

## ESCALA DE DEPRESSÃO (EDEP) E MEDIDAS DE ATENÇÃO DIVIDIDA E SUSTENTADA EM UNIVERSITÁRIOS<sup>1</sup>

JULIANA OLIVEIRA GOMES e MAKILIM NUNES BAPTISTA

Universidade São Francisco - Itatiba - SP - Brasil

### RESUMO

*Este estudo teve como objetivo buscar evidências de validade baseada na relação com outras variáveis para a Escala de Depressão – EDEP com os testes de atenção sustentada e dividida. Participaram 213 estudantes de uma universidade federal de Minas Gerais, entre 18 e 52 anos, predominantemente mulheres. Não foram encontradas correlações significativas entre os instrumentos, embora os sentidos das correlações tenham sido como o esperado. Quanto aos fatores de risco, também avaliados na pesquisa, percebeu-se que os participantes que relataram diagnóstico de depressão se diferenciaram dos não depressivos, pelo resultado da EDEP. Uma das explicações para a não associação entre sintomatologia depressiva e comprometimento da atenção foi a baixa variabilidade nos escores dos instrumentos, o que pode ter comprometido os resultados. Embora este trabalho apresente importantes considerações sobre os construtos e a amostra, estudos complementares devem ser realizados comparando pacientes com amostras não clínicas.*

**Palavras-chave:** Avaliação psicológica; sintomatologia depressiva; atenção sustentada; atenção dividida.

### ABSTRACT

#### **DEPRESSION SCALE (EDEP) AND MEASURES OF SUSTAINED AND DIVIDED ATTENTION IN COLLEGE STUDENTS**

*This study aimed to investigate evidences of validity based on the relationship among other variables for the Depression Scale – EDEP with the Tests of Sustained and Divided Attention. Participated 213 students of a federal university in Minas Gerais, aged between 18 and 52 years, predominantly women. No significant correlations between the instruments were found, although the directions of the correlations were as expected. Regarding the risk factors, also evaluated, it was noticed that the group of participants with depression diagnosis differed from the non-depressive, according to the results of the EDEP. One explanation for the lack of association between depressive symptoms and impaired attention was the low variability in the scores of the instruments, which may have affected the results. Although this work presents important considerations about the constructs and the sample, further studies should be conducted to highlight differences between clinical and other samples.*

**Key words:** Psychological assessment; depressive symptoms; sustained attention; divided attention.

<sup>1</sup> Apoio: CNPq

## INTRODUÇÃO

Dentre as idéias de senso comum, o termo “depressão” tem sido empregado para designar tanto o transtorno propriamente dito quanto a tristeza, muitas vezes sem explicação aparente ou relacionada a situações de frustração e desapontamento, perda ou derrota (Esteves e Galvan, 2006; Monteiro, Coutinho e Araújo, 2007). Contudo, não são todas as manifestações de tristeza ou alterações de comportamento que necessariamente se caracterizam como uma manifestação patológica. Trata-se de uma alteração afetiva complexa, que vai além da tristeza ou abatimento, mesmo envolvendo tais aspectos (Khandolwal, Chowdhury, Regmi, Mendis e Kittirattanapaiboon, 2001; Monteiro e Lage, 2007a; 2007b).

Os manuais diagnósticos classificam a depressão ora como um transtorno de humor (APA, 2002), ora como transtorno afetivo, situada dentro da classificação dos episódios depressivos (OMS, 1993). Entretanto, independente da nomeação, os dois manuais classificam-na de acordo com a qualidade e quantidade de sintomas, sendo necessária, obrigatoriamente, a presença de humor deprimido e a perda de interesse em atividades antes consideradas prazerosas, por no mínimo duas semanas.

Para o diagnóstico completo é preciso que sejam percebidos, além dos sintomas obrigatórios, no mínimo dois sintomas adicionais, que incluem alterações no apetite ou peso, sono e atividade psicomotora; diminuição da energia e alteração da capacidade de experimentar o prazer; sentimentos de desvalia ou culpa e diminuição da auto-estima; dificuldades para pensar, concentrar-se ou tomar decisões, ou pensamentos recorrentes sobre morte ou ideação suicida, planos ou tentativas de suicídio (APA, 2002; OMS, 1993).

Faz-se imperativo ressaltar a importância em se estudar a depressão em seu caráter multifatorial. Um único fator não tem necessariamente força suficiente para ser responsável pelo desencadeamento manutenção ou desenvolvimento dos sintomas, devendo ser considerados diversos aspectos (Baptista, Capovilla e Lima, 2006; Monteiro e Lage, 2007a). Dentre eles, destacam-se os fatores de risco, como por exemplo, baixa auto-estima, baixo repertório de enfrentamento de situações aversivas, hereditariedade, superproteção, falta de suporte social e familiar, experiências traumáticas da infância ou adolescência, idade, estado civil e gênero (Abramson, Alloy e Metalsky, 1989; Bahls e Bahls, 2002; Baptista, Baptista e Dias, 2001; Baptista, Baptista e Oliveira, 2004; Panzarella, Alloy e Whitehouse, 2006).

