



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências Sociais e Humanas

Construção do Teste Stroop Emocional para o screening de sintomas depressivos

Sheila Josymar Agrais Martínez

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre na especialidade de

Psicologia Clínica e da Saúde

(2.º ciclo de estudos)

Orientador: Prof. Doutora Graça Esgalhado

Covilhã, junho de 2012

Dedicatória

Dedico esta tese aos meus pais pelo amor, apoio, estímulo e ensinamentos brindados, os quais conceberam os alicerces que me levaram à concretização deste sonho.

Resumo

Cada vez mais, investigações realizadas no âmbito da Psicopatologia têm-se focado, particularmente, na análise de como a atenção seletiva a estímulos relevantes pode afetar e condicionar a realização de tarefas, nas quais o processamento da informação apresenta um caráter dissociativo. A depressão constitui, nos tempos que decorrem, um dos transtornos psicológicos mais frequentes (Apóstolo, Figueiredo, Mendes & Rodrigues, 2011), porém, são poucos os estudos que a avaliam através de um instrumento de Stroop Emocional. Neste contexto, este trabalho pretende realizar um estudo exploratório para a construção do Teste de Stroop Emocional para a Detecção de Sintomas Depressivos, como ferramenta clínica, no sentido de promover, especialmente em Portugal, a sua utilização no *screening* de sintomas depressivos.

Este estudo decorreu em três fases: (1) obtenção das palavras para as lâminas neutras, positivas e negativas; (2) validação das palavras e (3) formulação e aplicação do teste Stroop Emocional. Para estas fases foi utilizada uma amostra sempre diferente, tendo-se recorrido a especialistas na área da Música, da Saúde Mental, a alunos da Universidade da Madeira (n=300), com uma média de idade de 21,91 anos, e a sujeitos de uma instituição da Madeira com e sem diagnóstico depressivo (n= 60), com uma média de idade de 32,52 anos.

Verificam-se diferenças estatisticamente significativas nas palavras neutras entre sujeitos com sintomas depressivos (M=56,27) e sujeitos sem sintomas depressivos (M=61,30); o mesmo acontece com as palavras positivas, onde a diferença é também significativa entre os sujeitos com sinais depressivos (M=54,17) e os que não os apresentam (M=58,67); e finalmente, como era esperado, acontece o mesmo com o grupo de palavras negativas, tendo-se registado uma média superior nos sujeitos sem sintomas depressivos (M=57,03) relativamente aos que os detêm (M=51,97).

O trabalho realizado originou a construção das três lâminas que compõem o Stroop Emocional para a Detecção de Sintomas Depressivos.

Palavras-chave: Depressão, Diagnóstico, Sintomas Depressivos, Teste Stroop Emocional.

Abstract

More and more, research conducted within the scope of psychopathology has focused especially on the analysis of how selective attention to relevant stimuli and condition can affect the performance of tasks in which information processing has a dissociative character. Depression, nowadays, is one of the most common psychological disorders, but there are few studies that evaluate by means of an Emotional Stroop instrument. In this context, this study intends to conduct an exploratory study for the construction of the Emotional Stroop Test for Detection of Depressive Symptoms as a clinical tool, in order, to promote especially in Portugal, its use in assessing depressive symptoms.

This study was held in three phases: (1) obtain words for neutral, positive and negative plates, (2) validation of words and (3) formulation and application of the Emotional Stroop test. For every phase there were used different samples, resorting to experts in the fields of Music, and Mental Health, students from the University of Madeira ($n=300$) and subjects from an institution of Madeira with and without a diagnosis of depression ($n=60$) with an average age of 32,52 years old.

There are some significant statistically differences in the neutral words between subjects with depressive symptoms ($M=56,27$), and subjects without depressive symptoms ($M=61,30$); the same occurs with positive words, in which the difference is still significant between subjects with depressive signs ($M=54,17$) and without depressive signs ($M=58,67$); and finally as expected, the same occurs with the negative word group, being recorded a higher mean in the subjects without depressive symptoms ($M=57,03$) compared to those with symptoms ($M=51,97$).

The work led to the construction of three plates which form the Stroop Emotional for the Detection of Depressive Symptoms.

Keywords: Depression, Depressive Symptoms, Stroop Emocional Test.

Agradecimentos

“Tropeçaste e caíste. Agora levanta-te, sacode o pó e continua pelo caminho que, inicialmente, tinhas pautado...”

Nuria Martínez

Concluída outra etapa do meu percurso académico, quero agradecer a Deus pelas oportunidades que me tem dado na vida e, principalmente, por ter colocado no meu caminho a todos aqueles que, de uma ou outra forma, estiveram presentes, me apoiaram na aquisição de novas conquistas e indicaram que com amor, determinação, perseverança e dedicação tudo é possível.

A toda minha família. Aos meus pais, por esse amor e apoio incondicional que me permitiu chegar até aqui. De um modo especial, à minha mãe por ter acreditado sempre em mim e não me ter deixado abdicar nos momentos mais difíceis, por ser sempre o modelo perfeito a imitar e ser um dos meus maiores incentivos. Ao meu irmão e a minha avó pelo carinho dado durante esta fase tão importante.

Ao André Rodrigues, pela sua ajuda, estímulo constante e paciência; pelo seu esforço para me fazer rir nos momentos críticos e por todo o amor e carinho com o qual me surpreende todos os dias, iluminando a minha vida. Obrigada por teres tornado esta reta final mais colorida.

À Professora Doutora Graça Esgalhado, pelo sentido crítico, pela confiança, por todas as orientações, pela partilha de conhecimentos e por todo o apoio e dedicação demonstrados ao longo desta etapa, o que permitiu a elaboração do presente trabalho.

À Dra. Ana Maria Caires dos Santos e à Dra. Catarina Costa (Centro de Saúde Bom Jesus), pela disponibilidade demonstrada para a validação das palavras que compõem a prova de Stroop Emocional e pela amizade, disponibilidade e ajuda fornecidas na última etapa deste processo.

Aos docentes e alunos da Universidade da Madeira, pela ajuda proporcionada para a validação das palavras que compõem a prova de Stroop Emocional.

Ao corpo docente e não docente da Escola Básica da Quinta Grande e a todas as pessoas que participaram na etapa final deste trabalho, de um modo particular à Sra. Ângela Abreu pela sua atenção e preocupação.

A todos meus amigos, especialmente à Sara Gouveia, ao Sérgio Furtado, ao Daniel Sousa e ao Hernâni Melim, pela hospitalidade, preocupação, ânimo e apoio dedicado.

Sem vocês a concretização desta etapa não teria sido possível. A todos um muito Obrigado!

Índice

Dedicatória.....	v
Resumo.....	ix
Abstract	xiii
Agradecimentos.....	xvii
Índice.....	xxi
Lista de Figuras	xxvi
Lista de Tabelas	xxx
Introdução	1
Parte I - Enquadramento Teórico.....	3
Capítulo I - A Depressão: contextualização	5
1.1 Breve contextualização sobre a Depressão	7
1.2 Definição de depressão	9
1.3 Critérios de Diagnóstico	11
1.4 Perturbações Depressivas e os seus Tipos	13
1.5 Prevalência, Impacto Social e Problemas de Diagnósticos.....	15
Capítulo II - Stroop Emocional.....	19
2.1 O Teste de Cores e Palavras de Stroop (TCPS)	21
2.2 Utilização do Teste Stroop	22
2.3 Influência de diferentes variáveis na Tarefa Stroop	25
2.4 O Paradigma do Stroop Emocional	27
2.5 Descrição da Tarefa Stroop emocional.....	29
2.6 Estudos Realizados com Stroop Emocional.....	31
2.7 Tarefa Stroop emocional e Depressão.....	37
Parte II - Corpo Empírico	41

Capítulo III - Metodologia.....	43
3. Apresentação do estudo.....	45
3.1 Tipo de Estudo.....	46
3.2 Objetivos da investigação.....	46
3.3 Método.....	47
3.3.1 Fase 1.....	47
3.3.1.1 Participantes.....	47
3.3.1.2 Material/Procedimentos/Resultados.....	47
3.3.2 Fase 2.....	52
3.3.2.1 Participantes.....	52
3.3.2.2 Procedimentos.....	53
3.3.2.3 Resultados.....	54
3.3.2.4 Discussão dos resultados.....	60
3.3.3 Fase 3.....	63
3.3.3.1 Objetivos.....	63
3.3.3.2 Participantes.....	63
3.3.3.3 Instrumentos.....	64
3.3.3.3.1 Stroop Emocional na Detecção de Sintomas Depressivos.....	64
3.3.3.3.2 Escala de estado depressivo CES-D.....	67
3.3.3.4 Procedimentos.....	69
3.3.3.5 Análise estatística.....	69
3.3.3.6 Discussão dos Resultados.....	72
4. Conclusão.....	75
Bibliografia.....	77
Anexos.....	87

Lista de Figuras

Figura 1: Distribuição percentual relativamente ao género (n = 300, moda = género feminino)	52
Figura 2: Distribuição percentual relativamente ao curso frequentado (n=300,moda=Engenharia Informática)	53
Figura 3: Distribuição percentual relativamente ao género (n = 300, moda = género feminino)	63
Figura 4: Distribuição percentual relativamente à profissão (n= 60, moda = assistente operacional)	64
Figura 5: Excerto da página de Registo dos dados e cotação no Teste de Stroop Emocional para a deteção de sintomas depressivos	65
Figura 6: Excerto da lâmina 1 ou lâmina neutra	66
Figura 7: Excerto da lâmina 2 ou lâmina positiva.....	66
Figura 8: Excerto da lâmina 3 ou lâmina negativa.	66

Lista de Tabelas

Tabela 1: Critérios de Diagnóstico para o Transtorno Depressivo Maior DSM-IV.....	12
Tabela 2: Critérios de Diagnóstico de Episódio Depressivo da CID-10 da Organização Mundial da Saúde.....	13
Tabela 3: Estudos, na área da ansiedade clínica, que recorreram ao Teste Stroop Emocional	31
Tabela 4: Estudos, na área do Stress pós-traumático (PTSD), que recorreram ao Teste Stroop Emocional	33
Tabela 5: Estudos, na área da Desordem de pânico, que recorreram ao Teste Stroop Emocional	34
Tabela 6: Estudos, na área da Perturbação obsessivo-compulsiva, que recorreram ao Teste Stroop Emocional	34
Tabela 7: Estudos de diferentes tipos de fobia que recorreram ao Teste Stroop Emocional ..	35
Tabela 8: Estudos, na área da Depressão, que recorreram ao Teste Stroop Emocional	36
Tabela 9: Palavras apresentadas aos cinco juízes especialistas.....	48
Tabela 10: Palavras pertencentes à categoria de instrumentos musicais, para constituir a lâmina neutra	48
Tabela 11: Palavras para constituírem as lâminas, positiva e negativa, com a avaliação efetuada pelos Juízes	49
Tabela 12: Palavras neutras quanto à frequência de uso.....	54
Tabela 13: Palavras neutras quanto à familiaridade	55
Tabela 14: Palavras neutras quanto ao nível de compreensão	55
Tabela 15: Palavras neutras quanto ao grau de evocação de imagem	56
Tabela 16: Palavras positivas quanto à Frequência de Uso	56
Tabela 17: Palavras positivas quanto à Familiaridade	57
Tabela 18: Palavras positivas quanto ao Nível de Compreensão	57
Tabela 19: Palavras positivas quanto Grau de Evocação de Imagem	58

Tabela 20: Palavras negativas quanto à Frequência de uso	58
Tabela 21: Palavras negativas quanto à familiaridade	59
Tabela 22: Palavras negativas quanto ao nível de compreensão	59
Tabela 23: Palavras negativas quanto ao grau de Evocação de Imagem	60
Tabela 24: Palavras neutras, positivas e negativas que compõem as lâminas do teste de Stroop Emocional	65
Tabela 25: Valores Médios das Palavras Neutras, Positivas e Negativas, comparativamente entre sujeitos com sintomas depressivos e sem sintomas depressivos	71

Introdução

Desde 1996 que se tornou inviável não reconhecer o verdadeiro peso da patologia mental, para o indivíduo e para a comunidade, tanto em termos absolutos como em comparação com outras patologias

De acordo com a literatura, a depressão é uma condição médica comum, crónica e recorrente. Está frequentemente associada a incapacitação funcional e comprometimento da saúde física. Os pacientes deprimidos apresentam limitação da sua atividade e bem-estar, além de uma maior utilização de serviços de saúde. O termo *depressão*, na linguagem corrente, tem sido utilizado para designar tanto um estado afetivo normal (a tristeza), quanto um sintoma, uma síndrome e uma (ou várias) doença (s).

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) indicam que 13-20% da população mundial apresentam sintomas depressivos, sendo 2-3% desse total atribuídos a indivíduos com transtornos afetivos graves, dos quais 15-30% cometem suicídio ou são potenciais suicidas. Estes dados referem também que a depressão é, em geral, a patologia psíquica mais frequente, sendo responsável por 6,2% da morbilidade na região europeia. Embora muitos sujeitos não procurem ajuda, este facto reflete-se nomeadamente na frequência com que se encontram problemas depressivos entre os utentes dos cuidados de saúde primário. De acordo com alguns estudos norte-americanos, entre 6% e 10% destes utentes sofrem de depressão major (Gonçalves, Fagulha & Ferreira, 2005; Apóstolo, Figueiredo, Mendes & Rodrigues, 2011; Romeiro, Fraga & Barreiro, 2003).

São escassos os estudos que apresentam resultados relativos à realidade portuguesa. Um estudo, realizado num centro de saúde, (n=927), em 1989, identificou 50,9% dos usuários de atenção primária apresentando sintomas de depressão/ansiedade. Outro estudo, desenvolvido em 2005, (n=179), demonstrou que 38% das mulheres sofriam de algum tipo de perturbação depressiva, revelando ainda, níveis de depressão mais elevados na faixa etária de 45-54 anos e apresentando uma relação entre escolaridade elevada e menor risco de depressão, embora apenas para mulheres com idade inferior a 53 anos. Um outro estudo, recentemente desenvolvido num centro de Saúde de uma pequena cidade (n=192), demonstrou que de 50 a 62% dos indivíduos apresentavam 16 a 21% níveis “moderados depressão, 20 a 29% níveis “graves” ou “extremamente graves” (Apóstolo et al., 2011).

Em Portugal, existem poucas evidências dessa tendência, embora dois estudos recentes sugiram que as mulheres são mais suscetíveis a este tipo de perturbação, encontrando-se bem patente na literatura, a falta de estudos epidemiológicos de base populacional sobre a prevalência de perturbações mentais. Por outro lado, o risco de suicídio é maior em pacientes deprimidos não tratados, sendo que cerca de 50% dos suicidas procuram um médico no mês anterior à morte. A depressão é também considerada um problema bastante grave, tanto pelo transtorno em si, como pelas repercussões do mesmo: baixas laborais, altos custos de saúde,

suicídio. A depressão está associada a uma alta mortalidade, não apenas pelo risco de suicídio mas também pela frequente comorbilidade que apresenta: doenças físicas, alcoolismo, outros transtornos psicológicos, etc. Os dados epidemiológicos mais recentes indicam que a depressão aparece cada vez com mais frequência e a idades mais curtas, as repercussões são mais duradouras e graves do que inicialmente se pensava (Schramm, 1998).

Pelas razões expostas, este estudo surgiu com o objetivo de colmatar lacunas existentes e contribuir para a maior compreensão dessa realidade, promovendo, o desenvolvimento de instrumentos de avaliação psicológica que ajudem na deteção de sintomas depressivos, sobretudo em Portugal, justificando-se deste modo a opção pelo Teste Stroop Emocional.

Segundo Greco (1993) a prova de Stroop Emocional poderá ser utilizada com diversas finalidades, sendo uma delas a possibilidade de ser uma ferramenta clínica de avaliação. Uma vez que recorre a estímulos ameaçadores, físicos ou sociais, relacionados com a problemática que se pretende estudar, verifica-se que os sujeitos que padecem dessa perturbação, apresentam um tempo de reação maior perante os estímulos, do que os sujeitos que não a apresentam. Desta forma a utilização da tarefa Stroop Emocional poderá ser uma mais-valia em estudos psicopatológicos detalhados para discriminar diferentes manifestações clínicas, como no caso da depressão.

Neste sentido, através do presente trabalho pretende-se contribuir a compreensão da problemática da depressão, que é um problema cada vez mais atual, preocupante, incapacitante e com diversas implicações nos mais diversos níveis, nomeadamente, social e pessoal. Esta ferramenta clínica poderá desempenhar um papel importante, uma vez que através dos conhecimentos das ciências cognitivas, este possibilitará a elaboração de um diagnóstico mais rápido e uma intervenção mais pronta e eficaz perante esta problemática.

A presente dissertação encontra-se estruturada em duas partes distintas, mas, que se complementam de forma significativa.

Na primeira parte procede-se ao Enquadramento Teórico, onde é realizada uma revisão do estado da arte sobre a depressão e o Teste Stroop Emocional. Na segunda parte encontra-se constituída pela Corpo Empírico, onde é apresentado o estudo realizado, nomeadamente, os resultados obtidos assim como as principais conclusões, limitações e contributos do trabalho elaborado.

Parte I - Enquadramento Teórico

Capítulo I -

A Depressão: contextualização

1.1 Breve contextualização sobre a Depressão

A depressão consiste num sentimento que é universalmente experimentado por todos os seres humanos no decorrer de suas vidas, sendo, reconhecidamente, um problema de saúde pública. A distinção entre o sentimento depressivo normal e o quadro patológico, que necessita de tratamento médico, é extremamente problemática para pessoas não especializadas em saúde mental. Neste contexto, estigmas e desinformação levaram à crença de que a depressão não seria doença, mas consistiria numa deficiência de caráter, a qual poderia ser superada, com esforço, pelo indivíduo. Os critérios de diagnóstico dos distúrbios de humor estão em constante evolução e com atualizações nosológicas, encontrando-se agrupados no Manual de Diagnóstico e Estatística dos Distúrbios Mentais (DMS-IV) (Romeiro, et. al, 2003).

Na atualidade, os transtornos depressivos constituem um grupo de patologias com alta e crescente prevalência na população geral, sendo, também, os mais frequentes na patologia psiquiátrica e, provavelmente, um dos mais importantes pela incapacitação e pela dor que geram no ser humano. A depressão tem suscitado crescente interesse, principalmente, pela frequência com que este diagnóstico tem vindo a ser realizado (Bahls, 2002; Fentanés, 2004; Cardoso, Rodrigues & Vilar, 2004). Segundo Judd (1995), existem evidências científicas suficientes que permitem situar as depressões entre as doenças mais comuns e prejudiciais, causando maiores custos sociais e representando, também, um problema dos mais graves na saúde pública, com impacto em todos os níveis da sociedade, uma vez que afeta a vida pessoal, profissional, social e económica dos portadores (Bahls & Bahls, 2002; Silva, Furegatos & Júnior, 2003; Fleck, Lima, Louzada, Schestasky, Henriques, Borges, Comey & Lido, 2002).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), no seu Relatório sobre a Saúde no Mundo em 2001, conferiu à depressão o quarto lugar entre as vinte doenças de maior AVAD¹ e as projeções apontam que alcançarão o segundo lugar nos próximos 20 anos (Zavaschi & cols., 2002 cit in Coutinho, Carolino & Medeiros, 2008). Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) indicam, ainda, que 13-20% da população mundial manifesta sintomas depressivos, sendo 2-3%, desse total, atribuídos a indivíduos com transtornos afetivos graves e 15-30%, destes últimos, cometem suicídio ou são potenciais suicidas. Mesmo sob tratamento médico, 30% dos pacientes com diagnóstico depressivo não respondem à terapia farmacológica, devido ao tempo de latência associado ao surgimento do efeito terapêutico e, ainda, aos seus efeitos adversos, os quais contribuem para o abandono da terapia (Romeiro et al., 2003).

Sabe-se também que, pelo menos 60% das pessoas que se suicidam apresentam sintomas característicos desta perturbação e que, embora possa começar em qualquer idade, a maioria dos casos tem o seu início entre os 20 e os 40 anos. Tipicamente, os sintomas desenvolvem-se com o decorrer de dias ou semanas e, se não forem tratados, podem durar entre seis meses a dois anos. Passado esse período, a maioria dos pacientes retorna à vida normal. No entanto,

¹ Anos de vida perdidos por morte prematura e “incapacidade”

em 25% das vezes a doença tende a tornar-se crónica. Por outro lado, verifica-se uma maior incidência nas mulheres em relação aos homens (2:1). Não se sabe se a diferença é devida a pressões sociais, diferenças psicológicas ou ambas, sendo que a vulnerabilidade feminina é maior no período pós-parto: cerca de 15% das mulheres relatam sintomas de depressão nos seis meses que se seguem ao nascimento de um filho.

Pelo facto de ser uma doença recorrente, os que já tiveram um episódio de depressão no passado correm 50% de risco de repeti-lo. Se já ocorreram dois, a probabilidade de recidiva pode chegar a 90%; e se tiverem sido três episódios, a probabilidade de acontecer o quarto ultrapassa os 90%.

Como é sabido, quadros de depressão podem ser disparados por problemas psicossociais como a perda de uma pessoa querida, do emprego ou o final de uma relação amorosa. No entanto, até um terço dos casos estão associados a condições médicas como cancro, dores crónicas, doença coronárias, diabetes, epilepsia, infeção pelo HIV, doença de Parkinson, derrame cerebral, doenças da tiroide e outras.

Aponta-se, também, para a projeção de que a depressão venha a ser a principal causa de incapacitação em países subdesenvolvidos por volta do ano 2020 (Murray & Lopez, 1997 cit in Schestatsky, 2002), tornando o custo pessoal e social dos transtornos depressivos muito mais elevado.

Indivíduos deprimidos apresentam uma alta utilização dos serviços de cuidados primários (Johnson et al., 1992), onde a prevalência de transtornos depressivos pode chegar a 23% (Coyne et al., 1994, cit in Schestatsky, 2002). Desta forma, estes indivíduos geram custos de saúde pública maior do que outros pacientes.

A falha em estabelecer o diagnóstico, com base nas frequentes queixas somáticas, provoca, além do sofrimento direto, que os indivíduos sejam submetidos a investigações e tratamentos muitas vezes desnecessários (Schestatsky, 2002; Silva et. al, 2003).

Os distúrbios do humor, por serem graves perturbações do estado emocional, devem ser distinguidos das alterações do afeto². A depressão e a mania são, frequentemente, considerados como pontos extremos da alteração do humor ou afetiva.

Desta forma, as pessoas com transtornos depressivos deterioram-se notavelmente do ponto de vista mental, emocional e social. O estado depressivo pode ser potencialmente letal, já que, em casos graves, existe o risco contínuo de suicídio. Muitas pessoas sofrem em silêncio, seja pela falta de apoio profissional ou porque, quando usufruem do mesmo, os profissionais não conseguem diagnosticar a depressão e tratá-la adequadamente (Silva et.al, 2003).

Como todos sabemos, a característica mais típica dos estados depressivos é a proeminência dos sentimentos de tristeza ou vazio, no entanto, nem todos os pacientes relatam a sensação subjetiva de tristeza. Muitos referem, sobretudo, a perda da capacidade de experimentar prazer nas atividades em geral e a redução do interesse pelo ambiente. Frequentemente, a depressão associa-se à sensação de fadiga ou perda de energia caracterizada pela queixa de

² Manifestações externas de um estado emocional interno

cansaço exagerado. Alguns autores enfatizam a importância das alterações psicomotoras, em particular, referindo-se à lentificação ou retardo psicomotor (Del Porto, 1999).

Em relação às tendências deste transtorno destacam-se: aumento na prevalência de depressão, particularmente após a Segunda Grande Guerra; incidência progressivamente mais precoce de depressão no transcorrer deste século; aumento do risco de depressão em indivíduos do sexo feminino. Embora a depressão seja uma doença que afeta todas as culturas, existem diferenças marcantes quanto à incidência e à prevalência de transtornos depressivos em diferentes populações. Além das diferenças metodológicas e da avaliação diagnóstica desses estudos, supõe-se que exista realmente variabilidade no quadro clínico de depressão de uma cultura para outra e, em uma mesma cultura, em distintos grupos populacionais (Ring & Marquis, 1991 cit in Silveira & Jorge 1998).

Em síntese, a depressão é uma desordem com alta prevalência, uma doença incapacitante e dolorosa, sobretudo quando é considerada crónica. Esta afeta um grande número de pessoas e como tal acarreta alguns custos económicos, nomeadamente custos diretos com medicação e pagamento de salários a técnicos e médicos; custos de mortalidade devido ao suicídio relacionado com a depressão e custos relacionados com a diminuição da capacidade de produção de uma pessoa com depressão. Estima-se que em 2020 a depressão seja considerada como a segunda causa de incapacitação em todo o mundo (Fleck, Lafer, Sougey, Del Porto, Brasil & Juruena, 2001; Arnow & Constantino, 2003; Maia, 1999; Cigognini & Furlanetto, 2006; Rot, Collins & Fitterling, 2009).

Portanto atendendo não apenas aos custos económicos que esta acarreta, mas também à sua condição dolorosa e incapacitante é de extrema importância o desenvolvimento de instrumentos de avaliação psicológica que ajudem na deteção destes sintomas, sobretudo em Portugal.

O conhecimento das perturbações depressivas no que diz respeito a taxas de incidência e prevalência, ao risco, à idade de início, à duração dos episódios, às diferenças de género, à mortalidade associada, às incapacidades geradas e à qualidade de vida, à comorbilidade, à eficácia e efetividade dos tratamentos disponíveis, aos custos diretos e indiretos e à evolução de alguns destes itens no tempo, em contraponto com informação sobre utilização de serviços, vias de acesso aos cuidados, reconhecimento dos síndromes e seu tratamento pelos médicos, permite ilustrar a extensão do problema.

1.2 Definição de depressão

O conceito de depressão, por ser instrumental no nosso trabalho requer breves exposições, ou, seja breves definições, neste sentido, passamos a referenciar as mesmas.

O termo *depressão*, na linguagem corrente, tem sido utilizado para designar tanto um estado afetivo normal (a tristeza), como um sintoma, uma desordem e uma (ou várias) doença (s) (Del Porto, 1999). A depressão é um transtorno do humor. Muitas vezes, os termos depressão e transtornos afetivos são utilizados de forma equivalente. No seu sentido exato não são. Os

transtornos afetivos compõem uma categoria ampla de estados de ânimo³. A depressão é a forma mais comum dos transtornos afetivos (Silva et al., 2003).

De acordo com Del Porto (1999), a depressão tem sido classificada de diversas formas: na vinculação do período histórico, da preferência dos autores e do ponto de vista adotado pelos mesmos. Para Lafer e Amaral (2000), é uma sensação inalterável e durável, na qual a pessoa sente-se sem valor, o mundo não tem significado e não há esperança para o futuro. Já para Argerami-Camon (2001 cit in Coutinho et al., 2008), é resultante de uma inibição global da pessoa, que afeta a função da mente e distorce a forma como essa vê o mundo, sente a realidade, entende as coisas e demonstra as suas emoções (Coutinho et al., 2008). Na prática clínica o termo depressão faz referência a um tipo de transtorno do humor caracterizado pela persistência de sentimentos negativos⁴, em associação com outros sintomas cognitivos, físicos e emocionais, tais como: pensamentos recorrentes de morte; fadiga constante; capacidade de concentração diminuída; agitação ou retardo psicomotor; decréscimo ou aumento de peso; alteração do sono e diminuição de interesse e desejo sexual (APA, 2000; Sévigny, Everett & Grondin, 2003 cit in Fiquer, 2010).

