de conviver seja com quem for.
15. - No momento presente não noto quaisquer dificuldades na minha capacidade de concentração
- Sinto por vezes dificuldade em me concentrar no que estou a fazer
 - Sinto com frequência dificuldade em me concentrar naquilo que executo
 - Sinto muitíssimas vezes dificuldade em me concentrar naquilo que faço
 - Sinto-me actualmente incapaz de me concentrar seja no que for.
16. - Não penso que os meus problemas sejam mais graves do que o habitual
- Ando com medo de não ser capaz de resolver alguns dos problemas que tenho
 - Penso com frequência que não é fácil encontrar solução para alguns dos meus problemas
 - Passo o tempo preocupado com os meus problemas, pois sinto que são de solução muitíssimo difícil
 - Considero que os meus problemas não têm qualquer solução possível.
17. - Quando é necessário sou capaz de tomar decisões tão bem como dantes
- Agora sinto-me mais hesitante do que o costume para tomar qualquer decisão
 - No momento actual demoro bastante mais tempo do que dantes para tomarr qualquer decisão
 - Presentemente custa-me tanto tomar decisões que passo o tempo a adiá-las
 - Actualmente sinto-me incapaz de tomar qualquer decisão sem a ajuda das outras pessoas.
18. - A satisfação que sinto com a vida é a mesma de sempre
- Actualmente sinto-me mais aborrecido do que o costume com a vida que tenho
 - Sinto, com frequência, que a minha vida não me dá o prazer de antigamente
 - Sinto, com muitíssima frequência, que a minha vida não me traz qualquer satisfação
 - Perdi por completo a alegria de viver.
19. - No momento presente acho que a vida vale a pena ser vivida e não sinto qualquer desejo de fazer mal a mim mesmo
- Actualmente sinto que a vida não vale a pena ser vivida
 - No momento presente não me importaria de morrer
 - Tenho com muita frequência desejos de que a morte venha
 - Ultimamente tenho feito planos para pôr termo à vida.
-

INVENTÁRIO DE AVALIAÇÃO CLÍNICA DA DEPRESSÃO

-
20. - Ao executar as minhas tarefas diárias usuais não sinto maior fadiga do que o costume
- No cumprimento das minhas tarefas ando a sentir-me mais fatigado do que o habitual sem razão para isso
 - Naquilo que tenho de fazer ao longo do dia, embora sem motivo para isso, sinto-me bastante mais fatigado do que o costume
 - Sinto-me, sem motivo justificativo, muitíssimo fatigado naquilo que tenho de fazer, deixando de executar algumas das minhas tarefas usuais
 - Sinto-me exausto, ao menor esforço, deixando de cumprir a maior parte das tarefas que antigamente realizava
21. - Quando me comparo com os outros sei que sou capaz de me sair tão bem como eles a fazer o que é preciso
- Actualmente, ao comparar-me com os outros, acho por vezes que não me desempenho tão bem como eles nas tarefas que precisam de ser feitas
 - Presentemente considero que as outras pessoas fazem as coisas bastante melhor do que eu
 - Acho que me saio muitíssimo pior do que os outros a fazer o que é necessário ser feito
 - Considero que os outros são sempre capazes de fazer melhor do que eu as coisas que precisam de ser feitas
22. - Quando executo qualquer tarefa faço-a com a rapidez do costume
- No momento presente sinto-me mais lento a fazer o que tenho para fazer
 - Actualmente demoro bastante mais tempo do que o habitual a fazer o que tenho para fazer
 - Sinto-me muitíssimo mais lento a fazer tudo quanto tenho para fazer
 - Presentemente demoro uma enormidade de tempo a fazer seja o que for.
23. - A capacidade de me manter activo é a mesma do costume
- Não me sinto capaz de me manter tão activo como o habitual
 - Actualmente dá-me para passar largos momentos sem fazer absolutamente nada
 - No momento actual raramente faço o que preciso de fazer
 - Só me dá vontade de estar todo o tempo deitado na cama, sem fazer nada.
-

□

Após preencher este inventário veja se respondeu a todas as questões. Não deixe nenhuma por responder!