Em relação à idade, a maioria dos casos se concentra entre os 20 e 40 anos, embora sejam encontrados casos em quaisquer faixas etárias; no que concerne ao estado civil, a maior concentração está entre pessoas separadas, legalmente ou não, enquanto pessoas solteiras ou casadas possuem os menores riscos (Khandolwal et al., 2001). Outro aspecto muito estudado é o gênero, uma vez que as mulheres são apontadas como sendo duas a três vezes mais susceptíveis à depressão que os homens. Estudos revelam que as chances de um indivíduo vir a desenvolver um quadro depressivo ao longo da vida é de 5 a 12% para os homens e de 10 a 25% para as mulheres (APA, 2002; Brundtland, 2000; Justo e Calil, 2006; National Institute of Mental Health - NIHM, 2000; Ravnkilde et al., 2002).

Outro fator de risco apontado é a presença de familiares depressivos. A chance de se

desenvolver depressão em parentes de primeiro grau de pacientes é até três vezes maior que para a população geral. Este número é ainda mais expressivo, quando se trata de filhos de mulheres depressivas, uma vez que eles possuem riscos ainda mais altos, mesmo considerando os fatores ambientais, que, sem dúvida, exercem importante influência no estudo da depressão (Bahls, 2000; Peron, Neves, Brandão e Vicentini, 2004).

Todavia, embora importantes, estudos apenas dos aspectos mais gerais da depressão podem limitar a compreensão do que realmente acontece. Dessa forma, torna-se importante estudar também alguns dos aspectos mais específicos. Alguns estudos mostram, por exemplo, que a depressão possa estar ligada a rebaixamento nas funções executivas e na memória, além de alterações significativas no padrão da concentração e atenção, ponto priorizado e discutido neste artigo (Álvarez, 2008; Gallardo, Baños, Belloch e Ruipérez, 1999; Karparova, Kersting e Suslow, 2007; Levin et al., 2007; Porto, Hermolin e Ventura, 2002; Stordal et al., 2004).

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

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

A atenção dividida se relaciona à capacidade em manter o foco em estímulos diferentes na realização de tarefas simultâneas. O indivíduo localiza duas fontes de informação simultaneamente e, enquanto mantém o foco de atenção na tarefa principal, ele se organiza em relação às secundárias, com mínimo prejuízo possível (Ladewig, 2000; Sisto, Noronha, Lamounier, Bartholomeu e Rueda, 2006). Refere-se à capacidade de distribuição do nível atencional disponível para a realização e coordenação de tarefas, procurando manter um desempenho elevado nas mesmas (Helene e Xavier, 2003; Sternberg, 2000).

Enquanto a atenção dividida se refere à realização de atividades simultâneas, a atenção sustentada está envolvida na capacidade de manter as informações relevantes por um período de tempo necessário para o término de uma tarefa específica, mesmo na presença de outros estímulos. Ela é caracterizada por uma diminuição no desempenho ao longo do tempo, uma vez que, enquanto o indivíduo realiza um trabalho determinado, a habilidade de detecção em relação a novos estímulos se mantém, podendo estes ser encarados como distração (Baptista et al.; 2006; Ladewig, 2000; Lima, 2005; Rueda, Sisto, Cunha e Machado, 2007; Sisto et al., 2006).

Porto et al. (2002) encontraram diversos estudos que fazem associação entre a depressão e alterações cognitivas como a memória, atenção e concentração. Os autores chegaram à conclusão de que a atenção é uma das funções mais estudadas nos processos depressivos, talvez pela facilidade

---

com que ela pode ser observada fora do contexto clínico, em populações não psiquiátricas (Karparova et al., 2007; Ravnkilde et al., 2002). Estudos internacionais têm apoiado a literatura na medida em que indivíduos com sintomatologia depressiva têm alcançado escores baixos em testes que avaliam diferentes tipos de atenção, apresentando falhas no desempenho atencional (Gallardo et al., 1999; Karparova et al., 2007; Ravnkilde et al., 2002; Lahr, Beblo e Hartje, 2007). Dessa forma, este estudo teve como objetivo verificar a relação entre a Escala de Depressão (EDEP) e os Testes de Atenção Dividida e Sustentada, buscando evidência de validade baseada na relação com outras variáveis, para o primeiro instrumento. Foram objetivos secundários avaliar se os escores nos instrumentos se diferenciaram em relação aos aspectos contemplados no questionário de identificação, tais como idade, sexo, curso, estado civil, nível sócio-econômico, atividade laboral e presença de diagnóstico de depressão na família.

