

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde
Curso de Psicologia

GIULIA SOUZA GIANANTE

**PERCEPÇÃO DE FATORES EXTERNOS COMO
CAUSA DA PRÓPRIA DEPRESSÃO**

São Paulo
2022

GIULIA SOUZA GIANSANTE

**PERCEÇÃO DE FATORES EXTERNOS COMO
CAUSA DA PRÓPRIA DEPRESSÃO**

Trabalho de conclusão de curso para obtenção de créditos de Bacharel de Psicologia - curso de graduação de Psicologia da Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Fátima Regina Pires de Assis

São Paulo

2022

AGRADECIMENTOS

À minha família, em especial, aos meus pais, que sempre estiveram presentes e me incentivando. Cuidando de todas as outras coisas, para que eu pudesse focar nos estudos. Que me ouviram nos momentos de angústia e disfrutarão dos momentos de alegria.

Às minhas grandes amigas, que sempre me acolheram com muito carinho e ouviram o que tinha para dizer. Que souberam todos os meus passos até aqui e toda dificuldade enfrentada. Agradeço a ajuda e companheirismo nesses tempos.

Aos meus professores, por toda disposição em me ajudar em temas complexos. Por toda orientação em pesquisa e pelo conhecimento compartilhado, que me instigou para continuar estudando.

Sem vocês, não seria possível.

“[...] o autoconhecimento tem um valor especial para o próprio indivíduo. Uma pessoa que se “tornou consciente de si mesma” por meio de perguntas que lhe foram feitas está em melhor posição de prever e controlar seu próprio comportamento.”

Skinner, 1974.

RESUMO

Este estudo buscou identificar a percepção de fatores externos como causa da própria depressão em adultos maiores de 18 anos de idade. A amostra foi não probabilística e composta a partir dos critérios diagnósticos da 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais para o Transtorno Depressivo Maior, condição clássica dos transtornos depressivos. A coleta das informações foi feita através de dois questionários feitos pelo Formulários Google e divulgados através do WhatsApp e Facebook, onde os participantes que aceitaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido responderam de forma anônima às questões referentes a A. critérios para participação na pesquisa e mapeamento dos comportamentos relativos ao Transtorno Depressivo Maior, B. perfil socioeconômico e se tem ou já teve algum tipo de acompanhamento profissional em relação à depressão e C. quais fatores os participantes consideraram responsáveis por eles se sentirem deprimidos, verificando a percepção dos participantes sobre sua condição. Os dados foram analisados e organizados de acordo com o tipo de explicação atribuída aos próprios sintomas: causa relacionada a fatores controláveis, incontrolláveis ou causa mentalista. Além disso, foram criadas categorias temáticas nas quais as respostas foram agrupadas. Ainda, uma análise estatística foi realizada com o teste de qui-quadrado investigando associações entre os sintomas selecionados e as variáveis do perfil socioeconômico. Os resultados foram analisados sob a ótica da Análise do Comportamento. Cinquenta e quatro pessoas aceitaram o Termo de Consentimento, 39 pessoas responderam às questões dos Blocos A, B e C, e 19 pessoas se enquadraram nos critérios e puderam compor a amostra da pesquisa. Em relação ao Bloco A, 100% dos participantes selecionaram o sintoma de *insônia ou hipersonia quase todos os dias*. No Bloco B, 63,2% dos participantes tinham entre 18 e 29 anos e 36,8%, entre 30 e 59; 78,9% selecionaram o gênero feminino e 21,1%, o masculino; 84,2% dos participantes se identificaram com a raça/cor branca; 57,9% responderam ter Ensino Superior completo ou mais; 42,1% têm renda mensal familiar aproximada de quatro a dez salários mínimos; 36,8% é estudante e 63,2% têm acompanhamento profissional relacionado à depressão. No Bloco C, 84,21% dos participantes atribuíram seus sintomas a causas relacionadas a fatores controláveis; 42,1%, a causas mentalistas e 36,58%, a causas incontrolláveis. As causas relacionadas a fatores controláveis foram consideradas como o melhor tipo de explicação, à medida em que há maior descrição das contingências, traçando possíveis relações funcionais e, portanto, mais consciência sobre seu comportamento. Dessa forma, há maior facilidade em alterar esse contexto e, por sua vez, alterar os comportamentos típicos da depressão. Das categorias temáticas, sobrecarga, pandemia e solidão foram as mais citadas, com quatro vezes cada. Na análise estatística, foi revelada associação significativa entre nunca ter tido acompanhamento profissional relacionado à depressão e apresentar *capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão, quase todos os dias*; e entre ter ensino superior completo ou mais e *pensamentos recorrentes de morte*, com significância assintótica bilateral menor do que 0,001.

Palavras-chave: depressão, percepção, fatores externos, análise do comportamento.

ABSTRACT

This study sought to identify the perception of external factors as a cause of depression in adults over 18 years old. The sample was non-probabilistic and composed based on the diagnostic criteria of the 5th edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders for Major Depressive Disorder, a classic condition of depressive disorders. The information Data collection was done through two questionnaires made by Google Forms and disseminated through WhatsApp and Facebook, where the participants who accepted the Informed Consent Form answered anonymously the questions regarding A. criteria for participation in the research and mapping of behaviors related to Major Depressive Disorder, B. socioeconomic profile and whether they have or have ever had some kind of professional monitoring related to depression and C. which factors the participants consider responsible for them feeling depressed, verifying the perception of the participants about their condition. The data were analyzed and organized according to the type of explanation attributed to the symptoms: cause related to controllable, uncontrollable, or mentalistic factors. In addition, thematic categories were created into which the answers were grouped. Furthermore, a statistical analysis was performed with the chi-square test investigating associations between the selected symptoms and the variables of the socioeconomic profile. The results were analyzed from the behavior analysis point of view. Fifty-four people accepted the consent form, 39 people answered the questions in Blocks A, B, and C, and 19 people fit the criteria and were able to compose the research sample. In relation to Block A, 100% of the participants selected the symptom *insomnia or hypersomnia almost every day*. Regarding Block B, 63.2% of the participants were between 18 and 29 years old, and 36.8% were between 30 and 59 years old; 78.9% were female and 21.1% were male; 84.2% of the participants identified themselves with the race/color white; 57.9% answered they had completed college education or more; 42.1% had a family monthly income of about four to ten minimum wages; 36.8% were students, and 63.2% had professional counseling related to depression. In Block C, 84.21% of the participants attributed their symptoms to causes related to controllable factors, 42.1% to mentalistic causes, and 36.58% to uncontrollable causes. The causes related to controllable factors were considered the best type of explanation, since there is a greater description of contingencies, tracing possible functional relationships and, therefore, more awareness about their behavior. Thus, it is easier to change this context and, in turn, to change the typical behaviors of depression. Of the thematic categories, overload, pandemic, and loneliness were the most cited, with four times each. In the statistical analysis, a significant association was revealed between never having had professional counseling related to depression and having a *decreased ability to think or concentrate, or indecision, almost every day*; and between having a complete college education or more and *recurrent thoughts of death*, with bilateral asymptotic significance lower than 0.001.

Keywords: depression, perception, external factor, behavior analysis.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 MÉTODO	15
2.1 Participantes.....	15
2.2 Instrumento.....	15
2.3 Procedimento.....	17
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO	18
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
REFERÊNCIAS	35
APÊNDICE A – Formulário 1	39
APÊNDICE B – Formulário 2	42
ANEXO A – Caracterização DSM-V.....	48

1 INTRODUÇÃO

A análise do comportamento é uma abordagem da Psicologia no qual estão articuladas produções filosóficas, empíricas e aplicadas. O objeto de estudo dessa abordagem é o comportamento, que é entendido como relação entre as atividades de um indivíduo e o ambiente no qual ele está inserido (MEYER *et al.*, 2010). Entendido dessa forma, o comportamento é um fenômeno natural e passível de análise científica.

Outro pressuposto filosófico da análise do comportamento é a visão monista do ser humano, ou seja, a concepção de que o ser humano é indivisível e composto por apenas uma substância (MEYER *et al.*, 2010). Não há, portanto, o entendimento de duas substâncias constituintes do ser humano, material e imaterial, tendo a origem de fenômenos psicológicos nesta última. Portanto, os sentimentos somente diferem dos outros comportamentos por terem acesso direto apenas a quem os sentiu, não deixando de ter natureza material. Logo, há uma concepção materialista e interacionista dos fenômenos psicológicos.

Respaldando-se nesses pressupostos, o analista do comportamento atentará às variáveis ambientais para explicar o aparecimento e manutenção dos comportamentos dos indivíduos, como foi proposto por B. F. Skinner, pai do behaviorismo radical. Ele se baseou no modelo de seleção natural de Darwin e propôs o modelo de seleção por consequências. Para ele, as diferenças comportamentais entre os indivíduos seriam explicadas pelos processos de variação e seleção, assim como as diferenças entre as espécies (VILAS BOAS; BANACO; BORGES, 2012).

Desse modo, o ambiente seleciona os comportamentos dos humanos através de três níveis de seleção: filogênese, ontogênese e cultura. O primeiro diz respeito à própria seleção natural, na qual os organismos mais adaptados ao ambiente tendem a sobreviver e transmitir seus genes. A ontogênese relaciona-se com a seleção comportamental no decorrer da vida pelos processos de aprendizagem operante e respondente. E o último é sobre a seleção de práticas culturais por suas consequências no grupo (MEYER *et al.*, 2010). Sendo assim, o comportamento é produto destes processos de forma integrada e conjunta.

Seguindo este modelo explicativo, os transtornos psiquiátricos também são determinados pelos três níveis de seleção, ou seja, esses comportamentos têm causas e naturezas iguais aos demais (VILAS BOAS; BANACO; BORGES, 2012). Dessa forma, a patologia comportamental refere-se a um déficit ou excesso de comportamentos que produzem sofrimento, seja ele individual ou social (BANACO; ZAMIGNANI; MEYER, 2010). Logo, o

critério analítico comportamental para a proposição de intervenções psicoterápicas é o sofrimento.

Apesar da explicação analítico comportamental sobre a seleção de comportamentos pelo ambiente, popularmente as causas do comportamento humano são atribuídas ao sujeito, através de sentimentos, pensamentos, características neurológicas e constructos hipotéticos, como personalidade, memória e atenção. Essas explicações são consideradas mentalistas e fisiológicas inferidas, e podem ser substituídas, de acordo com Skinner, por variáveis ambientais (FESTER, 2012). Aqui, mentalismo é entendido como qualquer enfoque que conceba o comportamento como resultado de processos, agentes internos ou de substância diferente deste (ZILIO e CARRARA, 2008). Ademais, segundo Holland (1978/1983), essa explicação baseada em causas internas tem a função de manter o sistema atuante, servindo como uma justificativa para a desigualdade social.

Em 2002, foi realizado um estudo por Érica Peluso e Sérgio Blay (2008), publicado na Revista de Saúde Pública, através de um inquérito domiciliar com amostra probabilística de 500 habitantes de São Paulo que tinha como objetivo avaliar como a população identifica os sintomas de depressão e suas causas. Um questionário estruturado sobre o perfil socioeconômico foi aplicado e os participantes deveriam responder questões sobre uma vinheta, identificando os sintomas relativos à depressão de acordo com o DSM-IV e a CID-10. Posteriormente, estes participantes deveriam atribuir causas a estes sintomas mediante a apresentação de 18 causas possíveis, sendo essas: isolamento; desemprego; problemas familiares ou amorosos; excesso de trabalho; má alimentação; uso de drogas; acontecimento recente estressante; problemas na infância; pancada forte na cabeça; fraqueza de caráter ou falta de força de vontade; falta de amor próprio; ser muito nervoso; “encosto” ou “mau olhado” ou feitiçaria; falta de fé em Deus; destino ou predestinação; vírus ou infecção; problema genético; problema no cérebro. Como resultados, foi demonstrado que os sintomas foram identificados como depressão por menos de metade da amostra. Ainda, 20% dos participantes acreditam que a vinheta mostrava uma “doença mental”, sendo esta associada à variável de baixa escolaridade. Além disso, desemprego e isolamento foram identificados como mais relevantes e causas biológicas, espirituais e morais, os menos relevantes.

Os transtornos psiquiátricos são classificados dessa forma baseando-se nos padrões comportamentais socialmente aceitos ou não, nos padrões de normalidade. Sendo assim, os padrões que rompem com as expectativas sociais são entendidos como “anormais” (VILAS BOAS; BANACO; BORGES, 2012). Em contraposição, a análise do comportamento não compreende estes comportamentos como desadaptados ou psicopatológicos, uma vez que eles

foram definidos pelos mesmos processos, de variação e seleção, que todos os outros comportamentos. Talvez a única diferença entre os problemas clínicos considerados “normais” e os transtornos psiquiátricos seja o impacto na vida do indivíduo, que geralmente é maior quando está relacionado a algum transtorno.