De acordo com Siqueira: A depressão é um afeto que aparece no momento em que o sujeito evita sua própria determinação inconsciente, cede de seu desejo, abre mão dele, “não quer saber” daquilo que o determina. Na depressão, o eu para não correr o risco de se deparar com a castração, entristece - sendo a tristeza o afeto da depressão (Platel & Bozza, 2010).

Atualmente o conceito de depressão goza de grande consenso quando são cumpridos os critérios de descrição incluídos na Classificação Internacional de Doenças - CID-10, da Organização Mundial da Saúde (1993) ou no Módulo Estatístico dos Transtornos Mentais - DSM IV (2002) e é considerada como a exacerbação dos sentimentos e sensações diárias acompanhadas de tristeza (Loureiro, 2009).

Por outro lado, sabe-se que os sentimentos de tristeza e alegria colore o fundo afetivo da vida psíquica normal. A tristeza transformar-se na resposta humana universal às situações de perda, derrota, desapontamento e outras adversidades. Cabe lembrar que essa resposta tem valor adaptativo do ponto de vista evolucionário, uma vez que, através do retraimento, poupa energia e recursos para o futuro. Por outro lado, tornar-se em sinal de alerta para os demais, indicando que a pessoa está a precisar de companhia e ajuda.

Clark e Watson (1991) propõem um modelo teórico de desregulação afetiva para a compreensão da depressão. Segundo este modelo, a depressão se deve a dois fatores: 1) a presença acentuada de afetos negativos e 2) a ausência de afetos positivos. Desta forma, o quadro depressivo se configura num aumento da frequência, intensidade e duração de emoções negativas, e, simultaneamente, numa diminuição da frequência, intensidade e duração de emoções positivas (Myers & Diener, 1995 cit in Fiquer, 2010).

³ Dificuldades no campo das emoções, na capacidade cognitiva, no comportamento e na regularidade das funções corporais

⁴ Ex: tristeza, sentimento de inutilidade, culpa inapropriada

A depressão envolve, portanto, aspetos de cariz emocional, cognitivos, de estilo de vida e de relação com as estruturas sociais. Alguns autores referem que o termo depressão tem uma ampla variedade de conotações que dependem do contexto onde é utilizado; podendo significar, como já foi referido anteriormente, um sentimento de tristeza dentro da normalidade das experiências de uma pessoa, ou associado à dor devido à perda de algo ou alguém importante; finalmente pode, também, representar um grau anormal de humor disfórico associado a outras características que o definem claramente como um estado anormal. A depressão é, desta forma, uma doença orgânica com múltiplas manifestações do tipo neurovegetativas e outras componentes do tipo psicológico e social, onde ocorrem alterações na atenção, concentração, memória, estado de ânimo, dificuldades nas relações interpessoais, assim como, na adaptação ao meio laboral, familiar e social. Envolve ainda uma componente bioquímica cerebral, ou seja, transtorno na utilização dos neurotransmissores, que melhora com um tratamento adequado.

Sabe-se ainda que enquanto *síndrome*, a depressão inclui não apenas alterações do humor (tristeza, irritabilidade, falta da capacidade de sentir prazer, apatia), mas também uma gama de outros aspetos, incluindo alterações cognitivas, psicomotoras e vegetativas (sono, apetite). Por outro lado, enquanto *doença*, a depressão tem sido classificada de várias formas, na dependência do período histórico, da preferência dos autores e do ponto de vista adotado. Entre os quadros mencionados na literatura atual encontram-se: transtorno depressivo major, melancolia, distímia, depressão integrante do transtorno bipolar tipos I e II, depressão como parte da ciclotimia, etc. (Del Porto, 1999; loureiro, 2009).

1.3 Critérios de Diagnóstico

Devido à pluralidade de definições sobre o transtorno e aliada à variedade de sintomas, o diagnóstico diferencial nem sempre é simples e efetivo. As referências mais utilizadas no diagnóstico da depressão são o DSM IV - TR (Manual Estatístico e Diagnóstico de Transtornos Mentais) produzido pela Associação Psiquiátrica Americana (APA, 2002) e o CID - 10 (Classificação Internacional de Doenças), Manual de Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento, desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1996-1997 cit in Coutinho et al., 2008;).

O quadro que se entende por *Depressão* está classificado dentro dos *Transtornos Afetivos*. Segundo a CID.10, *Transtornos Afetivos* são aqueles nos quais a perturbação fundamental é uma alteração do humor ou afeto, como uma *Depressão* (com ou sem ansiedade associada) ou uma *Euforia*. Esta alteração do humor em geral encontra-se acompanhada de modificação no nível global de atividade, e a maioria dos episódios destes transtornos tendem a ser recorrentes e pode estar relacionada com situações ou factos stressantes.

Os critérios diagnósticos para Transtorno Depressivo Maior DSM-IV (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 4ª Ed.), encontram-se referidos seguidamente (Anderson, Nutt & Deakin, 2000; Sederer & Kolodny, 2004; Homoud & Mai, 2004).

Tabela 1: Critérios de Diagnóstico para o Transtorno Depressivo Maior DSM-IV

A. No mínimo cinco dos seguintes sintomas estiveram presentes durante o mesmo período de duas semanas e representam uma alteração a partir do funcionamento anterior; pelo menos um dos sintomas é (1) humor deprimido ou (2) perda do interesse ou prazer.

(1) Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias indicado por relato subjetivo (p. ex., sente-se triste ou vazio) ou observação feita por terceiros (p. ex., chora muito). Em crianças e adolescentes, pode ser humor irritável.

(2) Acentuada diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (indicado por relato subjetivo ou observação feita por terceiros).

(3) Perda ou ganho significativo de peso sem estar em dieta (p.ex., mais de 5% do peso corporal em 1 mês), ou diminuição ou aumento do apetite quase todos os dias. Nota: Em crianças, considerar incapacidade de apresentar os ganhos de peso esperados.

(4) Insônia ou hipersônia quase todos os dias.

(5) Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observáveis por outros, não meramente sensações subjetivas de inquietação ou de estar mais lento).

(6) Fadiga ou perda de energia quase todos os dias.

(7) Sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada (que pode ser delirante), quase todos os dias (não meramente auto-recriminação ou culpa por estar doente).

(8) Capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se, ou indecisão, quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outros).

(9) Pensamentos de morte recorrentes (não apenas medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.

B. Os sintomas não satisfazem os critérios para um Episódio Misto.

C. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

D. Os sintomas não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (p. ex., droga de abuso ou medicamento) ou de uma condição médica geral (p. ex., hipotireoidismo).

E. Os sintomas não são mais bem explicados por Luto, ou seja, após a perda de um ente querido, os sintomas persistem por mais de dois meses ou são caracterizados por acentuado prejuízo funcional, preocupação mórbida com desvalia, ideação suicida, sintomas psicóticos ou retardo psicomotor.

De acordo com o número de itens respondidos afirmativamente, o estado depressivo pode ser em três grupos:

1) Depressão menor: 2 a 4 sintomas por duas ou mais semanas, incluindo estado deprimido ou anedonia;

2) Distímia: 3 ou 4 sintomas, incluindo estado deprimido, durante dois anos, no mínimo;

3) Depressão major: 5 ou mais sintomas por duas semanas ou mais, incluindo estado deprimido ou anedonia.

No que diz respeito aos critérios de diagnóstico da depressão de acordo com a CID-10 da Organização Mundial da Saúde, estes encontram-se referidos na seguinte tabela (Tabela 2).

Tabela 2: Critérios de Diagnóstico de Episódio Depressivo da CID-10 da Organização Mundial da Saúde

Sintomas fundamentais:

1. Humor deprimido
2. Perda de interesse
3. Fatigabilidade

Sintomas acessórios:

1. Concentração e atenção reduzidas
2. Autoestima e autoconfiança reduzidas
3. Ideias de culpa e inutilidade
4. Visões desoladas e pessimistas do futuro
5. Ideias ou atos auto-lesivos ou suicídio
6. Alterações do sono
7. Alterações do apetite
8. Irritabilidade e impaciência
9. Incapacidade de tomar decisões

Episódio leve: 2 sintomas fundamentais + 2 sintomas acessórios - sofre com os sintomas, mas é capaz de desempenhar suas atividades habituais;

Episódio moderado: 2 sintomas fundamentais + 3 a 4 sintomas acessórios - muita dificuldade para desempenhar as atividades de rotina;

Episódio grave: 3 sintomas fundamentais +> 4 sintomas acessórios - os sintomas são marcantes e angustiantes, ideias e atos suicidas são comuns;

Episódio grave com sintomas psicóticos: sintomas iguais ao anterior, mas acompanhados de alucinações, delírios, estupor, tornando as atividades sociais quase impossíveis.

Desta forma é possível verificar a grande abrangência dos sintomas depressivos no diagnóstico de depressão. Sendo que os sintomas da depressão interferem drasticamente com a qualidade de vida das pessoas e estão associados a altos custos sociais: perda de dias no trabalho, atendimento médico, medicamentos e suicídio.

Depressão é uma doença crônica, recorrente, muitas vezes com alta concentração de casos na mesma família, que se manifesta não só em adultos, mas também em crianças e adolescentes. Desta forma, o diagnóstico de depressão poderá efetuar-se com base no tipo, duração, persistência e também no número dos sintomas característicos presentes.

1.4 Perturbações Depressivas e os seus Tipos

A depressão pode ainda ser considerada como Depressão Maior, Depressão Distímica quando acompanha o processo de formação da personalidade e Depressão Ciclotímica quando é alternada com fases de euforia (Cury, 2010).

Assim, dentro das perturbações depressivas propriamente ditas podemos encontrar: o episódio depressivo, depressão major, que é caracterizado por humor deprimido, em que o indivíduo comunica através da fala, da mímica e do comportamento, uma vivência de dor e abatimento (manifesta um aumento da irritabilidade, acessos de cólera, frustração, tristeza). Esta vivência é diferente da tristeza normal a que cada um pode estar sujeito nas situações desfavoráveis da vida, tanto em intensidade e duração, como pela sua natureza. Outros sintomas associados a estes são: a diminuição ou desaparecimento do interesse e do prazer em todas ou quase todas as atividades habituais, como por exemplo, estar na presença de outros, fazer desporto, ou determinado *hobbie*, podendo observar-se diminuição da atividade psíquica e motora, sentimentos de inadaptação, inutilidade, desespero e culpa. A falta de apetite (e perda de peso) e as perturbações do sono são comuns, assim como, os pensamentos de morte e, por vezes, ideias ou tentativas de suicídio. Fala-se de perturbação depressiva recorrente quando ocorreram 2 ou mais episódios depressivos, separados por um período de remissão. Sabe-se hoje em dia que mais de 60% das pessoas que tem um episódio depressivo irá ter outro nos próximos 20 anos e quanto maior for o número de recorrências, menor será o tempo entre as mesmas (Gusmão, Xavier, Heitor, Bento & Almeida, 2005).

Esta perturbação encontra-se associada a uma mortalidade elevada, já que a taxa de suicídio, num caso grave, pode chegar aos 15%. Está também associada a disfuncionamentos físicos e sociais, a doenças variadas e a uma maior experiência da dor. O padrão familiar tem também influência, pois a Perturbação Depressiva Major é de 1,5 a 3 vezes mais comum nos familiares biológicos de primeiro grau, do que entre a população em geral. A sua prevalência ronda dos 5 a 9% para as mulheres e dos 2 a 3% para os homens.

Por outro lado, temos o termo distímia que indica uma forma de depressão ligeira crónica que perdura por um período mais longo. Embora possa acontecer a qualquer um sentir-se desmoralizado, triste ou inadaptado, quem sofre de distímia tem sintomas depressivos quase diariamente e durante grande parte do dia, por um período mínimo de dois anos. Estes indivíduos podem ainda mostrar baixa autoestima, sentir-se constantemente cansados, ter dificuldades de concentração ou de tomada de decisões e experimentar uma sensação de desespero e falta de esperança.

Quanto aos tipos de depressão pode ser considerada ligeira, moderada ou severa, conforme os sintomas do paciente. Se o paciente não apresentar nem agitação psicomotora, nem retardo, nem ideação suicida, é considerada depressão ligeira. Se apresentar agitação psicomotora ou retardo, mas não apresentar risco de suicídio é considerada depressão moderada e se apresentar ambas as anteriores pode considerar-se como sendo depressão severa e situação de emergência psiquiátrica, sendo que, para a depressão ligeira a moderada a psicoterapia pode ser um tratamento alternativo aos anti-depressivos (Anderson, Nutt & Deakin, 2000; Homoud & Mai, 2004).

A depressão pode ainda ser considerada endógena (cerca de 25% de todas as depressões) quando tem na sua origem causas internas ao sujeito, tais como a ruminação dos seus pensamentos negativos; exógena, (mais de 60% de todas as depressões) quando na sua origem

estão causas externas ao sujeito, tais como uma perda financeira; ou pode ainda ser considerada de tipo misto (10-15% de todas as depressões) quando na sua origem estão fatores quer internos, quer externos, por exemplo a ruminação de pensamentos negativos acerca de uma perda financeira. Deste modo consideram a depressão exógena menos grave do que a depressão endógena (Hallstrom & Mclure, 2000).

Devido à elevada frequência e à gravidade dos sintomas da depressão, a deteção precoce é fundamental para garantir uma intervenção oportuna no sentido de permitir uma maior qualidade de vida aos doentes que dela sofrem e melhorar a capacidade de suporte das famílias destes doentes, mas também, para a redução dos custos sociais e económicos que esta doença implica para a humanidade quer no presente quer no futuro.

1.5 Prevalência, Impacto Social e Problemas de Diagnósticos

A prevalência de depressão refere-se sempre ao número de pessoas que apresentam a perturbação em causa, num determinado momento, independentemente de quando possa ter tido início.

Estudos de prevalência em diferentes países ocidentais mostram que a depressão é um transtorno frequente, sendo que a prevalência anual na população em geral varia entre 3% e 11% (Fleck, Lafer, Sougey, Del Porto, Brasil & Juruena, 2003). Segundo relatório da OMS, divulgado no último trimestre de 2007, a prevalência de depressão na população em geral é de apenas 3,2%, mas em pacientes com doenças crónicas tem um aumento significativo: 9,3% dos diabéticos têm depressão, 10,7% dos que sofrem de artrite e 15% dos que têm angina.

Enquanto *sintoma*, a depressão pode surgir nos mais variados quadros clínicos, entre os quais: transtorno de estresse pós-traumático, demência, esquizofrenia, alcoolismo, doenças clínicas, etc. Pode ainda ocorrer como resposta a situações estressantes, ou a circunstâncias sociais e económicas adversas (Del Porto, 1999).

A depressão ocorre mais comumente no período entre os 20 e 40 anos, entretanto, o seu surgimento pode ser identificado em pessoas mais jovens (ex. crianças e adolescentes) (Lima, 1999; Zinn-Souza et al., 2008) e idosos (Butler & Orrell, 1998; Xavier, Ferraz, Bertolucci, Poyares cit in Fiquer, 2010 & Moriguchi, 2001 cit in Fiquer, 2010; DSMIV- TR, 1994 cit in Fiquer, 2010; Nolen-Hoeksema, 1987 cit in Fiquer, 2010; Riolo, Nguyen, Greden & King, 2005 cit in Fiquer, 2010), contudo, índices de suicídio são significativamente maiores nos homens do que nas mulheres (Fiquer, 2010; Fentanes, 2004; Gusmão et al., 2005 & Apóstolo et al., 2011). Por outro lado, é sabido que esta perturbação afeta predominantemente as mulheres. O rácio entre a prevalência da depressão nas mulheres e nos homens situa-se frequentemente próximo de 2 para 1 (Noelen-Hoksema, 1990 cit in Gonçalves et al., 2005; Fernandes & Rozenthal, 2008). No entanto, este valor varia consoante as populações estudadas e as formas de depressão consideradas.

A distribuição da depressão, de acordo com o género, tem vindo a ser objeto de diversas interpretações, porém não se conhece exatamente a causa, provavelmente se deva a uma combinação de diferenças relacionadas com o género, estilo cognitivo, certos fatores

biológicos e uma alta incidência de stress psicossocial nas mulheres. É importante referir que é maior o número de mulheres que solicitam atenção médica, tendo, também, maior facilidade para expressar conflitos emocionais, o qual pode incidir que a depressão seja mais diagnosticada em mulheres do que em homens. (Fentanes, 2004).

Têm sido desenvolvidos alguns estudos que tentam relacionar a depressão com os eventos de vida negativos e o suporte social. Assim, o aumento dos eventos de vida negativos e a diminuição do suporte social são considerados fatores psicossociais de risco no que toca à depressão, conjuntamente com o ser mulher e não residir na sua zona natural/de origem. A perceção de uma rede de suporte social pobre, assim como a insónia e a sonolência diurna excessiva também têm sido apontados como fatores de risco para a depressão (Michalak, Tam, Manjunath, Yatham, Levitt, Levitan & Lam, 2004; Nowell & Buysse, 2001; Chellappa & Araújo, 2006). Tem sido ainda verificado que as mulheres de nível social ou sociocultural mais baixo correm maior risco de depressão (e.g., Gallo *et al.*, 1993; McGrath *et al.*, 1995 cit in Gonçalves *et al.*, 2005). Também a existência de um caso de história pessoal ou familiar positiva para depressão, o risco de desenvolvimento de novo episódio depressivo para o indivíduo em causa é cerca de duas a três vezes superior. O risco é também superior em pessoas divorciadas, viúvas ou separadas, em particular do sexo masculino. O risco está igualmente aumentado na presença de acontecimentos de vida negativos ocorridos no ano anterior, nomeadamente quando envolvem sentimentos de perda ou de humilhação e na existência de perda parental precoce (Michalak, Tam, Manjunath, Yatham, Levitt, Levitan & Lam, 2004; Nowell & Buysse, 2001 cit in Chellappa & Araújo, 2006).

Quanto ao estado civil, pessoas separadas ou divorciadas apresentam os maiores riscos. Inversão de risco é observada entre casados e solteiros: homens casados têm menor disposição à depressão que os solteiros, com o oposto ocorrendo entre as mulheres casadas que apresentam maior risco em relação às solteiras.

Bebbington e colaboradores (2003) concluem que o facto de ter filhos com menos de 16 anos em casa constitui um fator de risco. Por outro lado - o que pode parecer algo contraditório - a saída dos filhos de casa tem sido tradicionalmente relacionada com um aumento de risco (Gonçalves *et al.*, 2005)

Apesar de tamanho impacto social, a maioria dos episódios depressivos não são diagnosticados, portanto não são tratados.

Ainda que grande número de indivíduos deprimidos procurem regularmente serviços de cuidados primários devido a queixas físicas, estas, muitas vezes, não são vistas como indícios de depressão. De acordo com Fleck e colaboradores (2003) o diagnóstico costuma ser prejudicado pela presença de comorbidades, assim como, por dificuldades do clínico em reconhecer a psicopatologia. Períodos de melhora e piora comuns na depressão podem levar ao julgamento de que mudanças físicas e de estado de ânimo constituem um problema passageiro, o que pode camuflar o diagnóstico da doença (Stein, 2001 cit in Fiquer, 2010; Fleck *et al.*, 2002). Assim sendo, quando a depressão se encontra acompanhada por outro padecimento orgânico, o seu diagnóstico pode ficar comprometido, agravando, desta forma, a

sua evolução, isto é, nos casos em que a depressão é sub-diagnosticada, ela pode tornar-se crônica, aumentando as probabilidades de surgimento de outras complicações tais como: abuso de substâncias tóxicas; desenvolvimento de doenças correlatas (ex. doenças cardíacas); e suicídio (Fleck et al, 2001; Sher, Oquendo, Galfalvy, Grunebaum, Burke, Zalsman & Mann, 2005). Pessoas com doenças físicas e deprimidas têm um risco de morte quatro vezes maior quando comparadas a pessoas com os mesmos quadros clínicos, porém não deprimidas.

O diagnóstico de depressão resulta difícil dado que tende a ser confundido com outros problemas dos pacientes (Blumenthal et al., 2003; Frasure-mith, Lespérance & Talajic, 1995; Morris, Robinson & Samuels, 1993 cit in Fiquer, 2010); Fentanes, 2004). Os Problemas de diagnósticos, por sua vez, derivam de tratamentos clínicos insuficientes, que comprometem mais a qualidade de vida dos pacientes (Birmaher, Ryan & Williamson, 1996; Greenberg, Stiglin & Finkelstein, 1993 cit in Fentanes, 2004). Com o tratamento adequado, a morbidade e mortalidade associadas à depressão podem ser prevenidas em até 70% (Mueller et al., 1999; Fleck et al., 2002). Por outro lado, estudos revelam que de 50% a 60% dos casos de depressão não são detetados.

Dos Santos refere que a depressão também pode ser frequente na adolescência (25,5%), (Lima, 1999; Zinn-Souza et al., 2008 cit in Fiquer, 2010); passando muitas vezes despercebida sem receber qualquer tipo de atenção médica devido a que muitas vezes se encontra associada ao abuso de álcool e drogas, a transtornos alimentares ou comportamentos de risco, promiscuidade sexual e hiperagressividade, o que acarreta um alto custo social devido as repercussões comunitárias (Fentanes, 2004; Craighead, Hart & Madsen, 2000).

No que diz respeito aos fatores potencialmente protetores, estudos recentes evidenciam que o exercício físico é tão eficaz quanto a maioria dos inibidores seletivos de recaptação de serotonina quer no atenuamento da depressão quer na prevenção do seu reaparecimento. Um estudo da Universidade de Duke, que comparou o tratamento de pessoas com depressão através do jogging e de um anti-depressivo conhecido (zoloft), revelou que um terço dos pacientes medicados com o anti-depressivo, ao fim de um ano, tinha tido uma recaída, ao contrário daqueles que se tratavam com jogging, os quais, ao fim de um ano, cerca do 92% continuava com uma boa saúde. Alguns autores sugerem que estes resultados se devem, sobretudo, à atuação do exercício físico, não só em variáveis psicológicas, desenvolvendo o sentido pessoal de mestria e um autorreforço positivo; mas também ao nível cerebral, na libertação de endorfinas responsáveis pelo prazer que induzem um estado contrário ao estado da depressão marcado pela falta de prazer ou interesse, e pela estimulação da função seroténérgica cerebral; e ao nível social, sobretudo, quando a prática de exercício físico é feita em interação com outras pessoas ou num meio que propicie o contacto com elas. O exercício físico prolongado permite também cessar temporariamente as cadeias de pensamentos negativos. Alguns relatos de atletas confirmam que após cerca de 15-30 minutos de exercício entram num estado onde os pensamentos são positivos e até mesmo criativos

(Pollock, 2001; Servan-Schreiber, 2008; Rot, Collins & Fitterling, 2009; Daley, 2008; Ströhle, 2008).

Estima-se que 50% dos pacientes que se recuperam de um episódio de depressão sofrerão outro episódio (recorrência) na vida (Craighead et al, 2000). O risco de recorrência aumenta progressivamente após cada episódio sucessivo (Bauer, Whybrow, Angst, Versiani & Moller, 2002; Kessing, Hansen, Andersen & Angst, 2004 cit in Fiquer, 2010; Michalak, Tam, Manjunath, Yatham, Levitt, Levitan & Lam, 2004). A frequência elevada de ocorrência, somada à natureza crônica e à morbidade e mortalidade da depressão, ocasiona altos custos e prejuízos sociais (Fleck et al., 2002; Greenberg, Stiglin, Finkelstein & Berndt, 1993; Matos, Matos & Matos; Murray & Lopez, 1996; Pincus & Pettit, 2001 cit in Fiquer, 2010).

A literatura sugere ainda que, mesmo existindo diferenças culturais na exibição de sintomas (ex. Al-Issa, 1995; Chang, 1985; Marsella, 2003; Minskly, Vega, Miskimen, Gara, & Escobar, 2003; Mukherji, 1995; Simon, von Korff, Piccinelli, Fullerton & Ormel, 1999; Tsai & Chentsova-Dutton, 2002), a depressão é uma doença universal. Características de quadros depressivos, por exemplo, já foram reconhecidas em culturas letradas e iletradas do ocidente e oriente (ex. Bebbington, 1993; Gregory, 1994; Lewis, 1975; Sartorius, Üstün, Lecrubier, & Wittchen, 1996; Weissman et al., 1996; Westermeyer, Neider & Westermeyer, 1992 cit in Fiquer, 2010).

Podemos também inferir que o portador de sintomas depressivos está presente em todos os lugares da comunidade, como escolas, clínicas, hospitais, além dos centros de saúde mental. Em suma, a depressão não é resultado de uma única causa isolada, mas sim uma combinação de fatores culturais, ambientais, genéticos, neurológicos, endócrinos, imunológicos, bioquímicos e psicológicos. Os acontecimentos de vida (perdas - morte de pessoas queridas, dificuldades financeiras, separações, mudanças), a vulnerabilidade genética (como exemplo famílias onde a depressão ocorre com frequência elevada), as teorias biológicas (neurotransmissores e fatores neuroendócrinos - por excesso ou falta de substâncias no cérebro), as teorias psicossociais (modelos psicanalíticos e psicodinâmicos e modelos comportamentais), e, mais recentemente, a biologia molecular (envolvendo plasticidade neuronal), são fatores que, através de interações complexas, estão relacionados ao surgimento, manutenção ou agravamento deste distúrbio tão incapacitante que é a depressão.

Capítulo II - Stroop Emocional

2.1 O Teste de Cores e Palavras de Stroop (TCPS)

A tarefa que, tradicionalmente, tem sido utilizada para estudar a capacidade de controlar a interferência automática é a que se conhece com o nome de efeito de *Stroop* (McLeod, 1991 cit in Herreras & Cela, 2006). De acordo com Sternberg (2000 cit in Reis, 2007), a tarefa Stroop foi desenvolvida com o objetivo de avaliar o processo de automatização da leitura. Stroop observou que os sujeitos demoram mais tempo para nomear as cores de palavras designando cores incongruentes, do que para nomear as cores de caracteres não diretamente relacionados com cores (Kulaif, 2005).

A interferência Stroop (Stroop, 1935 cit in Gómez & Pastor, 1998) é um fenómeno característico do processamento humano da informação, cujo estudo dentro da investigação básica sobre o mecanismo atencional é considerado um clássico desta da Psicologia.

Deste modo, no ano de 1935, surgiu o fenómeno do Stroop, com a publicação do estudo de John Ridley Stroop, intitulado “*Studies of interference in serial verbal reactions*” (Vanier, & Cartier & Lambert, 1991 cit in Esgalhado et al., 2010).

Para tal, construiu o Teste Stroop de Cores e Palavras, composto por três folhas, contendo cada folha cinco cores (castanho, azul, vermelho, verde e violeta) e as correspondentes palavras impressas, sem que estas se encontrem impressas na cor que corresponde ao seu significado. Por exemplo, a palavra “azul” surge impressa nas outras quatro cores, verificando-se o mesmo procedimento para as restantes. Todas as palavras se encontravam replicadas em preto, tal como todas as cores estavam duplicadas sob o formato de um quadrado. Desta forma, uma folha continha as palavras correspondentes aos nomes das cores mas impressas a preto, outra incluía estas mesmas palavras mas impressas nas cores não correspondentes ao seu significado, e a terceira e última folha era construída por quadrados impressos em cores (Esgalhado et al., 2010).