## MÉTODO

### Participantes

A amostra deste estudo foi por conveniência, composta por 213 estudantes de uma Universidade Federal em Minas Gerais, de cinco cursos da área de Humanas, com idade variando entre 18 e 52 anos ( $M=20,8$ ;  $DP=3,9$ ) e com predominância do sexo feminino (60,1%;  $n=128$ ). Primeiramente, as idades foram agrupadas a fim de se dividir homoganeamente a amostra. O grupo 1 foi composto por participantes com 18 anos ( $n=28$ ; 13,1%); o grupo 2, 19 anos ( $n=51$ ; 23,9%); grupo 3, 20 anos ( $n=52$ ; 24,4%); grupo 4, 21 anos ( $n=35$ ; 16,4%); e por último, o grupo 5, com participantes com mais de 21 anos ( $n=47$ ; 22,1%).

Do total de participantes, 15 não responderam a todas as questões relativas à classificação sócio-econômica, dessa forma, dos 198 respondentes, a maioria pertencia às classes B2 (28,2%), B1 ( $n=25,4\%$ ) e C1 (21,6%), sendo que somente um participante foi classificado com o A1. Aproximadamente 70% dos participantes não trabalhavam, sendo que apenas 5,6% afirmaram realizar atividades de estágio, com ou sem remuneração. Questionou-se também sobre presença de familiares depressivos, diagnosticados por psicólogo ou psiquiatra. A minoria, 38,5% apresentou familiares com diagnóstico de depressão, sendo que 4,3% ( $n=9$ ) passaram por avaliação psicológica, relatando terem recebido diagnóstico da doença.

### Instrumentos

#### 1. Questionário de identificação:

Este instrumento teve como objetivo obter dados sóciodemográficos e informações para caracterização da amostra, de acordo com Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 2008). Além disso, reuniu informações que abarcam alguns fatores de risco para a depressão, como estado civil, sexo, idade, a existência de algum membro da família diagnosticado com depressão e histórico pessoal de diagnóstico. Verificou-se também se o participante está passando por tratamento psicológico ou medicamentoso, além de questionar qual a sua auto-avaliação sobre sintomas depressivos, se leve, moderado ou grave, independente de um diagnóstico médico.

## 2. Escala de Depressão (EDEP) (Baptista, 2009):

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

A partir destes indicadores, foram elaboradas 150 sentenças que abordavam cada uma delas de forma negativa e positiva, como por exemplo, “Sinto-me culpado por tudo” e “Não tenho culpa na maioria das vezes”, relativo ao indicador “culpa”. As frases foram construídas por 10 profissionais de Psicologia, com experiência em atendimentos de pacientes com transtorno de humor. Após a eliminação de frases repetidas e dúbias, foram gerados 75 itens, compostos por um par de frases cada, como por exemplo “Sinto-me culpado por tudo” e “Não tenho culpa na maioria das vezes”, relativo ao indicador “culpa”.

Os estudos de suas qualidades psicométricas apresentaram evidências de validade para o instrumento. Baptista, Souza e Alves (2008) aplicaram-na juntamente com o Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF) e o BDI em 157 estudantes universitários do sul de Minas Gerais, sendo 75,5% do sexo feminino, com idade variando entre 18 e 51 anos ( $M=23,22$ ;  $DP=6,4$ ). Foram encontradas correlações altas e significativas entre a EDEP e o BDI ( $r=0,75$ ;  $p=0,000$ ) e correlações entre fracas e moderadas entre a EDEP e as dimensões do IPSF. Dias (2008) encontrou evidências de validade convergente e discriminante para a EDEP, aplicando-a em uma população clínica, com diagnóstico da Doença de Crohn e em uma amostra não clínica, totalizando 200 participantes, pacientes e acompanhantes, com idade variando entre 18 e 62 anos ( $M=37,71$ ;  $DP=9,8$ ). Foi encontrada diferença significativa para os grupos clínicos e não-clínicos em relação à depressão ( $t=-3,3631$ ;  $gl=198$ ;  $p \leq 0,001$ ) e as correlações entre a EDEP e os demais instrumentos aplicados foram todas consideradas moderadas e fortes. Por fim, análises de Consistência interna da EDEP evidenciaram índices altos de precisão. O alfa de Cronbach foi de 0,96 para a amostra total, ao lado do grupo clínico, o qual apresentou a mesma precisão, e o grupo não-clínico obteve um alfa de 0,95.