Para a classificação desses transtornos, costuma-se usar o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, o DSM. Este é baseado no modelo médico de psicopatologia e apresenta diversas incompatibilidades com a análise do comportamento (BANACO; ZAMIGNANI; MEYER, 2010). A primeira diz respeito ao termo *diagnóstico* que, sob a ótica analítico-comportamental, seria substituído por avaliação comportamental, indicando as relações existentes entre o indivíduo e o ambiente no qual está inserido. Outra questão importante é que a análise do comportamento não usa o critério *estatístico* para a delimitação de um comportamento problema. Há a utilização do sujeito como seu próprio parâmetro, como seu próprio controle, para dizer se um comportamento causa ou não prejuízos e deve ser ajustado. Ainda, a noção de transtorno, que remete a algum comportamento desadaptado, opondo-se ao modelo de seleção por consequências adotado pela análise do comportamento. Também a se apresenta a ideia de transtorno mental, que é oposta à concepção monista de ser humano. Por fim, o DSM permite a padronização e troca de informações entre profissionais da saúde, mas ele descreve apenas a topografia da resposta emitida pelo indivíduo, que apesar de ser importante para se iniciar uma análise, é insuficiente para nortear estratégias terapêuticas. Na terapia analítico-comportamental, o interesse do clínico está voltado para a identificação das relações entre o indivíduo e o ambiente e para a proposição de intervenções baseadas nessa identificação (MEYER *et al.*, 2010). Desse modo, para a formulação de estratégias eficientes, é necessário atentar aos fatores críticos e variáveis ambientais a fim de identificar relações comportamentais que determinam os comportamentos que serão classificados como transtornos psiquiátricos.

Dentre os transtornos psiquiátricos, a considerada doença da contemporaneidade é a depressão. Atualmente, 350 milhões de pessoas ao redor do mundo são acometidas pela depressão, sendo esta considerada uma das doenças mais incapacitantes (FILHO; DUNNINGHAM, 2019). De acordo com o Ministério da Saúde (2020), a prevalência de depressão no Brasil é de aproximadamente 15,5%. Ainda, é o país que apresenta maior número de casos considerando os outros países em desenvolvimento, ficando apenas atrás do Estados Unidos no continente americano (FILHO; DUNNINGHAM, 2019).

Segundo o DSM-V (2014), os transtornos depressivos incluem alguns tipos. São eles: transtorno disruptivo da desregulação do humor, transtorno depressivo maior, transtorno

depressivo persistente, transtorno disfórico pré-menstrual, transtorno depressivo induzido por substância/medicamento, transtorno depressivo devido a outra condição médica, outro transtorno depressivo especificado e transtorno depressivo não especificado. A condição clássica deste grupo é o transtorno depressivo maior, sendo este o utilizado como referência nesta pesquisa, selecionando o campo amostral.

Ainda de acordo com o DSM-V (2014), existem critérios diagnósticos para o Transtorno Depressivo Maior:

A. Cinco (ou mais) dos seguintes sintomas estiveram presentes durante o mesmo período de duas semanas e representam uma mudança em relação ao funcionamento anterior; pelo menos um dos sintomas é (1) humor deprimido ou (2) perda de interesse ou prazer.

Nota: Não incluir sintomas nitidamente devidos a outra condição médica.

1. Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, conforme indicado por relato subjetivo (p. ex., sente-se triste, vazio, sem esperança) ou por observação feita por outras pessoas (p. ex., parece choroso). (**Nota:** 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 (indicada por relato subjetivo ou observação feita por outras pessoas).

3. Perda ou ganho significativo de peso sem estar fazendo dieta (p. ex., uma alteração de mais de 5% do peso corporal em um mês), ou redução ou aumento do apetite quase todos os dias. (**Nota:** Em crianças, considerar o insucesso em obter o ganho de peso esperado.)

4. Insônia ou hipersonia quase todos os dias.

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

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

7. Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada (que podem ser delirantes) quase todos os dias (não meramente autorrecriminação ou culpa por estar doente).

8. Capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão, quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outras pessoas).

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

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

C. O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica.

Nota: Os Critérios A-C representam um episódio depressivo maior.

Nota: Respostas a uma perda significativa (p. ex., luto, ruína financeira, perdas por um desastre natural, uma doença médica grave ou incapacidade) podem incluir os sentimentos de tristeza intensos, ruminação acerca da perda, insônia, falta de apetite e perda de peso observados no Critério A, que podem se assemelhar a um episódio depressivo. Embora tais sintomas possam ser entendidos ou considerados apropriados à perda, a presença de um episódio depressivo maior, além da resposta normal a uma perda significativa, também deve ser cuidadosamente considerada. Essa decisão requer inevitavelmente o exercício do julgamento clínico baseado na história do indivíduo e nas normas culturais para a expressão de sofrimento no contexto de uma perda. *

D. A ocorrência do episódio depressivo maior não é mais bem explicada por transtorno esquizoafetivo, esquizofrenia, transtorno esquizofreniforme, transtorno delirante, outro transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico especificado ou transtorno da esquizofrenia e outro transtorno psicótico não especificado.

E. Nunca houve um episódio maníaco ou um episódio hipomaníaco.

Nota: Essa exclusão não se aplica se todos os episódios do tipo maníaco ou do tipo hipomaníaco são induzidos por substância ou são atribuíveis aos efeitos psicológicos de outra condição médica. (DSM-V, 2014, p. 160-161)

Considerando estes critérios, o DSM faz a classificação dos transtornos com bases apenas nas respostas, não incluindo propriamente os fatores externos que podem estar diretamente relacionados a esta condição. Dessa forma, faz-se necessário uma investigação destes fatores, uma vez que se sabe que os problemas relacionados à saúde mental podem ser relacionados a diversos fatores culturais, sociais, físicos e econômicos. Assim, através de uma revisão da literatura, foi possível identificar variáveis que influenciam no desenvolvimento destes transtornos. Um fator importante verificado foi o sexo: as mulheres têm maior prevalência de depressão e ansiedade quando comparadas aos homens (COSTA et al., 2019; MUNHOZ, 2012) Segundo dados divulgados pela Organização Mundial de Saúde (World Health Organization) em 2017, mulheres apresentam prevalência de depressão em 5,1%, enquanto os homens apresentam 3,6%. Outro fator relevante que foi observado é relacionado ao desemprego e, conseqüentemente, às más condições econômicas dos indivíduos: essas variáveis representam riscos no que concerne ao desenvolvimento ou agravamento de transtornos psiquiátricos como depressão e ansiedade (BEZERRA et al., 2020; COSTA et al., 2019; SOUZA et al., 2021).

Além desses fatores, outras variáveis ambientais também são pertinentes no desenvolvimento ou não de transtornos. Segundo Bezerra et al. (2020), condições de sono, prática de atividades físicas e convívio social são aspectos que devem ser levados em consideração. Há, também, relações de maior prevalência de transtornos de ansiedade e menor escolaridade (ANDRADE et al., 2012), e maior número de psicopatologias em pessoas obesas (BECKER et al., 2001). Ademais, o uso de álcool e a presença de doenças crônicas são agravantes nos transtornos ansiosos (COSTA et al., 2019). Em relação à depressão, no estudo de Munhoz (2012), foi identificado que indivíduos mais jovens, com a cor da pele branca, de menor nível socioeconômico e escolaridade, solteiros ou separados, tabagistas e com doenças cardíacas, além de mulheres e desempregados, como citado anteriormente, apresentam maiores prevalências.

Diversos desses fatores foram fortalecidos pelas estimativas globais da Organização Mundial da Saúde (World Health Organization) publicadas em 2017, que revela que as pessoas mais suscetíveis a apresentarem transtornos mentais são aquelas em situação de pobreza e de desemprego, que passaram por eventos traumáticos como morte de um ente querido ou término

de relacionamento, com doenças físicas e com problemas causados pelo uso de álcool ou drogas.

Há, ainda, um outro fator que deve ser considerado: o isolamento social. Este é entendido como um fator de risco para o desenvolvimento de alterações comportamentais (SOUZA *et al.*, 2021). Nos anos de 2020 e 2021, o isolamento social foi usado como uma medida preventiva para o controle da pandemia pela doença COVID-19. Este isolamento é um conjunto de medidas, como fechamento temporário de comércios e escolas, que pretendiam controlar a disseminação do patógeno SARS-Cov-2 como uma forma de proteção à coletividade.

Apesar de imprescindíveis para contenção da pandemia, tais medidas parecem ter aumentado o sofrimento psíquico. Segundo Gandra (2020), uma pesquisa feita pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), 80% da população do Brasil apresentou maiores taxas de ansiedade durante a pandemia. Ainda, foram destacados os baixos níveis de escolaridade e de renda como fatores críticos nas questões relacionadas à saúde mental. Outro estudo, feito pelo Instituto de Psicologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e noticiado pela CNN News (2020), revelou que os casos de depressão quase dobraram desde que a quarentena começou. Uma pesquisa do instituto Ipsos cedida à BBC News mostra que 53% dos brasileiros disseram que o bem-estar mental piorou no ano de 2020 (BBC NEWS, 2021). A partir disso, a piora na saúde mental do brasileiro é inegável, entretanto, há uma ressalva a ser feita: segundo Bernardes (2021), a pandemia de COVID-19 não aumentou de forma significativa a ocorrência de transtornos mentais. Aqui, portanto, faz-se uma diferenciação entre sofrimento psíquico e diagnóstico de transtorno psiquiátrico.

Dada a piora na saúde mental e bem-estar dos brasileiros, faz-se necessário novos estudos sobre a temática e que considerem o contexto pandêmico. Além disso, também é importante atentar-se às variáveis ambientais que atuam como fatores de risco ou proteção no desenvolvimento de transtornos psiquiátricos e no sofrimento humano, considerando ainda a percepção das pessoas acerca de sua condição. Para a Análise do Comportamento, é através dessas variáveis identificadas que é possível fazer uma intervenção terapêutica eficaz. Dessa forma, conhecer os fatores associados a estes sofrimentos e a percepção dos acometidos pode auxiliar os profissionais da saúde na melhor elaboração de estratégias e, até mesmo, políticas públicas que minem estes riscos, diminuindo a probabilidade de agravo e desenvolvimento de transtornos ao longo da vida.

Para entrar em contato com os fatores associados à depressão e à percepção dos participantes, essa pesquisa será baseada no relatar, que é um comportamento verbal incluído

na categoria de operante verbal chamada tato (DE ROSE, 1999). O tato tem, ou deveria ter, uma relação de correspondência com o mundo externo, mas isso nem sempre acontece. A comunidade verbal estabelece um repertório de tatos nos indivíduos que nem sempre é 100% acurado. Há aqui, portanto, uma ressalva e uma certa limitação na pesquisa, uma vez que o pesquisador não tem acesso direto aos eventos relatados pelos participantes. Entretanto, apesar disso, o relato verbal é uma fonte de informações muito difundida e extremamente importante para a comunidade científica.

Por fim, é relevante identificar a percepção de fatores ambientais mais críticos para a produção de comportamentos que causam sofrimento para que esses sejam mais prontamente combatidos. Dessa forma, a pesquisa desenvolvida tem a seguinte questão-problema: das pessoas que relatam terem se sentido deprimidas, quais fatores eles consideram responsáveis por eles se sentirem deprimidos? Assim, será possível analisar a percepção dos participantes em relação às causas dos seus comportamentos, em especial os relacionados à depressão.

2 MÉTODO

2.1 Participantes

Dezenove adultos maiores de 18 anos que relatam terem se sentido deprimidos e que têm acesso à internet para responder o questionário, configurando uma amostra não probabilística.

2.2 Instrumento

A coleta de informações foi feita através de dois Formulários Google. No primeiro, o participante aceitou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e, no segundo, respondeu a um questionário dividido em três blocos: A, B e C.

O **Bloco A** incluiu os critérios para a participação na pesquisa e um breve mapeamento dos comportamentos relativos ao Transtorno Depressivo Maior tendo como base o DSM-V. Este bloco contou com quatro perguntas. Nas duas primeiras, o participante selecionou os sintomas com os quais se identifica. A primeira pergunta considera o critério 1, na qual o participante deve selecionar pelo menos uma das duas opções a seguir para se encaixar no critério estabelecido: 1. apresenta humor deprimido, sente-se triste, vazio ou sem esperança na maior parte do dia e quase todos os dias e/ou se 2. apresenta diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia quase todos os dias.

