

Universidade Católica de Goiás

Pró - Reitoria de Pós-graduação e Pesquisa

Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Psicologia

IVANA PINHEIRO DE ABREU RABELO QUEIROZ

**Apoio Social, *Coping* e Suas Repercussões no Humor
Depressivo**

Goiânia
2009

IVANA PINHEIRO DE ABREU RABELO QUEIROZ

**Apoio Social, *Coping* e Suas Repercussões no Humor
Depressivo**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto-Sensu* em Psicologia da Universidade Católica de Goiás para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia da Saúde
Orientadora: Profa. Dra. Daniela Sacramento Zanini

Goiânia
2009

Q3a Queiroz, Ivana Pinheiro de Abreu Rabelo.
Apoio social, coping e suas repercussões no humor depressivo /
Ivana Pinheiro de Abreu Rabelo Queiroz. – 2009.

72 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Católica de Goiás,
Departamento de Psicologia, 2009.

“Orientadora: Prof^a. Dr^a. Daniela Sacramento Zanini”.

1. Apoio social – coping – humor depressivo. 2. Depressão –
estresse – coping – saúde mental. I. Título.

CDU 159.97:616.89-008.454(043.3)
159.944.4



Av. Universitária, 1069 • Setor Universitário
Caixa Postal 86, • CEP 74605-010
Goiânia • Goiás Brasil
Fone: (62) 3227.1071 • Fax: (62) 3227.1073
www.ucg.br • heck@ucg.br

Ivana Pinheiro de Abreu Rabelo Queiroz

***APOIO SOCIAL, COPING E SUAS REPERCUSSÕES NO HUMOR
DEPRESSIVO***

Esta dissertação foi apresentada à banca como exigência parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia do Curso de Pós-Graduação *Stricto Sensu* da Universidade Católica de Goiás.

Goiânia, 31 de março de 2009

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Daniela Sacramento Zanini
Universidade Católica de Goiás – UCG
Presidente da banca

Prof. Dr. Luc Marcel Adhemar Vandenberghe
Universidade Católica de Goiás – UCG
Membro efetivo

Profa. Dra. Juliana de Castro Chaves
Universidade Estadual de Goiás – UEG
Membro efetivo

Profa. Dra. Ana Raquel Torres
Universidade Católica de Goiás – UCG
Membro suplente

À minha família, especialmente ao meu amor e potencial incentivador, a meus filhos queridos, pelos quais busco estar sempre um passo a frente, e a meus queridos pais.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pois foi Ele quem me deu as oportunidades para buscar as soluções de meus maiores anseios.

Aos meus pais, Ivan e Maria Olinta, por terem me dado carinho e colocado “pulga atrás da minha orelha”, incentivando-me a curiosidade para saber sempre mais e, ainda, por terem transmitido os valores morais necessários para que eu seja um ser humano cada vez melhor.

Ao meu querido marido, Edgar, presente de Deus, seguido dos frutos, Sophia e Edgar, com certeza maiores apoiadores e poluidores sonoros...

A meus queridos irmãos: Dê e Paulo Fernando... para todo o sempre!!!

A meus primos amados, TODOS!

Aos meus irmãos por afinidade: Karina, Aryanne, Izabella, Geraldo, Junior e Isabela que, talvez mesmo sem saber, estavam contribuindo comigo sempre, de alguma forma.

A meus queridos sobrinhos, meio-filhos amados e apoinho social!!!

A minha querida sogra Tereza Cristina. Obrigada pelos seus ensinamentos.

Ao Departamento de Psicologia, que ajudou quando era mais preciso.

A todos os professores que contribuíram para a minha formação.

À minha grande colega, que se tornou mestre e orientadora, Daniela Zanini, pela inteligência aliada à simplicidade, pela capacidade e pelo dinamismo, estímulos para o meu crescimento. “Quando crescer, quero ser igualzinha a você!”

Aos meus colegas indescritíveis, que não me deixaram abandonar quando era mais provável. Meu agradecimento profundo ao Wanderley, à Simone e ao Santana.

Ao grupo Gepots, que incentivou no início da pesquisa e abriu horizontes.

A professora Helenides Mendonça pela transparência, qualidade e singeleza, sempre!

Ao professor Luc pela grande disposição em auxiliar, sempre.

Às novas colegas, Adriana, Simony e Priscila.