Anexo 2. Mini-Mult

MINI-MULT

QUESTIONÁRIO

NOME: _____

IDADE: _____ SEXO: _____ DATA: _____

PROC. Nº: _____

Nestas folhas encontram-se várias frases. Peço-lhe que responda VERDADEIRO ou FALSO a cada uma delas.

Se a sua resposta for VERDADEIRO faça um círculo à volta da palavra VERDADEIRO.

Se a sua resposta for FALSO faça um círculo à volta da palavra FALSO.

Não demore muito tempo entre uma pergunta e a seguinte e dê todas as respostas por ordem.

1. Tenho bom apetite.	VERDADEIRO	FALSO
2. Quase sempre acordo bem disposto(a).	VERDADEIRO	FALSO
3. A minha vida de todos os dias está cheia de coisas que me interessam.	VERDADEIRO	FALSO
4. Trabalho num estado de grande tensão nervosa.	VERDADEIRO	FALSO
5. Às vezes penso em coisas demasiado indecentes para poder falar delas.	VERDADEIRO	FALSO
6. Raramente tenho prisão de ventre.	VERDADEIRO	FALSO
7. Há alturas em que desejo muito sair de casa.	VERDADEIRO	FALSO
8. Algumas vezes tenho crises de choro ou de riso que não consigo impedir.	VERDADEIRO	FALSO
9. Sofro de náuseas e vômitos.	VERDADEIRO	FALSO
10. Parece que ninguém me compreende.	VERDADEIRO	FALSO
11. Às vezes apetece-me praguejar.	VERDADEIRO	FALSO
12. Tenho pesadelos quase todas as noites.	VERDADEIRO	FALSO
13. Tenho dificuldade em fixar a atenção quando trabalho ou quando estou ocupado(a).	VERDADEIRO	FALSO
14. Tenho passado por coisas muitas especiais ou esquisitas.	VERDADEIRO	FALSO
15. Se os outros tivessem querido, concerteza eu teria sido mais forte.	VERDADEIRO	FALSO
16. Numa certa altura da minha vida (infância) aconteceu-me roubar pequenas coisas.	VERDADEIRO	FALSO
17. Tenho tido períodos (dias, semanas ou meses) durante os quais nada pude fazer bem feito, porque não conseguia tomar atenção a nada.	VERDADEIRO	FALSO
18. O meu sono é agitado e/ou incómodo.	VERDADEIRO	FALSO
19. Quando estou ao pé de outras pessoas sinto-me contrariado(a), porque ouço coisas esquisitas.	VERDADEIRO	FALSO
20. A maior parte das pessoas que me conhecem gostam de mim.	VERDADEIRO	FALSO

21. Muitas vezes sou obrigado(a) a receber ordens de pessoas que sabem menos do que eu.	VERDADEIRO	FALSO
22. Gostava de ser tão feliz como os outros parecem ser.	VERDADEIRO	FALSO
23. Acho que muitas pessoas aumentam as suas desgraças só para receberem a simpatia e a ajuda dos outros.	VERDADEIRO	FALSO
24. Às vezes fico furioso(a).	VERDADEIRO	FALSO
25. Acho que tenho pouca confiança em mim.	VERDADEIRO	FALSO
26. Nunca reparei que os meus músculos estremeçam ou tremam de uma maneira incómoda ou estranha.	VERDADEIRO	FALSO
27. A maior parte das vezes, tenho a impressão de que fiz qualquer coisa mal ou desastrada.	VERDADEIRO	FALSO
28. Sinto-me quase sempre feliz.	VERDADEIRO	FALSO
29. Há pessoas que são tão autoritárias que tenho vontade de fazer o contrário do que elas me dizem, mesmo que eu tenha a certeza de que elas têm razão.	VERDADEIRO	FALSO
30. Tenho a impressão de que os outros tentam prejudicar-me.	VERDADEIRO	FALSO
31. Acho que as pessoas são capazes de usar meios pouco honestos para ganhar qualquer coisa, ou qualquer vantagem, em vez de perderem.	VERDADEIRO	FALSO
32. Tenho muitas vezes problemas com o meu estômago ou com os meus intestinos.	VERDADEIRO	FALSO
33. Muitas vezes não percebo porque sou brusco(a) ou rabugento(a).	VERDADEIRO	FALSO
34. Às vezes os meus pensamentos andam tão depressa que não consigo contá-los.	VERDADEIRO	FALSO
35. Estou convencido(a) de que tenho na minha casa uma vida familiar tão agradável como a maior parte das pessoas que conheço.	VERDADEIRO	FALSO
36. Às vezes sinto que não sirvo para nada.	VERDADEIRO	FALSO