Na segunda pergunta, o participante deve selecionar pelo menos três dos sintomas a seguir para continuar compondo a amostra da pesquisa: 3. Perda ou ganho significativo de peso sem estar fazendo dieta, ou redução ou aumento do apetite quase todos os dias; 4. Insônia ou hipersonia (muito sono) quase todos os dias; 5. Agitação (inquietação) ou retardo (estar mais lento) psicomotor observado por outras pessoas; 6. Fadiga ou perda de energia quase todos os dias; 7. Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada quase todos os dias; 8. Capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão, quase todos os dias e 9. Pensamentos recorrentes de morte.

Nas duas últimas perguntas, o participante deverá responder se sim ou se não e, considerando esta resposta, este continua ou não respondendo a pesquisa. Uma das perguntas é se o participante sente que estes sintomas causam sofrimento ou prejuízo significativo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes de sua vida (a resposta deve ser sim) e se o participante considera que estes sintomas podem ser atribuídos a alguma outra condição médica (a resposta deve ser não).

É importante ressaltar que as perguntas foram feitas deste modo para estarem em consonância com os critérios diagnósticos de Transtorno Depressivo Maior do DSM-V, permitindo maior padronização. Dessa forma, os participantes devem selecionar cinco ou mais dos sintomas apresentados, sendo pelo menos um desses 1. apresenta humor deprimido, sente-se triste, vazio ou sem esperança na maior parte do dia e quase todos os dias ou 2. apresenta diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia quase todos os dias; considerar que há prejuízo significativo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas de sua vida e que os sintomas selecionados não podem ser atribuídos a alguma outra condição médica.

Apesar de basear-se no DSM-V, alguns aspectos delicados foram retirados: no Bloco A, não foram mencionados sintomas como ideação suicida ou tentativa de suicídio, e na última pergunta deste mesmo bloco, não foi perguntado sobre a interferência de alguma substância, deixando apenas a questão sobre atribuir os sentimentos de depressão a alguma outra condição médica. Além disso, a terminologia *sintoma* está sendo usada considerando o conhecimento baseado no senso comum e para melhor entendimento dos participantes, apesar de não ser coerente com a Análise do Comportamento.

No **Bloco B**, o perfil socioeconômico do participante será investigado através de perguntas sobre:

1. Idade, dividindo os participantes em jovens (de 18 a 29 anos), adultos (de 30 a 59 anos) e idosos (com 60 anos ou mais).
2. Gênero, considerando feminino, masculino e outros.
3. Raça/cor, incluindo branca, preta, parda, amarela e indígena.
4. Escolaridade, podendo selecionar nenhuma, ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo, ensino superior incompleto e ensino superior completo ou mais.
5. Renda familiar mensal aproximada, com opções de até 2 salários-mínimos, de 2 a 4 salários mínimos, de 4 a 10 salários mínimos, de 10 a 20 salários mínimos e mais do que 20 salários mínimos.
6. Ocupação atual, considerando empresário, empregado, autônomo, desempregado, estudante, aposentado, funcionário público, freelancer, trabalho informal, estagiário e outros.
7. Se o participante tem ou teve acompanhamento profissional (psicológico, psiquiátrico, neurológico etc.) em relação à depressão.

Por fim, o **Bloco C** será composto por uma pergunta de resposta aberta e livre para que os participantes relatem quais fatores eles consideram responsáveis por eles se sentirem deprimidos, buscando as causas desse sentimento e explicando com riqueza de detalhes.

2.3 Procedimento

Os participantes assinaram o Termo de Compromisso Livre e Esclarecido através de um formulário online do Google, preenchendo seu nome completo e RG. Depois do aceite do Termo, os participantes receberam um link para outro formulário em que responderam às questões de forma anônima.

O formulário, instrumento de coleta de informações, foi divulgado via internet pelas plataformas WhatsApp e Facebook, a fim de encontrar indivíduos que relatam sentimentos relacionados à depressão.

Para a análise de dados dos Blocos A e C, foi feita uma caracterização da amostra, incluindo a porcentagem de cada sintoma selecionado e a porcentagem de participantes por cada indicador socioeconômico.

Para a análise das respostas à questão do Bloco C, foi feita uma análise temática. As respostas foram divididas em três categorias, sendo estas: 1. causas relacionadas a fatores controláveis, 2. causas relacionadas a fatores incontroláveis e 3. causas mentalistas. As respostas que compuseram a categoria 1 apresentaram fatores ambientais externos que são passíveis de controle e estão relacionadas às contingências em que o participante vive, como sobrecarga no trabalho. As respostas que compuseram a categoria 2 apresentam fatores tidos como “incontroláveis”, como a pandemia de COVID-19. Já as respostas que compuseram a categoria 3 estão relacionadas a fatores internos do indivíduo, que são observáveis apenas por ele mesmo, como sentimentos.

Além disso, para a análise do Bloco C, foram criadas categorias temáticas de acordo com as respostas à questão e foram analisadas as vezes em que estas se repetiram. Ainda, as respostas foram analisadas relacionando-as com a literatura existente sobre o comportamento depressivo.

Para uma análise estatística das variáveis, o teste qui-quadrado de associação foi utilizado. Este teste compara a distribuição observada com a distribuição esperada dos dados, determinando a associação entre variáveis e o nível de significância estabelecido foi de 5%. Buscando avaliar se existe alguma associação, todos os sintomas (Bloco A) foram testados em relação a todos os dados do perfil socioeconômico (Bloco B).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

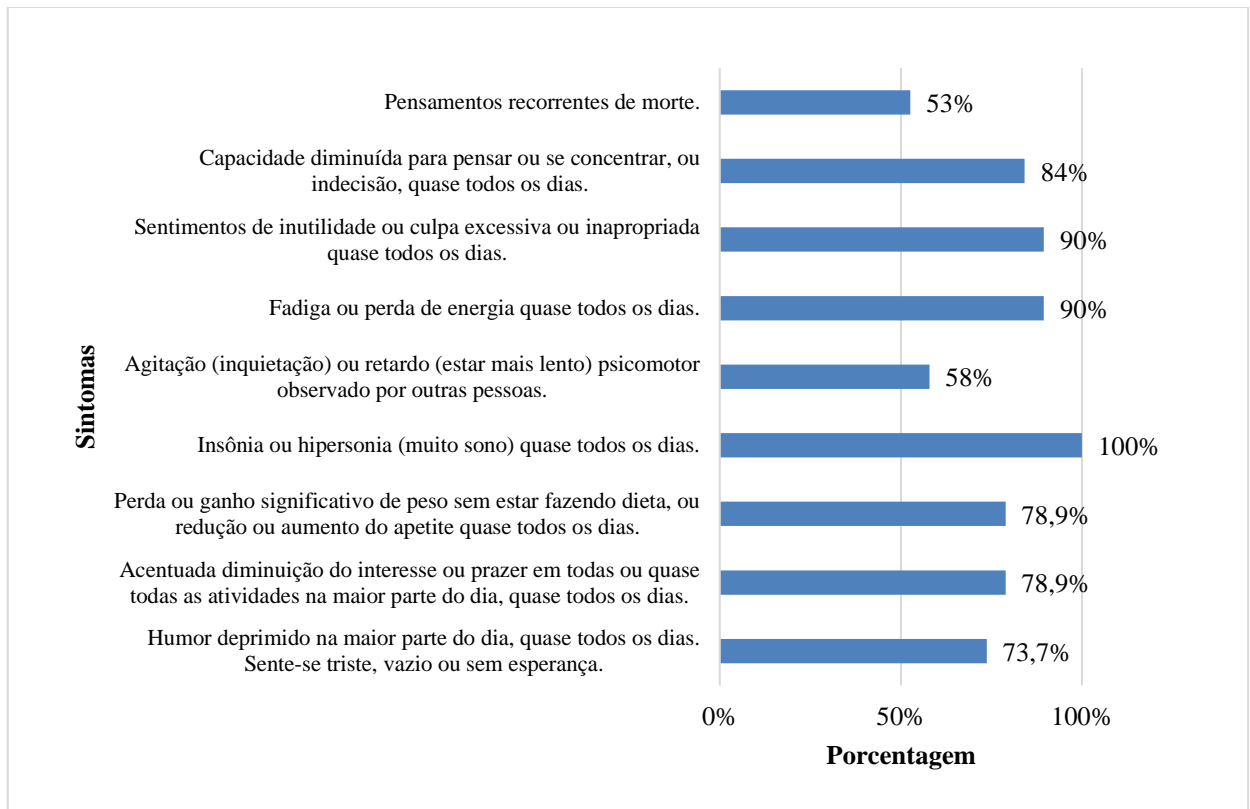
Cinquenta e quatro adultos responderam ao formulário aceitando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e tiveram acesso ao link para o questionário sobre os sintomas de depressão, perfil socioeconômico e percepção das causas de sua própria depressão. Destes, 39 responderam ao questionário e apenas 19 puderam compor a amostra por estarem de acordo com o diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior segundo a 5ª edição Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V).

Das 20 pessoas que responderam e que não se enquadraram nos critérios previstos no DSM-V, 14 acreditam que os sintomas selecionados podem ser atribuídos a alguma outra condição médica, retirando-os da amostra. Além disso, outras quatro pessoas que responderam foram excluídas por apresentarem menos de cinco sintomas relacionados à depressão. Ainda, uma das pessoas que respondeu não pôde compor a amostra por não considerar que os sintomas apresentados causam sofrimento ou prejuízo significativo em seu funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes de sua vida.

Considerando os aspectos supracitados, a amostra contou com 19 participantes que selecionaram cinco ou mais sintomas relacionados à depressão, sendo que pelo menos um desses era 1. Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias. Sente-se triste, vazio ou sem esperança ou 2. Acentuada diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias; que considerou que os sintomas selecionados causam sofrimento ou prejuízo significativo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes de sua vida; e que acham que estes sintomas não podem ser atribuídos a alguma outra condição médica. Enquadrando-se, portanto, nos critérios diagnósticos.

Para a quantificação dos sintomas presentes no questionário, foi construído um gráfico com as porcentagens de respostas dos participantes para cada sintoma (Figura 1). O sintoma descrito como *insônia ou hipersonia quase todos os dias* foi o único selecionado por 100% dos participantes, o que corrobora o referido por Bezerra *et al.* (2020) que considerou que as condições de sono são pertinentes no desenvolvimento de transtornos psiquiátricos como a depressão. Seguido ao sintoma de *insônia ou hipersonia quase diariamente, sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada quase todos os dias e fadiga ou perda de energia quase todos os dias* foram os mais selecionados pelos participantes, com 90%. Sintomas como *pensamentos recorrentes de morte e agitação ou retardo psicomotor* observado por outras pessoas foram os menos selecionados, com 53 e 58% respectivamente.

Figura 1 – Porcentagem dos sintomas selecionados



Fonte: Da autora.

As características socioeconômicas da amostra do estudo estão apresentadas na Tabela 1 abaixo, que mostra a porcentagem de participantes pelos indicadores de perfil socioeconômico. Em relação à idade, 63,2% dos participantes têm entre 18 e 29 anos e o restante, 36,8%, entre 30 e 59 anos. Como no estudo de Munhoz (2012) e de Barros *et al.* (2020), a depressão foi identificada em indivíduos mais jovens.

No quesito gênero, 78,9% dos participantes da pesquisa se identificam com o gênero feminino e os outros 21,1%, com o masculino, o que concorda com os dados divulgados pela Organização Mundial da Saúde em 2017, que revelam que mulheres apresentam maior prevalência de depressão se comparadas aos homens. Ainda, outros estudos (BARROS *et al.*, 2020; COSTA *et al.*, 2019; MUNHOZ, 2012) verificaram as mulheres como mais deprimidas.

No que diz respeito a raça/cor, 84,2% dos participantes se declararam brancos; 10,5, pardos e 5,3, preto. No quesito escolaridade, 57,9% apresentam Ensino Superior completo ou mais; 36,8%, Ensino Superior incompleto e 5,3, nenhuma escolaridade. A renda familiar mensal aproximada e a ocupação apresentaram maior diversidade de participantes, sendo que 42,1 têm renda de quatro a dez salários mínimos e 36,8% é estudante. Por fim, 63,2% dos participantes têm acompanhamento profissional relacionado à depressão; 26,3% já tiveram, mas não tem

mais e 10,5% nunca tiveram. Na Tabela 1, é possível observar a porcentagem de participantes pelos indicadores de perfil socioeconômico, esquematizando e detalhando as informações acima.