## 3. Atenção Sustentada (AS) (Sisto et al., 2006):

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

No que concerne às qualidades psicométricas do teste, foi realizado um estudo com 432 candidatos à obtenção da Carteira Nacional de Habilitação, em cidades do Estado de Minas Gerais. Foram encontradas evidências de validade desenvolvimental e por análise fatorial. Em outros estudos

---

com o Teste de Atenção Concentrada (AC), Psicodiagnóstico Miocinético (PMK) e Teste Conciso de Raciocínio (TCR) foram encontradas validades convergente e divergente. Os autores analisaram também sua estrutura interna, tendo sido extraído um fator. A precisão foi analisada a partir do coeficiente de consistência interna, pelo alfa de Cronbach e o método das metades, fornecidos pelos procedimentos de Guttman, Spearman-Brown e alfa das duas metades, para cada faixa etária e no geral. De maneira geral, os coeficientes de precisão variaram de 0,74 até 0,95 (Sisto et al., 2006).

#### 4. Atenção Dividida (AD) (Sisto et al, 2006):

O AD investiga a capacidade do participante de buscar dois estímulos simultâneos dentro de um período de tempo marcado. Ele é composto por 625 blocos, contendo nove figuras geométricas em cada, agrupados em 25 fileiras. Os estudos psicométricos foram realizados com 369 candidatos à obtenção da Carteira Nacional de Habilitação, de diversas cidades de Minas Gerais. Foram verificadas evidências de validade com relação ao desenvolvimento do teste e, em comparação ao PMK, TCR e AC, foram encontradas evidências de validade divergente e convergente. No que concerne à precisão, foi realizado o método das duas metades e os índices variaram entre 0,87 e 0,97 (Sisto et al., 2006).

#### Procedimento

Após aprovação do Comitê de Ética da Universidade São Francisco (protocolo CAAE: 0256.0.142.000-08), foram agendadas as aplicações na Universidade que pré-autorizou a pesquisa. Foram realizadas aplicações coletivas, em sala de aula, com duração média de uma hora e 20 minutos.

#### RESULTADOS

Inicialmente foram verificadas as medidas de tendência central para cada uma das medidas geradas pelos instrumentos utilizados (Tabela 1). Em seguida, foram realizadas as análises de correlação, a fim de se contemplar o objetivo principal do estudo e, após, foram contemplados os componentes do questionário de identificação, em relação aos fatores de risco.

Ao analisar as medidas de tendência central, pode-se considerar que a média geral da EDEP, de 82,71 pontos, é relativamente baixa, representando menos de 30% da variação possível da pontuação da escala. Dando continuidade às análises, em relação aos testes de atenção, a maioria (33,8%) atingiu

**Tabela 1. Medidas de tendência central**

	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	Moda	DP
EDEP	4	226	82,71	77	38	45,98
Concentração em Atenção Dividida	-145	124	33,77	41	43	35,71
Velocidade com Qualidade em AD	1	247	112,42	11	101	45,55
Concentração em Atenção Sustentada	-54	72	50,70	54	54	18,88
Velocidade com Qualidade em AS	16	150	127,38	132	132	20,23
Sustentação	-36	36	1,42	2	2	8,91

nível de concentração superior na medida de concentração do AD, sendo que somente 21,6% apresentaram nível inferior. Em relação à medida de velocidade com qualidade, 31,9% tiveram nível superior e 10,3%, nível inferior. Em relação ao teste de atenção sustentada, pôde ser percebida uma movimentação semelhante. A maioria atingiu nível superior tanto na medida de concentração (56,8%) quanto na de velocidade com qualidade (56,8%), ao passo que a minoria apresentou níveis inferiores em ambas as medidas, respectivamente 7,5% e 1,9%. Ainda, em 69% dos participantes não foi observada alteração em relação à sustentação.

Em relação às análises de correlação entre a EDEP e os Testes de Atenção Dividida e Sustentada (AD e AS), esperava-se encontrar correlações significativas e negativas entre as medidas dos testes de atenção e o somatório total dos escores obtidos pelos participantes na EDEP. Como esperado, foram geradas correlações negativas, contudo, foram resultados considerados não significativos (Tabela 2).

**Tabela 2. Correlações entre os escores da EDEP e os escores das medidas dos Testes de Atenção Dividida (AD) e Sustentada (AS)**

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

Esperava-se encontrar correlações positivas e significativas entre as medidas de Concentração e as medidas de Velocidade com Qualidade, por se tratarem de construtos semelhantes. Como pode ser observado na Tabela 3, as correlações foram baixas, porém positivas e significativas, como esperado. Além disso, para ambas as medidas dos testes de atenção dividida e sustentada, as amplitudes se mantiveram, em valores semelhantes.