Desta forma, a tarefa dos sujeitos, na primeira folha, seria a de ler as palavras impressas em preto, sendo que na segunda folha teriam como tarefa identificar a cor na qual um conjunto de X's, por exemplo, estava impresso e para finalizar na última folha os participantes teriam que nomear a cor na qual as palavras se encontravam escritas, palavras essas que eram nomes de cores, incongruentes com as cores nas quais as palavras se encontravam escritas (e.g. vermelho escrito a tinta castanha), (Esgalhado et al., 2010; Gómez & Pastor, 1998; Macleod, 1991; Perlstein, Cáster, Barch & Baird, 1998; Botella & Ponsada, 1998).

O Teste *Stroop* mede a capacidade que o sujeito possui para classificar a informação do seu meio e reagir seletivamente a essa informação (Cabaco, 1998; Cabaco & Armas, 2000 cit in Loureiro, Cabaco, Castro & Esgalhado, 2002; Perlstein, Cáster, Barch & Baird, 1998). O que se pretendia demonstrar, o efeito *stroop*, era que os sujeitos demoravam mais tempo e cometiam mais erros, a nomear as cores quando as palavras apresentavam cores diferentes da tinta com que estavam escritas (por exemplo a palavra vermelha escrita a tinta azul do que quando a palavra não era o nome de uma cor (por exemplo cadeira escrito a tinta azul),

(Ausina, 1999; Cox, Fadardi & Pothos, 2006; Johnson & Proctor, 2004; Macleod, 1991; McClain, 1983 cit in Herreras & Cela, 2006).

O teste Stroop pressupõe a existência de um conflito cognitivo (Pereira, 1970 cit in Aparício, 1994) cuja resolução exige dos sujeitos níveis elevados de atenção e concentração (Gleitman, 1982; Hayes, 1994 cit in Aparício, 1994).

Assim sendo, a tarefa Stroop pode ser definida como a tarefa de interferência clássica que coloca em evidência a capacidade de um indivíduo, no seu meio envolvente, para classificar de forma seletiva e reagir à mesma informação (flexibilidade cognitiva) (Esgalhado et al., 2010; Cabaco, 1998; Perlstein, Cáster, Barch & Baird, 1998; Cabaco, Colás, Hage, Abramides & Loureiro, 2002), ou seja, avalia-se a capacidade de mudança de uma estratégia, inibindo a resposta habitual e oferecendo uma resposta nova perante novas exigências estímulares (García y Muñoz, 2000 cit in Herreras & Cela, 2006).

A palavra colorida na tarefa Stroop provoca uma resposta verbal automática que ativa muitas das mesmas funções que são necessárias para nomear cores. Por outro lado, a velocidade de ambas as reações é tão elevada, que a resposta de ler palavras ocupa os mesmos canais neuropsicológicos que a resposta dada ao nomear a cor necessita para poder ser processada. Em definitiva, os estímulos Stroop ativam um processo automático de resposta verbal (nomear a palavra) que interfere com o nomear das cores aprendido conscientemente (Cabaco et al., 2002).

Neste sentido, o Stroop tem a sua base na ideia de que ver e nomear uma palavra supõe uma associação automática, enquanto nomear a tonalidade duma cor é o resultado de um esforço consciente para eleger e dizer o nome da mesma. A originalidade do teste radica no facto de que a Lâmina 3 suscita uma resposta verbal automática que requer muitas das mesmas funções neuropsicológicas que são necessárias para nomear as cores. Tudo isto indica que a lâmina de interferência do Stroop mede, basicamente, a capacidade do indivíduo para separar os estímulos de nomear cores e palavras.

Desta forma, este teste constitui-se numa medida básica e fiável de processos importantes para o estudo do processamento cognitivo. Diversos estudos realizados com esta prova dão ênfase às duas potencialidades, tanto em termos clínicos como em termos experimentais (Esgalhado, 2007).

2.2 Utilização do Teste Stroop

Segundo McLeod (1991) no último meio século foram publicados mais de 400 estudos nos quais se fez uso desta tarefa (Cabaco *et al.*, 2002). Entre 1935 e 1989 foram realizados e editados cerca de 700 estudos sobre o efeito *Stroop* (Esgalhado, Loureiro & Cabaco, 2003). No último meio século foram publicados cerca de 400 estudos nos quais se recorreu ao teste Stroop (MacLeod, 1991 cit in Cabaco et al., 2002; Esgalhado, Loureiro & Cabaco, 2003). Entre 1990 e 1995 foram publicados cerca de 472 trabalhos relacionados com a temática em questão, sendo que a análise da distribuição das publicações indica uma produção ascendente e uma duplicação do número de artigos. Em 1990 existiam 54 artigos publicados sobre a temática

tão supramencionada, existindo em 1995 113 artigos. De todos estes artigos aproximadamente um 43,06% provêm dos Estados Unidos da América, 19,04% da Grã-Bretanha e 6,23% do Canadá (Arana, Cabaco & Sanfeliú, 1997 cit in Esgalhado, Loureiro & Cabaco, 2003; Esgalhado et al., 2010).

Também Golden, em 1998, salienta que, nos últimos vinte anos, as publicações sobre o efeito *Stroop* aumentaram cerca de 200%, comparativamente com os primeiros quarenta anos, após o surgimento da prova. Este conjunto de dados vem demonstrar não só a importância, como a atualidade deste fenómeno (Arana, Cabaco & Sanfeliú, 1997 cit in Esgalhado, 2007). Estes estudos denotam, assim, a grande utilidade e abrangência do Teste Stroop de cores e palavras, nos mais variados domínios e com distintos objetivos.

No domínio da avaliação neuropsicológica, é utilizado na avaliação da epilepsia (Dodrill, 1978 cit in Esgalhado et al., 2010), para identificar problemas em áreas cerebrais específicas do lobo frontal (Regard, 1981 cit in Esgalhado et al., 2010) ou outros problemas nos hemisférios cerebrais (Golden, 1978 cit in Esgalhado et al., 2010). Diferentes investigações utilizam este instrumento na pesquisa dos domínios da cognição e da personalidade, na psicopatologia experimental e no diagnóstico e compreensão de disfunções cerebrais orgânicas (Golden, 1998 cit in Esgalhado et al., 2010).

Inicialmente sabe-se que este teste foi concebido como um instrumento de *screening* do funcionamento cognitivo (Stroop, 1935) e que, na atualidade, continua a sê-lo, pelo que faz parte de grande número de baterias de avaliação neuropsicológica. É considerado útil, quer na despistagem de lesões orgânicas, quer no diagnóstico de perturbações psiquiátricas ou de alterações no funcionamento de diferentes processos cognitivos (Esgalhado, 2007; Herreras & Cela, 2006).

De acordo com Golden (1978) constitui um instrumento que diferencia patologia orgânica de distúrbios psiquiátricos e a análise de resultados parcelares pode proporcionar outros elementos de diagnóstico, podendo indicar dislexia ou criatividade, competência nas habilidades verbais ou a presença de psicopatologia.

Uma vez que este teste é utilizado na deteção de disfunções cerebrais que afetam a atenção (Armengol & Gavanaugh, 2003 cit in Herreras & Cela, 2006), pode ser considerado como sendo um instrumento de estabelecida reputação e amplamente utilizado na prática neuropsicológica como medida de atenção seletiva (Spreeen & Strauss, 1998 cit in Kulaif, 2005; Sabri, Melara & Algom, 2001 cit in Herreras & Cela, 2006; Esgalhado et al., 2010), flexibilidade mental, concentração e comportamento adaptativo.

Do mesmo modo, tem-se mostrado como modelo útil para a evocação de respostas fisiológicas associadas aos reflexos de defesa em humanos, tais como, elevação dos batimentos cardíacos e pressão arterial sistólica; aumento nas concentrações de catecolaminas; alterações quantitativas e funcionais em parâmetros imunitários (Córdova, Karnikowski, Pandossio & Nóbrega, 2008).

Do mesmo modo, tem-se mostrado como um modelo útil para a evocação de respostas fisiológicas associadas aos reflexos de defesa em humanos, tais como, elevação dos

batimentos cardíacos e pressão arterial sistólica; aumento nas concentrações de catecolaminas; alterações quantitativas e funcionais em parâmetros imunitários (Córdova et al., 2008).

Sabe-se ainda que desde meados dos anos 60, o teste Stroop tem sido utilizado não só nos estudos atencionais, como também noutros estudos relacionados com a ansiedade (Von Kluge, 1992 cit in Albio & Salvador, 2001). O seu elevado grau de confiança na identificação das diferenças individuais (Jensen & Rower, 1966) confere-lhe um estatuto privilegiado entre os instrumentos de avaliação psicológica.

Os resultados obtidos na utilização desta técnica, desde um primeiro momento (Stroop, 1935) e em estudos posteriores (McClain, 1983), têm demonstrado que o tempo de latência de uma resposta do sujeito, quando a palavra é incompatível com a cor da tinta, aumenta significativamente em relação a uma palavra congruente ou neutra (Herreras & Cela, 2006).

Deste modo, o paradigma Stroop emocional, tem vindo a ser utilizado nos mais variados contextos, tendo existido cerca de 1059 autores diferentes que desenvolveram estudos em pessoas com diversas perturbações, nomeadamente, perturbação de *stress* pós-traumático, perturbações de pânico, depressões, perturbações de ansiedade, fobias, doenças crônicas, perturbações alimentares, abuso de substâncias e vítimas de violações, entre outras, tendo tido como finalidade verificar de que forma a informação é processada seletivamente.

Em suma, o Teste Stroop reveste-se, ainda, de grande utilidade na investigação de uma série de processos psicológicos fundamentais, tanto em indivíduos sem problemas, como em diversas perturbações, permitindo analisar um conjunto de dimensões básicas que se encontram associadas à flexibilidade cognitiva, à resistência, à interferência oriunda de estímulos exteriores ao sujeito, à criatividade, à patologia e à complexidade cognitiva (Esgalhado et al., 2010; Herreras & Cela, 2006; Kessler, McGanagle, Zhao, Nelson, Hughes, Eshleman, Wittchen & Kendler, 1994 cit in Esgalhado, Loureiro & Cabaco, 2003; Williams, Mathews & MacLeod, 1996).

Desta forma, a existência de uma abundante literatura sobre o tema, a diversidade temáticas e de campos abrangidos, assim como as amplas possibilidades de utilização, com o objetivo de diagnóstico, clínico, entre outros, permitem vislumbrar um interesse cada vez maior por esta prova (Cabaco, 1998), constituindo-se este teste como uma medida básica e fiável de processos importantes para o estudo do processamento cognitivo, uma vez que, como foi possível verificar, numerosas investigações realizadas com esta prova dão ênfase às duas potencialidades, tanto em termos clínicos como em termos experimentais (Esgalhado et al., 2010).

Estes estudos vieram ainda demonstrar a importância do teste Stroop emocional como um método cognitivo eficaz na psicologia clínica (Cabaco, 1998)

2.3 Influência de diferentes variáveis na Tarefa Stroop

Encontra-se referido na literatura, que o nível educacional, a idade e a cultura, são variáveis que tendem a influenciar o desempenho do participante na Tarefa *Stroop*, sendo que diferenças de género, nem sempre se encontram presentes (Cramer, 1967; Houx, Jolles & Vreeling, 1993; Klein et al., 1997; Obonsawin et al., 2002; Uttl & Graff, 1997 cit in Esgalhado, 1997). Comalli e colaboradores, em 1962 mostram que o efeito de interferência é maior por volta de sete anos, quando as crianças desenvolvem a leitura, decresce com o aumento da idade (até 17-19 anos), permanece constante durante a meia vida (25-45 anos) e aumenta novamente no grupo idoso (65-80 anos) (Kulaif, 2005).

Embora os resultados de diferentes estudos sugiram que existem diferenças entre os sexos na tarefa de a nomeação da cor, a favor dos sujeitos do sexo feminino (Boroun & Alansari, 2006; Golden, 1974; Sarmany, 1977 cit in Esgalhado et al., 2010), a comparação do desempenho entre os dois sexos, nesta tarefa, acaba por não revelar-se estatisticamente significativa.

Neste sentido, as diferenças entre sexos nos desempenhos em provas de avaliação psicológica têm vindo a ser estudadas pela importância que se atribui a esta variável, pelo que é tida em conta nas pesquisas que utilizam versões deste teste.

Estudos comparativos do Teste *Stroop* de Cores e Palavras revelaram que sujeitos provenientes de culturas diferentes não respondiam de igual modo ao teste. Alansari e Baroun (2004 cit in Esgalhado et al., 2010) compararam os desempenhos entre os sexos numa amostra de 210 alunos do ensino superior, provenientes de culturas diferentes: 140 do Kuwait e 70 do Reino Unido. Os resultados obtidos mostraram valores de interferência mais elevados, nos sujeitos do Kuwait, e ausência de diferenças significativas entre os sexos. Estes resultados estiveram em concordância com os de outras pesquisas: a interferência no Teste Stroop não é influenciada pelo sexo. Embora, as variáveis culturais parecem influenciar a cognição, o que vem de encontro às formulações apresentadas em diversos estudos, dado que a questão das diferenças culturais na medida de interferência no Teste Stroop também tem sido objeto de alguma investigação.

Numa investigação efetuada por Dyer (1973), este comparou a interferência em sujeitos espanhóis e sujeitos ingleses e observou que os 65 primeiros obtinham resultados mais elevados, enquanto Magiste (1985) revelou valores de interferência mais elevados em sujeitos suecos comparativamente com sujeitos alemães (Esgalhado, 2007).

É importante referir que no que toca às diferenças culturais e linguísticas, o Teste Stroop é considerado um instrumento culturalmente robusto, de acordo com os dados de um estudo de larga escala que abrangeu sete línguas diferentes (Inglês, Francês, Espanhol, Alemão, Dinamarquês, Grego e Holandês) (Moller, Cluitmans, Rasmussen, Houx, Rasmussen, Clanet & 1998) e de acordo com Van der Elst, Van Boxtel, Van Breukelen e Jolles (2006 cit in Esgalhado, 2007) embora se justifique mais investigação, os dados normalizados podem ser utilizados com sujeitos que residam em diferentes áreas culturais ou que falem outras línguas.

No que diz respeito às diferenças de pontuação entre idades em cada sexo, verifica-se que no sexo feminino as diferenças significativas ocorrem dos 8 para os 9 anos, dos 9 para os 10 anos e dos 11 para os 12 e destes para os 13. Consequentemente não são encontradas diferenças significativas entre os 10 e 11 anos, e entre os 13, 14 e 15 anos. No grupo do sexo masculino as diferenças significativas entre idades situam-se dos 8 aos 9 anos, dos 10 aos 11 anos, e dos 13 aos 14 anos de idade. Assim, não existem diferenças significativas para os seguintes pares de idade: 9-10 anos, 11-12 anos, 12-13 anos e 14-15 anos.

Todavia, as diferenças entre os resultados de diversas pesquisas levaram MacLeod (1991) a afirmar que não existiam diferenças entre sexos, seja em que idade for, no que se refere ao desempenho na situação de interferência. Por seu lado, Baroun e Alansari (2006) referiram muita inconsistência entre os resultados dos numerosos estudos sobre o Teste Stroop de Cores e Palavras (Esgalhado et al., 2010).

No que se refere à idade, Lee *et al.* (2002 cit in Esgalhado et al., 2010) não observam diferenças significativas na sua amostra de adultos, enquanto Uttl *et al.* (1997 cit in Esgalhado, 1997), numa amostra que abarcava sujeitos com idades compreendidas entre os 12 aos 83 anos de idade, verificaram uma influência da idade, que atribuíram à ocorrência de mudanças ao nível cognitivo, ou seja, à diminuição na velocidade de processamento cognitivo à medida que a idade avança e, consequentemente, a uma menor rapidez de processamento por parte dos processos cognitivos. Assim sendo, a idade parece influenciar o modo como se processa a informação, pelo que a interferência influencia de modo mais negativo o desempenho nos mais novos (Huang-Pollock, Carr & Nigg, 2002 cit in Esgalhado et al., 2010).

Por outro lado, existem outros autores que consideraram controverso o efeito das variáveis sexo e idade no desempenho no Teste Stroop (Ivnik *et al.*, 1996; Lee *et al.*, 2002 cit in Esgalhado, 2007), ou que muitos dos estudos apresentaram resultados não conclusivos relativamente à influência das variáveis idade, sexo e educação no desempenho no Teste Stroop (Van der Elst *et al.*, 2006 cit in Esgalhado, 2007).

De acordo com Herreras & Cela (2006), podem ainda existir diferenças no desempenho desta tarefa devido a variáveis como a escolaridade (Perititi, 1969 cit in Herreras & Cela, 2006), o stress (Houston & Jones, 1967 cit in Herreras & Cela, 2006) e diversas dimensões da personalidade (Golden, 1978 cit in Herreras & Cela, 2006).

Seria importante salientar, também, que, para além dos fatores referidos anteriormente, o Teste Stroop se tem revelado sensível perante pacientes que apresentam disfunções no lobo frontal (Stuss et al., 2001 Kulaif, 2005). Como salientam Wright et al. (2003), a validade desta tarefa tem vindo a ser demonstrada através de confiáveis associações com condições patológicas, cuja seqüela comportamental é um pobre controlo inibitório, como na esquizofrenia, no Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC), Síndrome de Tourette e Autismo.

2.4 O Paradigma do Stroop Emocional

As teorias cognitivas atuais sobre os transtornos patológicos, quando tentam explicar o porque do surgimento e manutenção destes, conferem um papel importante ao processo atencional (Mathews & MacKintosh, 1998; Williams, Watts, MacLeod & Matthews, 1997 cit in Baños, Quero & Botella, 2004).

Os processos emocionais revelam-se de grande importância uma vez que exercem uma influência importante sobre os processos cognitivos. Uma das metodologias utilizadas para investigar os fenómenos de interferência, do material emocional no processamento cognitivo, é o teste *Stroop* emocional (Williams, Mathews & MacLeod, 1996 cit in Dresler, Mériaux, Heekeren & Meer, 2009), tendo surgido, como já foi referido anteriormente, da modificação sofrida pelo *stroop* clássico, uma vez que quando as palavras do teste apresentavam uma conotação emocional para os sujeitos, se verificavam atrasos significativos na nomeação das cores. Em 1964 Klein foi o primeiro a fazer referência a esta evidência, sendo que posteriormente Geller e Shaver (1976), demonstraram que a velocidade para nomear as palavras emocionais poderia ser um indicador das preocupações ou ansiedades dos sujeitos. As palavras referentes a conteúdos emocionais, como morte ou tristeza produziam uma interferência maior do que as palavras neutras (mesa, árvores). Estes estudos vieram demonstrar a importância do teste Stroop emocional como um método cognitivo eficaz na psicologia clínica (Cabaco, 1998).

Sabendo que a leitura de palavras e a nomeação de cores demandam tempos diferentes para a sua execução, facto já demonstrado no trabalho pioneiro de Cattell (MacLeod, 1991 cit in Kulaif, 2005), e interessado em compreender a interferência causada pelos processos conflituosos, J. Ridley Stroop (1935), combinou nas suas experiências as duas dimensões, cores e palavras. Assim sendo, este teste paradigma originou-se devido à uma modificação sofrida no *stroop* clássico, ao longo dos anos, uma vez que, como veremos posteriormente, quando as palavras do teste apresentam uma conotação emocional para os sujeitos, são verificados atrasos significativos na nomeação das cores. De acordo alguns autores, esta versão da prova original surgiu essencialmente para os pacientes que apresentavam algum tipo de psicopatologias (Cabaco, 1998; Herreras & Cela, 2006; Mathews & MacLeod, 1985 cit in Gómez & Pastor, 1998).

As teorias cognitivas atuais sobre os transtornos emocionais, quando tentam explicar o porquê do surgimento e mantimento destes transtornos, concedem um papel importante aos processos atencionais (Mathews & MacKintosh, 1998; Williams, Watts, MacLeod & Matthews, 1997). Mais concretamente, planteia-se que as pessoas que sofrem destes distúrbios emocionais atendem preferencialmente à informação que se encontra relacionada com os seus medos, preocupações e problemas. Neste âmbito diversas tarefas cognitivas têm vindo a ser utilizadas, no entanto, a mais utilizada tem sido a do Stroop Emocional (Baños et al., 2005; Pérez, Rivera, Fuster & Rodríguez, 1999).

Neste sentido, a predisposição atencional é encarada como um aspeto central nas modificações do comportamento emocional, sendo explicada, desta forma, a surpreendente importância que adquiriu no âmbito aplicado, quer ao nível do diagnóstico, quer ao nível preditivo. As investigações realizadas na área da Psicopatologia têm-se centrado na análise da forma como a atenção seletiva e emocional perante estímulos relevantes, pode afetar a realização de certas tarefas, nas quais o processamento da informação se caracteriza por ser dissociador (Greco, 1993).

O Stroop emocional, variante da tarefa Stroop, é uma das provas mais utilizadas na investigação aplicada e, fundamentalmente, na avaliação clínica que tem vindo a ser utilizada por mais de duas décadas, caracteriza-se pela apresentação de palavras com um conteúdo, emocional afetivo (“tristeza”, “raiva”, “falha”, “alegria”, entre outras, de valência positiva e negativa, e um conteúdo neutro. As palavras são impressas às cores, onde o sujeito tem de nomear a cor das mesmas ignorando o seu conteúdo semântico (Mathews & McLeod, 1985 cit in Gómez & Pastor, 1998; Williams, Mathews & McLeod 1996, cit in Acero, 2003; Cabaco, & Sanfeliú, 1997 cit in Cabaco et. al, 2002; Acero & Morales, s.d.), sendo assim, o paradigma de Stroop emocional revela-se como medida popular de viés atencional em pacientes ansiosos e com depressão (Williams, Mathews & MacLeod, 1996).

Neste paradigma, os participantes são convidados a nomear a cor em que as palavras emocionais estão escritas, ignorando os significados das palavras. Os pacientes ansiosos são mais lentos na nomeação da cor relacionada com as palavras de ameaça. Esta interferência sugere que indivíduos com distúrbios emocionais são caracterizados por um viés atencional para informações ameaçadoras relevante para as suas preocupações atuais (Amir & McNally & Riemann & Burns & Lorenz & Mullen, 1996), ou seja, é necessário identificar a cor de um estímulo, mas agora a atenção é interferida pelo significado emocional particular que certas palavras têm para o sujeito em questão.

Sabe-se ainda que, de acordo com a hipótese de seleção de estímulos ameaçadores, a pessoa ansiosa, ao nomear as cores das palavras, focalizará sua atenção na palavra e não na cor, o que por sua vez, dificultará a tarefa de nomeação- fenómeno que não é observado em pessoas pouco ansiosas - ou na nomeação das cores das palavras neutras (Mark, Macleod, Mathews & Williams, 1996 cit in Montagnero et al., 2008). Por outro lado, pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) levam mais tempo para nomear as cores das palavras ameaçadoras do que as pessoas sem o transtorno (Lavy, Oppen & Hout, 1994 cit in Montagnero et al.,2008). O mesmo irá ocorrer no transtorno estudado neste trabalho, a depressão.

Neste sentido, o fenómeno de interferência atencional ocorre quando é pedido a uma pessoa que responda às características físicas de uma palavra (e.g. a sua cor) e não ao seu significado e isto acontece porque apesar da instrução, a pessoa responde a ambas dimensões, verbal e física, o que leva a tempos de reação mais lentos e a um maior número de erros (Calleja & pozo, 2010).

O efeito de interferência encontra-se presente nos diversos comportamentos clínicos (campo clínico da psicopatologia), sobretudo nos de grande repercussão, como a ansiedade (Torres, Hernández-Pozo, Castillo, Coronado & Cerezo, 2009), a depressão, os transtornos alimentares (Rodríguez & Martínez-Sánchez, 2005; Camacho-Ruiz, Mancilla-Díaz, Escoto-Ponce De León & Yáñez-Téllez, 2009), o transtorno de pânico (Quero, Baños & Botella, 2000) e os comportamentos aditivos, baseando-se, desta forma, no facto de que algumas pessoas exibem uma sensibilidade peculiar perante determinados estímulos físicos e situações ambientais, cujo significado está intimamente relacionado com as suas preocupações específicas (Acero, 2003).

É possível verificar que na tarefa Stroop emocional, as palavras apresentadas, com valência emocional para os sujeitos, servem para avaliar os vieses atencionais associados às mesmas (Calleja & pozo, 2010), dado que as pessoas, como já foi referido anteriormente, dirigem à sua atenção, de uma forma automática, para o significado das palavras com carga emocional positiva ou negativa, pelo que restam menos recursos cognitivos disponíveis para a tarefa principal, nomear a cor (Williams, Mathews & MacLeod, 1996).

Por fim, no que se refere à escolha das palavras ameaçadoras para compor a tarefa Stroop emocional, esta é feita a partir das características do transtorno a ser investigado. Assim, por exemplo, nos transtornos alimentares, utilizam-se palavras relacionadas a dietas e alimentos; nos alcoólatras as palavras são relacionadas a bebida; nos transtornos de ansiedade, procura-se avaliar o foco da ansiedade, enquanto no estresse pós-traumático utilizam-se palavras relacionadas ao tipo de evento que gerou o trauma. O mesmo pode ser dito em relação ao pânico, ao TOC e à fobia social. No caso da ansiedade sem foco específico, a escolha das palavras é feita pelo critério de ameaça. (Montagnero & Lopes & Galera, 2008; Cabaco et al., 2002), sendo que, os resultados obtidos na utilização desta técnica, desde um primeiro momento (Stroop, 1935) e em estudos posteriores (McClain, 1983), têm demonstrado que o tempo de latência de uma resposta do sujeito, quando a palavras é incompatível com a cor da tinta, aumenta significativamente em relação a uma palavra congruente ou neutra (Herreras & Cela, 2006; Sevilla, 1991).

2.5 Descrição da Tarefa Stroop emocional

O Stroop Emocional (*Modified Stroop Color Naming Procedure*) é uma versão modificada do teste de atenção visual seletiva desenvolvido por John Ridley Stroop em 1935 (Sternberg, 2007), especialmente pensada para ser utilizada com pacientes que apresentam diversas psicopatologias. Caracteriza-se pela apresentação das palavras que possuem uma valência afetiva (positiva ou negativa) e um conteúdo neutro. As lâminas constituintes desta prova são elaboradas por palavras consideradas como ameaçadoras ou perigosas, diferindo da versão original do *Stroop* - que apenas apresenta palavras neutras (Herreras & Celas, 2006).

Nesta tarefa, são apresentados aos sujeitos estímulos que contêm informações afetivas diferentes (positivas ou negativas) e informações neutras. É pedido aos participantes que nomeiem a cor da palavra, especificamente relevantes para sua psicopatologia, tão depressa

quanto possível, ignorando o significado da mesma (Williams, Mathews, & MacLeod, 1996; Williams, Watts, MacLeod, & Mathews, 1988), ou seja, os sujeitos são solicitados a nomear as cores nas quais as palavras, com valência emocional negativa, palavras-controle, ou sem qualquer valência emocional, foram impressas. Por outro lado, o denominado fenômeno interferência de *Stroop* emocional, ocorre devido a uma lentificação na nomeação das cores das palavras, quando estas apresentam conteúdo emocional significativo para o sujeito (Dresler, Mériau, Heekeren & Meer, 2009; McKenna & Sharma 2004; Williams, Mathews & MacLeod, 1996 cit in Johansson, Carlbring, Ghaderi & Andersson, 2008; Pérez-Dueñas, Ungueti, Lupiáñez & Acosta, 2006; Strauss & Allen, 2006).