Tabela 1 – Porcentagem (%) de participantes pelos indicadores de perfil socioeconômico

Indicador de perfil socioeconômico	Porcentagem (%) de participantes
Idade	
18 a 29 anos	63,2
30 a 59 anos	36,8
Gênero	
Masculino	21,1
Feminino	78,9
Raça/cor	
Branca	84,2
Parda	10,5
Preta	5,3
Escolaridade	
Ensino Superior completo ou mais	57,9
Ensino Superior Incompleto	36,8
Nenhuma	5,3
Renda familiar mensal aproximada	
Até 2 salários mínimos (até R\$2.424)	10,5
De 2 a 4 salários mínimos (de R\$2.425 a R\$4.848)	21,1
De 4 a 10 salários mínimos (de R\$4.849 a R\$12.120)	42,1
De 10 a 20 salários mínimos (de R\$12.121 a R\$24.240)	15,8
Mais do que 20 salários mínimos (Mais do que R\$24.241)	10,5
Ocupação	
Empregado	21,2
Autônomo	15,8
Estudante	36,8
Aposentado	5,3
Funcionário Público	10,5
Trabalho informal	5,3
Estagiário	5,3

**Se tem ou teve
acompanhamento profissional
em relação à depressão**

Tenho	63,2
Já tive, mas não tenho mais	26,3
Nunca tive	10,5

Fonte: Da autora.

Na Tabela 2, são apresentadas as respostas dos participantes para a última pergunta do questionário (Bloco C), que tem como objetivo entender a percepção das pessoas deprimidas em relação às causas da sua própria depressão.

Tabela 2 – Respostas dos participantes para a pergunta: “Quais fatores você considera responsáveis por você se sentir deprimido? Se possível, descreva as causas deste sentimento com riqueza de detalhes”

Participantes	Quais fatores você considera responsáveis por você se sentir deprimido? Se possível, descreva as causas deste sentimento com riqueza de detalhes.
1	Problemas financeiros, emocionais entre outros
2	Fatores sociais, relacionado principalmente a interação durante a vida escola, as relações familiares, o sentimento de rejeição referente a sexualidade.
3	Culpa excessiva por questões relacionadas ao passado, sentimento de incapacidade de ser uma pessoa bem sucedida profissionalmente
4	Em grande parte a pandemia. Vivemos momentos de muitas incertezas, situações complicadas, morte. Como tbm com a política do país, poder de compra diminuído, sem perspectiva de melhora. Recentemente tbm mudei de estado, e ficar longe de toda família tbm pode ser uma situação difícil.
5	Me sinto desprendida dos demais. Tenho dificuldades em estabelecer e manter conexões sem sentir que estou "forçando" a amizade de terceiros. Isso me torna incapaz de falar sobre o que sinto a todo momento, por medo de desapontar os outros.
6	Estou longe de minha família, já faz 2,5 meses, estou com muita saudades, tem hora que eu acho que não vou velos mais e fico louco, mas ultimamente tenho melhorado estou tentando colocar na cabeça que tudo vai passar e vou sair mais forte desta situação, mas ao mesmo tempo Aqui no USA e um sonho que eu sempre quis viver, graças a DEUS e meu patrões estou me motivando novamente mas quando penso em casa me desabo e tenho que começar tudo denovo não tenho tido mais pensamentos de morte mas tenho medo de tudo, isso para chegar bem dentro de casa, com uma nova perspectiva de trabalhar em um novo estado me aleguei muito, agora é aguentar para tudo acontecer, estou sentindo falta da minha igreja dos meus filhos do meu povo, mas preciso superar espero que vcs me ajudem.

7	causa bioquímica somada a acontecimentos pessoais
8	Trabalho sobre pressão por muitos anos seguidos sem saber que a culpa e a necessidade de ser sempre a melhor eram sintomas.
9	Cumpro a função de cuidadora da minha mãe doente há alguns anos, meu pai morreu de repente há pouco mais de um ano (na ocasião, não consegui ajuda a tempo), tenho um trabalho que me causa estresse com muita pressão, sobrecarga e falta de perspectivas, e quase todas as pessoas mais próximas se afastaram quando eu mais precisava delas.
10	está totalmente sozinha, não ter amigos mora sozinha, não ter companhia meu emprego está sempre em casa
11	A pandemia e os desenrolares
12	A inutilidade do esforço, falta de opções pra fazer algo que gosta sem lidar com consequências graves (basicamente ter que trabalhar com algo que te drena pra não passar fome), não poder nem ter a aparência que quero sem perder lugares na sociedade e as vezes ter que brigar por respeito. Essencialmente, estar presa em um mundo capitalista e conservador sem opções de saída.
13	Desconexão social que eu mesma eu causando - me isolar de amigos e familiares por não ter vontade de falar com eles, não me sentir boa o bastante para estar na vida deles, por não me sentir interessante e com boa energia o suficiente para ter uma interação com as pessoas. Traumas - de um sequestro onde fui mantida em cativeiro; de um relacionamento abusivo onde meu ex fez com que eu me afastasse de muitas coisas e pessoas de quem eu gostava e espalhou mentiras sobre mim após o término. Síndrome do ovário policístico - minha médica disse que aumenta a chance de depressão e pode ter resistência à insulina.
14	O excesso de trabalho é um bom começo. O stress, a correria, isso drena a energia. E como sou professor, não pode ter tempo ruim. A constante busca por produtividade, performance perfeita, a pressão da empresa. Estar sozinho é um paradoxo, já que gosto disso, mas gosto da companhia, e tenho meus bichos comigo. Talvez essa pandemia e o isolamento tendo afastado as amigas, isso impacta também.
15	Luto e culpa pelo óbito do meu pai por covid depois de fazer tudo ao meu alcance para evitar que ele tivesse a doença.
16	Me sinto fracassada por estar desempregada aos 25 anos e sabendo que tenho uma capacidade profissional bem boa por eu ser dedicada, esforçada e atenta aos detalhes dos trabalhos que faço. Sou muito crítica comigo mesma e alguns dias eu fico bem mal por conta disso...
17	Acho que os principais motivos da minha insatisfação geral são a carga excessiva de estudos, falta de segurança e tbm a dificuldade em ter boas condições de vida. Mas o que desencadeou mesmo a busca por acompanhamento médico e tratamento foi um relacionamento amoroso abusivo/traumático que tive.

- 18** Falta de esperança. Sentir que remo remo e não saio do lugar. Capitalismo suga nossa vida. Vendo a única coisa que não posso mais recuperar, que é meu tempo, e o tempo de lazer para fazer as coisas que quero é infinitamente menor do que o tempo que passo fazendo o que não quero, mas que só faço para pagar contas e sobreviver.

- 19** Abandono paterno e demais questões familiares. Meu pai me abandonou ainda no ventre da minha mãe, fui conhecê-lo com 17 anos e então descobri que ele teve a oportunidade de me conhecer e nunca quis. Descobri também que ele é dependente químico. Sobre as demais questões familiares: minha mãe não me criou deixando essa responsabilidade para meus avós maternos, eu sempre me senti um "peso"/"fardo" para eles e em algumas discussões eles deixavam claro isso por meio de palavras. Minha mãe teve outra filha, minha irmã que amo muito, na infância descobrimos que ela é autista porém a família não aceitou muito bem, até hoje tem um pouco de dificuldade de aceitar, hoje ela tem 12 anos e enfrenta depressão talvez por motivos diferentes mas acredito que esteja relacionado também a falta de estrutura familiar. Os problemas que envolvem minha irmã também me afetam muito!!

Fonte: Da autora.

Para uma averiguação mais rigorosa de como o indivíduo identifica ou não as causas de seus comportamentos, é necessário fazer uma retomada conceitual. O ser humano descreve o mundo e a si mesmo através de atos, que são relações de controle entre eventos antecedentes não verbais e respostas verbais. Segundo Skinner, estes são particularmente importantes quando o interlocutor não tem acesso aos eventos que o falante descreve (DE ROSE, 1999). Isto ocorre quando um pesquisador coleta relatos verbais e, a partir deles, faz inferências sobre estados com os quais não tem contato, como nesta pesquisa. Tais inferências dependerão do grau de controle discriminativo entre o relato e o evento que o falante se refere, o que não é totalmente acurado, especialmente quando se trata de eventos privados. A correspondência verbal, ou seja, a correspondência entre o comportamento verbal e os eventos ambientais, é, portanto, um exemplo de controle de estímulos.

Para tatear o mundo e a si mesmo, o indivíduo precisa da sua percepção. Segundo Skinner (1974), a percepção deve ser entendida como uma ação, como o comportamento de perceber. Este comportamento, como todos os outros, está sujeito às contingências em que a pessoa que está se comportando se encontra. Dessa forma, existem variáveis que controlam o comportamento perceptivo, aumentando ou diminuindo a probabilidade de um indivíduo perceber um estímulo e determinando diferentes formas de se perceber um estímulo. A história operante e particular de cada indivíduo, estados motivacionais como privação, as características físicas dos estímulos, a presença de concomitante ou isolada dos estímulos, a apresentação súbita ou nova de estímulos e alguém indicar ou apontar para um estímulo são variáveis controladoras do perceber (ALMEIDA; CARVALHO; GONGORRA, 2009).

Do mesmo modo que o indivíduo é capaz de perceber o meio, ele também pode perceber a si mesmo, o que está fazendo ou sentindo. O indivíduo pode ser consciente do que faz e porque faz. A consciência, para Análise do Comportamento, pode ser entendida como a capacidade de descrever, de forma verbal, manifesta ou encoberta, o que se está fazendo, ou seja, a topografia da resposta. A consciência e o operante verbal são aspectos que distinguem o ser humano e que são produtos da seleção por consequência. A consciência foi selecionada pelo nível da cultura e o operante verbal no nível ontogenético, de condicionamento operante (MACHADO, 1997).

O comportamento de ser consciente, de descrever o que se faz ou sente, é mantido pela comunidade verbal, quando contingências práticas, como perguntas que resultam na auto-observação são feitas, como nas perguntas desta pesquisa, e especialmente no Bloco C, que visa a auto-observação e autodescrição do participante em relação aos sintomas de depressão e suas causas atribuídas, comportamentos dos quais a consciência depende e, posteriormente, o autoconhecimento. A consciência, por sua vez, está ligada ao autoconhecimento e é um produto social. Portanto, a consciência surge na interação social e, como qualquer outro comportamento, depende de consequências reforçadoras da comunidade verbal para que continue acontecendo. Dessa forma, a consciência não tem natureza diferente de outros comportamentos e envolve o próprio indivíduo enquanto observador, sendo necessária para o autoconhecimento (COSTA; GALLO, 2019). Ainda, segundo Skinner (1991), a construção do eu se dá quando o indivíduo vai aprendendo a se descrever. Enfim, um ponto importante é que, em grande parte do tempo, os indivíduos se comportam de forma inconsciente, mas as contingências de reforço continuam sendo efetivas, mesmo quando elas não são conhecidas (DE ROSE *et al.*, 2012).

Além de ser consciente do que faz, da topografia de suas respostas, os indivíduos podem ser conscientes das razões pelas quais se comporta e, para isso, é necessário que ele saiba descrever as variáveis relevantes relacionadas ao seu comportamento, como os estímulos discriminativos e reforçadores. Assim, seria possível descrever relações funcionais entre o ambiente e o comportamento analisado. Conhecendo essas variáveis e descrevendo estas relações, o indivíduo tem maiores chances de modificação de seu comportamento, estabelecendo o autocontrole (DE ROSE; BEZERRA, 2012, p. 188).

De todo modo, é possível que o indivíduo tenha aprendido a descrever seu comportamento de forma inadequada ou incompleta, ou que a comunidade não tenha estabelecido contingências necessárias para a produção de autoconhecimento ou, ainda, que contingências coercitivas tenham contribuído para a ausência ou déficit do autoconhecimento, o que certamente dificulta a possibilidade de autocontrole. Portanto, a psicoterapia pode contribuir no sentido de modelar estes comportamentos para que o indivíduo se gerencie de

maneira eficiente e que não traga sofrimento, uma vez que os comportamentos de se auto-observar, autodescrever e autocontrole estão sujeitos às mesmas leis do comportamento que todos os outros.

Pensando na descrição das variáveis relevantes para a seleção e manutenção dos comportamentos típicos da depressão, foram criadas categorias para uma análise temática a partir das respostas ao Bloco C: 1. Causas relacionadas a fatores controláveis, 2. Causas relacionadas a fatores incontroláveis e 3. Causas mentalistas. Diversas respostas de um mesmo participante apresentaram uma sobreposição de categorias, ou seja, cada aspecto da resposta dada pôde ser categorizado de uma forma, tendo respostas que alguma causa atribuída aos sintomas depressivos podem ser controláveis e outra, mentalista, por exemplo. A classificação das respostas foi esquematizada na Tabela 3.