**Tabela 3. Correlações entre as medidas do Teste de Atenção Dividida e os escores das medidas dos Testes de Atenção Sustentada**

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

Como análise complementar, a Escala de Depressão foi dividida em função de quartis, não tendo sido encontradas diferenças significativas para as medidas dos testes de atenção dividida e sustentada. No que se refere às análises para os objetivos secundários, não foram encontradas diferenças significativas em relação aos grupos de idade, ao gênero e ao estado civil tanto para a Escala de Depressão quanto para os testes de atenção ( $p \leq 0,05$ ). Em relação à Classe econômica,

foram encontradas diferenças significativas apenas em relação à medida de Concentração do Teste de Atenção Dividida [ $F(2, 212)=3,370$ ;  $p=0,036$ ]. Por meio da prova de Tukey, foram diferenciadas as classes D, C2 e C1 das classes B1, A2 e A1, não tendo sido encontradas diferenças em relação à classe B2.

Os participantes com atividade laboral apresentaram média de 116,06 pontos na Escala de Depressão ( $DP=42,59$ ), enquanto os que não trabalhavam no momento da aplicação apresentaram média de 103,03 pontos ( $DP=44,35$ ). Esta diferença de média mostrou-se significativa para a EDEP ( $p \leq 0,05$ ) e também para a medida de Velocidade com Qualidade no Teste de Atenção Dividida ( $p \leq 0,05$ ). Aqueles que afirmaram possuir familiares diagnosticados com depressão, embora em menor número ( $n=82$ ), apresentaram média de 91,20 pontos na EDEP ( $DP=50,36$ ), sendo significativamente mais altas em relação aos participantes que não relataram possuir parentes depressivos, que tiveram média de 75,06 ( $DP=40,36$ ) pontos ( $t=-2,45$ ;  $p=0,015$ ).

Embora somente nove participantes relataram ter passado por avaliação psicológica, recebendo diagnóstico de depressão, por meio da análise de variância percebeu-se que este grupo se diferenciou significativamente em relação aos demais participantes, que não passaram por avaliação psicológica, ou a fizeram, não recebendo diagnóstico de depressão ou ainda recebendo diagnóstico de outra doença. A prova de Tukey constatou a existência destes dois grupos [ $F(3, 212)=9,463$ ;  $p=0,000$ ].

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

## DISCUSSÃO

Primeiramente, faz-se interessante salientar que são poucas as pesquisas no cenário brasileiro que se propuseram a investigar a relação entre os construtos analisados neste trabalho, isto é, a depressão e atenção (Baptista, Lima et al., 2006; Porto et al., 2002). No cenário internacional, pesquisas que demonstram alterações significativas no padrão da atenção em depressivos são um pouco mais frequentes (Álvarez, 2008; Gallardo et al., 1999; Karparova et al., 2007; Lahr, Beblo e Hartje, 2007; Levin et al., 2007; Ravnkilde et al., 2002; Stordal et al., 2004), quando comparadas com a produção nacional (Porto et al., 2002).

O objetivo principal desta pesquisa foi avaliar a associação entre a Escala de Depressão (EDEP) com medidas de atenção dividida e sustentada. Os resultados das correlações demonstraram que as associações entre as variáveis pesquisadas não corroboraram os resultados da bibliografia consultada, não tendo sido encontrados valores significativos (APA, 2002; Baptista, Lima et al., 2006; Baptista, Baptista e Oliveira, 2004; Brundtland, 2000; Khandolwal et al., 2001; Porto et al., 2002; Ravnkilde et al., 2002; Rozenthal, Laks e Engelhardt, 2004). Todavia, de maneira geral, analisando-se



os resultados descritos, pode-se perceber que a maioria dos sentidos das correlações encontradas, por meio de análise, correspondeu ao esperado.

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

Estudos com não-pacientes, como por exemplo, o de Baptista, Lima et al. (2006) enfatizam associação entre sintomatologia depressiva e rebaixamento atencional, porém, referenciando-se a outro tipo de atenção, no caso a atenção concentrada. De qualquer forma, independente do tipo de atenção estudada, o foco atencional é mais disperso em depressivos, quando comparado a pessoas não depressivas (Baptista, Lima et al., 2006; Karparova, 2007; Rozenhal, Laks e Engelhardt, 2004).

Sabe-se que diversos são os fatores que podem influenciar negativamente no processo atencional, dentre eles a desmotivação, o sentimento de vulnerabilidade ao fracasso e o estado emocional. Além disso, na depressão há uma tendência exacerbada a informações negativas e distorcidas da realidade (Beck et al., 1997). Essas formulações teóricas possuem embasamento em pesquisas com a de Karparova et al. (2007), na qual se percebeu que os pacientes deprimidos possuem uma maior tendência atencional a informações de cunho negativo. Outras pesquisas chegaram a conclusões semelhantes (Lima, 2005; Ravnkilde et al., 2002; Rozenhal, Laks e Engelhardt, 2004).