A todos os meus amigos do coração, meus grandes suportes, mesmo!

Sumário

FOLHA DE APROVAÇÃO	iv
DEDICATÓRIA	v
AGRADECIMENTOS	vi
SUMÁRIO	vii
LISTA DE FIGURAS	ix
LISTA DE TABELAS	x

Resumo.....	xii
Abstract.....	xiii

Introdução.....	14
-----------------	----

PARTE I – REVISÃO TEÓRICA

Capítulo I

Estresse, <i>Coping</i> e Saúde Mental	17
1.1 Estresse	17
1.2 Teoria da Apreciação e <i>Coping</i>	19
1.3 Apoio Social.....	23
1.4 Depressão.....	29

PARTE II – ARTIGO

Resumo.....	38
Abstract	39
Apoio Social, <i>Coping</i> e suas repercussões no humor depressivo.....	40
Referências Bibliográficas.....	56

LISTAS DE FIGURAS

Figura 1. Representação gráfica do modelo empírico do estresse <i>buffering</i>	25
Figura 2. Representação empírica do modelo <i>main effect</i>	26

LISTAS DE TABELAS

Tabela 1: Descritivos e Comparação de média entre Apoio Social, <i>coping</i> , humor depressivo e Sexo:	48
Tabela 2: Regressão Linear entre Depressão , Apoio social e <i>Coping</i>	49

LISTA DE ANEXOS

Termo de consentimento Livre e Esclarecido	65
Consentimento de Participação	67
Questionário de Apoio Social	68
Cri – Adult Form	69

RESUMO

Este estudo é o resultado de uma pesquisa sobre os temas: apoio social, *coping* e humor depressivo. Na primeira parte, fez-se uma revisão bibliográfica sobre os temas propostos. A segunda parte constitui-se de um artigo científico, a ser submetido à avaliação do Conselho Editorial da revista *Psicologia: Reflexão e Crítica*, o qual contempla uma pesquisa empírica realizada com a intenção de descrever e compreender “apoio social, *coping* e suas repercussões no humor depressivo.” A pesquisa foi realizada com 205 estudantes com idades entre 17 a 58 destes 85,4 % são do sexo feminino; 89,4 % são solteiros, 47,0% moram com os pais e 31,4 % têm renda mensal superior a 10.000 reais. Foram aplicadas as escalas Moos de apoio social, o *Coping Response Inventory – Adult Form* (CRI-A) e o inventário de depressão de Beck (BDI). Para avaliar os resultados, foi utilizado o pacote estatístico SPSS versão 12.0. Os resultados apontam que o apoio social, visto como um recurso de *coping*, também se configura como protetor da saúde mental. As estratégias de enfrentamento do tipo aproximação são mais protetoras de saúde mental, ao contrário das estratégias de evitação, que provocam mais o desenvolvimento de humor depressivo.

palavras chave: humor depressivo, apoio social e *coping*

ABSTRACT

This study is the result of a research about the following subjects: social support, *coping* and depressive symptomatology. In the first part, bibliographical review is presented about the proposed themes. The second part constitutes of a scientific article, to be submitted for evaluation by the Editorial Counsel of the journal Psychology : “Reflexão e Crítica” , which contemplates empirical research with the intention of describing and understanding “social support, *coping* and its repercussions in depressive symptomatology”. The research was carried out with 205 students, with their ages ranging from 17 to 58, with 85,4% being women; 89,4% single, 47,0% living with their parents and 31,4% having an income superior to R\$ 10.000 a month. The Moos scales of social support, the Coping Response Inventory – Adult Form (CRI-A) and the Beck depression inventory (BDI) were applied. To evaluate the results, the statistical package SPSS version 12.0 was used. The results show that social support, seen as a coping resource, also protects mental health. Approach strategies protect mental health protectors, as opposed to avoidance strategies, which provoke the development of depressive symptoms.

key words: Coping, social support and depressive humor.

INTRODUÇÃO

O humor depressivo representa um dos mais preocupantes problemas humanos atualmente enfrentados pelo sistema de cuidados de saúde global (Del Porto, 2004; Greden, 2001). Fatores psicológicos, biológicos e sociais, além dos místicos, foram pesquisados ao longo dos anos por diversos estudiosos (Costa, 2006; Ely, 1981; Holmes, 2001), na intenção de se conhecer a etiologia de tal desordem.