37. Nos últimos anos tenho gozado, geralmente, de boa saúde.	VERDADEIRO	FALSO
38. Há alturas em que faço coisas sem saber mais tarde o que fiz realmente.	VERDADEIRO	FALSO
39. Acho que muitas vezes tenho sido castigado(a) sem razão.	VERDADEIRO	FALSO
40. Nunca me senti tão bem como agora.	VERDADEIRO	FALSO
41. Não me importo com o que os outros pensam de mim.	VERDADEIRO	FALSO
42. Acho que tenho boa memória.	VERDADEIRO	FALSO
43. Para mim é difícil começar uma conversa quando encontro pessoas que não conheço.	VERDADEIRO	FALSO
44. Muitas vezes sinto um estado de fraqueza geral.	VERDADEIRO	FALSO
45. Raramente tenho dores de cabeça.	VERDADEIRO	FALSO
46. Não acho difícil conservar o equilíbrio quando ando.	VERDADEIRO	FALSO
47. Não gosto de toda a gente que conheço.	VERDADEIRO	FALSO
48. Há pessoas que tentam aproveitar-se das minhas ideias e dos meus pensamentos.	VERDADEIRO	FALSO
49. Gostava de não ser envergonhado(a).	VERDADEIRO	FALSO
50. Estou convencido(a) de que os meus pecados não podem ser perdoados.	VERDADEIRO	FALSO
51. Preocupo-me muitas vezes com coisas que não são muito importantes.	VERDADEIRO	FALSO
52. Os meus pais muitas vezes criticam as pessoas com quem me dou.	VERDADEIRO	FALSO
53. Às vezes acontece-me dizer um pouco mal dos outros.	VERDADEIRO	FALSO
54. Há momentos em que tenho a impressão de que o meu espírito trabalha melhor do que é costume.	VERDADEIRO	FALSO
55. Quase nunca senti palpitações e raramente me falta o fôlego.	VERDADEIRO	FALSO
56. Fico furioso(a) com facilidade, mas esqueço-me depressa.	VERDADEIRO	FALSO

57. Tenho alturas em que estou tão nervoso(a) que sou incapaz de estar sentado(a) numa cadeira.	VERDADEIRO	FALSO
58. Os meus pais e os meus amigos acham que eu tenho mais defeitos do que realmente tenho.	VERDADEIRO	FALSO
59. Ninguém se preocupa com o que pode acontecer aos outros.	VERDADEIRO	FALSO
60. Não censuro uma pessoa que se aproveita de outra, se essa outra deixar.	VERDADEIRO	FALSO
61. Há alturas em que me sinto cheio(a) de energia.	VERDADEIRO	FALSO
62. A minha vista não tem enfraquecido.	VERDADEIRO	FALSO
63. Raramente sinto barulhos ou zumbidos nos ouvidos.	VERDADEIRO	FALSO
64. Numa ou em várias alturas da minha vida senti que alguém tentava hipnotizar-me.	VERDADEIRO	FALSO
65. Às vezes sinto-me cheio(a) de energia sem nenhuma razão especial.	VERDADEIRO	FALSO
66. Mesmo quando estou ao pé de outras pessoas, sinto-me só a maior parte do tempo.	VERDADEIRO	FALSO
67. Julgo que quase toda a gente é capaz de mentir para se livrar de uma situação desagradável.	VERDADEIRO	FALSO
68. Sou mais sensível do que a maioria das pessoas.	VERDADEIRO	FALSO
69. Às vezes o meu espírito parece que trabalha mais devagar do que o costume.	VERDADEIRO	FALSO
70. As pessoas desiludem-me muitas vezes.	VERDADEIRO	FALSO
71. Tenho abusado de bebidas alcoólicas.	VERDADEIRO	FALSO