A tarefa pressupõe que sejam apresentadas aos sujeitos palavras que se associem à problemática em questão, por exemplo, para o estudo do *Stroop* emocional na depressão, como no caso deste trabalho, palavras como choro e solidão serão apresentadas aos sujeitos. Este conteúdo emocional apresenta um efeito disruptivo nas funções cognitivas do indivíduo, uma vez que se encontra relacionado com a problemática da qual o sujeito padece (Williams, Watts, MacLeod & Mathews, 1997 cit in Pérez, Riveira, Fuster & Rodríguez, 1999).

De acordo com a hipótese de seleção de estímulos ameaçadores, a pessoa ansiosa, ao nomear as cores das palavras, focaliza sua atenção na palavra e não na cor, dificultando a tarefa de nomeação - fenômeno que não é observado em pessoas pouco ansiosas (Mathews & Williams, 1996 cit in Johansson et al., 2008).

A hipótese de seleção dos estímulos ameaçadores foi testada e confirmada em pessoas com os mais variados tipos de transtornos. Por exemplo, pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) levam mais tempo para nomear as cores das palavras ameaçadoras do que as pessoas sem o transtorno (Lavy, Oppen & Hout, 1994 cit in Montagnero et al, 2008).

Trata-se de uma tarefa que vem sendo utilizada num grande número de estudos e tem mostrado aumento do tempo de latência nas respostas para a lista de palavras específicas (Cassiday, McNally, & Zeitlin, 1992; Foa, Feske, Murdock, Kozak, & McCarthy, 1991; Freeman & Beck, 2000; Kaspi, McNally, & Amir, 1995; Kindt, Bogels, & Morren, 2003; Kristensen, 2005; Taghavi, Dalgleish, Moradi, Neshat-Doost, & Yule, 2003 cit in Puliafico & Kendall, 2006; Sternberg, 2007 cit in Fava & Kristensen & Melo & Araújo, 2009; Stroop, 1935; Wurm & Vief & Aycock & Rebusal & Koch, 2004).

Desta forma, o uso da tarefa Stroop emocional pode ser considerado valioso em estudos psicopatológicos detalhados para discriminar diferentes manifestações clínicas (Williams, Watts, McLeod, & Mathews, 1997 cit in Cabaco & Colás & Hage & Abramides & Loureiro, 2002). As investigações levadas a cabo dentro da área da Psicopatologia têm-se centrado na análise de como a atenção seletiva e emocional a estímulos relevantes, pode afetar a realização de certas tarefas, onde o processamento da informação se caracterizaria por ser dissociador. Por esta razão, o protocolo de screening Stroop emocional poderia utilizar-se como ferramenta clínica de avaliação, já que fazendo uso de estímulos ameaçadores, tanto físicos como sociais, relacionados com a patologia estudada (no caso desta investigação detecção de sintomas depressivos), constata-se que os sujeitos que padecem de tal patologia

demoram mais tempo a reagir ante estes estímulos que os sujeitos que não padecem da mesma (Greco, 1993 cit in Cabaco et al., 2002).

2.6 Estudos Realizados com Stroop Emocional

Numerosos estudos que utilizaram a tarefa de Stroop Emocional têm mostrado que o tempo de resposta em nomear a cor, na qual uma palavra emocional é impressa, é maior em pessoas que são afetadas por uma desordem emocional (Williams et al., 1997). A maioria dos investigadores assume que o efeito causado pelos estímulos emocionais em tarefas, tais como o Stroop, se deve aos estímulos de captação de recursos de atenção da pessoa (Pérez et al., 1999; Mathews & Sebastian, 1993 cit in Pérez et. al, 1999).

Ao contrário do que acontece na Tarefa Stroop clássica, a resposta para a palavra é suprida antes da resposta para a cor. Por outro lado, na tarefa Stroop emocional o estímulo semântico pode ser controlado de várias maneiras, convertendo-se uma tarefa bastante versátil e sendo utilizada, por exemplo, com palavras relacionadas à bulimia, anorexia, tabagismo, dor crônica, fobia a aranhas, etc. (Bar-Haim, Lamy, Pergamin, Bakermans-Kranenburg & Ijzendoorn, 2007; Williams et al., 1996 cit in Montagnero et al., 2008).

Neste sentido, nas tabelas seguintes serão apresentados vários trabalhos, dentro das diversas áreas clínicas, onde diversos autores recorreram a este teste (Williams & Mathews, 1996).

Tabela 3: Estudos, na área da ansiedade clínica, que recorreram ao Teste Stroop Emocional

Autores	Conteúdo das palavras das lâminas	Participantes	Principais conclusões: Maior Inferência
Mathews & MacLeod (1985)	Ameaça física; Ameaça social.	Pacientes ansiosos (24); Grupo de controlo.	Nos sujeitos ansiosos e nas palavras ameaçadoras.
Mogg et. al (1989)	Ameaça física; Ameaça social.	Sujeitos ansiosos (18); Grupo de controlo (18).	Nos sujeitos ansiosos e nas palavras ameaçadoras.
Martin et. al (1991) Experiência 2	Ameaça física; Ameaça social; Palavras positivas	Ansiosos (12); Não pacientes (12).	Nos sujeitos ansiosos e nas palavras ameaçadoras.
Martin et. al (1991) Experiência 4	Ameaça física; Ameaça social; Palavras neutras.	Ansiosos (12); Grupo de controlo (12).	Nos sujeitos ansiosos e nas palavras ameaçadoras.
Golombok et. al (1991)	Ameaça física, Ameaça social; Palavras neutras.	Ansiosos (24); Grupo de controlo (24).	Nos sujeitos ansiosos e nas palavras ameaçadoras.
Mathews & Klug (1993)	Neg (ansiedade relevante)	Misto “neuroses de ansiedade” (20) Grupo controlo (20).	Ansioso
	Neg (ansiedade irrelevante)		Palavras negativas relacionadas com problemas
	Pos (ansiedade relevante)		Palavras positivas relacionadas com problemas
	Pos (ansiedade irrelevante; duração/frequência)		Palavras positivas não relacionadas com problemas Palavras negativas não relacionadas com problemas

Dawkins & Furnham (1989)	Conflito de cores; Palavras Ameaçadoras; Palavras neutras	Ansiedade elevada (12); "Repressor" (12); Ansiedade baixa (12).	Nos sujeitos com ansiedade elevada e nas palavras ameaçadoras.
Richards & Millwood (1989)	Palavras ameaçadoras; Palavras neutras; Palavras positivas.	Elevada ansiedade (16); Baixa ansiedade (16).	Nos sujeitos com elevada ansiedade e nas palavras ameaçadoras.
Mogg et. al (1990)	Ameaça geral; Ameaça associada a uma ação; Palavras neutras.	Elevada ansiedade (18); Baixa ansiedade (19).	Nos sujeitos com elevada ansiedade e elevado stress nas palavras associadas a uma ação.
Richards & French (1990).	Ameaça; Palavras Positivas; Palavras Neutras	Elevada ansiedade (13); Baixa ansiedade (14).	Nos sujeitos com elevada ansiedade nas palavras ameaçadoras.
Mogg & Marden (1990).	Ameaça social; Ameaça física; Palavras positivas; Palavras neutras;	Elevada ansiedade (12); Média ansiedade (12); Membros do clube de remo (12) e não membros (12).	Nos sujeitos com elevada ansiedade em todas as palavras emocionais incluindo as positivas.
Martin et. al (1991) Experiencia 1	Ameaça física; Ameaça social; Palavras neutras.	Elevada ansiedade (12); Média ansiedade (12); Baixa ansiedade (12).	Sem efeitos significantes que envolvam o grupo.
Richards et. al (1992)	Ameaça; Palavras positivas; Palavras neutras.	Elevada ansiedade (20); Baixa ansiedade (20).	Nos sujeitos com elevada ansiedade.
MacLeod & Rutherford (1992)	Ameaça relacionada com os exames académicos; Ameaça geral; Palavras neutras.	Elevada ansiedade (23); Baixa ansiedade (24) - antes e 6 semanas após a realização do exame.	Nos sujeitos com elevada ansiedade e antes do exame.
Fox (1993)	Ameaça; Palavras Neutras; Palavras coloridas.	Elevada ansiedade (18); Baixa ansiedade (18).	Elevada ansiedade: (a) Estímulos tradicionais; (b) Estímulos separados
Fox (1993)	Ameaça física; Ameaça social; Palavras neutras.	Elevada ansiedade (18); Baixa ansiedade (18); "Repressor" (18)	Sem efeitos significantes envolvendo os grupos.

Seguidamente apresenta-se uma tabela, onde se faz referência a diversos estudos realizados dentro da área do Stress Pós-traumático onde se recorreu ao Teste Stroop Emocional.

Tabela 4: Estudos, na área do Stress pós-traumático (PTSD), que recorreram ao Teste Stroop Emocional

Autores	Conteúdo das palavras das lâminas	Participantes	Principais conclusões: Maior Inferência
McNally, Kaspi, etl. Al (1990)	Palavras obsessivas; Palavras associadas a PTSD; Palavras positivas; Palavras neutras.	Veteranos da guerra do Vietname com PTSD (15); Veteranos da guerra do Vietname sem PTSD (15).	Nas palavras associadas a PTSD; Sem diferenças nas palavras positivas, neutras e obsessivas.
Foa et. al (1991)	Palavras relacionadas com violação; Ameaça geral; Palavras neutras; “Não-palavras”	Vítimas violadas com PTSD (15); Vítimas violadas sem PTSD (13); Grupo de controlo (16).	Nos sujeitos violados com PTSD e nas palavras associadas com violação.
Cassiday et. al (1992)	Palavras associadas com violação; Ameaça geral; Palavras positivas; Palavras neutras.	Vítimas violadas com PTSD (12); Vítimas violadas sem PTSD (12); Grupo de controlo (12).	Nos sujeitos com PTSD e nas palavras associadas com violação.
McNally et. al (1993)	Palavras obsessivas; PTSD; Palavras positivas; Palavras neutras OOOO's	Veteranos da guerra do Vietname com PTSD (24) (reanalizados uma semana depois)	Nos sujeitos com PTSD e nas palavras associadas com a problemática em questão.
Kaspi et. al (1995)	PTSD Palavras negativas; Palavras positivas; Palavras neutras.	Veteranos da guerra do Vietname com PTSD (30); Veteranos da guerra do Vietname sem PTSD (30).	Nos sujeitos com PTSD e nas palavras associadas com a problemática em questão.

Também dentro da área da desordem de pânico, foram realizados diversos estudos que fizeram uso da Tarefa Stroop Emocional. Desta forma, apresentaremos uma tabela referente a esses trabalhos.

Tabela 5: Estudos, na área da Desordem de pânico, que recorreram ao Teste Stroop Emocional

Autores	Conteúdo das palavras das lâminas	Participantes	Principais conclusões: Maior Inferência
Ehlers et. al (1988)	Ameaça física; Separação; Constrangimento; Palavras neutras; Palavras positivas.	Perturbação de pânico (24); Grupo de controlo (24).	Nos sujeitos com perturbação de pânico e nas palavras fisicamente ameaçadoras.
McNally, Riemann et. al (1990)	Medo; Sensações corporais; Catástrofes; Palavras neutras.	Perturbação de pânico (14); Grupo de controlo e terapeutas especialistas em pânico (14).	Nos sujeitos com perturbação de pânico e em todas as palavras negativas; Em ambos os grupos nas palavras associadas a catástrofes.
McNally et. al (1992)	Medo; Sensações corporais; Catástrofes; Palavras Positivas; XXXX's	Perturbação de pânico (24); Perturbação Obsessivo-compulsiva (24); Grupo de controlo (24); Elevada vs. Baixa excitação.	Nos sujeitos com perturbação de pânico e nas palavras associadas a catástrofes.
McNally, et. al (1994)	Pânico; Ameaça geral; Palavras positivas; Palavras Neutras.	Perturbação de pânico (16); Perturbação Obsessivo-Compulsiva (16); Grupo de controlo (16).	Nos sujeitos com perturbação de pânico e nas palavras ameaçadoras.

Como é possível verificar, através da observação da seguinte tabela, o Teste Stroop Emocional foi utilizado em estudos referentes à desordem obsessivo-compulsiva.

Tabela 6: Estudos, na área da Perturbação obsessivo-compulsiva, que recorreram ao Teste Stroop Emocional

Autores	Conteúdo das palavras das lâminas	Participantes	Principais conclusões: Maior Inferência
Foa et. al (1993)	Ameaça geral; Contaminação; Palavras categorizadas; Palavras neutras; "Não-palavras"	Perturbação obsessivo-compulsiva (33): Com rituais de Lavagem (23) Com rituais de Verificação (10) Grupo de controlo (14).	Indivíduos com rituais de lavagem (POC) nas palavras sobre contaminação; Indivíduos com rituais de verificação (POC) nas palavras sobre a ameaça geral.
Lavy et. al (1994)	Palavras negativas; Palavras positivas associadas à POC; Palavras negativas associadas à POC; Palavras positivas; Palavras neutras	Perturbação Obsessivo-Compulsiva (33); Grupo de Controlo (29)	Nos sujeitos com Perturbação Obsessivo-Compulsiva e nas palavras negativas.

Como é possível observar, através da seguinte tabela, o Teste Stroop Emocional foi utilizado em estudos referentes aos diversos tipos de fobia.

Tabela 7: Estudos de diferentes tipos de fobia que recorreram ao Teste Stroop Emocional

Autores	Conteúdo das palavras das lâminas	Participantes	Principais conclusões: Maior Inferência
Hope et. al (1990)	Ameaça social; Ameaça física; Palavras neutras; Palavras coloridas; XXXX's	Fobia Social (16); Perturbação de Pânico (15).	Nos sujeitos com fobia social e nas palavras socialmente ameaçadoras; Nos sujeitos com perturbação de pânico e nas palavras ameaçadoras
Mattia et. al (1993)	Ameaça social; Ameaça física; Palavras neutras; Palavras coloridas; XXXX's	Fobia social (29); Grupo de controlo (50).	Nos sujeitos com fobia Social e nas palavras ameaçadoras socialmente.
Watts, et. al (1986) Estudo 1	Palavras associadas a aranhas; Palavras emocionais; Palavras neutras; Palavras coloridas; OOOO's	Sujeitos com medo de aranhas (35); Grupo de controlo (18).	Nos sujeitos com aracnofobia e nas palavras associadas a aranhas.
Watts, et. al (1986) Estudo 2	Palavras associadas a aranhas; Palavras emocionais; Palavras neutras; Palavras coloridas; OOOO's	Sujeitos com medo de Aranhas (28) (do estudo anterior); Grupo de tratamento (14); Grupo de "não Tratamento" (14).	Ambos os grupos (tratamento e não tratamento) reduziram a interferência.
Martin et. al (1992)	Palavras associadas a aranhas; Palavras "controlo"; "Não palavras"; Palavras coloridas.	Crianças com medo de aranhas (24); Grupo de controlo de Crianças (24).	Crianças com medo de aranhas (palavras associadas a aranhas).
Mathews & Sebastian (1993) Experiência 1	Palavras associadas com cobras; Ameaça geral; Palavras neutras.	Indivíduos com medo de aranhas (18); Grupo de controlo (18).	Sem efeitos significativos

Na tabela que se segue serão apresentados estudos que recorreram ao Teste Stroop Emocional para o estudo da depressão.

Tabela 8: Estudos, na área da Depressão, que recorreram ao Teste Stroop Emocional

Autores	Conteúdo das palavras das lâminas	Participantes	Principais conclusões: Maior Inferência
Gotlib & McCann (1984)	Depressão; Manias; Palavras neutras.	Depressão leve (15); Não depressão (15).	Nos sujeitos depressivos e nas palavras depressivas
Williams & Nulty (1986)	Palavras negativas; Palavras neutras; OOOO's	Depressão moderada (19); Não deprimidos (19).	Nos sujeitos depressivos e nas palavras negativas.
Gotlib & Cane (1987)	Depressão; Manias; Palavras neutras	Pacientes deprimidos Internados (34) (a) Testados na admissão (b) Testados na saída Indivíduos não Depressivos (14).	Nos pacientes depressivos antes do tratamento e nas palavras negativas.
Klieger & Cordner (1990)	Palavras negativas; Palavras neutras; Palavras coloridas; OOOO's	Depressão moderada (21); Não depressão (14).	Nos sujeitos do grupo deprimido e nas palavras negativas.
Hill & Knowles (1991)	Palavras negativas; Palavras positivas.	Depressão leve (12); Não depressão (12).	Sem interação entre o grupo de sujeitos e as categorias das palavras.
Ray (1979)	Palavras associadas a exames académicos; Partes do corpo.	Estudantes do último ano do curso, 4 semanas antes dos exames (38); Indivíduos com baixa Ansiedade (12); Indivíduos com ansiedade moderada (14); Indivíduos com elevada Ansiedade (12).	Nos sujeitos com elevada ansiedade e nas palavras associadas a exames.

A partir desta tabela é possível constatar a importância da utilização do Stroop emocional no âmbito clínico, no que se refere a nível do diagnóstico como preditivo e, mais uma vez, fica comprovado que as pessoas afetadas por estes distúrbios mostraram uma interferência muito maior na cor, ao nomear as palavras ameaçadoras e palavras relacionadas com a sua doença, do que palavras neutras (Greco, 1993 cit in Cabaco et al., 2002). Verificando-se que o paradigma Stroop Emocional tem vindo a ser aplicado em diversas perturbações, como as perturbações de ansiedade, fobias simples e sociais, perturbações obsessivo-compulsivas, stress pós-traumático e depressão.

Neste sentido, a adaptação do teste Stroop Emocional para a deteção de sintomas depressivos poderá constituir-se como uma ferramenta clínica, à qual os clínicos poderão recorrer na sua prática, já que a mesma facilitará o diagnóstico de depressão e uma intervenção mais pronta e eficaz.

2.7 Tarefa Stroop emocional e Depressão

Entre os principais paradigmas utilizados para investigar o viés atencional encontramos o teste de *Stroop* (Ehrman et al., 2002). O paradigma do *Stroop* tem sido utilizado para demonstrar o viés atencional em diferentes populações clínicas, incluindo transtornos de humor e de ansiedade. Estudos com estas populações demonstraram que os participantes apresentam tempos de reação maiores quando expostos aos estímulos associados ao seu comportamento disfuncional, ou seja, eles tendem a nomear mais lentamente a cor das palavras relacionadas aos seus problemas, estímulos emocionalmente relevantes, do que aquelas com valência emocional neutra.

Posterior à revisão da literatura científica, Williams e colaboradores (1988 cit in Gomez & Pastor, 1998) concluíram que o viés atencional face a estímulos que pressupõe ameaça encontra-se associado à ansiedade e não à depressão. Partindo desta conclusão, Hill e Knowles (1991 cit in Gomez & Pastor, 1998) realizaram uma experiência na que utilizaram uma tarefa de Stroop Emocional com o intuito de comprovar se os sujeitos classificados como depressivos (face aos não depressivos), de acordo com o Inventário de Diagnostico de Depressão (Zimmerman, Coryell & Wilson, 1986 cit in Gomez & Pastor, 1998), apresentavam uma maior latência de resposta na nomeação da cor das palavras que apresentavam emoções negativas e positivas face a palavras com conteúdo neutro e de ameaça (autoestima). Os resultados obtidos não corroboraram a hipótese referida, pelo que foi levada a cabo uma nova categorização dos sujeitos eliminando estatisticamente o efeito da ansiedade (preenchimento do STAI), tendo-se obtido desta forma depressivos “puros” e não depressivos. Deste modo, a hipótese inicial foi confirmada, para a qual os sujeitos depressivos apresentaram uma maior latência de resposta ao nomear as cores das palavras que denotavam emoções positivas e negativas face a palavras de conteúdo neutro e de ameaça (Williams et al., cit in Gomez & Pastor, 1998). Por outro lado, o grupo depressivo “puro” foi significativamente mais lento em nomear as cores das palavras em geral, pelo que este atraso poderá estar associado com as características próprias da depressão (Williams & Mathews & MacLeod, 1996 cit in Callejas, Acosta & Lupiáñez, 2006; Gomez & Pastor, 1998; Schimmack, 2005).

Entre os principais paradigmas utilizados para investigar o viés atencional encontramos o teste de *Stroop* (Ehrman et al., 2002). O paradigma do *Stroop* tem sido utilizado para demonstrar o viés atencional em diferentes populações clínicas, incluindo transtornos de humor e de ansiedade. Estudos com estas populações demonstraram que os participantes apresentam tempos de reação maiores quando expostos aos estímulos associados ao seu comportamento disfuncional, ou seja, eles tendem a nomear mais lentamente a cor das palavras relacionadas aos seus problemas, estímulos emocionalmente relevantes, do que aquelas com valência emocional neutra.

Desta forma, a interferência na nomeação das cores é altamente seletiva, indivíduos tendem a dirigir a sua atenção para o significado das palavras que se encontram relacionados ao seu comprometimento (Williams et al., 1996 cit in Lopes & Peuker & Bizarro, 2008). Este

fenômeno é conhecido como efeito emocional do *Stroop* e também foi utilizado para elucidar os mecanismos cognitivos responsáveis pelo desenvolvimento e manutenção de comportamentos aditivos (Johnsen et al., 1994; Robbins & Ehrman, 2004, cit in Lopes & Peuker & Bizarro, 2008).

Dados que apoiam a existência de viés atencional para a informação emocional são muito mais sólidos na ansiedade do que na depressão (Dalglish & Watts, 1990; MacLeod, Mathews, & Tata, 1986). Nos distúrbios de ansiedade tem sido demonstrado que os pacientes apresentam viés atencional, ameaçando a informação que é congruente com o transtorno (Pérez & Rivera & Fuster & Rodríguez, 1999).

Quanto à depressão, não só há menos estudos, como também os resultados diferenciais são confusos e não muito conclusivos (Carter, Maddock, & Magliozzi, 1992; Gotlib & Cane, 1987; Gotlib & McCann, 1984; Hill & Dutton, 1989; Hill & Knowles, 1991; Klieger & Cordner, 1990; Mogg et al., 1993; Segal & Vella, 1990 cit in Pérez et. al, 1999), no entanto, como foi possível verificar ao longo deste trabalho, este teste apresenta-se como bastante fiável e de grande utilidade, não só pela sua fácil e rápida execução, mas também pela simplicidade de interpretação (Ben-Tovim, Walker, Fok, & Yap, 1989; Green, & McKenna, 1993; Moog, Kentish, & Bradley, 1993; Walker, Ben-Tovim, Jones, & Bachok, 1992 cit in Cabaco et al., 2002). Neste sentido, a utilização do Teste Stroop emocional para a deteção de sintomas depressivos, pode constituir-se como uma ferramenta clínica válida e fiável, à qual os clínicos poderão recorrer na sua prática para proporcionar quer um diagnóstico de depressão como também uma linha de intervenção mais pronta e eficaz.

Na tarefa de Stroop Emocional no âmbito da depressão são utilizados estímulos ameaçadores associados à problemática em questão, o que nos leva a pressupor que os sujeitos que apresentem sintomas depressivos demorem mais tempo a verbalizar a cor das palavras apresentadas, em comparação com aqueles sujeitos que não padecem dos mesmos (Cabaco, Colás, Hage, Abramides & Loureiro, 2002). Por outro lado, estudos realizados sobre a relação entre aspetos cognitivos e desordens emocionais tais como, depressão, têm-se baseado no uso de palavras neutras, positivas e negativas, sendo estas também consistentes com as preocupações dos sujeitos.

Na revisão de Williams e colaboradores (1996) sobre a tarefa Stroop são descritos vários trabalhos nos quais participantes com depressão ou ansiedade realizaram uma tarefa de Stroop emocional, na qual deveriam nomear o mais rápido possível a cor das palavras com distinta valência emocional, onde apenas foi obtido o efeito de interferência quando as palavras negativas se encontravam estreitamente relacionadas com as preocupações específicas dos participantes (por exemplo, Gotlib & McCann, 1984; Mathews & MacLeod, 1985; Mogg, Mathews & Weinman, 1989; Watts, McKenna, Sharrock & Trezise, 1986 cit in Dueñas, 2008). Por outro lado, estudos referem que quando utilizado com pacientes com espectro depressivo, verificando que o viés atencional apenas se manifesta em pacientes que apresentem uma depressão *major* (Gallardo, Baños, Belloch & Ruipérez, 1999 cit in Herreras & Celas, 2006).

Em síntese, é possível constatar que de facto a predisposição atencional é um aspeto não só importante, como também primordial nos comportamentos emocionais e que de facto a utilização do teste Stroop Emocional para a deteção de sintomas depressivos poderá ser utilizado como uma ferramenta clínica de avaliação, no sentido de proporcionar uma intervenção eficaz.

Parte II - Corpo Empírico

Capítulo III - Metodología

3. Apresentação do estudo

Entre os instrumentos de avaliação psicológica, o teste Stroop possuiu um estatuto privilegiado uma vez que apresenta um elevado grau de confiabilidade na identificação das diferenças individuais (Jensen & Rower, 1966 cit in Esgalhado, 2007). De acordo com vários autores (Golden, 2001; Arana, Cabaco & Sanfeliú, 1997; MacLeod, 1991), o teste *Stroop* apresenta uma grande utilidade na investigação dos processos psicológicos básicos, tanto em indivíduos que não apresentam problemas, como em indivíduos com perturbações.

Por este motivo, o protocolo de screening Stroop emocional poderá se utilizado como ferramenta clínica de avaliação, já que fazendo uso de estímulos ameaçadores, tanto físicos como sociais, relacionados com a patologia estudada (no caso desta investigação a perturbação depressiva) constata-se que os sujeitos que padecem de tal patologia demoram mais tempo a reagir ante estes estímulos que sujeitos que não padecem da mesma (Greco, 1993).

Categorizar é agrupar entidades (objetos, ideias, acções, etc.) por semelhança. Segundo Piedade (1983), este é um processo mental habitual do homem, uma vez que vivemos automaticamente classificando coisas e ideias, a fim de compreender e conhecer. O termo de categorização diz respeito ao processo do comportamento que implica a discriminação, identificação e organização de certos estímulos do meio ambiente (Rosch, 1975; Mervis & Rosch, 1981; Smith & Medin, 1981 cit in Juan, 1990).

Segundo Lakoff (1987, p. 5 cit in Lima, 2007), “a maioria das nossas palavras e conceitos designam categorias (...). A categorização não é um processo que deve ser estudado superficialmente. Não existe nada mais básico do que a categorização para o nosso pensamento, percepção, ação e discurso. Cada vez que vemos algo como “um tipo” de coisa, por exemplo, uma árvore, nós estamos categorizando.

Desde a época de Aristóteles, já exista a preocupação com as práticas de nomear, definir e categorizar. Com o desenvolvimento de estudos na ciência cognitiva, a visão de como categorizamos sofreu modificações. A categorização passou de um processo cognitivo individual a um processo cultural e social de construção da realidade, que organiza conceitos, parcialmente baseado na psicologia do pensamento. A informação preceptiva é fundamental na definição das extensões de uma categoria, porque a categorização não é realizada artificialmente, mas sim, levando-se em conta as informações do mundo a que pertencemos e como respondemos a elas (Lima, 2007).