A depressão é um transtorno psiquiátrico altamente prevalente, que atinge de 3 à 5% da população mundial e situa-se em quarto lugar dentre as dez principais patologias que atingem os indivíduos (OMS, 2000). Autores como Greden (2001) postulam que a depressão tem grandes chances de atingir o segundo lugar no *ranking* mundial das patologias psiquiátricas nos próximos anos, caso não seja possível preveni-la, diagnosticá-la e tratá-la com maior eficácia.

O humor depressivo provoca impacto social na vida dos indivíduos que dele padecem, causando ainda inúmeras implicações, inclusive prejuízos econômicos e sanitários (Greenberg & Jonas, 2003, Pincus & Pettit, 2001). Embora exista um consenso de que a depressão é uma patologia que acomete o ser humano na sua totalidade, há divergências relacionadas a seu tratamento e à sua definição.

De forma geral, é possível afirmar que a pessoa com humor depressivo apresenta forte sensação de tristeza, falta de coragem, baixa auto-estima, isolamento social, alteração do sono e do apetite e desinteresse sexual, além da redução da capacidade de atuação e da utilização dos recursos cognitivos, corporais e ambientais adaptativamente. Tais sintomas sugerem que pessoas deprimidas têm uma redução da capacidade de interação com o ambiente, provocando isolamento social e redução da produção laboral, o que acaba agravando ainda mais o quadro patológico (Holmes, 1997; Furlanetto & Brasil, 2006).

Todo este processo resulta em um enfraquecimento ou rompimento das redes sociais, o que pode dificultar o uso dos recursos relacionais que porventura possam auxiliar o indivíduo em sua recuperação, assim como em sua integração social. Daí a importância das redes sociais, do apoio social e da sua relação com o bem-estar do ser humano.

O apoio social é entendido como um dos recursos oferecidos pela rede relacional de um indivíduo num momento de susceptibilidade, com intenção de amenizar ou moderar o impacto causado pelo estresse. A extensão do conceito de apoio social é tão abrangente que, a partir de 1990, os estudos se intensificaram vindo a demonstrar seu impacto na saúde física e mental das pessoas. A partir de então cresceu o interesse na investigação da associação entre apoio social, estresse, enfrentamento, bem estar e humor depressivo (Penninx, Tilburg, Boeke, Deeg, Kriegsman & Eijk, 1998; Seidl & Tróccoli, 2006).

Nesta perspectiva, o apoio social adquirido através do processo de interação do indivíduo, se refere a função e a qualidade das relações sociais (Schwarzer, Knoll & Rieckmann, 2003). De outra perspectiva, o *coping*¹ se refere aos esforços cognitivos e comportamentais administrados para reduzir as demandas externas e internas da interação pessoa e ambiente.

Assim como o apoio social, o *coping* é um termo ao qual se relaciona a idéia de adaptação social e bem-estar do indivíduo. Tal abordagem busca a compreensão das formas que o indivíduo encontra para reagir diante de suas dificuldades. A teoria de *coping* é processual e está associada aos aspectos social, individual e específico de experiência na resolução de problemas. Ambas as teorias, tanto a do apoio social como a do *coping*, tentam compreender porquê pessoas expostas a situações de estresse estão mais propensas ao aparecimento de doenças ou ao agravamento daquelas já existentes (Schwarzer e col., 2006).

A relação entre apoio social e *coping* se torna tão estreita que a busca de apoio social pode constituir, inclusive uma estratégia de *coping*, voltada para o manejo da situação. Para Seidl e col.. (2006) a associação entre apoio social e enfrentamento pode ocorrer na medida em que as pessoas que apóiam podem fazer o papel de auxiliares na reavaliação do problema ou mesmo serem facilitadores na utilização

¹ Neste trabalho será utilizado o termo *coping* para referir-se aos processos de enfrentamento ao estresse. A justificativa para a utilização do termo em original (em inglês) se faz desde a perspectiva de que, sob tal denominação se compreende toda uma teoria conceitual que, na tradução ao português, pode-se perder (Zanini, Forns & Kichiner, 2005). O coping também é conhecido como enfrentamento.

de determinadas estratégias, na manutenção da auto-estima durante o evento estressor, no fornecimento de recursos de *coping*, ou ainda proporcionando *feedback* e encorajamento.