Tabela 3 – Classificação das respostas por tipos de causas atribuídas aos sintomas.

Causa relacionada a fatores controláveis	
Problemas financeiros	Morar sozinha
Fatores sociais	Trabalhar com algo que te drena pra não passar fome
Interação durante a vida escolar	Não poder ter a aparência que quer
Relações familiares	Traumias (sequestro onde foi mantida em cativo)
Mudar de estado	Excesso de trabalho
Ficar/Estar longe da família	Desemprego
Dificuldade em estabelecer e manter conexões	Carga excessiva de estudos
Acontecimentos pessoais	Falta de segurança
Trabalhar sob pressão	Dificuldade em ter boas condições de vida
Função de cuidadora	Relacionamento abusivo
Trabalho que causa estresse com muita pressão	Tempo de lazer para fazer as coisas que quer é infinitamente menor do que o tempo que passa fazendo o que não quer
Sobrecarga	Abandono paterno
Não ter amigos	Problemas que envolvem a irmã
Causas relacionadas a fatores incontroláveis	
Pandemia	Conservadorismo
Política do país	Luto

Capitalismo

Causas mentalistas	
Problemas emocionais	Isolar-se por não ter vontade, não me sentir boa o suficiente e com boa energia o suficiente para ter uma interação com as pessoas
Culpa excessiva	Culpa excessiva
Sentimento de incapacidade	Sentir-se fracassada
Causa bioquímica	Ser muito crítica consigo mesmo
Falta de perspectiva	Falta de esperança

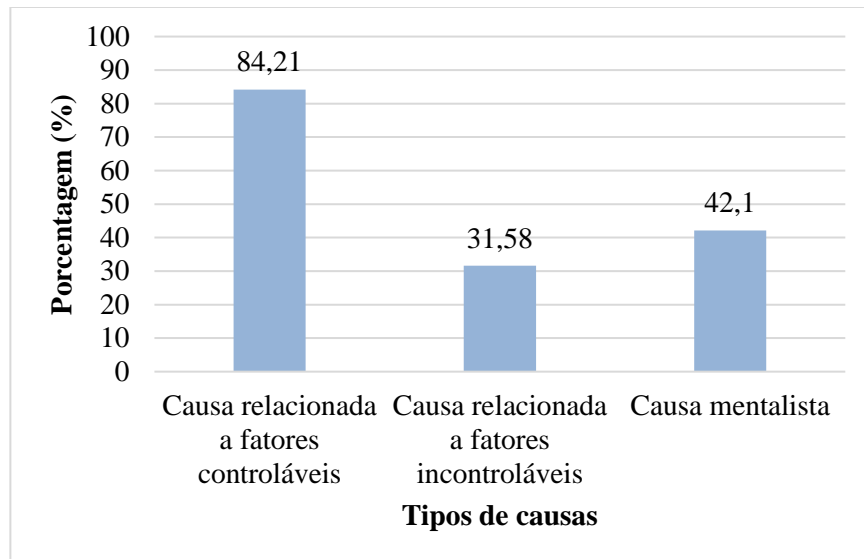
Fonte: Da autora.

Além da classificação das respostas por tipo de causa atribuída aos sintomas, a frequência de cada tipo de explicação foi analisada e esquematizada na Figura 2. Observou-se que 84,21% dos participantes apresentaram como uma explicação aos próprios comportamentos deprimidos fatores controláveis, ambientais e externos. Este é considerado o melhor tipo de descrição, no sentido de que descrever as possíveis variáveis sobre fatores externos, descrever as contingências que controlam o comportamento se aproxima mais de uma descrição funcional, o que, por sua vez, contribui para que o indivíduo possa intervir sobre tais condições, alterando-as e diminuindo seus sintomas de depressão.

Os participantes que apresentaram a causa como sendo relacionada a fatores incontroláveis, como a pandemia de COVID-19, a política do país ou a morte de algum ente querido representaram 31,58%. Nessas condições, os eventos mencionados independem, ou dependem em um grau extremamente pequeno, do comportamento do indivíduo. Apesar de serem descrições sobre fatores externos, elas são mais dificilmente alteradas, o que dificulta também com que a pessoa não se sinta deprimida.

Ademais, 42,1% dos participantes atribuíram causas mentalistas aos seus sintomas, como a culpa, o que seria considerada uma explicação inadequada e simplista pensando de uma forma Behaviorista Radical. Skinner (1987) entende que explicar os comportamentos apenas com base em eventos encobertos é um padrão, já que os sentimentos são aceitos como causas e como efeitos de comportamento. O uso desse tipo de explicação é desviar a atenção das condições ambientais que poderiam auxiliar na alteração do comportamento.

Figura 2 - Porcentagem de participantes por tipos de causas atribuídas aos seus sintomas



Fonte: Da autora.

Para uma análise mais minuciosa, foi feita outra categorização temática a partir das respostas ao Bloco C. Dessa análise, os temas identificados foram: problemas financeiros, problemas emocionais, interação social, relações familiares, rejeição referente à sexualidade, culpa, sentimento de incapacidade de ser bem-sucedida, estar longe da família, pandemia, falta de perspectiva, causa bioquímica, trabalhar sob pressão, exercer a função de cuidadora, solidão, “inutilidade do esforço”, capitalismo, conservadorismo, relacionamento abusivo, sobrecarga, estresse, busca por produtividade, luto, desemprego, falta de segurança, perfeccionismo, falta de tempo para fazer o que gosta, abandono paterno e sentir-se um “fardo”. Essa categorização foi explicitada na Tabela 4, que mostra as categorias temáticas com pelo menos duas citações e quais respostas foram incluídas em cada categoria.

Tabela 4 - Categorização das respostas por tema.

Categorias temáticas	Respostas inclusas
Pandemia	Pandemia Óbito do meu pai por covid
Sobrecarga	Sobrecarga Excesso de trabalho Carga excessiva de estudos Vendo a única coisa que não posso mais recuperar, que é meu tempo, e o tempo de lazer para fazer as coisas que quero é infinitamente menor do que o tempo que passo fazendo o que não quero

Capitalismo	Estar presa em um mundo capitalista Capitalismo suga nossa vida
Problemas financeiros	Problemas financeiros Dificuldade em ter boas condições de vida
Solidão	Quase todas as pessoas mais próximas se afastaram quando eu mais precisava delas Está totalmente sozinha, não ter amigos mora sozinha, não ter companhia Me isolar de amigos e familiares Estar sozinho é um paradoxo
Interação social	Interação durante a vida escolar Dificuldades em estabelecer e manter conexões Desconexão social que eu mesma eu causando
Estar longe da família	Ficar longe de toda família Estou longe de minha família
Relações familiares	Relações familiares Abandono paterno Problemas que envolvem a minha irmã
Falta de perspectiva	Falta de perspectivas Falta de perspectiva de melhora Falta de esperança
Causa bioquímica	Causa bioquímica Síndrome do ovário policístico
Culpa	Culpa excessiva por questões relacionadas ao passado Culpa pelo óbito do meu pai
Trabalhar sob pressão	Trabalho sobre pressão por muitos anos seguidos Trabalho que me causa estresse
Perfeccionismo	Performance perfeita Ser dedicada, esforçada e atenta aos detalhes dos trabalhos que faço. Sou muito crítica comigo mesma
Inutilidade do esforço	Inutilidade do esforço Sentir que remo remo e não saio do lugar
Relacionamento abusivo	Relacionamento abusivo Relacionamento amoroso abusivo/traumático
Luto	Meu pai morreu de repente Óbito do meu pai

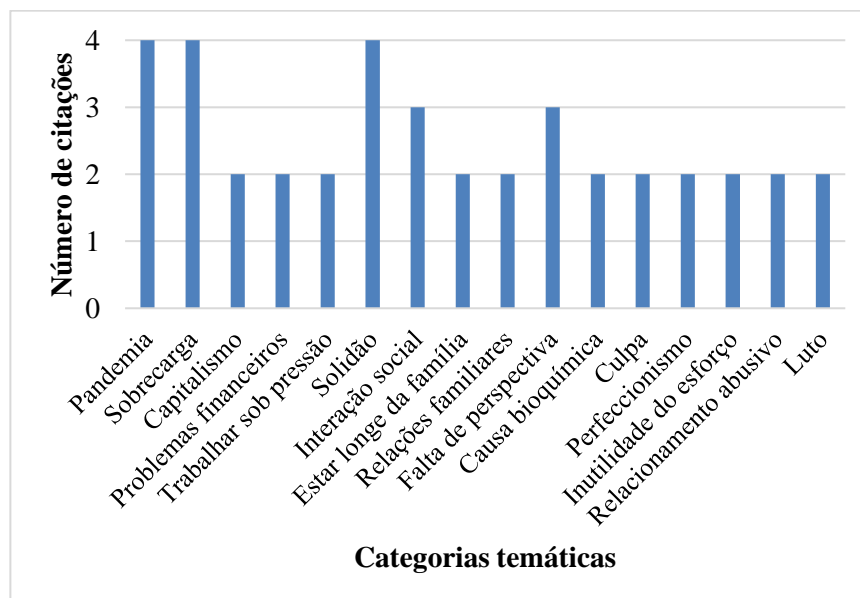
Fonte: Da autora.

Os temas e a frequência das categorias que aparecem em pelo menos duas respostas foram identificados e colocados na Figura 3 e serão discutidos a seguir. Pandemia, sobrecarga

(seja nos estudos ou no trabalho) e solidão foram os temas que mais apareceram, estando presentes em quatro respostas. Interação social e falta de perspectiva (ou de esperança) apareceram três vezes. Causa bioquímica, trabalhar sob pressão, inutilidade do esforço, capitalismo, relacionamento abusivo, luto, perfeccionismo, relações familiares, culpa, estar longe da família e problemas financeiros foram temas que aparecem duas vezes cada em respostas diferentes.

A pandemia foi citada em quatro respostas de diferentes participantes como sendo uma das causas para os sintomas de depressão analisados, o que já havia sido previsto, tendo em vista outros estudos, como o de Souza *et al.* (2021), que considerou o isolamento social um fator de risco para o desenvolvimento de alterações comportamentais; pesquisa do instituto Ipsos que mostrou que o bem-estar mental de 53% dos brasileiros piorou em 2020 (BBC NEWS, 2021) e o estudo de Barros *et al.* (2020) com 45.161 participantes brasileiros que mostrou que, durante a pandemia, 40,4% se sentiram frequentemente tristes ou deprimidos, além dos estresse, da ansiedade e dos problemas de sono. É possível notar que o contexto pandêmico e as medidas de controle da disseminação do vírus, como o isolamento social, afetaram de forma importante e negativa a saúde mental dos brasileiros.

Figura 3 – Frequência de citações de categorias temáticas nas respostas abertas



Fonte: Da autora.

Sobrecarga foi citada em quatro respostas e capitalismo, problemas financeiros e trabalhar sob pressão, em duas cada. A temática geral a ser analisada aqui é o trabalho e como ele é desempenhado na sociedade atual. No texto “*O que está errado com a vida cotidiana no*

mundo ocidental?” de Skinner (1987), ele discorre sobre a alienação do trabalhador em relação ao produto de seu trabalho, ou seja, analítico comportamentalmente falando, o comportamento do trabalhador é distanciando do que produz, distanciando de consequências que modelam e mantêm o comportamento de trabalhar, o que é considerado inevitável num mundo que visa o lucro por meio da divisão e da especialização do trabalho. Além disso, as pessoas trabalham para evitar sua demissão, evitar passarem fome e evitar perderem dinheiro, e não por gostarem do seu trabalho e por verem o que produzem. Colocado de outra forma, o comportamento de trabalhar é reforçado negativamente pela retirada de estímulos aversivos, e não por reforçamento positivo. Os salários são pagos, geralmente, pela quantidade de tempo trabalhando e não reforçam diretamente o comportamento de trabalhar. Por isso, as empresas, indústrias e os patrões recorrem a controles do tipo aversivo para manter os trabalhadores trabalhando. Ademais, outros estudos revelam que más condições econômicas são fatores de risco para o desenvolvimento ou agravamento de transtornos psiquiátricos, como a depressão (BEZERRA *et al.*, 2020; COSTA *et al.*, 2019; SOUZA *et al.*, 2021).