Anexo 3. Folha de Correção; Tabela de Conversão; Folha Perfil do *Mini-Mult*

MINI-MULT
 (correção manual)

Nome _____ Data _____

PERGUNTA N.º	L	F	K	H _h	D	H _y	Pd	Pa	Pt	Sc	Ma
1				F	F	F					
2				F	F	F			F		
3					F	F	F		F	F	
4					V						V
5	F							V	V	V	
6				F	F						
7							V			V	V
8								V	V	V	V
9		V			V	V					
10							V	V		V	
11	F		F		F	F					
12		V									
13					V	V	V		V	V	
14							V			V	
15		V					V	V		V	
16							V			V	
17					V				V	V	
18				V	V	V					
19		V									
20		F									
21											V
22					V		V		V		
23			F			F					
24	F	F									
25					V				V		
26				F		F				F	
27							V		V		
28					F	F	F	F			
29						F		F			V
30		V						V		V	
31			F			F		F			
32				V							
33			F			F					
34			F				F				V
35						F	F				
36			F		V				V		
37				F	F	F					
38		V								V	V
39								V		V	V
40			F		F	F					

PERGUNTA N.º	L	F	K	H _a	D	H _y	P _d	P _a	P _t	S _c	M _a
41			F			F	F				
42					F				F	F	
43			F			F	F				F
44				V	V	V			V		
45				F		F					
46				F		F				V	
47	F										
48		V									
49						F	F				
50		V									
51			F						V		
52							V				
53	F										
54											V
55				F		F					
56			F			F					
57						V			V	V	V
58		V					V				
59		V									
60					F						V
61		F	F								
62				F		F					
63				F				F		F	
64		V						V		V	
65			F		F		F				
66								V	V	V	
67			F					F			
68				F				V		V	
69			F								
70			F								
71		V									
NOTA BRUTA											
PONTUAÇÃO DIRECTA											

Conversion Table for the Prediction of Standard Scale Raw Scores from the *Mini-Mult*

Raw Scores											
B	L	F	K	Hs	D	Hy	Pd	Pa	Pt	Sc	Ma
0	2	2	4	2	13	10	9	5	2	2	8
1	4	4	5	4	15	11	11	7	4	4	10
2	6	6	7	6	16	13	13	8	6	7	11
3	8	9	8	8	18	15	14	10	9	10	13
4	10	11	10	10	20	16	16	12	11	13	15
5	12	14	10	12	22	18	18	14	13	15	17
6		16	13	14	24	19	20	15	16	18	18
7		18	14	16	26	21	21	17	18	21	20
8		21	15	18	28	22	23	19	20	24	22
9		23	17	20	29	24	25	21	23	26	24
10		25	18	22	31	25	26	22	25	29	25
11		28	20	23	33	27	28	24	27	32	27
12		30	21	25	35	29	30	26	30	35	29
13		33	23	27	38	30	32	28	32	37	
14		35	24	29	39	32	33	29	34	40	
15		37	26		40	33	35		37	43	
16			27		42	35	37		39	46	
17					44	36	39			48	
18					46	38	40			51	
19					48	40	42			54	
20					50	41				57	
21						43					
22						44					
23						46					
24						47					
25						49					
26						50					

Anexo 4. Autorização do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental



Universidade da Beira Interior
Departamento de Psicologia e Educação
Faculdade de Ciências Sociais e Humanas

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO

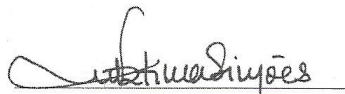
Para: Exmo Sr. Dr. José Carvalhinho
Director do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental,
ULS de Castelo Branco, Hospital Amato Lusitano