Neste sentido, categorizar coisas é um processo inerente aos seres humanos desde os primeiros momentos de vida, porque o cérebro confere forma às estruturas que espelham o ambiente externo em uma forma categorial.

Um dos modelos utilizados para explicar o método de categorização é o chamado *Modelo dos Protótipos*. De acordo com Eysenk e Keane (1990), a Teoria de Protótipos foi proposta especificamente para explicar as deficiências do ponto de vista de definição de atributos.

Foi Eleanor Rosch na década de 70, quem criou este modelo. O princípio fundamental deste modelo sustenta que as categorias são organizadas em torno de protótipos centrais. Um item é considerado como membro de uma categoria não por se saber que ele possui um determinado atributo ou não, mas por se considerar o quanto as dimensões desse membro se aproximam das dimensões ideais para ele, ou seja, um exemplo representativo de uma classe seria aquele que partilhasse com outros membros da categoria o maior número de características que, por outro lado, compartilhasse de poucas características, ou nenhuma, com elementos provenientes de fora da classe. Desta forma, de acordo com o modelo de protótipo, conceitos são representados por um grupo de características, e não por suas definições (Lima, 2007; Rosch 1975; 1978 cit in Juan, 1990; Best, 2001).

3.1 Tipo de Estudo

O desenho da investigação realizada é do tipo observacional descritivo e de natureza quantitativa (Ribeiro, 1999), não tendo existido qualquer manipulação de variáveis por parte dos investigadores e tendo-se apenas desenvolvido os procedimentos com a finalidade de descrever os acontecimentos que ocorriam naturalmente sem a sua intervenção. Esta investigação é também transversal, dado que foi realizada num único momento no tempo.

3.2 Objetivos da investigação

O objetivo geral deste estudo visa a adaptação de uma prova de screening, Teste Stroop Emocional, para a deteção de sintomas depressivos.

Este objetivo geral concretiza-se através dos seguintes objetivos secundários:

Fase 1:

- Definir a partir de um conjunto de palavras, quais são aquelas que correspondem à categoria de palavras neutras, para a construção da lâmina número 1;
- Definir a partir de um conjunto de palavras, quais são aquelas que correspondem à categoria de palavras positivas, para a construção da lâmina número 2;
- Definir a partir de um conjunto de palavras, quais são aquelas que correspondem à categoria de palavras negativas, para a construção da lâmina número 3.

Fase 2:

- Qualificar as palavras neutras (lâmina nº1) de acordo com a sua familiaridade, frequência de uso, nível de conhecimento e grau de evocação da imagem;
- Qualificar as palavras positivas (lâmina nº2) de acordo com a sua familiaridade, frequência de uso, nível de conhecimento e grau de evocação de imagem;
- Qualificar as palavras negativas (lâmina 3) de acordo com a sua familiaridade, frequência de uso, nível de conhecimento e grau de evocação de imagem.

Fase 3:

- Avaliar o desempenho dos participantes nas três lâminas da Tarefa Stroop Emocional, comparativamente, entre sujeitos com sintomas depressivos e sujeitos sem sintomas depressivos.

3.3 Método

3.3.1 Fase 1

3.3.1.1 Participantes

Para a concretização desta primeira fase da investigação, recorreu-se a uma amostra não probabilística ou intencional, sendo composta por 10 especialistas: 5 especialistas da área da Psicologia Clínica, pertencentes a uma instituição do concelho do Funchal, todos detentores de uma licenciatura e 5 professores, especializados na área da Expressão Musical, pertencentes a um Instituto de Música, também do concelho do Funchal, dos quais 1 possui uma licenciatura e 4 possuem um mestrado.

3.3.1.2 Material/Procedimentos/Resultados

Palavras Neutras

Uma vez que a esta tarefa de Stroop Emocional possui uma estrutura semelhante ao Stroop Clássico, as palavras pertencentes à lâmina neutra deveram ser palavras não ativadoras. Neste sentido, optou-se por palavras pertencentes à categoria Instrumentos Musicais. Para a correta seleção destas palavras recorreu-se ao léxico português, tendo-se obtido mediante a pesquisa realizada, cerca de 68 palavras.

Posteriormente foi solicitada uma autorização (Cf. Anexo 1), junto de cada juiz, no sentido de obter a sua colaboração no preenchimento dos questionários (Cf. Anexo 2), e mediante estes consentimentos as palavras foram apresentadas aos 5 juízes (Tabela 9). Estes classificaram-nas como pertencendo ou não à categoria de instrumentos musicais, onde tiveram, ainda, a oportunidade se pronunciar quanto à existência de instrumentos musicais que não tivessem sido mencionados na tabela.

Seguidamente apresenta-se a lista das 68 palavras pertencentes à categoria de instrumentos musicais, que foram apresentadas aos juízes.

Tabela 9: Palavras apresentadas aos cinco juizes especialistas

Instrumentos Musicais	Instrumentos Musicais	Instrumentos Musicais	Instrumentos Musicais
Guitarra	Violino	Aulos	Balalaica
Piano	Gaita	Bala	Tambor
Bateria	Banjo	Bandolim	Braguinha
Viola	Acordeão	Caixa	Charango
Violoncelo	Adufe	Bongó	Flauta
Bombo	Afuche	Castanholas	Bendir
Harpa	Agogô	Cabaça	Harmónica
Clarinete	Pratos	Timbalão	Brinquinho
Clavas	Chinhalho	Fagote	Cholgo
Gongo	Harmónio	Contrabaixo	Conga
Cravo	Lira	Concertina	Dutar
Maraca	Nevel	Oboé	Mongolo
Ocarina	Rabeca	Sanfona	Saxofone
Tyba	Trompa	Taba	Triângulo
Sarronca	Trombone	Violão	Alaúde
Órgão	Cavaquinho	Tamborim	Djembê
Trompete	Tuba	Vibrafone	Xilofone

Desse amplo leque de 68 palavras, foram selecionadas apenas dez para serem incluídas na lâmina neutra. O critério de seleção baseou-se no facto de as dez palavras terem sido classificadas, por todos os juizes, como pertencendo à categoria de instrumentos musicais e tendo em consideração as 3 cores a utilizar no Stroop Emocional – vermelho, azul e verde, já que as palavras escolhidas apresentam o mesmo número de sílabas da cor na qual serão impressas.

Seguidamente apresentam-se as palavras que foram selecionadas, pelos juizes, segundo os critérios acima referidos para a elaboração da lâmina neutra.

Tabela 10: Palavras pertencentes à categoria de instrumentos musicais, para constituir a lâmina neutra

Instrumentos Musicais
Bandolim
Cravo
Flauta
Harpa
Gaita
Guitarra
Trombone
Tambor
Trompete
Bombo

Palavras Positivas e Negativas

No que concerne ao processo de construção das lâminas positiva e negativa, primeiramente foi realizada uma pesquisa bibliográfica para a obtenção das palavras associadas à problemática em questão (sintomas depressivos) e a etapa do ciclo vital na qual os sujeitos se encontram. Desta pesquisa foram obtidas cerca de 118 palavras que foram, posteriormente, apresentadas aos juízes da área da Psicologia Clínica, que constituem esta amostra. Foi então pedido aos especialistas - através de uma autorização (Cf. Anexo 3) - que classificassem as palavras de acordo com uma escala tipo Likert, com valores que variavam entre o -2 (palavras muito negativas) e o +2 (palavras muito positivas), (Cf. Anexo 4). Tal como aconteceu no processo de construção da lâmina neutra, nesta lista os juízes também poderiam acrescentar outras palavras que considerassem pertinentes.

Das iniciais 118 palavras, apenas vinte foram selecionadas, dentre as quais, dez foram classificadas como positivas e dez classificadas como negativas. A escolha, destas palavras, deveu-se ao facto das mesmas terem obtido uma pontuação acima dos 60%, após a classificação dada pelos cinco juízes. Para além deste critério, e à semelhança do que aconteceu na lâmina neutra, consideramos da mesma forma o número de sílabas das palavras, de forma a garantir que as palavras escolhidas apresentassem o mesmo número de sílabas correspondentes ao número de sílabas das palavras da cor na qual serão impressas.

Tabela 11: Palavras para constituírem as lâminas, positiva e negativa, com a avaliação efetuada pelos Juizes

Palavras	Muito Negativa	Negativa	Neutra	Positiva	Muito Positiva
Amor	0%	0%	0%	0%	100%
Dor	20%	80%	0%	0%	0%
Desânimo	20%	80%	0%	0%	0%
Ativação	20%	0%	0%	60%	20%
Amargura	60%	40%	0%	0%	0%
Admiração	0%	0%	20%	40%	40%
Escuridão	0%	20%	80%	0%	0%
Ódio	60%	40%	0%	0%	0%
Anoitecer	0%	0%	100%	0%	0%
Vida	0%	0%	0%	20%	80%
Preocupação	0%	60%	40%	0%	0%
Energia	0%	0%	0%	20%	80%
Doença	80%	20%	0%	0%	0%
Punição	40%	60%	0%	0%	0%
Tranquilidade	0%	0%	0%	40%	60%
Pobreza	40%	40%	20%	0%	0%
Infelicidade	80%	20%	0%	0%	0%
Eficácia	0%	0%	0%	40%	60%
Entusiasmo	0%	0%	0%	20%	80%

Desconfiança	0%	80%	20%	0%	0%
Perda	80%	20%	0%	0%	0%
Ternura	0%	0%	0%	0%	100%
Troféu	0%	0%	0%	80%	20%
Óbito	60%	40%	0%	0%	0%
Tristeza	20%	60%	20%	0%	0%
Encanto	0%	0%	0%	40%	60%
Emprego	0%	0%	40%	20%	40%
Desilusão	0%	100%	0%	0%	0%
Inutilidade	60%	20%	20%	0%	0%
Indecisão	0%	60%	20%	20%	0%
Diversão	0%	0%	0%	40%	60%
Decisão	0%	0%	20%	60%	20%
Desgosto	40%	60%	0%	0%	0%
Problema	0%	40%	60%	0%	0%
Conforto	0%	0%	0%	60%	40%
Sol	0%	0%	20%	0%	80%
Violência	100%	0%	0%	0%	0%
Suicídio	100%	0%	0%	0%	0%
Esperança	0%	0%	0%	20%	80%
Cuidado	0%	0%	60%	20%	20%
Choro	0%	80%	20%	0%	0%
Conflito	20%	80%	0%	0%	0%
Ajuda	0%	0%	0%	40%	60%
Riso	0%	0%	20%	0%	80%
Angústia	80%	20%	0%	0%	0%
Ansiedade	20%	40%	40%	0%	0%
Amizade	0%	0%	0%	0%	100%
Saúde	0%	0%	0%	0%	100%
Simpatia	0%	0%	0%	20%	80%
Insônia	0%	80%	20%	0%	0%
Adolescência	0%	0%	40%	20%	40%
Lazer	0%	0%	40%	20%	40%
Homicídio	80%	0%	20%	0%	0%
Impulsividade	40%	40%	20%	0%	0%
Carinho	0%	0%	0%	20%	80%
Caridade	0%	0%	0%	40%	60%
Desemprego	60%	20%	20%	0%	0%
Sucesso	0%	0%	0%	60%	40%
Otimismo	0%	0%	0%	20%	80%
Depressão	100%	0%	0%	0%	0%

Despedida	20%	40%	40%	0%	0%
Confiança	0%	0%	0%	60%	40%
Bondade	0%	0%	0%	60%	40%
Aborrecimento	0%	80%	20%	0%	0%
Funeral	80%	0%	20%	0%	0%
Amabilidade	0%	0%	0%	80%	20%
Alegria	0%	0%	0%	20%	80%
Assassinato	80%	20%	0%	0%	0%
Beleza	0%	0%	0%	80%	20%
Vitória	0%	0%	0%	80%	20%
Crise	20%	60%	20%	0%	0%
Agressividade	80%	20%	0%	0%	0%
Carência	40%	40%	20%	0%	0%
Ambição	0%	20%	20%	60%	0%
Animação	0%	0%	0%	40%	60%
Cansaço	0%	60%	40%	0%	0%
Culpabilidade	40%	20%	40%	0%	0%
Paz	0%	0%	0%	0%	100%
Alívio	0%	0%	20%	40%	40%
Desesperança	60%	20%	20%	0%	0%
Inferioridade	60%	20%	20%	0%	0%
Suporte	0%	0%	0%	40%	60%
Meta	0%	0%	40%	20%	40%
Frustração	20%	60%	20%	0%	0%
Morte	80%	20%	0%	0%	0%
Luto	40%	60%	0%	0%	0%
Relação	0%	0%	20%	40%	40%
Prazer	0%	0%	0%	40%	60%
Fraqueza	40%	40%	20%	0%	0%
Mágoa	60%	20%	20%	0%	0%
Relaxamento	0%	0%	0%	40%	60%
Persistência	0%	0%	0%	40%	60%
Defeito	0%	40%	60%	0%	0%
Solidão	20%	80%	0%	0%	0%
Separação	20%	40%	40%	0%	0%
Segurança	0%	0%	0%	80%	20%
Nascimento	0%	0%	20%	40%	40%
Sufrimento	20%	60%	20%	0%	0%
Fardo	60%	20%	20%	0%	0%
Fuga	20%	60%	20%	0%	0%
Futuro	0%	0%	0%	60%	40%

Felicidade	0%	0%	0%	0%	100%
Música	0%	0%	20%	20%	60%
Fadiga	0%	80%	20%	0%	0%
Palavras não referidas na tabela e a incluir					
Pessoa	0%	0%	0%	0%	20%
Crescer	0%	0%	0%	0%	20%
Partilha	0%	0%	0%	20%	0%
Desdém	0%	20%	0%	0%	0%
Pena	0%	0%	0%	20%	0%

3.3.2 Fase 2

3.3.2.1 Participantes

A amostra desta segunda fase é constituída por 300 sujeitos de nacionalidade portuguesa, do ensino universitário da Universidade da Madeira. Esta amostra caracteriza-se como não probabilística ou intencional. Como critério de exclusão definiu-se o facto da Língua Portuguesa não ser a língua materna.

No que se refere às idades dos sujeitos, a média é de 21,91 anos, existindo um desvio padrão de 2,83, o que indica uma pequena dispersão entre as idades dos sujeitos, sendo a idade mínima de 18 anos e a máxima de 30 anos e por fim, a moda e a mediana de 21 anos.

Em relação ao género, 139 são do sexo masculino e 161 do sexo feminino (Cf. Figura 1).

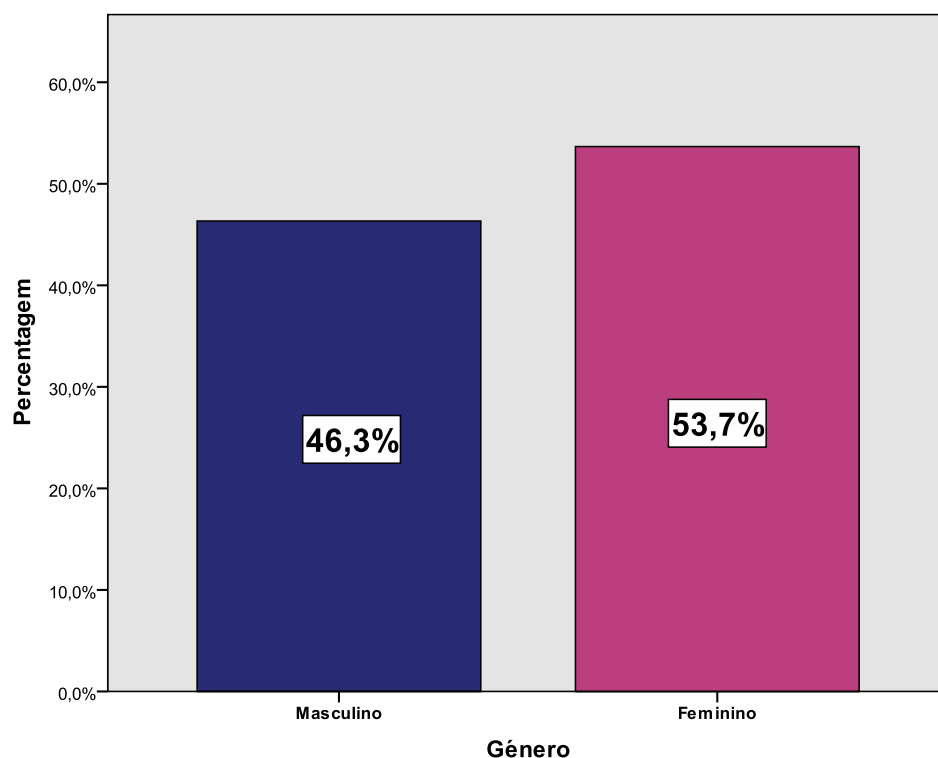


Figura 1: Distribuição percentual relativamente ao género (n = 300, moda = género feminino)

Desta amostra aproximadamente 10 % pertencem ao curso de Psicologia, 9,3% ao Ensino Básico, 12,3% ao Mestrado em Educação Pré-Escolar e Ensino do 1º ciclo do Ensino Básico, 16% Engenharia Informática, 5,3% Engenharia Civil, 8% Educação Física e Desporto, 5% Desing Multimédia e Interativa, 6,7% Engenharia Electrónica e Telecomunicações, 3,3% Comunicação Cultura e Organizações, 4% Economia, 6,7 % Gestão, 3% Bioquímica, 1% Audiovisual e Multimédia, 5,7% Ciências da Cultura e 3,7% Mestrado em Estudos Regionais e Locais (Figura 2).

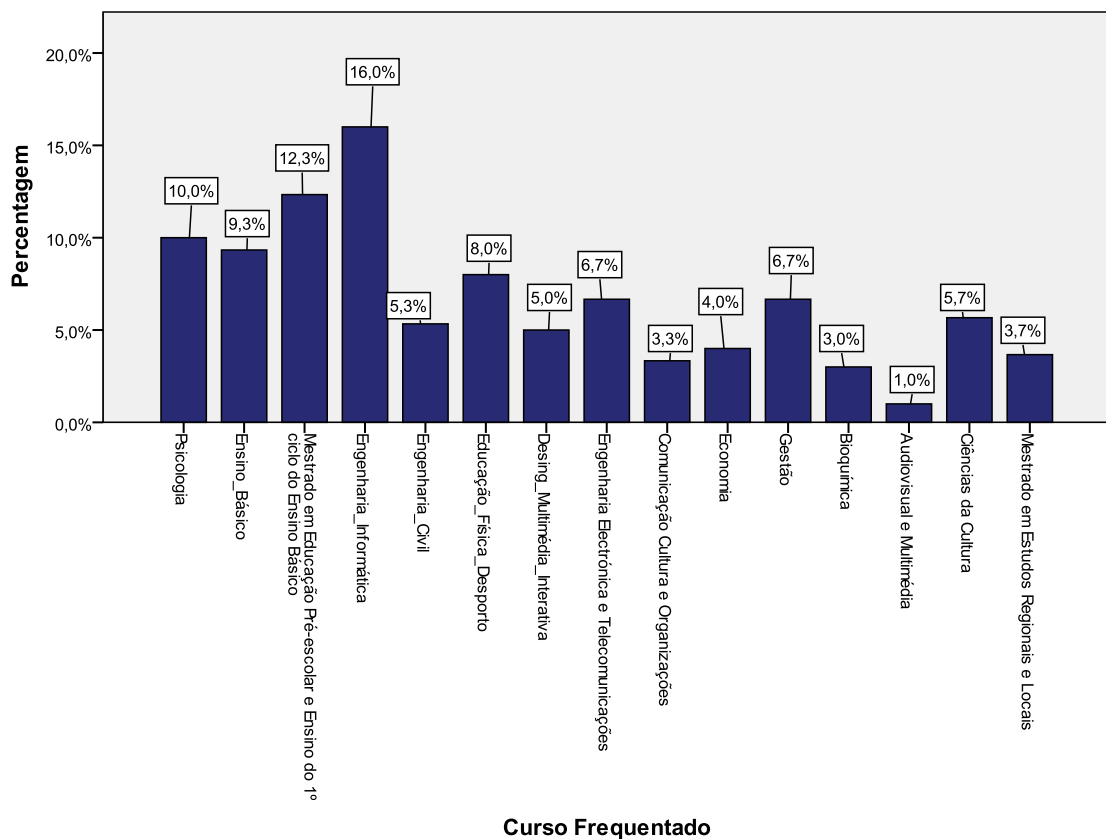


Figura 2: Distribuição percentual relativamente ao curso frequentado (n=300, moda=Engenharia Informática)

3.3.2.2 Procedimentos

Depois da obtenção dos três conjuntos de palavras foi elaborado um questionário (Cf. Anexo 5). Na primeira página constava uma breve explicação do estudo, assim como as instruções. Na segunda página, eram apresentadas algumas palavras de carácter biográfico que deveriam ser preenchidas pelos sujeitos. Tal como nessa página, as restantes também apresentavam no topo uma breve explicação em relação à tarefa que era requerida aos sujeitos, e por fim, três tabelas nas quais os sujeitos se deveriam pronunciar, numa escala tipo *Likert* de quatro fatores, quanto ao que lhes era requerido.

Antes da aplicação dos questionários, foi estabelecido um contacto formal com os docentes das diversas unidades curriculares, com o intuito de se obter um consentimento para

aplicação dos questionários dentro do contexto de sala de aula (Cf. Anexo 6). Após a obtenção dos consentimentos e definição de horários, os questionários foram aplicados aos alunos, trás uma breve explicação do objetivo do estudo e da tarefa, bem como a obtenção de consentimento informado. Tendo ficado sempre garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados obtidos.

Desta forma, a amostra utilizada nesta investigação avaliou os três conjuntos de palavras estímulo - neutras, positivas e negativas - numa escala tipo *Likert*, cujos valores variavam entre 1 (nada) e 4 (muito) no que se refere: à “Frequência de Uso”, (se as palavras são ou não utilizadas no quotidiano), à “Familiaridade” (se são mais ou menos familiares), ao “Nível de Compreensão” (se o seu significado é dominado) e, por último, ao “Grau de Evocação da Imagem” (se é fácil ou difícil a visualização mental da imagem correspondente às palavras apresentadas).

Para finalizar, procedeu-se ao tratamento e análise dos dados recolhidos.

3.3.2.3 Resultados

Lâmina Neutra

No que respeita aos resultados da lâmina neutra, é possível verificar que, quanto à frequência de uso, todas as palavras apresentaram valores abaixo da média (2,50), sendo o valor mais elevado obtido através da palavra *Guitarra* (2,20), e os valores mais baixos obtidos através das palavras *Bandolim* e *Harpa*.

Tabela 12: Palavras neutras quanto à frequência de uso

Palavras	N	Frequência de Uso Média	Desvio Padrão
<i>Bandolim</i>	300	1,40	0,68
<i>Cravo</i>	300	1,49	0,65
<i>Flauta</i>	300	1,83	0,78
<i>Harpa</i>	300	1,40	0,63
<i>Gaita</i>	300	1,61	0,76
<i>Guitarra</i>	300	2,20	0,95
<i>Trombone</i>	300	1,43	0,64
<i>Tambor</i>	300	1,70	0,80
<i>Trompete</i>	300	1,46	0,70
<i>Bombo</i>	300	1,46	0,70

No que se diz respeito aos resultados referentes à familiaridade das palavras neutras, estes encontram-se representados na seguinte tabela (Tabela 13). É possível verificar que existem duas palavras com valores abaixo da média (2,50), sendo o valor mais elevado, obtido através da palavra *guitarra* (3,14) e o valor mais baixo obtido através da palavra *bandolim* (2,46).

Tabela 13: Palavras neutras quanto à familiaridade

Palavras	N	Familiaridade Média	Desvio Padrão
Bandolim	300	2,46	0,98
Cravo	300	2,49	0,96
Flauta	300	3,00	0,90
Harpa	300	2,63	0,93
Gaita	300	2,69	0,94
Guitarra	300	3,14	0,87
Trombone	300	2,60	0,90
Tambor	300	2,84	0,88
Trompete	300	2,64	0,93
Bombo	300	2,50	0,95

Na seguinte tabela (Tabela 14), encontram-se os resultados obtidos relativamente ao nível de compreensão das palavras neutras. É possível verificar que todas as palavras apresentam resultados superiores à média, sendo o resultado mais elevado o que corresponde à palavra *guitarra* (3,48), e por sua vez, o resultado mais baixo corresponde à palavra *cravo* (2,97).

Tabela 14: Palavras neutras quanto ao nível de compreensão

Palavras	N	Compreensão Média	Desvio Padrão
Bandolim	300	2,99	0,87
Cravo	300	2,97	0,86
Flauta	300	3,43	0,67
Harpa	300	3,16	0,80
Gaita	300	3,17	0,76
Guitarra	300	3,48	0,64
Trombone	300	3,13	0,76
Tambor	300	3,38	0,69
Trompete	300	3,16	0,76
Bombo	300	3,01	0,86

Relativamente aos resultados obtidos para o grau de evocação de imagem, presentes na seguinte tabela (Tabela 15), verifica-se novamente que todos os resultados são superiores à média, sendo o resultado mais elevado o correspondente à palavra *Flauta* (3,71) e o mais baixo à palavra *Bandolim* (2,74).

Tabela 15: Palavras neutras quanto ao grau de evocação de imagem

Palavras	N	Grau de Evocação de Imagem Média	Desvio Padrão
Bandolim	300	2,74	0,96
Cravo	300	2,76	1,03
Flauta	300	3,71	2,41
Harpa	300	3,36	0,73
Gaita	300	3,22	0,79
Guitarra	300	3,61	0,59
Trombone	300	3,03	0,85
Tambor	300	3,45	0,70
Trompete	300	3,14	0,87
Bombo	300	2,99	0,97

Lâmina Positiva

No que se refere às palavras da lâmina positiva e relativamente à frequência de uso, existem duas palavras com valores abaixo da média (2,50), sendo que a palavra que apresenta o valor mais elevado é a palavra *vida* (3,30) e a que apresenta o valor mais baixo é a palavra *troféu* (2,05) (Cf. Tabela 15).

Tabela 16: Palavras positivas quanto à Frequência de Uso

Palavras	N	Frequência de uso Média	Desvio Padrão
Amor	300	3,13	0,82
Ternura	300	2,35	0,84
Energia	300	3,04	0,70
Sucesso	300	2,90	0,74
Troféu	300	2,05	0,83
Lazer	300	2,61	0,88
Riso	300	3,15	0,81
Carinho	300	2,97	0,86
Prazer	300	2,95	0,79
Vida	300	3,30	0,73

Seguidamente apresentam-se os resultados da familiaridade para as palavras positivas. Tal como na tabela anterior, também nesta todas as palavras apresentam resultados superiores à média, sendo a palavra que apresenta o resultado mais baixo a palavra *troféu* (3,17) e o mais alto a palavra *riso* (3,60).

Tabela 17: Palavras positivas quanto à Familiaridade

Palavras	N	Nível de Familiaridade Média	Desvio Padrão
Amor	300	3,57	0,62
Ternura	300	3,37	0,73
Energia	300	3,50	0,66
Sucesso	300	3,48	0,62
Troféu	300	3,17	0,83
Lazer	300	3,44	0,68
Riso	300	3,60	0,57
Carinho	300	3,51	0,65
Prazer	300	3,50	0,66
Vida	300	3,58	0,60

No que se refere ao nível de compreensão, verifica-se que todas as palavras apresentam resultados superiores à média, sendo o resultado mais baixo obtido mediante a palavra *ternura* (3,41) e o mais alto para a palavra *riso* (3,62) (Cf. Tabela 18).