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

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

Ainda que as correlações entre as medidas de atenção e a EDEP não tenham sido significativas, as análises demonstraram que os participantes seguiram o mesmo movimento nos testes, isto é,

---

mantiveram um padrão, com correlações de magnitude semelhantes. Este mesmo movimento ocorre, quando comparadas as medidas dos testes entre si, demonstrando que talvez, para os testes de atenção, a amostra tenha sido pouco diversificada, sem grandes variações que permitissem variabilidade nas análises.

A análise dos componentes presentes no questionário de identificação fez parte dos objetivos secundários deste estudo, relativos aos fatores de risco para a depressão. Não foram encontradas diferenças relativas ao gênero para a amostra em questão, embora a literatura aponte as mulheres como sendo de duas a três vezes mais susceptíveis à depressão (APA, 2002; Baptista, Baptista e Oliveira, 2004; Baptista, Lima et al., 2006; Brundtland, 2000; NIMH, 2000; Justo e Calil, 2006; Ravnkilde et al., 2002). Hipotetiza-se que este resultado tenha sido em detrimento do baixo número amostral.

Outro dado discrepante em relação à literatura se refere à idade e ao estado civil. Embora a OMS aponte para indivíduos entre 20 e 40 anos como a faixa etária em que se concentram os casos de depressão registrados e ainda que esta faixa etária estivesse presente na amostra, não foram encontradas diferenças significativas (Khandolwal et al., 2001). Todavia, pode-se perceber que a existência de familiares depressivos na amostra foi um fator importante e significativo para o nível de sintomatologia depressiva apresentados pela amostra, assim como apontado na literatura (Bahls, 2000; Peron, Neves, Brandão e Vicentini, 2004).

Foi também perguntado aos participantes sobre a presença de familiares com diagnóstico de depressão, realizado por psicólogo ou psiquiatra. Corroborando com a literatura, que aponta a presença de familiares depressivos como um importante fator de risco para a depressão, os participantes que responderam positivamente à questão obtiveram médias significativamente mais altas na EDEP (Baptista, Baptista e Dias, 2001; Baptista, Baptista e Oliveira, 2004; Dias, 2008; Khandoval et al., 2001).

Outro aspecto observado foi se os participantes haviam passado por avaliação psicológica. Foram encontradas diferenças significativas para a EDEP entre os participantes que relataram depressão e aqueles que não passaram por avaliação, ou passaram sem diagnóstico ou com diagnóstico de outros transtornos. Em relação à atividade laboral, os que não trabalham obtiveram médias significativamente mais altas que os participantes que exercem alguma atividade laboral nos escores da EDEP e na medida de velocidade com qualidade do teste de atenção dividida, ou seja, o quanto ela consegue se manter na tarefa, mantendo acertos.

Em relação aos testes de atenção, os participantes que alcançaram níveis superiores nas medidas de concentração e velocidade com qualidade apresentaram frequências maiores de familiares diagnosticados, quando comparados aos participantes que se classificaram no nível inferior. Na medida de sustentação, tanto no grupo em que se observou aumento quanto diminuição na sustentação relataram possuir familiares deprimidos. Trata-se de uma informação interessante que deve ser debatida em estudos complementares, uma vez que, embora não tenham sido encontradas correlações significativas entre os testes de atenção e a Escala de Depressão, possuir familiares deprimidos é um dos principais fatores de risco para a depressão.

Interessante destacar que, mesmo havendo somente nove participantes que receberam diagnóstico de depressão, este foi um número suficientemente forte para se diferenciar na prova de

Tukey. Estudos com amostras mais diversificadas, com maior variabilidade, composta por participantes diagnosticados seriam interessantes para confirmar e complementar os resultados encontrados. Isto pode ser um indício de evidência de validade de critério, que deverá ser explorado em estudos futuros.

Uma vez que a depressão é um transtorno muito estudado e que vem ganhando no meio acadêmico uma posição de destaque em relação aos problemas de saúde pública, este trabalho espera contribuir para a comunidade científica na medida em que apresenta novos estudos em relação à depressão, além de indicar o desenvolvimento de um novo teste de depressão, construído no Brasil. O presente trabalho, por possuir caráter transversal, tentou demonstrar uma associação entre a maior intensidade de sintomatologia depressiva e comprometimento em parte das funções cognitivas, relacionadas à atenção (Bahls, 2000; Esteves e Galvan, 2006; Brundtland, 2000; Khandolwal et al., 2001), no entanto, a baixa variabilidade nos escores dos instrumentos de depressão e atenção pode ter comprometido os resultados.