Maria de Fátima Simões, Professora Associada com Agregação do Departamento de Psicologia e Educação da Universidade da Beira Interior, vem solicitar autorização para que Mara Rodrigues, aluna do 2º ciclo de estudos – Mestrado em Psicologia desta Universidade realize, no Serviço que V.ª Ex.ª dirige, o estudo “*Avaliação de Características Personalísticas e Severidade da Sintomatologia Depressiva*”, investigação que está a desenvolver no âmbito da Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde. Consideramos ser este um tema de enorme relevância, não só dos pontos de vista académico e científico, como também do ponto de vista clínico. Nesse sentido, os resultados poderão dar resposta a alguns aspectos relativos à sua aplicabilidade na compreensão de factores que possam contribuir para a qualidade da prestação dos serviços de saúde mental no paciente com diagnóstico de depressão.

Com os melhores cumprimentos e estima

Pede deferimento

*Deferido
Fátima Simões
4.11.09
021-855-2000*


(Doutora Fátima Simões)

Universidade da Beira Interior, DPE, 4 de Novembro de 2009

Anexo 5. Autorização para utilização do instrumento IACLIDE

Professor Doutor Adriano Vaz Serra
Clínica Psiquiátrica dos H.U.C.
Apartado 9001
3001-301 Coimbra

Ex.ma Senhora
D. Mara Rodrigues
Rua Maria Martins – Lote 22 – 2.º Dir.
6000-246 Castelo Branco

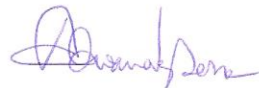
Mara,

Conforme o prometido junto envio:

1. – O programa de cotação da Escala IACLIDE.
2. – Um livro que explica a sua construção e onde se podem ver os valores obtidos para as depressões leves, moderadas e graves.
3. – A própria escala – IACLIDE – tal como é usualmente dada a preencher (frente e costas) a qualquer pessoa.
4. – Cinco folhas separadas, da mesma escala, para poderem fazer futuramente novas fotocópias.

Desejando os melhores êxitos para o seu trabalho, aceite as melhores saudações de

Coimbra, 21 de Novembro de 2008



Anexo 6. Consentimento Informado

Consentimento Informado

1. Título da Investigação:

- “Características Personalísticas e Severidade da Sintomatologia Depressiva”.

2. Descrição sucinta da investigação (objectivo geral):

- Esta pesquisa tem como objectivo geral estudar e analisar a possível existência de uma relação entre determinadas características personalísticas e a severidade da sintomatologia depressiva. Ou seja, este estudo procura tentar compreender se existem determinados traços de personalidade que podem contribuir para o aumento da severidade de uma patologia depressiva.

3. Descrição dos Procedimentos:

- Para tal, gostaríamos de contar com a sua colaboração para a recolha dos dados, preenchendo os dois Instrumentos de Avaliação Psicológica: o Questionário de Personalidade *Mini-Mult* e o Inventário de Avaliação Clínica da Depressão, IACLIDE. Lembramos que não há respostas certas ou erradas, mas a sua sinceridade é fundamental.

4. Garantia de Acesso:

- Se tiver alguma pergunta para fazer antes de decidir, sinta-se à vontade para fazê-la. Caso tenha alguma consideração ou dúvida sobre este estudo, pode contactar a investigadora Mara Rodrigues, através do endereço electrónico debbie.mara@gmail.com ou a orientadora desta pesquisa Professora Doutora Fátima Simões, Professora da Universidade da Beira Interior – Departamento de Psicologia e Educação, através do endereço electrónico fsimoes@ubi.pt.

5. Garantia de Saída:

- A sua participação é voluntária, podendo interromper a sua colaboração em qualquer momento.

6. Direito à Confidencialidade:

- Asseguramos que todas as informações prestadas pelo participante são sigilosas e a identidade preservada.

Desde já, agradecemos a sua participação.