Tabela 18: Palavras positivas quanto ao Nível de Compreensão

Palavras	N	Nível de Compreensão Média	Desvio Padrão
Amor	300	3,46	0,76
Ternura	300	3,41	0,72
Energia	300	3,53	0,62
Sucesso	300	3,54	0,62
Troféu	300	3,42	0,68
Lazer	300	3,55	0,62
Riso	300	3,62	0,57
Carinho	300	3,54	0,63
Prazer	300	3,53	0,62
Vida	300	3,47	0,74

No que toca ao grau de evocação de imagem, todos os resultados obtidos são superiores à média. Sendo que o resultado mais elevado é obtido mediante a palavra *riso* (3,59) e o mais baixo através da palavra *ternura* (3,12).

Tabela 19: Palavras positivas quanto Grau de Evocação de Imagem

Palavras	N	Grau de Evocação de Imagem Média	Desvio Padrão
Amor	300	3,26	0,85
Ternura	300	3,12	0,90
Energia	300	3,20	0,87
Sucesso	300	3,18	0,85
Troféu	300	3,39	0,71
Lazer	300	3,30	0,78
Riso	300	3,59	0,60
Carinho	300	3,15	0,96
Prazer	300	3,28	0,83
Vida	300	3,27	0,83

Lâmina Negativa

Os resultados obtidos quanto à frequência de uso das palavras constituintes da lâmina negativa encontram-se apresentados seguidamente. É possível verificar que a palavra com menor frequência de uso é a palavra *fardo* (1,65), por outro lado, a de maior frequência de uso é a palavra *crise* (3,08).

Tabela 20: Palavras negativas quanto à Frequência de uso

Palavras	N	Frequência de uso Média	Desvio Padrão
Depressão	300	2,14	0,88
Doença	300	2,44	0,81
Perda	300	2,15	0,83
Conflito	300	2,20	0,82
Solidão	300	2,03	0,87
Morte	300	2,14	0,91
Fardo	300	1,65	0,80
Crise	300	3,08	0,94
Luto	300	1,85	0,83
Choro	300	2,24	0,86

No que se refere à familiaridade das palavras, é possível verificar que todas obtiveram resultados superiores à média, embora, a palavra que apresenta um resultado mais baixo é a palavra *fardo* (2,53), enquanto a que apresenta um resultado mais elevado é a palavra *crise* (3,35).

Tabela 21: Palavras negativas quanto à familiaridade

Palavras	N	Familiaridade Média	Desvio Padrão
Depressão	300	2,97	0,90
Doença	300	3,12	0,84
Perda	300	2,91	0,89
Conflito	300	2,93	0,88
Solidão	300	2,86	0,99
Morte	300	2,92	0,98
Fardo	300	2,53	1,00
Crise	300	3,35	0,78
Luto	300	2,79	1,01
Choro	300	3,01	0,90

Seguidamente, no que diz respeito ao nível de compreensão das palavras negativas. Verifica-se que todas as palavras apresentam valores superiores à média, sendo que a palavra que apresenta os resultados mais baixos é a palavra *morte* (2,86), enquanto a palavra que apresenta os resultados mais elevados é a palavra *fardo* (3,27).

Tabela 22: Palavras negativas quanto ao nível de compreensão

Palavras	N	Nível de Compreensão Média	Desvio Padrão
Depressão	300	3,10	0,84
Doença	300	3,05	0,92
Perda	300	3,18	0,80
Conflito	300	3,11	0,88
Solidão	300	3,03	1,01
Morte	300	2,86	0,95
Fardo	300	3,27	0,74
Crise	300	3,26	0,82
Luto	300	3,03	0,95
Choro	300	3,24	0,80

No respeito ao grau de evocação de imagem, isto é, apresentação de uma imagem mental associada à palavra, também todas apresentam valores superiores à média. Assim sendo, a palavra que apresenta resultados mais baixo é a palavra *fardo* (2,61) e a que apresenta resultados mais elevados é a palavra *choro* (3,32).

Tabela 23: Palavras negativas quanto ao grau de Evocação de Imagem

Palavras	N	Grau de Evocação de Imagem Média	Desvio Padrão
Depressão	300	2,90	0,92
Doença	300	3,15	0,78
Perda	300	2,92	0,91
Conflito	300	3,12	0,82
Solidão	300	3,07	0,88
Morte	300	3,14	0,87
Fardo	300	2,61	1,01
Crise	300	3,20	0,82
Luto	300	3,01	0,89
Choro	300	3,32	0,73

3.3.2.4 Discussão dos resultados

A presente fase da investigação teve como objetivo a realização de um estudo prévio para a realização de uma futura validação do teste Stroop Emocional para a Detecção de Sintomas Depressivos.

Assim sendo, analisando os resultados obtidos nas fases um e dois deste estudo é possível verificar que estes se encontram suportados pela teoria dos protótipos de Rosch (1973,1981). Desta forma, todas as palavras foram categorizadas, de acordo com a opinião de juízes especialistas nas áreas em estudo. Contudo, observou-se que algumas das palavras apresentadas a estes especialistas não foram selecionadas, o que sugere que estas não seriam a melhor representação para as categorias em questão.

Por outro lado, esta investigação garante uma boa fiabilidade dos resultados obtidos, na medida em que foi utilizada uma amostra de considerável amplitude (n=300).

Relativamente à análise dos resultados obtidos na segunda fase, mais concretamente, às palavras da lâmina neutra, verifica-se que todas elas obtiveram resultados inferiores à média. Estes resultados podem dever-se ao facto de ter sido escolhida uma categoria que, embora conhecida pela grande maioria dos sujeitos da amostra, não é muito utilizada, dado que esta amostra foi recolhida numa instituição Universitária, onde a maioria dos sujeitos não tem contato, e possivelmente nunca teve, com instrumentos musicais, tornando-se, deste modo, uma categoria invulgar para alguns deles, sendo a palavra mais frequentemente utilizada

guitarra e as menos utilizadas *harpa* e *bandolim* - tendo obtido os mesmos resultados. Estes resultados poderão estar relacionados com o facto das palavras *harpa* e *bandolim* serem palavras pouco comuns no quotidiano da mostra estudada. No que respeita à familiaridade, como foi possível verificar, a palavra mais familiar para os sujeitos do estudo foi novamente *guitarra*, tendo sido, também, a menos familiar a palavra *bandolim*. Relativamente ao nível de compreensão a palavra que apresentou resultados mais baixos a este nível foi *cravo*, sendo que a que apresenta os resultados mais elevados é mais uma vez a palavra *guitarra*. Estes resultados poderão dever-se ao facto da utilização do cravo ter-se dissipado gradualmente com a aparição do piano e, ainda, por ser muitas vezes confundido com este, uma vez que é um instrumento que tem um formato de piano, o que faria com que muitos dos sujeitos, que não têm conhecimento da sua existência na área da música, não o reconheçam. Por outro lado, a *guitarra* é um instrumento musical, que poderá ser facilmente encontrada em qualquer parte onde nos encontremos, muito popular a nível cultural e apresentando pequenas variações, na grafia, na maior parte das línguas. Por fim, no que diz respeito ao grau de avocação de imagens, os sujeitos afirmaram ser mais fácil evocar a imagem de uma *flauta*, enquanto, que a mais difícil de evocar seria novamente o *bandolim*. Isto porque, provavelmente, já desde a educação básica, muitos dos sujeitos, na disciplina de educação musical, estiveram em contacto com este instrumento musical.

No que respeita às palavras da lâmina positiva, e relativamente à frequência de uso, a palavra mais frequentemente utilizada é *vida*, enquanto a menos utilizada é *troféu*. Uma possível explicação para este resultado pode dever-se à palavra *troféu*, ser uma palavra pouco comum no quotidiano da população estudada. No que respeita à familiaridade, a palavra referida como mais familiar para os sujeitos foi a palavra *riso*, sendo a palavra menos familiar, novamente, *troféu*. Estes resultados podem ser justificados através do facto de que a palavra *riso* fazer parte do quotidiano de todas as pessoas, sendo também uma palavra que se encontra referenciada nos nossos marcos do desenvolvimento. Referentemente ao nível de compreensão a palavra com resultados mais elevados foi novamente *riso*, enquanto a que obteve um valor mais baixo foi *ternura*. Este resultado poderá dever-se a questões culturais, uma vez que é mais frequente a utilização dos conceitos *carinho* ou *meiguice* em detrimento de *ternura*. Em relação ao grau de evocação de imagem a palavra mais facilmente evocada é *riso*, enquanto a mais difícil é *ternura*, já este resultado, poderá dever-se à subjectividade da palavra *ternura*.

No que respeita à lâmina negativa e em relação à frequência de uso, a maioria das palavras obteve resultados inferiores à média. Estes resultados podem ser justificados, uma vez que se trata de uma amostra considerada normativa, não seria de esperar que os resultados fossem superiores à média. Caso se estivesse a trabalhar com uma amostra clínica com sujeitos com ideação suicida ou com perturbação depressiva, seria de esperar resultados superiores à média. Uma vez que o significado das palavras é compreendido e estas se encontram associadas a acontecimentos de vida negativos, são suscetíveis de gerar ativação apenas para os sujeitos que apresentem sintomas depressivos, o que não parece ser o caso da amostra em

estudo. Neste sentido, não são usadas com frequência pelos sujeitos no seu dia-a-dia, e conseqüentemente não se encontram incorporadas no seu léxico (Esgalhado, Loureiro & Cabaco, 2003). Todavia, nos dias que decorrem, encontramos-nos a vivenciar um período de dificuldade e sofrimento derivados da grande crise económica europeia, que está sendo fortemente sentida por um grande grupo de pessoas de todas as faixas etárias. Isto poderia justificar o facto da palavra *crise* ter sido a mais utilizada e a que apresenta maior familiaridade. Por outro lado a palavras que apresentou menor frequência de uso e de familiaridade foi a palavra *fardo*, tendo apresentado resultados inferiores à média (frequência de uso).

No que se refere ao nível de compreensão, a palavra que obteve resultados mais elevados foi *fardo* (3,27) e a mais baixa *morte*. Isto poderá estar novamente relacionado com o período de crise em que nos encontramos. Podendo isto ser justificado, através do facto de grande parte da amostra ser: filhos de pais divorciados, com dificuldades económicas, filhos de pais e trabalhadores que ficaram desempregados com o decorrer da crise, dependentes de outras pessoas a nível económico e sem possuírem apoio financeiro (por exemplo, bolsas). Nos dias que decorrem estes momentos são vivenciados, pela maioria, com grandes frustrações, marcados por um conjunto de transformações físicas, psicológicas e sociais variadas. Assim, uma vez que estes jovens adultos se encontram a vivenciar este período, seriam de esperar os resultados obtidos.

No que diz respeito ao grau de evocação de imagem, o resultado mais baixo foi obtido através da palavra *fardo* e o mais elevado perante a palavra *choro*. Possivelmente, estes resultados devem-se ao facto de a palavra *choro* ser bastante comum no dia-a-dia de todas as pessoas, enquanto a palavra *fardo* não ser habitualmente utilizada por sujeitos pertencentes a esta faixa etária.

Os resultados obtidos encontram-se suportados por estudos realizados por Rosch (1973,1981), na medida em que a organização do nosso conhecimento é sem dúvida realizada mediante categorias nas quais reunimos as nossas aquisições. Neste sentido, cada fragmento é considerado como pertencente a uma categoria, não por se saber que possui um determinado atributo, mas por se considerar que este possui atributos que o aproximam das ideias para ele. Desta forma, no que concerne às categorias das palavras apresentadas anteriormente, no caso das palavras positivas a maioria dos resultados encontra-se acima da média, o que justifica que qualquer uma das palavras é a melhor representação do protótipo. Relativamente às palavras neutras, os resultados obtidos são inferiores à média uma vez que não estamos perante uma amostra que se seja especializada na área da música. No que diz respeito às palavras negativas, os resultados obtidos são inferiores uma vez que não nos encontramos perante uma amostra clínica, contudo podemos dizer que estes sujeitos são igualmente a melhor representação do protótipo da categoria. No caso deste estudo realizar-se com sujeitos de culturas diferentes e contextos diferentes (por exemplo, conservatório de música), as palavras obtidas provavelmente seriam distintas, uma vez que os sujeitos apresentam uma tendência inata para organizar e categorizar o seu conhecimento de acordo com as suas aprendizagens e com as questões culturais do seu meio.

3.3.3 Fase 3

3.3.3.1 Objetivos

No que respeita aos objetivos desta terceira fase pretende-se:

- Avaliar o desempenho dos participantes nas três lâminas da Tarefa Stroop Emocional, comparativamente entre sujeitos com sintomas depressivos e sujeitos sem sintomas depressivos.

Embora não se encontrem definidas as hipóteses neste estudo, espera-se que sujeitos que não apresentam sintomas depressivos obtenham um melhor desempenho na realização desta tarefa comparativamente a aqueles que apresentam sintomas depressivos. Sendo que, estes segundos apresentaram um grau de interferência maior relativamente aos que não apresentam sintomas depressivos.

Como variáveis independentes serão consideradas: a presença de sintomas depressivos nos sujeitos e a sua ausência para cada uma das variáveis inerentes ao Teste Stroop Emocional.

3.3.3.2 Participantes

Para a realização desta terceira e última fase da investigação, recorreu-se a uma amostra não probabilística ou intencional. Esta amostra é constituída por 60 sujeitos de nacionalidade portuguesa, de uma instituição do concelho do Funchal. Como critério de exclusão definiu-se novamente o facto da Língua Portuguesa não ser a língua materna.

No que se refere às idades dos sujeitos, a média é de 32,52 sendo a idade mínima de 18 anos e a máxima de 50 anos. Como é possível observar na figura 3, em relação ao género, 21 são do sexo masculino e 39 do sexo feminino. No que diz respeito ao tipo de residência 13 residem em meio rural e 47 em meio urbano.

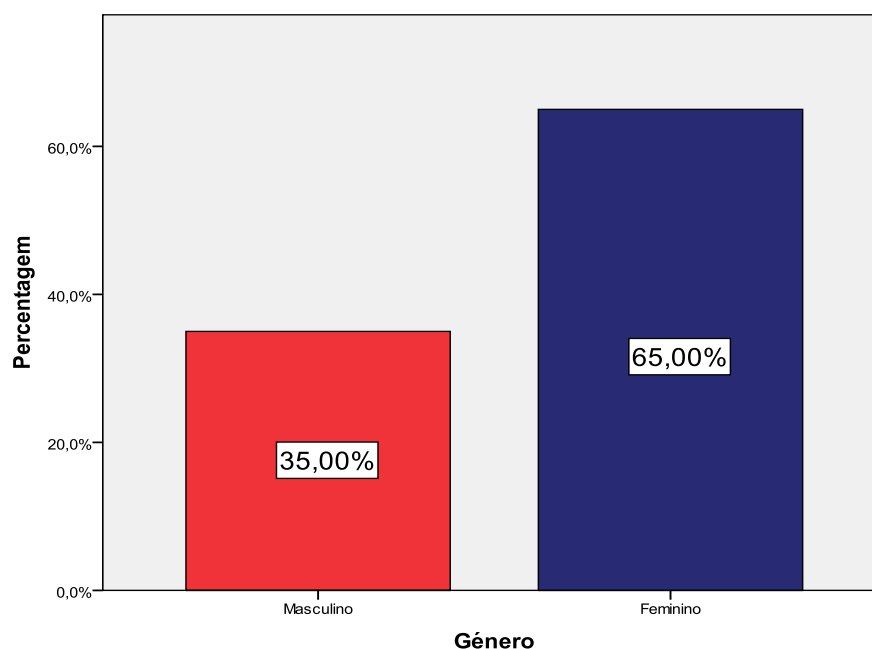


Figura 3: Distribuição percentual relativamente ao género (n = 300, moda = género feminino)

Desta amostra aproximadamente 20% são assistentes operacionais, 11,7% são professores, 20% são estudantes, 3,3% são carteiros, 8,3% encontram-se desempregados, 1,7% são rececionistas, 8,3% são educadores de infância, 1,7% são assistentes técnicos, 1,7% psicólogos, 3,3% são cozinheiros, 5% são empregados de balcão, 3,3% são ajudantes socioeducativas, 1,7% são: empregados de escritórios, empregados de mesa, coordenadoras pedagógicas e dentistas (Figura 4).

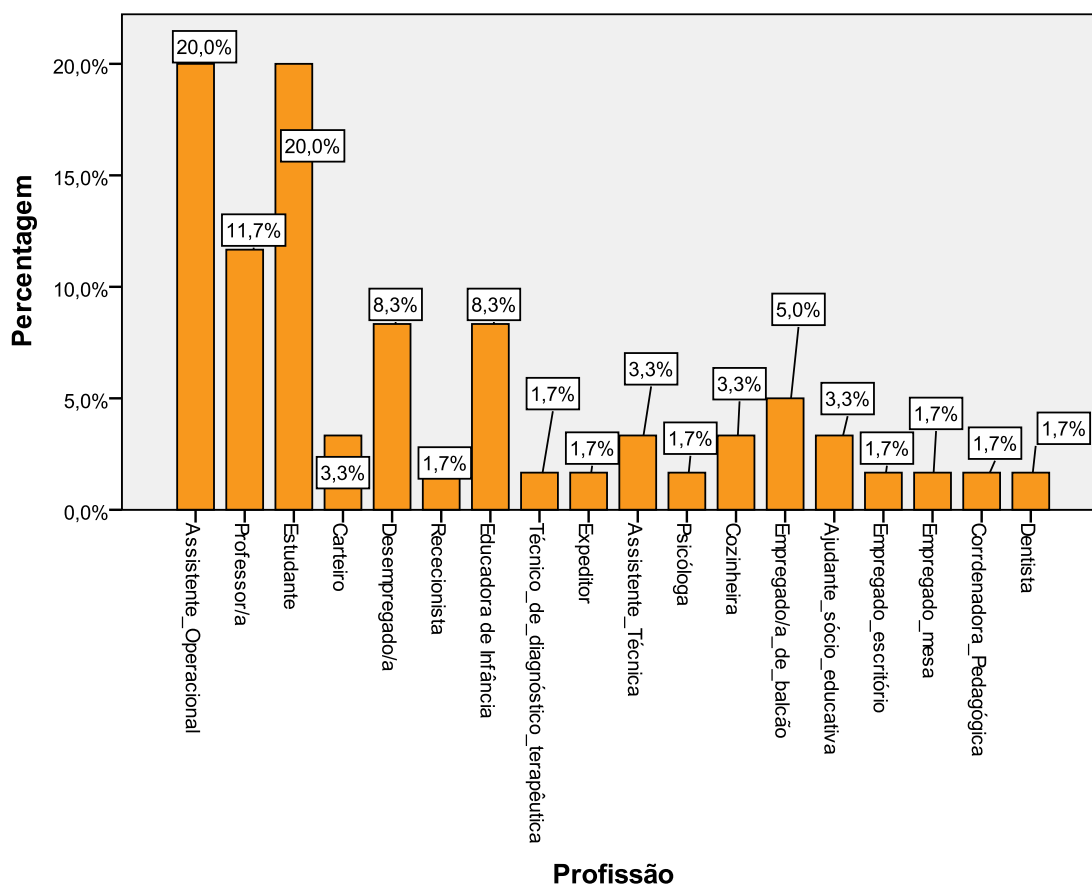


Figura 4: Distribuição percentual relativamente à profissão (n= 60, moda = assistente operacional)

3.3.3.3 Instrumentos

3.3.3.3.1 Stroop Emocional na Detecção de Sintomas Depressivos

Após a culminação de todos os procedimentos realizados anteriormente, nesta terceira fase da investigação, deu-se início à construção do Teste Stroop Emocional para a deteção de sintomas depressivos. Tal como todos os procedimentos de Stroop, seja ele clássico ou emocional, este teste obedeceu aos critérios de elaboração da prova. Deste modo, a lâmina apresenta-se impressa no formato A4 (21x30cm), sendo a primeira folha a de registo e cotação (figura 5) e as seguintes as três lâminas do teste, cada uma contendo 100 elementos, distribuídos por cinco colunas de 20 elementos. Todas as palavras foram dispostas de forma

aleatória, não sendo permitido que a mesma palavra surja duas vezes seguidas na mesma coluna, tal como não se permite que a mesma cor apareça duas vezes seguidas na coluna. Na tabela seguinte, apresentam-se as palavras que constituem as três lâminas do Teste Stroop Emocional para a deteção de sintomas depressivos.

Tabela 24: Palavras neutras, positivas e negativas que compõem as lâminas do teste de Stroop Emocional

Lâmina Neutra	Lâmina Positiva	Lâmina Negativa
Bandolim	Amor	Depressão
Cravo	Ternura	Doença
Flauta	Energia	Perda
Harpa	Sucesso	Conflito
Gaita	Troféu	Solidão
Guitarra	Lazer	Morte
Trombone	Riso	Fardo
Tambor	Carinho	Crise
Trompete	Prazer	Luto
Bombo	Vida	Choro

Seguidamente apresenta-se um excerto da folha de cotação (cf. Figura 5), utilizada na recolha de dados sobre o sujeito que realizou o teste. Teve-se em consideração a recolha dos itens adequados aos objetivos, tais como a idade, o género, a data da recolha dos dados, o tipo de residência: rural ou urbano, as habilitações literárias, a profissão, bem como a indicação da identificação, certa ou errada, das quatro cores apresentadas previamente à realização do teste.

STROOP Emocional para a Deteção de Sintomas Depressivos

Idade: _____ Género: _____ Data: ____/____/____

Residência: Rural Urbana

Habilitações literárias: _____ Profissão: _____



Figura 5: Excerto da página de Registo dos dados e cotação no Teste de Stroop Emocional para a deteção de sintomas depressivos

Na primeira lâmina as 10 palavras neutras encontram-se impressas em tinta colorida - vermelho, azul e verde - Na figura seguinte (Figura 6) apresenta-se um excerto desta lâmina.

GUIARRA	GAITA	TAMBOR
FLAUTA	FLAUTA	TROMPETE
HARPA	BANDOLIM	HARPA
TAMBOR	CRAVO	TROMBONE

Figura 6: Excerto da lâmina 1 ou lâmina neutra

Na segunda lâmina encontram-se de igual forma as 10 palavras positivas impressas em tinta colorida - vermelho, azul e verde - Na figura seguinte (Figura 7) encontra-se ilustrado um excerto desta lâmina

VIDA	ENERGIA	RISO
CARINHO	LAZER	PRAZER
TROFÉU	AMOR	TERNURA
RISO	CARINHO	RISO

Figura 7: Excerto da lâmina 2 ou lâmina positiva

A terceira e última lâmina é semelhante às outras, contudo encontra-se constituída pelas 10 palavras negativas. Na figura seguinte é apresentado um excerto dessa lâmina.

LUTO	DEPRESSÃO	FARDO
SOLIDÃO	CRISE	MORTE
CHORO	CHORO	CONFLITO
LUTO	DOENÇA	LUTO

Figura 8: Excerto da lâmina 3 ou lâmina negativa.

No que concerne às instruções, foi pedido aos participantes que, em voz alta, e tão depressa quanto pudessem, nomeassem as cores nas quais as palavras se encontravam impressas, ignorando o significado das mesmas. Estas instruções correspondiam às tarefas referentes às três páginas do teste. Sendo que para cada uma das páginas os sujeitos dispunham de 45 segundos (tempo medido através de um cronómetro).

Por último, no que diz respeito à obtenção das pontuações no teste, foi considerado o número de cores nomeadas em 45 segundos. Deste modo, o valor da interferência é obtido através da contagem do número de itens lidos por cada sujeito em 45 segundos, o que sugere que quanto maior for a sua pontuação (maior número de palavras lidas nos 45 segundos), mais resistente é o sujeito à sua interferência.

3.3.3.3.2 Escala de estado depressivo CES-D

De forma a garantir a ausência/presença de estados depressivos, foi utilizada a versão portuguesa da Escala de Estado Depressivo (Gonçalves & Fagulha, 2004) originalmente desenvolvida no *Center for Epidemiologic Studies of the National Institute of Mental Health* (CES-D), por Radloff (1977). Esta escala é constituída para avaliar o nível atual de sintomatologia depressiva, com ênfase na componente afetiva (humor depressivo). O material do teste é constituído por uma única folha de resposta que inclui as instruções e os itens (Radloff & Locke, 1986 cit in Schestatsky, 2002; Correia, 2007; Loureiro, 2009; Gonçalves & Fagulha, 2004; Gonçalves & Fagulha, 2006).

No que respeita à população alvo, a CES-D foi construída especificamente para estudos epidemiológicos sobre a população geral (Radloff, 1977), mas encontra-se igualmente adequada para populações clínicas (weissman, Sholomska, Pottenger, Prussoff & Locke, 1977 cit in Gonçalves & Fagulha, 2006).

Em Portugal foram realizados três estudos com a versão portuguesa da CES, sendo que o estudo A (N= 204), assim designado, foi realizado no ano 2000 e teve como objetivo avaliar a consistência interna e as características dos itens bem como a correlação com os resultados do Inventário de Beck. Este estudo utilizou uma amostra de estudantes universitários. Por outro lado, os estudos B e C foram realizados em 2000-2001 e visaram verificar a adequação da escala para a população geral portuguesa, incluindo a possibilidade de aplicação oral. O estudo B (N= 260) incidiu sobre uma amostra de utentes de um Centro de Saúde com idades compreendidas entre os 35 e os 65 anos, tendo igualmente como propósito estudar a validade da escala, tomando como critério o resultado duma entrevista clínica estruturada. Por fim, o estudo C (N= 135) utilizou uma amostra da população geral da mesma faixa etária recolhida em duas empresas da região da Lisboa.

No que respeita aos resultados obtidos nestes estudos foi possível verificar que os valores da consistência interna, correlações inter-item e correlações item-total, foram ligeiramente superiores aos obtidos nos estudos iniciais de Radloff (1977) com a versão original. Ainda em relação aos resultados obtidos, nos estudos A e C as médias dos itens situaram-se entre 0,25 e 0,92 para os itens de cotação direta e entre 0,92 e 1,35 para os itens de cotação inversa.

A pontuação média na CES-D foi de 1,34 nos sujeitos não deprimidos, contra 24,0 nos casos de Episódio Depressivo Minor, 26,5 na Perturbação Distímica e 38,6 nos sujeitos em que foi diagnosticado um episódio Depressivo Major (Gonçalves & Fagulha, 2006).

A CES-D é, ainda, uma escala sintomática que não se refere a nenhuma teoria específica da depressão. Pode dizer-se apenas que, implicitamente tende a remeter para uma perspetiva dimensional das perturbações depressivas, ou seja, para a ideia de uma variação contínua entre o funcionamento normal e a forma de depressão mais graves (Radloff & Locke, 1986 cit in Schestatsky, 2002; Correia, 2007; Loureiro, 2009; Gonçalves & Fagulha, 2004).

Os 20 itens que constituem esta escala foram selecionados de um conjunto de itens incluídos em escalas de depressão anteriormente validadas. A aplicação pode ser feita por questionário

escrito (aplicado de forma individual ou coletivamente) ou em entrevista oral (pode ser entregue ao sujeito um cartão com as opções de resposta).