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

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abramson, L.Y.; Alloy, L.B. & Metalsky, G.I. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, 96 (2), 358-372.
- Álvarez, E. (2008). Nuclear features of depression: A medical model of the depressive disease. *Actas Españolas de Psiquiatria*, 36 (supl 1), 3-6.
- American Psychiatric Association (APA) (2002). *DSM-IV-TR - Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed.
- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) (2008). *Critério de classificação econômica no Brasil*. Disponível em <http://www.abep.org.br>. Acesso em 15 de março de 2009.
- Bahls, S.-C. (2000). Uma visão geral sobre a doença. *Revista InterAÇÃO*, 4, 61-73.
- Bahls, S.-C. & Bahls, F.R.C. (2002). Depressão na adolescência: Características clínicas. *Interação em Psicologia*, 6 (1), 49-57.
- Baptista, M.N. (2009). *EDEP - Escala de Depressão*. Relatório Técnico não publicado. Programa de Pós Graduação Strictu-Sensu da Universidade São Francisco, Itatiba.
- Baptista, M.N.; Baptista, A.S.D. & Dias, R. R. (2001). Estrutura e suporte familiar como fatores de risco na depressão de adolescentes. *Psicologia Ciência e Profissão*, 21 (2), 52-61.
- Baptista, M.N.; Baptista, A.S.D. & Oliveira, M.G. (2004). Depressão e gênero: Por que as mulheres se deprimem mais que os homens? In: M. N. Baptista (Org.) *Suicídio e depressão: Atualizações*. (Vol. 1, pp. 50-61). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
-

- Baptista, M.N. & Carneiro, A.M. (2008) Relações entre depressão, percepção do suporte familiar e desesperança. *XIV Encontro de Iniciação Científica*, Universidade São Francisco. [CD-ROM]. Bragança Paulista, São Paulo.
- Baptista, M.N. & Carneiro, A.M. (2009a). Parâmetros psicométricos para a Escala de Depressão – EDEP. *XV Encontro de Iniciação Científica*, Universidade São Francisco. [CD-ROM]. Campinas, São Paulo.
- Baptista, M.N. & Carneiro, A.M. (2009b). Evidência de validade concorrente entre a Escala de Depressão – EDEP e a Escala Beck de Desesperança – BHS. *IV Congresso Brasileiro de Avaliação Psicológica & XIV Conferência Internacional de Avaliação Psicológica*, Universidade São Francisco. [CD-ROM]. Campinas, São Paulo.
- Baptista, M.N.; Lima, R.F.; Capovilla, A.G.S. & Melo, L.L. (2006). Sintomatologia depressiva, atenção sustentada e desempenho escolar em estudantes do ensino médio. *Psicologia Escolar e Educacional*, 10, 99-108.
- Baptista, M.N.; Souza, M.S. & Alves, G.A.S. (2008). Evidências de validade entre a Escala de Depressão (EDEP), o BDI e o Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF). *Psico-USF*, 13 (2), 211-220.
- Becerra, N.; Restrepo, J. & Herrera, J. (2006). Relación entre depresión y atención en pacientes con traumatismo craneoencefálico leve. *Universitas psychologica*, 5 (3), 647-657.
- Beck, A.T.; Rush, A.J.; Shaw, B.F. & Emery, G. (1997). *Terapia da depressão*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Borine, B. (2009). *Escala de Depressão (EDEP) e Bateria Fatorial de Personalidade: Evidências de validade*. Dissertação de Mestrado. Universidade São Francisco, Itatiba.
- Brundtland, G.H. (2000). The mental health in XXI Century. *Bulletin of the World Health Organization*, 78 (4), 411.
- Dias, C.C. (2008). *Evidências de validade convergente e discriminante da Escala de Depressão (EDEP)*. Dissertação de Mestrado. Universidade São Francisco, Itatiba.
- Esteves, F.C. & Galvan, A.L. (2006). Depressão numa contextualização contemporânea. *Aletheia*, 24, 127-135.
- Ferster, C.B.; Culbertson, S. & Boren, C P. (1977). *Princípios do comportamento*. (M. I. R. Silva, M. A. C. Rodrigues e M. B. L. Pardo, trad.). São Paulo: Hucitec.
- Gallardo, M.P.; Baños, R.M.R.; Belloch, A.F. & Ruipérez, M.A.R. (1999). Attentional biases and vulnerability to depression. *The Spanish Journal of Psychology*, 2 (1), 11-19.
- Helene, A.F. & Xavier, G.F. (2003). A construção da atenção a partir da memória. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25 (supl II), 12-20.
- Justo, L.P. & Calil, H.M. (2006). Depressão: O mesmo acometimento para homens e mulheres? *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33 (2), 74-79.
- Karparova, S.P.; Kersting, A. & Suslow, T. (2007). Deployment of attention in clinical depression during symptom remission. *Scandinavian Journal of Psychology*, 48, 1-5.
- Khandolwal, S.; Chowdhury, A.; Regmi, S.K.; Mendis, N. & Kittirattanapaiboon, P. (2001). *Conquering depression: You can get out of the blues*. Nova Delhi: World Health Organization, Regional Office for South-East Asia.