As categorias de solidão e interação social, que foram identificadas três vezes cada, e a categoria de estar longe da família, que foi identificada duas vezes, podem estar relacionadas a uma das explicações da Análise do Comportamento para a depressão, que é a baixa densidade de reforçamento positivo contingente às respostas emitidas pelo indivíduo. Isso pode ocorrer por três principais motivos: 1. Perda de função de estímulo reforçador positivo de eventos do ambiente, 2. Indisponibilidade de reforçadores decorrente de mudanças ambientais e 3. Falta de repertório comportamental eficiente para a produção de reforçadores disponíveis no ambiente (NICO; LEONARDI; ZEGGIO, 2016). Os reforçadores podem não estar disponíveis no ambiente ou o indivíduo pode não possuir habilidades sociais suficientes para conseguir reforçadores. Algumas respostas como “não ter amigos”, “tempo de lazer para fazer as coisas que quero é infinitamente menor do que o tempo que passo fazendo o que não quero”, “afastamento das amigas”, “estar totalmente sozinha”, (dificuldade de) “interação na vida escolar”, “me sinto desprendida dos demais” e “desconexão social” revelam este aspecto. Segundo Cavalcante (1997), a falta de reforçamento social é relevante para o início e manutenção de depressão. Ainda, a interação social pode ser aversiva e evitada pelas pessoas deprimidas.

Relações familiares foram citadas duas vezes, mas sem maiores explicações acerca das contingências vigentes. É importante ressaltar que a família pode servir como um fator protetor ou como uma fonte de estresse e conflito. No segundo caso, a interação familiar pode ser

permeada por práticas coercitivas, indiferença, negatividade, inconsistência, falta de apoio e hostilidade (FERNANDES *et al.*, 2008), e pode levar a quadros depressivos.

Nas explicações mentalistas, “falta de perspectiva” foi mencionada três vezes e “culpa” foi mencionada duas vezes como causas de comportamentos típicos da depressão. Nesse caso, a falta de perspectiva e o sentimento de culpa poderiam ser entendidos como comportamentos decorrentes das contingências às quais o indivíduo está submetido, e não como causas de outro comportamento. Foi comum que os participantes que deram explicações mentalistas, considerassem respostas como causas, como “problemas emocionais”, “falta de esperança”, “não me sentir boa o suficiente”. Ainda, explicações mentalistas para a depressão do tipo “causa bioquímica” e decorrente da síndrome do ovário policísticos estiveram presentes.

Perfeccionismo foi identificado em duas respostas: “performance perfeita” e “ser dedicada, esforçada e atenta aos detalhes dos trabalhos que faço. Sou muito crítica comigo mesma”. Esta categoria pode estar relacionada a viver em um contexto aversivo, na qual o indivíduo é controlado por punição. Nesses casos, o comportamento de ter uma performance mediana ou de ser desleixada foi provavelmente punido. Assim, o indivíduo passa a emitir comportamentos de fuga ou esquiva que eliminem ou adiem esta punição, como o comportamento perfeccionista. A punição elicia respostas incompatíveis ao comportamento punido, estabelece o próprio responder como aversivo, leva o indivíduo a evitar contato com os agentes punidores e com o ambiente em que a punição ocorreu e, finalmente, leva o indivíduo a emitir qualquer comportamento que reduza a estimulação aversiva originada pelo seu comportamento (NICO; LEONARDI; ZEGGIO, 2016), a exemplo o perfeccionismo. Ademais, este tipo de comportamento pode afetar os níveis de saúde física e mental, e está associado à depressão (ROCHA, 2021).

A categoria de inutilidade do esforço foi criada a partir da resposta de uma das participantes e a resposta “remo remo e não saio do lugar” também foi incluída. Portanto, a categoria teve duas citações. A partir desta categoria, é possível traçar um paralelo com o modelo animal de depressão do desamparo aprendido. Segundo este modelo, o padrão comportamental expresso nos quadros depressivos resultam de uma experiência de incontabilidade do ambiente pelo organismo (FERREIRA; TOURINHO, 2013). O estudo do desamparo aprendido, feito originalmente por Seligman e Maier (1967), contou com a separação dos sujeitos em três grupos: um controlável (Grupo 1), um incontável (Grupo 2) e outro neutro (Grupo 3). Na primeira fase, o Grupo 1 recebeu, periodicamente, choques incontáveis que poderiam ser desligados pela emissão de uma resposta determinada previamente. O Grupo 2 estava submetido aos mesmos choques que o Grupo 1, não existindo

nenhum comportamento que eliminaria o choque e tendo, então, uma condição de choques incontroláveis. Para o Grupo 2, o choque aparece ou desaparece de forma não contingente aos comportamentos do sujeito, não havendo relação de controle entre a emissão de uma resposta e a retirada do choque, que é um estímulo aversivo. O Grupo 3 não foi submetido a nenhuma condição experimental. Na fase 2, os sujeitos de todos os grupos passaram por uma condição em que uma nova resposta produziria a eliminação dos choques. Foi observado que o Grupo 1 e o Grupo 3 aprenderam de forma similar o comportamento necessário para eliminar o estímulo aversivo, o que não ocorreu com o Grupo 2. Uma hipótese para explicar esses resultados é que os sujeitos do Grupo 2 aprendem que não existe relação de controle entre suas respostas e as alterações ambientais. Portanto, esses sujeitos aprendem que não tem controle sobre o ambiente e apresentam uma maior dificuldade de aprendizagem se comparados com os sujeitos dos Grupos 1 e 3. No caso de seres humanos, uma vivência de desamparo aprendido pode ter um resultado de passividade comportamental, relacionada ao entendimento de que nenhum comportamento que a pessoa tenha é capaz de trazer mudanças (NICO; LEONARDI; ZEGGIO, 2016), o que foi observado nas duas respostas incluídas na categoria.

Relacionamento abusivo foi citado duas vezes por mulheres como uma das causas para seus sintomas de depressão. Segundo Bittar (2012), uma das consequências mais relevantes de relacionamentos violentos para as mulheres é a depressão. A opressão de gênero, as violências física e psicológica resultam em altas incidências de sofrimentos psiquiátricos entre as mulheres (ZANINI *et al.*, 2018). Ainda, a depressão é associada a indivíduos com histórias de punição prolongadas e inevitáveis, como no abuso físico ou sexual (CAVALCANTE, 1997).

Luto foi identificado em duas respostas e pode ser explicado pela extinção. Nesta, há uma resposta previamente operante estabelecida previamente e é retirado o reforço deste operante. São observadas alterações no responder: declínio gradual e irregular na taxa deste comportamento, contando com aumentos na frequência e momentos longos de não responder, e aumento na variabilidade da topografia e da magnitude da resposta que está passando pela extinção (ANDERY; SÉRIO). A perturbação da taxa do comportamento em questão pode ser explicada por um efeito emocional, denominado frustração ou cólera (SKINNER, 2003). Dessa forma, no luto há uma indisponibilidade de um reforçador, como um ente querido que faleceu. Os indivíduos que passaram por essa situação são mais suscetíveis a apresentarem transtornos mentais, segundo a Organização Mundial da Saúde (2017). Ainda, é importante ressaltar a dificuldade de diferenciação diagnóstica do luto e da depressão.

As categorias citadas apenas uma vez (rejeição referente à sexualidade, sentimento de incapacidade de ser bem-sucedida, exercer a função de cuidadora, conservadorismo, busca por

produtividade, desemprego, falta de segurança, abandono paterno e sentir-se um fardo) devem ser mais bem verificadas e estudadas em outros estudos em que aparecerem de forma expressiva.

Por fim, foi feito o teste qui-quadrado de associação relacionando todos os sintomas selecionados em relação a todos os dados do perfil socioeconômico. Revelou-se que o sintoma de *Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias. Sente-se triste, vazio ou sem esperança* teve associação com variável de escolaridade nas seguintes opções: *Ensino Superior Incompleto* (Significância Assintótica (Bilateral) = 0,047) e *Ensino Superior completo ou mais* (Significância Assintótica (Bilateral) = 0,026). O sintoma de *Perda ou ganho significativo de peso sem estar fazendo dieta, ou redução ou aumento do apetite quase todos os dias* teve associação com ter um *Trabalho Informal* (Significância Assintótica (Bilateral) = 0,047). *Fadiga ou perda de energia quase todos os dias* apresentou associação com ter renda familiar mensal aproximada de *Mais de 20 salários mínimos* (Significância Assintótica (Bilateral) = 0,054) e com ser *Funcionário Público* (Significância Assintótica (Bilateral) = 0,054). *Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada quase todos os dias* teve associação com ter renda familiar mensal aproximada *De 2 a 4 salários mínimos* (Significância Assintótica (Bilateral) = 0,004) e com *Trabalho Informal* (Significância Assintótica (Bilateral) = 0,003). *Capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão, quase todos os dias* revelou associação com selecionar *Nenhuma* (Significância Assintótica (Bilateral) = 0,018) no quesito escolaridade e *Nunca tive* (Significância Assintótica (Bilateral) = <0,001) na pergunta se já teve ou tem acompanhamento profissional relacionado à depressão. *Pensamentos recorrentes de morte* apresentou associação com escolaridade nas opções *Ensino Superior Incompleto* (Significância Assintótica (Bilateral) = 0,002) e *Ensino Superior completo ou mais* (Significância Assintótica (Bilateral) = <0,001). Ademais, é importante ressaltar que o estudo contou com uma amostra restrita de 19 pessoas e que estudos futuros devem averiguar estas associações.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As respostas de 19 participantes que se enquadraram nos critérios de Transtorno Depressivo Maior da 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais foram analisadas em relação aos sintomas apresentados, perfil socioeconômico e percepção sobre as causas de sua própria depressão. Todos os participantes selecionaram o sintoma de *insônia ou hipersonia quase todos os dias*. Ademais, 90% dos participantes selecionaram *sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada quase todos os dias* e *fadiga ou perda de energia quase todos os dias*. Em relação ao perfil socioeconômico, foram feitas correlações com a literatura existente sobre o tema, revelando pontos de conformidade com o presente estudo: mais mulheres (78,9%) e pessoas entre 18 e 29 anos (63,2%) apresentaram sintomas típicos da depressão. No que diz respeito às respostas da pergunta para atribuição de causas a sua própria depressão, no Bloco C, 84,21% dos participantes explicaram seus sintomas com base em fatores controláveis, o que pode ajudar na modificação desses comportamentos, uma vez que há maior análise de contingências e, por sua vez, maior possibilidade de melhora. Ainda nos resultados do Bloco C, as categorias mais citadas com quatro menções cada são pandemia, sobrecarga e solidão. É importante ressaltar que a percepção dos indivíduos sobre sua própria condição pode ser modificada através da psicoterapia, por exemplo. Com maior consciência sobre sua condição, é possível traçar relações funcionais e alterar contingências ambientais, assim alterando também comportamentos, sejam eles encobertos ou não. Finalmente, nota-se a necessidade de mais estudos acerca desse tema e melhor investigação sobre o perfil dos participantes, como qual tipo de trabalho desempenhado, qual a carga horária de trabalho, se está num relacionamento afetivo e qual a orientação sexual, o que trará pertinentes informações.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, João Henrique de; CARVALHO, Heloísa Maria Cotta Pires de; GONGORRA, Maura Alves Nunes. O comportamento de perceber na perspectiva behaviorista radical. *In: WIELENSKA, Regina Christina. Sobre Comportamento e Cognição: Desafios, soluções e questionamentos*. 1ª. ed. [S. l.]: ESETec Editores Associados, 2009. v. 23, cap. 41, p. 470-479.
- ANDERY, Maria Amalia; SÉRIO, Tereza Maria. **Extinção**. Disponível em: Acesso em: 7 jun. 2022.
- ANDRADE, Laura Helena; WANG, Yuan-Pang; ANDREONI, Solange; SILVEIRA, Camila Magalhães; ALEXANDRINO-SILVA, Clovis; SIU, Erica Rosanna; NISHIMURA, Raphael; ANTHONY, James C.; GATTAZ, Wagner Farid; KESSLER, Ronald C.; VIANA, Maria Carmen. Mental Disorders in Megacities:: Findings from the São Paulo Megacity Mental Health Survey, Brazil. **PLOS ONE**, [s. l.], 14 fev. 2012. DOI <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0031879>. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0031879>. Acesso em: 25 jun. 2021.
- BANACO, Roberto Alves; ZAMIGNANI, Denis Roberto; MEYER, Sônia Beatriz. Função do Comportamento e do DSM: Terapeutas Analítico-comportamentais Discutem a Psicopatologia. *In: TOURINHO, Emmanuel Zagury; LUNA, Sergio Vasconcelos de. Análise do Comportamento: Investigações Históricas, Conceituais e Aplicadas*. São Paulo: Roca, 2010. cap. 8, p. 175-191.
- BARROS, M. B. de A. *et al.* Relato de tristeza/depressão, nervosismo/ansiedade e problemas de sono na população adulta brasileira durante a pandemia de COVID-19. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [S. l.], v. 29, n. 4, p. 1-12, 24 ago. 2020. DOI 10.1590/S1679-49742020000400018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/ress/2020.v29n4/e2020427/pt/#>. Acesso em: 30 maio 2022.
- BBC NEWS (Brasil). Covid: saúde mental piorou para 53% dos brasileiros sob pandemia, aponta pesquisa. **BBC News**, [s. l.], 14 abr. 2021. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/geral-56726583>. Acesso em: 15 jun. 2021.
- BECKER, E. S.; MAGRAF, J.; SOEDER, U.; NEUMER, S. Obesity and mental illness in a representative sample of young women. **International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders: Journal of the International Association for the Study of Obesity**, [s. l.], 25 maio 2001. DOI 10.1038/sj.ijo.0801688. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11466578/>. Acesso em: 15 jul. 2021.
- BERNARDES, Júlio. Prevalência de transtornos mentais é alta, mas não teve aumento importante na pandemia: Níveis de sintomas psiquiátricos, como ansiedade e depressão, apesar de se manterem estáveis, continuam em patamares altos. **Jornal da USP**, [s. l.], 3 maio 2021. Disponível em: <https://jornal.usp.br/ciencias/prevalencia-de-transtornos-mentais-e-altas-mas-nao-teve-aumento-importante-na-pandemia/>. Acesso em: 15 jun. 2021.