As respostas a cada item são dadas numa escala de quatro pontos, do tipo linear, segundo a frequência com que cada sintoma esteve presente na semana precedente à aplicação do instrumento: “nunca ou muito raramente - menos de um dia” corresponde à pontuação zero; “ocasionalmente - um a dois dias” corresponde à pontuação um; “com alguma frequência - três a quatro dias” corresponde à pontuação dois; e “com muita frequência ou sempre” corresponde à pontuação três. Quatro itens são apresentados numa direção positiva para quebrar eventuais tendências de resposta e para avaliar afetos positivos (estes itens têm uma cotação inversa). O resultado final é igual à soma das cotações dos itens, podendo variar a sua pontuação entre zero e sessenta pontos.

Quanto mais elevado for o resultado, maior é a intensidade da sintomatologia depressiva manifestada pelo sujeito, ou seja, pontuações mais elevadas podem refletir a intensidade do desconforto que acompanha a depressão, não sendo no entanto diagnóstico de depressão (Radloff & Locke, 2000; Gonçalves & Fagulha, 2003; Burns, Lawlor & Graig, 2002; Blazer, 2003 cit in Loureiro, 2009; Schestatsky, 2002; Correia, 2007; Gonçalves & Fagulha, 2004; Fleck et al., 2002).

Os autores Gonçalves e Fagulha (2006) propuseram a utilização de um ponto de corte de 20 pelo facto de, nos seus estudos, a probabilidade de um sujeito com alguma forma de perturbação depressiva apresentar uma pontuação inferior a 20 (“falso negativo”) foi de 16,4% e de inversamente, a probabilidade de um sujeito não deprimido apresentar numa pontuação igual ou superior a 20 (“falso positivo”) foi de 22,0%. Assim sendo, pacientes com esta pontuação ou mais são considerados com risco para a depressão ou para a necessidade de tratamento, distinguindo, desta forma, os sujeitos com depressão moderada dos sujeitos normais (Schestatsky, 2002; Correia, 2007; Gonçalves & Fagulha, 2004; Fleck et al., 2002; Gonçalves & Fagulha, 2006).

Salientamos ainda o facto da CES-D ter sido escolhida de entre outros instrumentos pela sua rápida e fácil aplicabilidade. A redação dos itens e a forma de resposta é muito mais acessível do que a de outras escalas análogas, em particular o Inventário de Beck. Por sua vez, estas características tornam-na particularmente adequada para a utilização com populações de nível de instrução baixo e facilitam a eventual aplicação sob a forma oral. Além disso, o estudo A revelou que, em relação ao Inventário de Beck, a escala possibilita uma maior heterogeneidade de respostas na população geral, o que, por sua vez, sugere uma maior sensibilidade a pequenas variações da sintomatologia depressiva.

Por outro lado, os resultados do estudo B confirmaram que a CES-D, para além da utilização em estudos de carácter epidemiológico, pode ser utilizada em contexto clínico como instrumento de despiste de perturbações depressivas ou de avaliação da intensidade da sintomatologia depressiva, o que vá ao encontro deste trabalho.

Por fim, uma outra potencialidade é o facto de esta escala encontrar-se adaptada para a população portuguesa (Gonçalves & Fagulha, 2006).

Embora esta escala tenha muitas potencialidades, os seus itens não correspondem exatamente aos critérios definidos pelo DSM ou pela ICD para as perturbações depressivas. No entanto, à semelhança de outras escalas análogas, a CES-DE não deve ser utilizada isoladamente para fins de diagnóstico.

3.3.3.4 Procedimentos

Para a concretização desta última fase, primeiramente foi estabelecido um contato com os responsáveis da Instituição onde os dados foram recolhidos, com o intuito de obter um consentimento para a aplicação do Teste Stroop Emocional e da Escala CES-D dentro deste contexto. Depois da obtenção deste consentimento e definição dos horários, os participantes foram convidados a participar no estudo.

Antes de darmos início à realização das tarefas foi obtido um consentimento informado por parte dos participantes, onde ficou sempre garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados.

Desta forma, passámos à aplicação formal dos instrumentos, com o intuito de podermos concretizar os objetivos da terceira fase do presente trabalho. Imediatamente, antes da aplicação do teste, foi efetuado um rápido despiste de eventuais deficiências na perceção da cor (por exemplo, acromatismo ou dicromatismo), através da apresentação dos quadrados de cor (amarelo, verde, azul e vermelho) e pedindo aos participantes que identificassem as cores apresentadas. Posteriormente foram dadas algumas indicações e instruções de forma a garantir a realização adequada da Tarefa de Stroop Emocional. Assim sendo, para a realização desta tarefa foi pedido aos participantes que, em voz alta, e tão depressa quanto possível, nomeassem a cor na qual a palavra se encontrava impressa, ignorando o significado da mesma. Estas instruções correspondiam às tarefas referentes às três páginas do teste. Sendo que para cada uma das páginas os sujeitos dispunham de 45 segundos. Para finalizar, solicitámos o preenchimento da versão portuguesa da Escala de Estados Depressivos (CES-D) (Gonçalves e Fagulha, 2003). Esta foi preenchida de forma individual por cada participante, na presença da investigadora. Referimos ainda que a realização destas tarefas demorou cerca de 15 minutos, sempre numa sala disponibilizada pela própria instituição e com a garantia de que existissem boas condições para a aplicação destas provas.

Seria importante mencionar também que, embora estes instrumentos possam ser administrados em grupo, nesta investigação optou-se pela aplicação individual.

3.3.3.5 Análise estatística

A análise estatística efetuada abrange um conjunto de medidas de estatística descritiva que tornaram possível caracterizar a amostra. Neste sentido, foram utilizadas medidas de tendência central para a descrição dos dados, como as médias, as medianas e as modas, e as medidas de dispersão ou variabilidade, como o desvio-padrão, a variância, números máximos e mínimos (Almeida, 2003; Guégen, 1999; Ribeiro, 1999 cit in Esgalhado et al., 2010).

Para comparar médias entre os dois grupos independentes (sujeitos com e sem sintomas depressivos) recorreu-se à utilização do teste *t-student*.

Neste estudo considerou-se como variáveis independentes:

- Apresentar sintomas depressivos;
- Não apresentar sintomas depressivos.

Consideraram-se como dependentes as variáveis:

- Palavras Neutras (Número de cores nomeadas das palavras impressas numa cor diferente do significado da palavra, na lâmina Neutra);
- Palavras Positivas (Número de cores nomeadas das palavras impressas numa cor diferente do significado da palavra, na lâmina Positiva);
- Palavras Negativas (Número de cores nomeadas das palavras impressas numa cor diferente do significado da palavra, na lâmina Negativa).

Para testar a normalidade recorreu-se ao teste de *Kolmogorov-Smirnov*⁵. Como a distribuição é normal, é possível a utilização de estatística paramétrica. Assim, posteriormente procedemos a estatística de tipo inferencial que nos permite determinar o valor de probabilidade *p*, ou seja, a probabilidade de o resultado obtido na amostra ser passível de ser generalizado à população em que o mesmo se insere. Desta forma, utilizou-se o teste *t-student*⁶, método que permite a comparação de médias em grupos independentes, no caso desta investigação, sujeitos com sintomas depressivos e sujeitos sem sintomas depressivos. Estas análises estatísticas dos dados foram efetuadas com o software SPSS (V.19, SPSS for Windows Vista, 2010).

Conforme é possível verificar através da tabela 25, nas palavras neutras, os sujeitos com sintomas depressivos obtêm uma média de 56,27 (DP=5,83), e os sujeitos sem sintomas depressivos obtêm uma média de 61,30 (DP=10,73).

Em relação às palavras positivas, a mesma tabela indica que os sujeitos com sintomas depressivos obtêm uma média de 54,17 (DP=5,76), enquanto, que os sujeitos sem sintomas depressivos obtêm uma média de 58,67 (DP= 9,31).

Nas palavras negativas, ainda nesta tabela, os sujeitos com sintomas depressivos obtêm uma média de 51,97 (DP=5,80), enquanto que os sujeitos sem sintomas depressivos obtêm uma média de 57,03 (DP= 10,25).

⁵ O teste de Kolmogorov-Smirnov (K-S) é utilizado para verificar se uma amostra é proveniente de uma distribuição particular, neste caso, de uma distribuição normal. O valor estatístico do K-S baseia-se na diferença entre as distribuições cumulativas observadas e as distribuições teóricas.

⁶ O teste t-student de amostras independentes permite comparar as médias para dois grupos.

Tabela 25: Valores Médios das Palavras Neutras, Positivas e Negativas, comparativamente entre sujeitos com sintomas depressivos e sem sintomas depressivos

Sujeitos da Amostra		Palavras Neutras	Palavras Positivas	Palavras Negativas
Sujeitos Com Sintomas Depressivos	Média	56,27	54,17	51,97
	N	30	30	30
	Desvio Padrão	5,83	5,76	5,80
	Mínimo	43	40	39
	Máximo	67	65	65
	Mediana	55,50	56,00	52,00
Sujeitos Sem Sintomas Depressivos	Média	61,30	58,67	57,03
	N	30	30	30
	Desvio Padrão	10,73	9,31	10,25
	Mínimo	43	41	40
	Máximo	79	73	79
	Mediana	61,50	60,00	56,50
Total	Média	58,78	56,42	54,50
	N	60	60	60
	Desvio Padrão	8,93	8,00	8,64
	Mínimo	43	40	39
	Máximo	79	73	79
	Mediana	58,00	56,00	53,00

Da análise efetuada, aos resultados da lâmina neutra, verificou-se a existência de diferenças significativas entre o desempenho dos sujeitos que apresentam sintomas depressivos com os que não apresentam, ($t(60) = -2,257; p=0,01$), o que nos indica que são os sujeitos que não apresentam sintomas depressivos (média=61,30), os que nomeiam mais cores das palavras impressas numa cor diferente do significado da palavra, em relação aos sujeitos que apresentam (média= 56,27).

Em relação à análise efetuada, referente à lâmina positiva, verificou-se a existência de diferenças significativas $t(60) = -2,250; p=0,005$ relativamente ao desempenho dos sujeitos que apresentam sintomas depressivos em relação aos que não apresentam, o que significa que são os sujeitos que não apresentam sintomas depressivos os que nomeiam mais cores (média= 58,67) em relação aos que apresentam sintomas depressivos (média=54,17).

No que concerne à lâmina negativa, na análise efetuada verificou-se a existência de diferenças significativas $t(60) = -2,355; p=0,001$ em relação ao desempenho dos sujeitos que apresentam sintomas depressivos com aqueles que não os apresentam, o que indica que são

os sujeitos que não apresentam sintomas depressivos nomeiam mais cores (média= 57,03) em relação aos sujeitos que apresentam estes sintomas (média= 51,97).

3.3.3.6 Discussão dos Resultados

A presente fase da investigação teve como objetivo comparar o desempenho na Tarefa de Stroop Emocional dos participantes com sintomas depressivos, em relação aos que não apresentam, sendo que os sujeitos foram considerados como tendo sintomas depressivos, mediante a utilização da escala CES-D - sujeitos que pontuavam acima de 20.

Este estudo recorreu à utilização de dois grupos - grupo com sintomas depressivos e grupo sem sintomas depressivos, para avaliar o desempenho destes indivíduos na tarefa de Stroop Emocional.

Na literatura portuguesa encontra-se bem patente a falta de instrumentos de avaliação psicológica que ajudem na deteção de sintomas depressivos. Neste sentido, um dos propósitos deste estudo passam por contribuir para o aumento dos mesmos no nosso país.

Relativamente à análise dos resultados obtidos nesta terceira fase, mais concretamente, à comparação do desempenho dos sujeitos com sintomas depressivos relativamente aos sujeitos sem sintomas depressivos na lâmina neutra, verifica-se que são os sujeitos sem sintomas depressivos os que nomeiam maior número de cores, em 45 segundos, em relação aos sujeitos que apresentam estes sintomas. Isto indica que sujeitos que não apresentam sintomas depressivos reagem mais rapidamente à informação apresentada, existindo um menor esforço na realização da tarefa por parte destes.

No que se refere aos resultados obtidos na lâmina positiva, tal como na neutra, verifica-se que são os sujeitos que não apresentam sintomas depressivos os que nomeiam mais cores, em 45 segundos. Tendo-se obtidos resultados inferiores no desempenho, dos dois grupos, em relação aos da lâmina neutra. O que indica que nesta lâmina as palavras apresentadas causam uma maior interferência nos sujeitos (com e sem sintomas depressivos) comparativamente às palavras apresentadas na lâmina neutra, sugerindo a existência de sensibilidade emocional em relação a estas palavras.

Referentemente à lâmina negativa, tal como nas anteriores, foram os sujeitos que apresentam sintomas depressivos os que detêm um pior desempenho na realização desta tarefa, ou seja, nomearam menos cores em 45 segundos. O que indica que existe uma interferência superior na nomeação das cores de palavras associadas à depressão, comparativamente com as palavras da lâmina neutra e positiva, indicando também que a capacidade para separar os estímulos de nomear as cores e ler as palavras é mais reduzida nos sujeitos com sintomas depressivos em relação aos que não os apresentam. Provavelmente pelo facto destas palavras possuírem um conteúdo emocional significativo para os sujeitos com sintomas depressivos e existir um processamento de atenção mais lento em razão da ativação dos esquemas relacionados com a depressão dos participantes. Entretanto, também pode sugerir que a própria realização de uma tarefa para estes participantes possa ser desinteressante.

Durante a realização desta tarefa, a presença de palavras com conteúdo limite poderiam ter levado à ativação de experiências negativas dos participantes, e esta ativação, pela sua vez, poderia impor-se à provocada pela palavra ou palavras seguintes, apesar destas palavras terem uma valência neutra ou positiva.

Dados encontrados na literatura (Dewitte et al., 2007; Hazlett-Stevens & Craske, 2003; Kindt et al., 2003; Mercado et al., 2006; Mogg & Bradley, 2005; Moog et al., 1995; Moog et al., 1989; Puliafico & Kendall, 2006; Williams et al., 1996) evidenciam que pacientes com perturbações depressivas apresentam um aumento do tempo médio de execução da tarefa.

Embora os sujeitos que não apresentam sintomas depressivos tenham ostentado um melhor desempenho na Tarefa de Stroop Emocional, verifica-se que tal como nos sujeitos com sintomas depressivos, estes também apresentam uma maior interferência na lâmina negativa em relação a interferência sofrida na lâmina neutra e positiva, o que sugere que embora não se encontrem deprimidos identificam-se com algumas destas palavras, tendo sido referenciado por alguns dos sujeitos que as palavras que lhes criavam maiores “confusões” eram as palavras *conflito* e *crise*.

A maioria dos autores dos estudos acredita que o efeito causado pelo estímulo emocional nas tarefas tipo *Stroop*, se deve ao facto de os estímulos prenderem os recursos atencionais do indivíduo (Pérez, Riveira, Fuster & Rodríguez, 1999).

Desta forma, os resultados obtidos nesta investigação corroboram os resultados encontrados noutras pesquisas. De facto, pessoas com sintomas depressivos eram mais lentas na realização da tarefa Stroop emocional, ou seja, nomear as cores das palavras ignorando o seu significado, sendo que, as pessoas que não apresentavam sintomas depressivos apresentaram um melhor desempenho, foram mais rápidas na realização da tarefa Stroop Emocional uma vez que, nomearam um maior número de palavras, em 45 segundos, em todas as lâminas, Hill e Knowles (1991).

Alguns estudos que recorreram à Tarefa de *Stroop* Emocional demonstraram que o tempo de resposta para nomear a cor, quando se encontrava escrita uma palavra emocional, era maior para as pessoas que sofriam da perturbação emocional, sobre a qual o teste *stroop* dizia respeito, do que para os sujeitos sem qualquer tipo de perturbação (Quero, Baños & Botella, 2000; Williams, Watts, MacLeod & Mathews, 1997 cit in Pérez, Riveira, Fuster & Rodríguez, 1999).

Por outro lado, os resultados evidenciaram que, no geral, tanto as pessoas com sintomas depressivos com as que não os têm apresentam um maior tempo de processamento cognitivo na lista de palavras negativas quando comparadas à lista de palavras positivas e neutras. Este resultado pode ser considerado como o mais importante do presente estudo, uma vez que o objetivo visava a construção de uma Tarefa de Stroop Emocional e avaliar o desempenho dos participantes mediante um conjunto de estímulos percebidos como ameaçadores.

Estes resultados sugerem ainda que os estímulos escolhidos como *depressivos* na construção desta tarefa dificultaram a nomeação das cores das palavras na tarefa de Stroop Emocional, o que confere fiabilidade a este teste, apontando também para a importância desta tarefa em

contextos ecológicos. Ou seja, considerando uma amostra não-clínica, a tarefa Stroop emocional parece evidenciar sensibilidade para detetar diferenças significativas no desempenho destes.

Também estes resultados indicam que a Tarefa de Stroop se constitui com um instrumento muito valioso para estudar os processos cognitivos na área da Psicopatologia. Foi observado que pacientes que apresentam sintomas depressivos, apresentam um tempo pior desempenho do que os sujeitos sem estes sintomas em relação às palavras com conteúdo emocional.

Uma das duas potencialidades deste estudo relaciona-se com o facto de ter sido utilizada para além da Tarefa de Stroop Emocional, uma escala para a confirmação do diagnóstico de depressão e pelo facto da tarefa de Stroop Emocional construída para este estudo ter-se revelado sensível para detetar sintomas depressivos nos sujeitos. Contudo, algumas limitações podem ser consideradas, tais como: o tamanho reduzido da amostra, a participação de sujeitos com diagnóstico depressivo e ainda o facto de alguns destes se encontrarem sob o efeito da medicação para a depressão na realização desta tarefa.

Apesar de tais limitações apresentadas, acredita-se que os resultados encontrados são relevantes, não só para a pesquisa básica, mas também para auxiliar a prática clínica de quem trabalha com pacientes com distúrbios depressivos. O Stroop Emocional na Detecção de Sintomas Depressivos poderá ser útil em avaliações clínicas.

Estes resultados estão ainda em conformidade com o estudo original de Mac-Leod et al (1986) e de outros subsequentes realizados com amostras não-clínicas (Mogg, et al., 1993, 1993; Mogg & Marden, 1990; Richard & Millwood, 1989).

4. Conclusão

A depressão tem vindo a configurar-se como um dos mais graves problemas de saúde coletiva da atualidade, com índices elevados da doença, que ocorre em pessoas de qualquer idade e condição socioeconómica, independentemente das culturas e tradições, conferindo-lhe o status de fenómeno global (Barros, Coutinho, Araújo & Castanha, 2006). A depressão é um transtorno psicológico cada vez mais frequente na população.

Atualmente esse transtorno tem provocado discussões nos mais variados meios, sejam académicos, sociais, profissionais ou pessoais. A depressão é um tema complexo e, por essa razão, é abordado por pontos de vista diferenciados e suscita grande número de pesquisas e especulações. A depressão aumenta também o risco de mortalidade, devido ao suicídio, aos acidentes e à piora de outras doenças associadas (Platel & Bozza, 2010).

De acordo com Barros e colaboradores (2001), o largo espectro de alcance da doença deve-se ao facto de ela se apresentar como um estado grave ao longo do desenvolvimento histórico - sociocultural do sujeito frente à saúde e à doença.

Todos nós podemos ter a experiência de um mau dia e de nos sentirmos tristes, mas esses sentimentos são fugazes, acabando por passar em poucos dias. Já a depressão é uma doença comum, grave, incapacitante e recorrente. Comum - estima-se que, em determinado momento das suas vidas, pelo menos 17% dos adultos apresentarão depressão. Grave - porque aumenta a morbilidade de outras doenças, como doenças cardiovasculares. Incapacitante - porque foi a quarta causa mais frequente de incapacitação funcional nos anos 90 e, até 2020, a previsão da Organização Mundial da Saúde (OMS) é de que ocupe a segunda posição em países desenvolvidos e a primeira em países em desenvolvimento, atrás apenas das doenças coronárias. Recorrente - porque pode repetir-se várias vezes ao longo da vida (Apóstolo et al., 2011; Santos & Lopes, 2007).

Na maioria dos casos, a depressão é sub-diagnosticada e sub-tratada. Em torno de 50% a 60% dos casos de depressão não são detetados pelos especialistas das áreas. Um outro problema depara-se com o facto de que muitas vezes, os pacientes deprimidos não recebem tratamentos e cuidados suficientemente adequados e específicos (Gusmão & et al., 2005).

Apesar dos resultados acima apresentados, não existem estudos epidemiológicos em nível populacional que permitam sólida avaliação desse problema de saúde pública em Portugal, sendo que uma simples revisão de casos clínicos não constitui metodologia adequada para determinar as taxas de prevalência de depressão (Apóstolo et al., 2011).

Em Portugal, a dimensão de todos estes problemas é largamente desconhecida: talvez seja o único Estado membro da Europa Comunitária onde não foi executado até à data qualquer censo psiquiátrico de âmbito populacional capaz de fornecer informação sobre prevalências, incapacidades e utilização de serviços por pessoas afetadas por depressão e por todas as outras patologias psiquiátricas.

A depressão é uma das patologias que mais sobrecarrega a nossa sociedade sendo previsível um incremento desse peso no futuro. Apesar da disponibilidade de tratamentos eficazes, nem sempre a depressão é bem identificada e tratada.

Por estes e por muitos mais motivos surge a necessidade, cada vez mais, de se criarem instrumentos no sentido de colmatar estas dificuldades.

O teste de Stroop Emocional é considerado por muitos autores como sendo bastante fiável e de enorme utilidade, quer pela sua rápida execução, quer pela simplicidade de interpretação. Algo que tem vindo a incentivar a realização de diversas investigações, nas mais diversas áreas patológicas (Ben-Tovim, Walker, Fok & Yap, 1989; Green & Mckenna, 1993, Moog, Kentish & Bradley, 1993; Walker, Ben-Tovim, Jones & Bachok, 1992 cit in Cabaco, Colás, Hage, Abramides & Loureiro, 2002). Conferindo ao teste de Stroop Emocional um importante papel em estudos psicopatológicos detalhados para discriminar as mais diversas manifestações clínicas.

Neste sentido, o presente trabalho pretendeu-se elaborar um estudo exploratório para a construção do teste de Stroop Emocional para o *screening* de sintomas depressivos.

A elaboração desta ferramenta envolveu a realização de diversos processos no sentido de se atingir os objetivos previamente propostos.

Tendo em consideração que a amostra utilizada, na segunda fase deste processo, é considerada normativa, ou seja, à partida sem qualquer índice de sintomas depressivos, constitui um ponto de referência para a valorização dos resultados obtidos nesta fase. Por outro lado, os resultados obtidos na terceira fase deste processo encontram-se relacionados com o facto de se ter recorrido à comparação entre uma amostra clínica relativamente a uma amostra normativa.

Apesar do tamanho da amostra, inicialmente, ser considerável (N=300), crê-se que esta poderá ser uma das limitações do estudo, sobretudo, no que se refere ao tamanho da amostra que foi utilizada na terceira fase (N=60), contudo uma vez que se trata de um estudo exploratório, recomenda-se a seu aumento em trabalhos futuros.

Espera-se que, num futuro próximo, mais estudos, especialmente em Portugal, possam utilizar este instrumento e assim contribuir para a resolução de questões que surgem a partir de investigações como a que foi apresentada.

Bibliografia

- American Psychiatric Association (2002). Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais. (4ª ed.) Lisboa: Climepsi Editores.
- Amir, N., McNally, R. J., Riemann, B. C., Burns, J., Lorenz, M., & Mullen, J. T.,(1996). Suppression of the emotional Stroop effect by increased anxiety in patients with social Phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 945-948.
- Anderson, I. M., Nutt, D. J. & Deakin, J. F. W. (2000). Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with anti-depressants: a revision of the 1993 British Association for Psychopharmacology guidelines. *Journal of Psychopharmacology*, 14 (1), 3-20.
- Aparício, M. F. P. (1994). *O stress nos enfermeiros especialistas do hospital de Júlio de Matos em função do sexo*. Tese de Mestrado, do Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Apóstolo, J. L. A., Figueiredo, M. H., Mendes, A. C. & Rodrigues, M. A. (2011). Depression, Anxiety and Stress in Primary Health Care Users. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 19 (2), 348-53.
- Apóstolo, J., & Mendes, A., Antunes, M. T. C., Rodrigues, M. A., Figueiredo, M. H. & Lopes, M. C. F. G. (2011). Perturbações afectivo-emocionais em contexto de cuidados de saúde primários. *Revista de Enfermagem Referência*, 3 (3), 67-74.
- Arnow, B. A. & Constantino, M. J. (2003). Effectiveness of Psychotherapy and Combination treatment for chronic Depression. *JCLP/ In session*, 59 (8), 893.
- Ausina, J. B. (1999). El estudio experimental de la atención. In Munar, E., Rosselló, J. & Sánchez-Cabaco, A. (Coords.). *Atención y percepción* (pp. 63-96). Madrid: Alianza Editorial.
- Bahls, S-C. (2002). Aspectos clínicos de Depressão em Crianças e Adolescentes. *Jornal de Pediatria*, 78 (5).

- Bahls, S-C & Bahls, F. R. C. (2002). Depressão na Adolescência: Características Clínicas. *Interacção em Psicologia*, 6 (1), 49-57.
- Baños, R. M., Quero, S. & Botella, C. (2004). Sesgos atencionales en la fobia social medidos mediante dos formatos de la tarea Stroop emocional (de tarjetas y computerizado) y papel mediador de distintas variables clínicas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5 (1), 23-42.
- Barros, A. P. R., Coutinho, M. P. L., Araújo, L. F. & Castanha, A. R. (2006). As representações sociais da depressão em adolescentes no contexto do ensino médio. *Estudos de Psicologia*, 23 (1), 19-28.
- Butler, R; & Orrell, M. (1998). Late-life depression. *Current Opinion in Psychiatry*, 11 (4), 435-439.
- Cabaco, A. S. (1998). Mecanismo Atencional y Procesos de Interferencia: Aspectos Conceptuales y Aplicaciones Clínicas. *Temas de Psicologia* (VI), 405-418.
- Cabaco, A. S., Colás, I. C., Hage, S., Abramides, D., Loreiro, M. J. (2002). Selectividade atencional e predisposição emocional face a estímulos do comportamento alimentar: Dimensões transculturais. *Análise Psicológica*, 4 (XX), 625-636.
- Calleja, N. & Pozo, M. R. H. (2010). Efecto Emocional Stroop y Comportamiento Tabagico en Adolescentes. *Revista Iberoamericana de Psicologia: Ciencia e Tecnologia*, 3 (1). 39-47.
- Cardoso, P. & Vilar, A. (2004). Prevalência de sintomas depressivos em adolescentes portugueses. *Análise Psicológica*, 22 (4), 667-675.
- Chellappa, S. L., & Araújo, J. F. (2006). Relevância clínica de pesadelos em pacientes com transtorno depressivo. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33 (4), 183-187.
- Cigognini, M. A. & Furlanetto, L. M. (2006). Diagnosis and pharmacological treatment of depressive disorders in a general hospital. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28 (2), 97-103.