- Ladewig, I. (2000). A importância da atenção na aprendizagem de habilidades motoras. *Revista Paulista de Educação Física*, 14 (supl.3), 62-71.
- Lahr, D.; Beblo, T. & Hartje, W. (2007). Cognitive performance and subjective complaints before and after remission of major depression. *Cognitive Neuropsychiatry*, 12 (1), 25-45.
- Levin, R.L.; Heller, W.; Mohanty, A.; Herrington, J.H. & Miller, G.A. (2007). Cognitive deficits in depression and functional specificity of regional brain activity. *Cognitive Therapy Research*, 31, 211-233.
- Lima, R.F. (2005). Compreendendo os mecanismos atencionais. *Ciências e Cognição*, 6, 113-121.
- Monteiro, F.R.; Coutinho, M.P.L. & Araújo, L.F. (2007). Sintomatologia depressiva em adolescentes do ensino médio: Um estudo das representações sociais. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 27 (2), 224-235.
- Monteiro, K.C.C. & Lage, A.M.V. (2007a). A dimensão psíquica na compreensão da depressão. *Psicologia para América Latina*, 11. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-350X2007000300008&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2007000300008&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)
- Monteiro, K.C.C. & Lage, A.M.V. (2007b). Depressão: Uma 'psicopatologia' classificada nos manuais de Psiquiatria. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 27, 106-119.
- National Institute of Mental Health (NIMH) (2000). *Depression research*. Bethesda, Maryland: Office of Communications and Public Liaison National Institute of Mental Health.
- Organização Mundial da Saúde (OMS) (1993). *Classificação dos transtornos mentais e do comportamento - CID-10: Descrições e diretrizes diagnósticas*. (D. Caetano, trad.; vol. 3; 10ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Panzarella, C.; Alloy, L.B. & Whitehouse, W.G. (2006). Expanded hopelessness theory of depression: On the mechanisms by which social support protects against depression. *Cognitive Therapy Research*, 30, 307-333.
- Peron, A.P.; Neves, G.Y.S.; Brandão, M. & Vicentini, V.E.P. (2004). Aspectos biológicos e sociais da depressão. *Arquivos de Ciência da Saúde da UNIPAR*, Umuarama, 8 (1), 45-48.
- Porto, P.; Hermolin, M. & Ventura, P. (2002). Alterações neuropsicológicas associadas à depressão. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental Cognitiva*, 4 (1), 63-70.
- Ravnikilde, B.; Videbeck, P.; Clemmensen, K.; Egander, A.; Rasmussen, N.A. & Rosenberg, R. (2002). Cognitive deficits in major depression. *Scandinavian Journal of Psychology*, 43, 239-251.
- Rozenhal, M.; Laks, J. & Engelhardt, E. (2004). Aspectos neuropsicológicos da depressão. *Revista de Psiquiatria*, 26, 204-212.
- Rueda, F.J.M.; Sisto, F.F.; Cunha, C.A. & Machado, F. (2007). Memória e atenção em escolares: Um estudo comparativo. *Encontro: Revista de Psicologia*, 11 (15), 72-84.
- Sisto, F.F.; Noronha, A.P.P.; Lamounier, R.; Bartholomeu, D. & Rueda, F.J.M. (2006). *AD e AS – Testes de Atenção Dividida e Sustentada: Manual*. São Paulo: Vetor.
- Sternberg, R. (2000). Atenção e consciência. In: R. Sternberg (Org), *Psicologia cognitiva*. (vol.1, pp. 77-108). Porto Alegre: Artmed.
- Stordal, K.I.; Lundervold, A.J.; Egeland, J.; Mykletun, A.; Asbjørnsen, A.; Landrø, N. I.; Roness, A.; Rund, B.R.; Sundet, K.; Oedegaard, K.J. & Lund, A. (2004). Impairment across executive functions in recurrent major depression. *Nordic Journal of Psychiatry*, 58 (1), 41-47.
-

JULIANA OLIVEIRA GOMES e MAKILIM NUNES BAPTISTA

---

*Recebido em 08/02/10*

*Revisto em 29/11/10*

*Aceito em 01/12/10*