BEZERRA, Anselmo César Vasconcelos; SILVA, Carlos Eduardo Menezes da; SOARES, Fernando Ramalho Gameleira; SILVA, José Alexandre Menezes da. Fatores associados ao comportamento da população durante o isolamento social na pandemia de COVID-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], Jun 2020. DOI 10.1590/1413-81232020256.1.10792020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/9g4hLHkSSW35gYsSpggz6rn/?lang=pt#>. Acesso em: 10 jun. 2021.

BITTAR, D. S. Ansiedade e depressão em mulheres vítimas de violência doméstica. Brasília: Universidade Católica de Brasília, 2012

CAVALCANTE, Simone Neno. Notas sobre o fenômeno depressão a partir de uma perspectiva analítico-comportamental. **Psicologia: Ciência e Profissão**, [s. l.], v. 17, ed. 2, p. 2-12, 1997. DOI 10.1590/S1414-98931997000200002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/y9JLCZ78myL4z3hH7Cf6p9B/?lang=pt#>. Acesso em: 31 maio 2022.

CNN (São Paulo). Estudo indica aumento em casos de depressão durante pandemia. **CNN Brasil**, São Paulo, 9 maio 2020. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/2020/05/09/estudo-indica-aumento-em-casos-de-depressao-durante-isolamento-social>. Acesso em: 10 jun. 2021.

COSTA, Camilla Oleiro da; BRANCO, Jerônimo Costa; VIEIRA, Igor Soares; SOUZA, Luciano Dias de Mattos; SILVA, Ricardo Azevedo da. Prevalência de ansiedade e fatores associados em adultos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, [s. l.], Apr-Jun 2019. DOI 10.1590/0047-2085000000232. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/PSrDy4ZFSGDCzNgJfJwVRxz/?lang=pt>. Acesso em: 11 jun. 2021.

COSTA, Pedro Eduardo Almeida; GALLO, Alex Eduardo. O conceito de consciência no Behaviorismo Radical de Skinner. *Múltiplo Saber*, Londrina, v. 48, 2019. Disponível em: https://www.inesul.edu.br/revista/arquivos/arq-idvol_65_1572613361.pdf. Acesso em: 5 maio 2022.

DE ROSE, J. C. C.; BEZERRA, M.S.L.; LAZARIN, T. Consciência e autoconhecimento In: *Temas clássicos da psicologia sob a ótica da Análise do Comportamento*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

DE ROSE, J. C. C. O relato verbal segundo a perspectiva da análise do comportamento: contribuições conceituais e experimentais. In: BANACO, R. B. **Sobre Comportamento e Cognição: Aspectos teóricos, metodológicos e de formação em Análise do Comportamento e Terapia Cognitivista**. 2ª. ed. Santo André: ARBytes Editora, 1999. v. 1, cap. 17, p. 148-163. ISBN 85-869900-04-3.

FERNANDES, Luan Flávia Barufi *et al.* Eventos aversivos e depressão na adolescência: Relato de caso. **REVISTA BRASILEIRA DE TERAPIAS COGNITIVAS**, [S. l.], v. 4, n. 1, p. 1-11, 7 jun. 2022. DOI 10.5935/1808-5687.20080007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbtc/v4n1/v4n1a07.pdf>. Acesso em: 7 jun. 2022.

FERREIRA, Darlene Cardoso; TOURINHO, Emmanuel Zagury. Desamparo aprendido e incontrolabilidade: relevância para uma abordagem analítico-comportamental da depressão. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, [S. l.], v. 29, n. 2, p. 211-219, 13 jun. 2013. DOI 10.1590/S0102-37722013000200010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ptp/a/F7G4trFVZZBmjt7Mr4VfKPJ/?lang=pt&format=html#>. Acesso em: 9 jun. 2022.

FERSTER, Charles B. Psicoterapia do Ponto de Vista de um Comportamentalista. **Revista Brasileira de Análise do Comportamento**, [S.l.], v. 3, n. 1, mar. 2012. ISSN 2526-6551. doi:<http://dx.doi.org/10.18542/rebac.v3i1.828>. Disponível em: <<https://periodicos.ufpa.br/index.php/rebac/article/view/828>>. Acesso em: 15 mar. 2022.

FILHO, Antonio De Souza Andrade; DUNNINGHAM, William Azevedo. A Pandemia da Depressão. **Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria**, v. 23, n. 3, 2019.

GANDRA, Alana. Pesquisa revela aumento da ansiedade entre brasileiros na pandemia: Percentual, que é de 30% em alguns países, chega a 80% no Brasil. **Agência Brasil**, Rio de Janeiro, 31 out. 2020. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-10/pesquisa-revela-aumento-da-ansiedade-entre-brasileiros-na-pandemia>. Acesso em: 10 jun. 2021.

HOLLAND, J. G. **Comportamentalismo - parte do problema ou parte da solução?**. [S. l.: s. n.], 1983.

MACHADO, L. M. de C. M. Consciência e Comportamento Verbal. *Psicologia USP*, [S. l.], v. 8, n. 2, p. 101-107, 1997. DOI: 10.1590/psicousp.v8i2.107589. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/psicousp/article/view/107589>. Acesso em: 2 maio. 2022. <https://www.scielo.br/j/psp/a/QtBWKd8RHpN4P9VcsTRXCbp/?lang=pt#>

MEYER, Sônia Beatriz; PRETTE, Giovana Del; ZAMIGNANI, Denis Roberto; ROBERTO ALVES, Banaco; NENO, Simone; TOURINHO, Emmanuel Zagury. Análise do Comportamento e Terapia Analítico-comportamental. In: TOURINHO, Emmanuel Zagury; LUNA, Sergio Vasconcelos de. **Análise do Comportamento: Investigações Históricas, Conceituais e Aplicadas**. 1ª. ed. São Paulo: Roca, 2010. cap. 7, p. 153-174.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Depressão. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde de A a Z: D**. [S. l.], 16 nov. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/d/depressao-1/depressao>. Acesso em: 11 mar. 2022.

MUNHOZ, Tiago Neunfeld. **Prevalência e fatores associados à depressão em adultos: estudo de base populacional**. 2012. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2012.

NICO, Y.; LEONARDI, J. L.; ZEGGIO, L. Análise do Comportamento e Depressão: Aspectos Conceituais e Empíricos. In: **A DEPRESSÃO como Fenômeno Cultural da Sociedade Pós-moderna: Parte I: Um Ensaio Analítico-Comportamental dos Nossos Tempos**. São Paulo: [s. n.], 2016. cap. 1, p. 25-42. ISBN 978-85-921646-0-7.

PELUSO, Érica de Toledo Piza; BLAY, Sérgio Luís. Percepção da depressão pela população da cidade de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 1, p. 41-48, 2008.

ROCHA, A. S. . Perfectionism and the relationship with psychopathologies: Integrative study. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 2, p. e59410213033, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i2.13033. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/13033>. Acesso em: 7 jun. 2022.

SELIGMAN, M. E. P.; MAIER, S. F. Failure to escape traumatic shock. **Journal of Experimental Psychology**, [S. l.], n. 74, p. 1-9, 1967.

SKINNER, B. F. Sobre o Behaviorismo. São Paulo: Cultrix, 1974.

SKINNER, B.F. Questões recentes na análise comportamental. Campinas: Papyrus, 1991.

SKINNER, B. F. What is Wrong with Daily Life in the Western World?. In: SKINNER, B. F. **Upon Further Reflection**. New Jersey: Prentice Hall, 1987. p. 15-31.

SKINNER, B. F. **Ciência e Comportamento Humano**. 11^a. ed. (J. C. Todorov; R. Azzi, Trads.) São Paulo: Martins Fontes, Jun 2003.

SOUZA, Andreza Borges de; SILVA, Rafael Yoshizaki; MARRAZZO, Enzzo Barrozo; BRIANTE, Maria Eduarda Torres; FRANCO, Luís Otávio Amarante; CORREIA, Gabriela Soares; CAPOBIANCO, João Gabriel Pacetti. Manifestações psíquicas durante pandemia de COVID-19: revisão sistemática da literatura. **Brazilian Journal of Health Review**, [s. l.], v. 4, ed. 2, 2021. DOI <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n2-191>. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/26943>. Acesso em: 10 jun. 2021.

VILAS BOAS, Denise de Lima Oliveira; BANACO, Roberto Alves; BORGES, Nicodemos Batista. Discussões da análise do comportamento acerca dos transtornos psiquiátricos. In: BORGES, Nicodemos Batista *et al.* **Clínica analítico-comportamental: Aspectos teóricos e práticos**. Porto Alegre: Artmed, 2012. cap. 9, p. 95-101.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Depression and other common mental disorders: global health estimates**. World Health Organization, 2017.

ZANINI, S. B.; ZANCANARO, I.; CERON, L.; FELDKERCHER, N. Saúde mental da mulher no alvo da violência de gênero: o desenrolar psicopatológico de relacionamentos abusivos. **Anais de Medicina**, [S. l.], n. 1, p. 87-88, 2018. Disponível em: <https://unoesc.emnuvens.com.br/anaisdemedicina/article/view/18999>. Acesso em: 2 jun. 2022.

ZILIO, Diego; CARRARA, Kester. Mentalismo e explicação do comportamento: aspectos da crítica behaviorista radical à ciência cognitiva. **Acta Comportamentalia: Revista Latina de Análisis de Comportamiento**, v. 16, n. 3, p. 399-417, 2008.

APÊNDICE A – Formulário 1 (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido)

Percepções de Fatores como Causa da Própria Depressão

Você está sendo convidado a participar como voluntário de uma pesquisa sobre "Percepções de Fatores Externos como Causa da Própria Depressão". Abaixo, você poderá identificar o objetivo da pesquisa, a aluna-pesquisadora e sua orientadora e responsável pela pesquisa. Leia atentamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e, se estiver de acordo, esclarecido sobre a pesquisa e se dispuser a participar de forma voluntária, aceite-o. Obrigada por sua disposição em contribuir com suas respostas sobre um tema tão relevante.



giuliagiansante97@gmail.com (não compartilhado)

[Alternar conta](#)



***Obrigatório**

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Declaro, por meio deste termo, que concordo em participar da pesquisa intitulada Percepção de Fatores Externos como Causa da Própria Depressão, desenvolvido pela aluna Giulia Souza Giansante do Curso de Psicologia na Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP). Fui informado, ainda, de que a pesquisa é orientada pela Prof^a Dra Fátima Regina Pires de Assis a quem poderei contatar a qualquer momento que julgar necessário, através do telefone 1136708320 ou pelo e-mail psicopuc@pucsp.br.

Afirmo que aceitei a minha participação, sem receber qualquer incentivo financeiro e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informado do objetivo estritamente acadêmico do estudo, que, em linhas gerais, é analisar quais fatores os participantes consideram responsáveis por eles se sentirem deprimidos, identificando possíveis causas,

Fui também esclarecido de que os usos das informações obtidas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde.

A colaboração se fará de forma anônima.

Estou ciente de que, caso eu tenha dúvida ou vislumbre algum prejuízo advindo desta participação, poderei contatar a orientadora da pesquisa, ou, ainda, o Comitê de Ética

em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (CEP-PUC/SP), situado na Rua Ministro de Godoy, 969 – Térreo, Perdizes, São Paulo (SP), CEP: 05015-000, telefone: 3670.8466.