- Cox, W. M., Fadardi, J. S. & Pothos, E. M. (2006). The Addiction-Stroop Test: Theoretical Consideration and Procedural Recommendations. *Psychological Bulletin*, 132 (3), 443-476.
- Córdova, C., Karnikowski, M. G. O., Pandossio, J. E. & Nóbrega, O. T. (2008). Caracterização de respostas comportamentais para o teste de Stroop computarizado-Testinpacs. *Neurociências*, 42 (2), 75-79.
- Coutinho, M. P. L., Carolino, Z. C. G. & Medeiros, E. D. (2008). Inventário de Depressão Infantil (CDI): Evidências de Validade de Constructo e Consistência Interna. *Avaliação Psicológica*, 7 (3), 291-300.
- Cury, A. (2010). *O mestre da sensibilidade*. Alfragide: Publicações Dom Quixote.
- Daley, A. (2008). Exercise and depression. *Journal of Clinical Psychological and Medicine Settings*, 15, 140-147.
- Del Porto, J. A. (1999). Conceito e diagnóstico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, (21), 6-11.
- Edward Craighead, W. E., Hart, A., B. & Madsen, J. W. (2000). Estado Actual de la Recaída/ Recurrencia de la Depressión Mayor. *Psicología Conductual*, 8 (3), 525-545.
- Esgalhado, G., Loureiro, M. J. & Cabaco, A. S. (2003). Adaptação da tarefa Stroop Emocional para a detecção de patologia do comportamento alimentar. Diferenças entre sexos. *Revista Psicologia e Educação*, II (1), 51-64.
- Esgalhado, G., Simões, M. F. & Pereira, H. (2010). *Versão portuguesa do Teste Stroop de Cores e Palavras: Aferição para a infância e adolescência* (2ª Ed.). Lisboa: Placebo, Editora.
- Fava, D. C., Kristensen, C. H., Melo, W. V. & Araújo, L. B. (2009). Construção e validação de tarefa de Stroop Emocional para avaliação de viés de atenção em mulheres com Transtorno de Ansiedade Generalizada. *Paideia*, 19 (43), 159-165.

- Fentanes, B. B. (2004). La depresión y su manejo en el ámbito de la medicina familiar. *Archivos en Medicina Familiar*, 6 (3), 61-63.
- Fernandes, R. C. L. & Rozenhal, M. (2008). Avaliação da sintomatologia depressiva de mulheres no climatério com a escala de rastreamento populacional para depressão CES-D. *Revista Psiquiátrica*, 30 (3), 192-200.
- Fiquer, L. T. (2010). *Comunicação não-verbal e depressão: Uso de indicadores não verbais para avaliação de gravidade, melhora clínica e prognóstico*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Fleck, M. P. A., Lafer, B., Sougey, E. B., Del Porto, J. A., Brasil, M.A., Juruena, M. F. (2001). Diagnóstico e Tratamento da Depressão. *Projecto Directrizes*.
- Fleck, M. P. A., Lima, A. F. B. S., Louzada, S., Schestasky, G., Henriques, A., Borges, V. R., Camey, S. & Lido, G. (2002). Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. *Revista Saúde Pública*, 36 (4), 431-8.
- 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. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25 (2), 114-122.
- Greco, E. (1993). The Emotional Stroop Teste: A Review of the Literature. *Analytic Psychotherapy and Psychopathology*, 12 (3), 219-223.
- Gómez, C. & Pastor, G. (1998). El estado de la investigación sobre la interferência stroop en los años 90: Variantes, teorías y ámbitos de aplicación. In Botella, J. & Ponsoda, V. La atención. Un enfoque pluridisciplinar. Su estudio desde la investigación básica a su aplicación clínica. Valencia: Promolibro.
- Gonçalves, B. & Fagulha, T. & Ferreira, A. (2005). A Depressão nas Mulheres de Meia-Idade: Estudo sobre as utentes dos Cuidados de Saúde Primários. *Psicologia*, 19 (1), 39-56.
- Gonçalves, B. & Fagulha, T. (2006). Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D). In Gonçalves, M. M. & Simões, M. R. & Almeida, L. S. & Machado, C. (2006). Avaliação psicológica Volume 1: Instrumentos validados para a população portuguesa, 37-44. Coimbra: Quarteto.

- 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.
- Hallstrom C. e McClure N. (2000). *Ansiedade e Depressão*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Herreras, E. B., Cela, J. L. S. (2006). Utilidad del Stroop en la Psicología Clínica. *Avances en Salud Mental Relacional*, 5 (1).
- Homoud, F. A. & Mai, H. A. (2004). The role of the family physician in managing depression. *Meddle East Journal of Family Medicine*, 2 (2), 1-7.
- Johnson, A. & Proctor, R. W. (2004). *Attention Theory and Practice*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Kulaif, T. (2005). *O teste de cores e palavras Stroop modificado para analfabetos*. Tese de Mestrado, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Loureiro, M. G. P. S. (2009). *Validação da Escala do Center for Epidemiologic Studies of Depression- CES-D - Numa população clínica de idosos*. Tese de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Mathews, A. & Mackintosh, B. (1998). A cognitive Model of Selective Processing in Anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, 22 (6), 539-560.
- MacLeod, C. M. (1991). John Ridley Stroop: Creator of a Landmark Cognitive Task. *Canadian Psychology*, 32 (3), 521-524.
- MacLeod, C. M. (1992). The Stroop Task: The “Gold Standard” of Attentional Measures. *Journal of Experimental Psychology*, 121 (1), 12-14.
- Maia, A. C. (1999). Estatuto empírico das terapias cognitivo-comportamentais da depressão. *Revista Psiquiatria Clínica*, 20 (3), 205-212.
- Martínez, J. M. A., Cabaco, A. S. & Giner, M. C. S. (1997). La Tera de Interferencia Stroop: 110 Años Después del Informe de Cattell de Identificación de Colores y Palavras. *Revista de la Psicología*, 18 (1-2), 27-38.

- Michalak, E. E., Tam, E. M., Manjunath, C. V., Yatham, L. N., Levitt, W. J., Levitan, R. D. & Lam, R. W. (2004). Hard times and good friends: negative life events and social support in patients with seasonal and non seasonal depression. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 49(6), 408-411.
- Montagnero, A. V. & Lopes, E. J. & Galera, C. (2008). Relação entre traços de ansiedade e atenção através de Tarefas de Stroop. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 10 (2), 157-169.
- Pérez, M. G., Rivera, R. M. B., Fuster, A. B. & Rodríguez, M. A. R. (1999). Attentional Biases and Vulnerability to Depression. *The Spanish Journal of Psychology*, 2 (1), 11-19.
- Pérez-Dueñas, C., Ungueti, A. P. P., Lupiáñez, J. & Acosta, A. (2006). Inteligência Emocional e Interferência Stroop Emocional em Participantes com Ansiedade Rasgo Elevada vs. Baja. *Ansiedad y Estrés*, 12 (2-3), 251-265
- Reis, A. H. (2007). Bases Atencionais do Raciocínio Emocional Infantil em Contextos Sociais. Tese de Mestrado, Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia.
- Ribeiro, J. L. P. (1999). Investigação e avaliação em saúde. Lisboa: Climepsi Editores.
- Romeiro, L. A., Fraga, C. A. & Barreiro, E. J. (2003). Novas Estratégias Terapêuticas para o Tratamento da Depressão: Uma Visão de Química Medicinal. *Química Nova*, 26 (3), 347-358.
- Rot, M., Collins, K. A. & Fitterling, H. L. (2009). Physical exercise and depression. *Mount Sinai Journal of Medicine*, 76, 204-214.
- Perlstein, W. M., Carter, C. S., Barch, D. M. & Baird, J. W. (1998). The Stroop Task and Attention Deficits in Schizophrenia: A Critical Evaluation of Card and Single-Trial Stroop Methodologies. *Neuropsychology*, 12 (3), 414-425.
- Pollock, K. M. (2001). Exercise in treating depression: broadening the psychotherapist's role. *JCLP/In Session: Psychotherapy in Practice*, 57 (11), 1289-1300.

- Santos, F. S. & Lopes, S. (2007). Explorando o conhecimento dos enfermeiros das unidades de saúde da família de São José do Rio Preto sobre depressão. *Revista Arquivos de Ciências da Saúde*, 14 (1), 23-29.
- Schestatsy, S. & Fleck, M. (1999). Psicoterapia das Depressões. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21, 41-47.
- Schestatsky, G. (2002). Desempenho de uma escala de rastreamento de depressão (CES-D) em usuários de um serviço de cuidados primários de saúde de Porto Alegre. Tese de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Schimmack, U (2005). Attentional Interference Effects of Emotional Pictures: Threat, Negativity, or Arousal?. *Emotion*, 5 (1), 55-66.
- Sederer, L. I., Kolodny A. J. (2004). Detecting and treating depression in adults. *City Health Information*, 23 (1), 1-8.
- Servan-Schreiber, D. (2008). Curar o stress, a ansiedade e a depressão sem medicamentos nem psicanálise. Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- Sher, L., Oquendo, M. A., Galgalvy, H. C., Grunebaum, M. F., Burke, A. K., Zalsman, G. & Mann, J. J. (2005). The relationship of aggression to suicidal behavior in depressed patients with a history of alcoholism. *Addictive Behaviors*, 30. 1144-1153.
- Silva, M. C. F., Furegatos, A. R. F. & Júnior, M. L. C. (2003). Depressão: Pontos de Vista e Conhecimento de Enfermeiros da Rede Básica da Saúde. *Revista Latino- Americana de Enfermagem*, 11 (1), 7-13.
- Ströhle, A. (2008). Physical activity, exercise, depression and anxiety disorders. *Journal of Neural Transmission*, 116, 777-784.
- Stroop, J. R. (1935). Studies of interference in serial verbal reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 28, 643-662.

Platel, I. C. S. & Bozza, M. (2010). A Depressão e a sua Caracterização como Doença do Trabalho. Revista Eficaz. Retirado de: <http://www.institutoeficaz.com.br/revistacientifica/wpcontent/uploads/2009/12/1diara-Revista.pdf>.

Torres, M., Hernández-Pozo, M. R., Castillo, P., Coronado, O. & Cerezo, S., (2009) Relación entre promedio escolar y tres indicadores de ansiedad general en estudiantes de Medicina. *Revista Universitas Psychologica*, 8 (1), 61-88.

Van der Elst, W. & Van Boxtel, M. P. J. & Van Breukelen, G. J. P. & Jolles, J. (2006). The Stroop Color-Word Test: Influence of Age, Sex, and Education; and Normative. Data for a Large Sample Across the Adult Age Range. *Assessment*, 13 (1), 62-79.

MacQueen, G. & Chokka, P. (2004). Special issues in the management of depression in women. *Can J Psychiatry*, 49 (3), 27-40.

Michalak, E. E., Tam, E. M., Manjunath, C. V., Yatham, L. N., Levitt, W. J., Levitan, R. D. & Lam, R. W. (2004). Hard times and good friends: negative life events and social support in patients with seasonal and non seasonal depression. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 49(6), 408-411.

Lima, G. A. B. (2007). Categorização como um processo cognitivo. *Ciências e Cognição*, 11, 156-167.

Organização Mundial de Saúde (2008). The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical disruptions and diagnostic guidelines.

Quero, S., Baños, R. M. & Bptella, C. (2000). Sesgos cognitivos en el transtorno de pánico: comparación entre el Stroop computarizado y com tarjetas. *Psicothema*, 12 (2), 165-170.

Silveira, D. X. & Jorge, M. R. (1998). Propriedades psicométricas da escala de rastreamento populacional para a depressão CED-D em populações clínicas e não-clínicas de adolescentes e adultos jovens. *Revista de Psiquiatria clínica*, 25.

Williams, J. M., Mathews, A. & MacLeod, C. (1996). The Emotional Stroop Task and Psychopathology. *Psychological Bulletin*, 120 (1), 3-24.

Anexos



Universidade da Beira Interior
Departamento de Psicologia e Educação

Ex.ma Sr.^a. Dr.^a. _____

No âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade da Beira Interior encontro-me a realizar uma dissertação sob a orientação da Professora Doutora Graça Esgalhado. A presente investigação tem como objetivo a adaptação da Tarefa Stroop Emocional para a deteção de sintomas depressivos. Esta tarefa é composta por três lâminas, sendo uma delas constituída por palavras neutras. Esta lâmina compreende palavras da categorial lexical “instrumentos musicais” selecionadas por não possuírem valência emocional e deste modo neutras para a população em estudo. Neste sentido, venho pedir a sua colaboração como juiz, para certificar se as seguintes palavras pertencem ou não à categoria “instrumentos musicais”. Desta forma, solicito que assinale com um X as palavras que considerar não fazerem parte da referida categoria. Caso considere que existem outras palavras representativas desta mesma categoria e que não se encontrem na tabela, solicito a sua inclusão no final.

Grata pela vossa atenção e certa de que esta solicitação merecerá por parte de vossa Exa. toda a colaboração, apresento-lhe os meus melhores cumprimentos.

Covilhã e UBI, 5 de Janeiro de 2011

(Sheila Josymar Agrais Martínez)



Universidade da Beira Interior
Departamento de Psicologia e Educação

Seleção de Palavras para a Tarefa Stroop

Habilitações académicas:

_____ Data: ___/___/___

Por favor assinale com um X no espaço correspondente, as palavras que não dizem respeito a instrumentos musicais.

Instrumentos Musicais	Instrumentos Musicais	Instrumentos Musicais	Instrumentos Musicais
Guitarra	Violino	Aulos	Balalaica
Piano	Gaita	Bala	Tambor
Bateria	Banjo	Bandolim	Braguinha
Viola	Acordeão	Caixa	charango
Violoncelo	Adufe	Bongó	Flauta
Bombo	Afuche	Castanholas	Bendir
Harpa	Agogô	Cabaça	Harmónica
Clarinete	Pratos	Timbalão	Brinquinho
Clavas	Chincalho	Fagote	Cholgo
Gongo	Harmónio	Contrabaixo	Conga
Cravo	Lira	Concertina	Dutar
Maraca	Nevel	Oboé	Mongolo
Ocarina	Rabeca	Sanfona	Saxofone
Tyba	Trompa	Taba	Triângulo
Sarronca	Trombone	Violão	Alaúde
Órgão	Cavaquinho	Tamborim	Djembê
Trompete	Tuba	Vibrafone	Xilofone

Outros instrumentos musicais não referidos na tabela:

Muito obrigada pela sua colaboração.



Universidade da Beira Interior
Departamento de Psicologia e Educação

Exma. Sr.^a. Dr.^a. _____

No âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade da Beira Interior encontro-me a realizar uma dissertação sob a orientação da Professora Doutora Graça Esgalhado. A presente investigação tem como objetivo a adaptação da Tarefa Stroop Emocional para a deteção de sintomas depressivos. Esta tarefa é composta por três lâminas, sendo uma das quais constituídas por palavras associadas à depressão. As palavras pertencentes a essa lâmina possuem um valor emocional, que varia entre muito negativo e muito positivo. Assim sendo, peço a sua colaboração como juiz, para classificar as palavras listadas de acordo com o seu carácter ativador para a problemática em estudo, conforme a seguinte escala: muito negativas (valor -2), negativas (valor -1), neutras (valor 0), positivas (valor 1) e muito positivas (valor 2). Deste modo, solicita-se que caracterize o carácter emocional de cada palavra colocando um X sobre o número correspondente.

Caso considere que existem outras palavras representativas desta mesma categoria solicito a sua inclusão no final da tabela, bem como a sua classificação quanto ao grau de emocionalidade.

Grata pela vossa atenção e certa de que esta solicitação merecerá por parte de vossa Exa. toda a colaboração, apresento-lhe os meus melhores cumprimentos.

Covilhã e UBI, 5 de Janeiro de 2011

(Sheila Josymar Agrais Martínez)



Universidade da Beira Interior
Departamento de Psicologia e Educação

Seleção de Palavras para a Tarefa Stroop

Habilitações académicas: _____	Data: ___/___/___
<p>Por favor, classifique cada uma das palavras que se seguem em função do seu carácter ativador, colocando um X sobre o número correspondente ao grau de ativação.</p>	

	Muito Negativa	Negativa	Neutra	Positiva	Muito Positiva
Amor	-2	-1	0	1	2
Dor	-2	-1	0	1	2
Desânimo	-2	-1	0	1	2
Ativação	-2	-1	0	1	2
Amargura	-2	-1	0	1	2
Admiração	-2	-1	0	1	2
Escuridão	-2	-1	0	1	2
Ódio	-2	-1	0	1	2
Anoitecer	-2	-1	0	1	2
Vida	-2	-1	0	1	2
Preocupação	-2	-1	0	1	2
Energia	-2	-1	0	1	2
Doença	-2	-1	0	1	2
Punição	-2	-1	0	1	2
Tranquilidade	-2	-1	0	1	2
Pobreza	-2	-1	0	1	2
Infelicidade	-2	-1	0	1	2
Eficácia	-2	-1	0	1	2
Entusiasmo	-2	-1	0	1	2
Desconfiança	-2	-1	0	1	2
Perda	-2	-1	0	1	2
Ternura	-2	-1	0	1	2
Troféu	-2	-1	0	1	2
Óbito	-2	-1	0	1	2
Tristeza	-2	-1	0	1	2
Encanto	-2	-1	0	1	2
Emprego	-2	-1	0	1	2
Desilusão	-2	-1	0	1	2
Inutilidade	-2	-1	0	1	2
Indecisão	-2	-1	0	1	2
Diversão	-2	-1	0	1	2

Decisão	-2	-1	0	1	2
Desgosto	-2	-1	0	1	2
Problema	-2	-1	0	1	2
Conforto	-2	-1	0	1	2
Sol	-2	-1	0	1	2
Violência	-2	-1	0	1	2
Suicídio	-2	-1	0	1	2
Esperança	-2	-1	0	1	2
Cuidado	-2	-1	0	1	2
Choro	-2	-1	0	1	2
Conflito	-2	-1	0	1	2
Ajuda	-2	-1	0	1	2
Riso	-2	-1	0	1	2
Angústia	-2	-1	0	1	2
Ansiedade	-2	-1	0	1	2
Amizade	-2	-1	0	1	2
Saúde	-2	-1	0	1	2
Simpatia	-2	-1	0	1	2
Insônia	-2	-1	0	1	2
Adolescência	-2	-1	0	1	2
Lazer	-2	-1	0	1	2
Homicídio	-2	-1	0	1	2
Impulsividade	-2	-1	0	1	2
Carinho	-2	-1	0	1	2
Caridade	-2	-1	0	1	2
Desemprego	-2	-1	0	1	2
Sucesso	-2	-1	0	1	2
Otimismo	-2	-1	0	1	2
Depressão	-2	-1	0	1	2
Despedida	-2	-1	0	1	2
Confiança	-2	-1	0	1	2
Bondade	-2	-1	0	1	2
Aborrecimento	-2	-1	0	1	2
Funeral	-2	-1	0	1	2
Amabilidade	-2	-1	0	1	2
Alegria	-2	-1	0	1	2
Assassinato	-2	-1	0	1	2
Beleza	-2	-1	0	1	2
Vitória	-2	-1	0	1	2
Crise	-2	-1	0	1	2
Agressividade	-2	-1	0	1	2
Carência	-2	-1	0	1	2
Ambição	-2	-1	0	1	2
Animação	-2	-1	0	1	2
Cansaço	-2	-1	0	1	2
Culpabilidade	-2	-1	0	1	2
Paz	-2	-1	0	1	2

Alívio	-2	-1	0	1	2
Desesperança	-2	-1	0	1	2
Inferioridade	-2	-1	0	1	2
Suporte	-2	-1	0	1	2
Meta	-2	-1	0	1	2
Frustração	-2	-1	0	1	2
Morte	-2	-1	0	1	2
Luto	-2	-1	0	1	2
Relação	-2	-1	0	1	2
Prazer	-2	-1	0	1	2
Fraqueza	-2	-1	0	1	2
Mágoa	-2	-1	0	1	2
Relaxamento	-2	-1	0	1	2
Persistência	-2	-1	0	1	2
Defeito	-2	-1	0	1	2
Solidão	-2	-1	0	1	2
Separação	-2	-1	0	1	2
Segurança	-2	-1	0	1	2
Nascimento	-2	-1	0	1	2
Sufrimento	-2	-1	0	1	2
Fardo	-2	-1	0	1	2
Fuga	-2	-1	0	1	2
Futuro	-2	-1	0	1	2
Felicidade	-2	-1	0	1	2
Música	-2	-1	0	1	2
Fadiga	-2	-1	0	1	2
Fracasso	-2	-1	0	1	2
Nervosismo	-2	-1	0	1	2
Revolta	-2	-1	0	1	2
Isolamento	-2	-1	0	1	2
Prémio	-2	-1	0	1	2
Futuro	-2	-1	0	1	2
Interesse	-2	-1	0	1	2
Remorso	-2	-1	0	1	2
Rejeição	-2	-1	0	1	2
Felicidade	-2	-1	0	1	2
Separação	-2	-1	0	1	2
Força	-2	-1	0	1	2
Sensibilidade	-2	-1	0	1	2
Festa	-2	-1	0	1	2

Palavras que não foram referidas na tabela e que possam ser incluídas:

	-2	-1	0	1	2
	-2	-1	0	1	2
	-2	-1	0	1	2
	-2	-1	0	1	2
	-2	-1	0	1	2
	-2	-1	0	1	2
	-2	-1	0	1	2
	-2	-1	0	1	2
	-2	-1	0	1	2
	-2	-1	0	1	2
	-2	-1	0	1	2
	-2	-1	0	1	2
	-2	-1	0	1	2
	-2	-1	0	1	2
	-2	-1	0	1	2
	-2	-1	0	1	2

Muito obrigada pela sua colaboração.



No âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, da Universidade da Beira Interior, encontro-me a realizar uma dissertação.

Para que a possa levar a bom termo, careço da sua prestimosa colaboração que será ANÓNIMA e CONFIDENCIAL.

Nas páginas seguintes encontrará um conjunto de palavras, as quais se solicita que classifique tendo em conta a sua Frequência de uso, a Familiaridade, o Nível de Compreensão e o seu Grau de Evocação de Imagem

Lembro-lhe que, como isto não é um teste, não existem nem boas nem más respostas. O que conta é a sua opinião sincera!

Muito obrigada pela sua colaboração.

QUESTIONÁRIO DE DADOS GERAIS

1. Género: M ____ F ____
2. Idade: _____
3. Curso: _____
4. Ano Frequentado: _____

Considerando a frequência com que utiliza as palavras, ou seja, a **Frequência de uso**, caracterize as palavras abaixo listadas, de acordo com a seguinte escala: **Nada Freqüente, Pouco Freqüente, Freqüente e Muito Freqüente**, colocando um X na coluna correspondente à sua avaliação.

Palavra	Uso Nada Freqüente	Uso Pouco Freqüente	Uso Freqüente	Uso Muito Freqüente
Bandolim				
Cravo				
Flauta				
Harpa				
Gaita				
Guitarra				
Trombone				
Tambor				
Trompete				
Bombo				

Palavra	Uso Nada Freqüente	Uso Pouco Freqüente	Uso Freqüente	Uso Muito Freqüente
Amor				
Ternura				
Energia				
Sucesso				
Troféu				
Lazer				
Riso				
Carinho				
Prazer				
Vida				

Palavra	Uso Nada Freqüente	Uso Pouco Freqüente	Uso Freqüente	Uso Muito Freqüente
Depressão				
Doença				
Perda				
Conflito				
Solidão				
Morte				
Fardo				
Crise				
Luto				
Choro				

Atendendo se as palavras lhe são mais ou menos familiares, ou seja a sua **Familiaridade**, caracterize as palavras abaixo listadas de acordo com a seguinte escala: **Nada familiar, Pouco Familiar, Familiar e Muito Familiar**, colocando um **X** na coluna correspondente à sua avaliação.

Palavra	Palavra Nada Familiar	Palavras Pouco Familiar	Palavra Familiar	Palavra Muito Familiar
Bandolim				
Cravo				
Flauta				
Harpa				
Gaita				
Guitarra				
Trombone				
Tambor				
Trompete				
Bombo				

Palavra	Palavra Nada Familiar	Palavras Pouco Familiar	Palavra Familiar	Palavra Muito Familiar
Amor				
Ternura				
Energia				
Sucesso				
Troféu				
Lazer				
Riso				
Carinho				
Prazer				
Vida				

Palavra	Palavra Nada Familiar	Palavras Pouco Familiar	Palavra Familiar	Palavra Muito Familiar
Depressão				
Doença				
Perda				
Conflito				
Solidão				
Morte				
Fardo				
Crise				
Luto				
Choro				

De acordo com o significado que cada palavra tem para si, ou seja o **Nível de Compreensão**, caracterize as palavras abaixo listadas de acordo com a seguinte escala:

Muito Difícil Compreensão, Difícil Compreensão, Fácil Compreensão e Muito

Fácil Compreensão, colocando um **X** na coluna correspondente à sua avaliação.

Palavra	Muito Difícil Compreensão	Difícil Compreensão	Fácil Compreensão	Muito Fácil Compreensão
Bandolim				
Cravo				
Flauta				
Harpa				
Gaita				
Guitarra				
Trombone				
Tambor				
Trompete				
Bombo				

Palavra	Muito Difícil Compreensão	Difícil Compreensão	Fácil Compreensão	Muito Fácil Compreensão
Amor				
Ternura				
Energia				
Sucesso				
Troféu				
Lazer				
Riso				
Carinho				
Prazer				
Vida				

Palavra	Muito Difícil Compreensão	Difícil Compreensão	Fácil Compreensão	Muito Fácil Compreensão
Depressão				
Doença				
Perda				
Conflito				
Solidão				
Morte				
Fardo				
Crise				
Luto				
Choro				

Tendo em conta o **Grau de Evocação da Imagem**, ou seja, o surgimento de uma imagem mental associada à palavra, classifique as palavras abaixo listadas de acordo com a seguinte escala: **Muito Difícil Evocar, Difícil Evocar, Fácil Evocar e Muito Fácil Evocar**, colocando um **X** na coluna correspondente à sua avaliação.

Palavra	Muito Difícil Evocar uma Imagem	Difícil Evocar Uma Imagem	Fácil Evocar Uma Imagem	Muito Fácil Evocar uma Imagem
Bandolim				
Cravo				
Flauta				
Harpa				
Gaita				
Guitarra				
Trombone				
Tambor				
Trompete				
Bombo				

Palavra	Muito Difícil Evocar uma Imagem	Difícil Evocar Uma Imagem	Fácil Evocar Uma Imagem	Muito Fácil Evocar uma Imagem
Amor				
Ternura				
Energia				
Sucesso				
Troféu				
Lazer				
Riso				
Carinho				
Prazer				
Vida				

Palavra	Muito Difícil Evocar uma Imagem	Difícil Evocar Uma Imagem	Fácil Evocar Uma Imagem	Muito Fácil Evocar uma Imagem
Depressão				
Doença				
Perda				
Conflito				
Solidão				
Morte				
Fardo				
Crise				
Luto				
Choro				



Universidade da Beira Interior
Departamento de Psicologia e Educação

Exmo. Sr. Professor Doutor _____

No âmbito do Mestrado em Psicologia da Universidade da Beira Interior, encontro-me a realizar uma dissertação sob a orientação da Professora Doutora Graça Esgalhado. O presente estudo tem como objetivo a adaptação da Tarefa Stroop Emocional para a deteção de sintomas depressivos. Para a realização do mesmo venho solicitar a sua autorização para obter a colaboração dos alunos em contexto de sala de aula, concretizada no preenchimento de uma breve escala (duração aproximada 15 minutos). Neste é pedido que se pronunciem acerca da Frequência de uso, Familiaridade, Nível de Compreensão e Grau de Evocação da imagem de um conjunto de palavras.

Grata pela vossa atenção e certa de que esta solicitação merecerá por parte de vossa Exa. toda a colaboração, apresento-lhe os meus melhores cumprimentos.

(Sheila Josymar Agrais Martínez)