Fui ainda informado de que posso me retirar desse estudo a qualquer momento, sem prejuízo para seu acompanhamento ou sofrimento de qualquer sanção ou constrangimento.

Você aceita este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido? *

Sim

Não

Qual seu nome completo? *

Sua resposta

Qual o número do seu RG? *

Sua resposta

Próxima

Limpar formulário

Percepções de Fatores como Causa da Própria Depressão

 giuliagiansante97@gmail.com (não compartilhado)
[Alternar conta](#)



Link para responder o formulário de forma anônima

Após aceitar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, chegou a hora de responder algumas questões. O formulário conta com uma quantidade limitada de perguntas e pode ser respondido rapidamente. Mais uma vez, obrigada pela participação!

Abaixo segue o link para o formulário. Pedimos para que não esqueça de enviar este formulário, por favor!

<https://forms.gle/BbHxUun6qzSYeUeK6>

[Voltar](#)

[Enviar](#)

[Limpar formulário](#)

Percepções de Fatores como Causa da Própria Depressão

Agradecemos a sua participação!

[Enviar outra resposta](#)

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google. [Denunciar abuso](#) - [Termos de Serviço](#) - [Política de Privacidade](#)

Google Formulários

APÊNDICE B – Formulário 2 (Blocos A, B e C)

Percepções de Fatores como Causa da Própria Depressão

Obrigada por participar da pesquisa! Seguem as questões.

 giuliagiansante97@gmail.com (não compartilhado)

[Alternar conta](#)



*Obrigatório

Selecione os sintomas com os quais você se identifica. *

- Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias. Sente-se triste, vazio ou sem esperança.
- Acentuada diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias.

Selecione os sintomas com os quais você se identifica. *

- Perda ou ganho significativo de peso sem estar fazendo dieta, ou redução ou aumento do apetite quase todos os dias.
- Insônia ou hipersonia (muito sono) quase todos os dias.
- Agitação (inquietação) ou retardo (estar mais lento) psicomotor observado por outras pessoas.
- Fadiga ou perda de energia quase todos os dias.
- Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada quase todos os dias.
- Capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão, quase todos os dias.
- Pensamentos recorrentes de morte.

Você sente que estes sintomas causam sofrimento ou prejuízo significativo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da sua vida? *

Sim

Não

Você acha que estes sintomas podem ser atribuídos a alguma outra condição médica? *

Sim

Não

Próxima



Página 1 de 3

[Limpar formulário](#)

Percepções de Fatores como Causa da Própria Depressão

 giuliagiansante97@gmail.com (não compartilhado)
[Alternar conta](#)



*Obrigatório

Perfil socioeconômico

Qual sua idade? *

- 18 a 29 anos
- 30 a 59 anos
- 60 anos ou mais

Com qual gênero você se identifica? *

- Masculino
- Feminino
- Outros

Como você declara sua raça/cor? *

- Branca
- Preta
- Parda
- Amarela
- Indígena

Qual sua escolaridade? *

- Nenhuma
- Ensino Fundamental incompleto
- Ensino Fundamental completo
- Ensino Médio incompleto
- Ensino Médio completo
- Ensino Superior incompleto
- Ensino Superior completo ou mais

Qual sua renda familiar mensal aproximada? *

- Até 2 salários mínimos (até R\$2.424)
- De 2 a 4 salários mínimos (de R\$2.425 a R\$4.848)
- De 4 a 10 salários mínimos (de R\$4.849 a R\$12.120)
- De 10 a 20 salários mínimos (de R\$12.121 a R\$24.240)
- Mais do que 20 salários mínimos (Mais do que R\$24.241)

Qual a sua ocupação? *

- Empresário
- Empregado
- Autônomo
- Desempregado
- Estudante
- Aposentado

- Funcionário público
- Freelancer
- Trabalho informal
- Estagiário
- Outro

Você tem ou teve acompanhamento profissional (psicológico, psiquiátrico, neurológico etc.) em relação à depressão? *

- Tenho
- Já tive, mas não tenho mais
- Nunca tive

[Voltar](#)[Próxima](#)

 Página 2 de 3 [Limpar formulário](#)

Percepções de Fatores como Causa da Própria Depressão

 giuliagiansante97@gmail.com (não compartilhado) 
[Alternar conta](#)

*Obrigatório

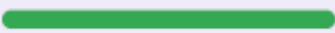
Atribuição de causas

Quais fatores você considera responsáveis por você se sentir deprimido? Se possível, descreva as causas deste sentimento com riqueza de detalhes. *

Sua resposta

[Voltar](#)

[Enviar](#)

 Página 3 de 3

[Limpar formulário](#)

Percepções de Fatores como Causa da Própria Depressão

Agradecemos sua participação!

[Enviar outra resposta](#)

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google. [Denunciar abuso](#) - [Termos de Serviço](#) - [Política de Privacidade](#)

Google Formulários

ANEXO A – Caracterização DSM-V

160 Transtornos Depressivos

com transtorno bipolar ou transtorno de oposição desafiante, uma criança cujos sintomas satisfazem os critérios para transtorno disruptivo da desregulação do humor também pode receber um diagnóstico comórbido de TDAH, transtorno depressivo maior e/ou transtorno de ansiedade. Contudo, as crianças cuja irritabilidade está presente somente no contexto de um episódio depressivo maior ou transtorno depressivo persistente (distímia) devem receber um desses diagnósticos em vez de transtorno disruptivo da desregulação do humor. As crianças com transtorno disruptivo da desregulação do humor podem ter sintomas que também satisfazem os critérios para um transtorno de ansiedade e podem receber os dois diagnósticos, mas as crianças cuja irritabilidade é manifesta apenas no contexto de exacerbação de um transtorno de ansiedade devem receber o diagnóstico do transtorno de ansiedade em questão em vez de transtorno disruptivo da desregulação do humor. Além disso, crianças com transtorno do espectro autista frequentemente apresentam explosões de raiva quando, por exemplo, sua rotina é perturbada. Nesse caso, as explosões de raiva seriam consideradas secundárias ao transtorno do espectro autista e a criança não deveria receber o diagnóstico de transtorno disruptivo da desregulação do humor.

Transtorno explosivo intermitente. Crianças com sintomas sugestivos de transtorno explosivo intermitente apresentam momentos de explosões de raiva graves, muito parecidos com o que ocorre com crianças com transtorno disruptivo da desregulação do humor. No entanto, diferentemente do transtorno disruptivo da desregulação do humor, o transtorno explosivo intermitente não requer perturbação persistente do humor entre as explosões. Além disso, o transtorno explosivo intermitente requer somente três meses de sintomas ativos, em contraste com a exigência de 12 meses para o transtorno disruptivo da desregulação do humor. Assim, esses dois diagnósticos não devem ser feitos na mesma criança. Para crianças com explosões e irritabilidade intercorrente e persistente, deve ser feito somente o diagnóstico de transtorno disruptivo da desregulação do humor.

Comorbidade

As taxas de comorbidade no transtorno disruptivo da desregulação do humor são extremamente altas. É raro encontrar indivíduos cujos sintomas satisfazem os critérios para transtorno disruptivo da desregulação do humor isolado. A comorbidade entre o transtorno disruptivo da desregulação do humor e outras síndromes definidas no DSM parece mais alta do que para muitos outros transtornos mentais pediátricos; a maior sobreposição é com o transtorno de oposição desafiante. Não só a taxa geral de comorbidade é alta no transtorno disruptivo da desregulação do humor, como também a variação das doenças comórbidas parece particularmente diversa. Essas crianças costumam se apresentar à clínica com ampla gama de comportamentos disruptivos, bem como com sintomas e diagnósticos de humor, ansiedade e até do espectro autista. Entretanto, as crianças com transtorno disruptivo da desregulação do humor não devem ter sintomas que satisfaçam os critérios para transtorno bipolar, pois, nesse contexto, somente deve ser feito o diagnóstico de transtorno bipolar. Se as crianças têm sintomas que satisfazem os critérios para transtorno de oposição desafiante ou transtorno explosivo intermitente e transtorno disruptivo da desregulação do humor, somente o diagnóstico de transtorno disruptivo da desregulação do humor deve ser feito. Além disso, como observado anteriormente, o diagnóstico de transtorno disruptivo da desregulação do humor não deve ser feito se os sintomas ocorrerem somente em um contexto que desperta ansiedade, quando as rotinas de uma criança com transtorno do espectro autista ou transtorno obsessivo-compulsivo são perturbadas ou no contexto de um episódio depressivo maior.

Transtorno Depressivo Maior

Critérios Diagnósticos

- A. Cinco (ou mais) dos seguintes sintomas estiveram presentes durante o mesmo período de duas semanas e representam uma mudança em relação ao funcionamento anterior; pelo menos um dos sintomas é (1) humor deprimido ou (2) perda de interesse ou prazer.

Nota: Não incluir sintomas nitidamente devidos a outra condição médica.

1. Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, conforme indicado por relato subjetivo (p. ex., sente-se triste, vazio, sem esperança) ou por observação feita por outras pessoas (p. ex., parece choroso). (*Nota:* 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 (indicada por relato subjetivo ou observação feita por outras pessoas).
 3. Perda ou ganho significativo de peso sem estar fazendo dieta (p. ex., uma alteração de mais de 5% do peso corporal em um mês), ou redução ou aumento do apetite quase todos os dias. (*Nota:* Em crianças, considerar o insucesso em obter o ganho de peso esperado.)
 4. Insônia ou hipersonia quase todos os dias.
 5. Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observáveis por outras pessoas, não meramente sensações subjetivas de inquietação ou de estar mais lento).
 6. Fadiga ou perda de energia quase todos os dias.
 7. Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada (que podem ser delirantes) quase todos os dias (não meramente autorrecriminação ou culpa por estar doente).
 8. Capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão, quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outras pessoas).
 9. Pensamentos recorrentes de morte (não somente medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, uma tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.
- B. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
- C. O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica.

Nota: Os Critérios A-C representam um episódio depressivo maior.

Nota: Respostas a uma perda significativa (p. ex., luto, ruína financeira, perdas por um desastre natural, uma doença médica grave ou incapacidade) podem incluir os sentimentos de tristeza intensos, ruminação acerca da perda, insônia, falta de apetite e perda de peso observados no Critério A, que podem se assemelhar a um episódio depressivo. Embora tais sintomas possam ser entendidos ou considerados apropriados à perda, a presença de um episódio depressivo maior, além da resposta normal a uma perda significativa, também deve ser cuidadosamente considerada. Essa decisão requer inevitavelmente o exercício do julgamento clínico baseado na história do indivíduo e nas normas culturais para a expressão de sofrimento no contexto de uma perda.*

- D. A ocorrência do episódio depressivo maior não é mais bem explicada por transtorno esquizoa-fetivo, esquizofrenia, transtorno esquizofreniforme, transtorno delirante, outro transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico especificado ou transtorno da esquizofrenia e outro transtorno psicótico não especificado.
- E. Nunca houve um episódio maniaco ou um episódio hipomaniaco.

Nota: Essa exclusão não se aplica se todos os episódios do tipo maniaco ou do tipo hipomaniaco são induzidos por substância ou são atribuíveis aos efeitos psicológicos de outra condição médica.

* Ao diferenciar luto de um episódio depressivo maior (EDM), é útil considerar que, no luto, o afeto predominante inclui sentimentos de vazio e perda, enquanto no EDM há humor deprimido persistente e incapacidade de antecipar felicidade ou prazer. A disforia no luto pode diminuir de intensidade ao longo de dias a semanas, ocorrendo em ondas, conhecidas como "dores do luto". Essas ondas tendem a estar associadas a pensamentos ou lembranças do falecido. O humor deprimido de um EDM é mais persistente e não está ligado a pensamentos ou preocupações específicos. A dor do luto pode vir acompanhada de emoções e humor positivos que não são característicos da infelicidade e angústia generalizadas de um EDM. O conteúdo do pensamento associado ao luto geralmente apresenta preocupação com pensamentos e lembranças do falecido, em vez das ruminações autocríticas ou pessimistas encontradas no EDM. No luto, a autoestima costuma estar preservada, ao passo que no EDM os sentimentos de desvalia e aversão a si mesmo são comuns. Se presente no luto, a ideação autodepreciativa costuma envolver a percepção de falhas em relação ao falecido (p. ex., não ter feito visitas com frequência suficiente, não dizer ao falecido o quanto o amava). Se um indivíduo enlutado pensa em morte e em morrer, tais pensamentos costumam ter o foco no falecido e possivelmente em "se unir" a ele, enquanto no EDM esses pensamentos têm o foco em acabar com a própria vida por causa dos sentimentos de desvalia, de não merecer estar vivo ou da incapacidade de enfrentar a dor da depressão.