O presente estudo visa contribuir para o esclarecimento dos conceitos de estratégias de enfrentamento a problemas e de apoio social, associado ao auto-informe do humor depressivo nos indivíduos pesquisados. Mais especificamente, procura avaliar o efeito do apoio social e das formas de enfrentamento á problemas no auto-informe do humor depressivo e em seus diferentes níveis.

Acredita-se que o estudo do *coping* associado ao apoio social e das suas implicações no humor depressivo possa contribuir para um melhor entendimento dos fatores antecedentes do humor depressivo e proporcionar bem-estar aos indivíduos.

Para atingir os objetivos propostos, o presente trabalho será dividido em duas partes. Na primeira parte será realizado uma revisão teórica sobre os temas: estresse, *coping*, apoio social e transtornos depressivos.

Na segunda parte será desenvolvido um artigo empírico intitulado: “Apoio Social, *coping* e suas repercussões no humor depressivo”, que foi redigido a partir da pesquisa empírica que subsidiou a realização do mestrado em Psicologia. Seu formato seguirá as normas da revista Psicologia: Reflexão e Crítica, para a qual pretende-se encaminhar após a sua defesa da dissertação.

CAPÍTULO I

Estresse, *Coping* e Saúde Mental.

No presente capítulo serão abordados os conceitos de estresse, *coping*, apoio social e humor depressivo. Para isso, serão apresentadas as principais definições desses termos, assim como o estado atual dos estudos relacionados a tais conceitos e suas interrelações.

1.1 Estresse

O termo *coping* encontra-se intimamente relacionado ao conceito de estresse. Desta forma, para compreender o *coping* é preciso antes compreender o termo estresse.

Seyle (1956) revelou em suas pesquisas os processos de adaptação do organismo relacionando a síndrome de adaptação geral, que sugere que o estresse seja associado a reações fisiológicas do organismo, diante de estímulos externos que colocavam em risco sua homeostase (Seidl, Tróccolie & Zannon, 2001). Seyle (1956), se destaca no pioneirismo dos estudos do estresse no processo de saúde dos indivíduos. Sua proposta era baseada em um modelo biológico em que o estresse era entendido como uma condição interna do organismo, onde o evento ambiental se destacava como potencializador de respostas não específicas emitidas pelo indivíduo. A essas respostas denominou-se reação de estresse e ao estímulo causador denominou-se estressor.

Desde a perspectiva da Psicologia, o estresse é entendido como o estímulo e identifica-se com o estressor proposto por Selye (1956) que desencadeia diferentes respostas no indivíduo que podem ser

tanto de ordem psíquica como fisiológica tal como taquicardia, sudorese, boca seca, entre outros. Rowe (2006) descreve o estresse como um estímulo ou uma força suficientemente forte, que pode causar tensão nas vivências do indivíduo, podendo causar-lhe conseqüências a sua saúde.

Uma situação indutora de estresse é toda a condição em relação a qual o indivíduo tem a percepção de não ter preparado comportamentos automáticos de resposta, e que, por isso, exige uma nova adaptação. Estudos demonstram que a compreensão de como as pessoas agem e/ou reagem diante destes eventos considerados estressantes pode ser a chave para ajudá-los (Mathieu & Ivanoff, 2006). Isto justifica a tentativa de desenvolvimento de modelos explicativos que auxiliem elucidar as causas pelas quais algumas pessoas adoecem e outras tantas não, em situações de vivência de estresse (Mathieu & Ivanoff, 2006; Norris, Friedman & Watson, 2002). Desta forma, podemos dizer que a ciência busca compreender melhor o comportamento humano ante o enfrentamento de situações estressoras (Linley & Joseph, 2004).

Parece haver um reconhecimento crescente a respeito do estresse como um aspecto inevitável da condição humana. Em face dessa constatação, o *coping* propõe a forma de enfrentamento como resposta aos estímulos ambientais (Antoniazzi, Dell’Aglío & Bandeira, 1998; Ryan-Wenger, Sharrer & Wynd, 2000; Sorkin & Rook, 2006). Lazarus e Folkman (1984, p.118) definem o *coping* como “pensamentos e ações realistas, que solucionam problemas reduzindo assim o estresse”.

Pode-se postular o estresse como a apreciação do indivíduo da existência de demandas externas ou internas que extrapolam seus próprios recursos (Lazarus & Folkman, 1984). A percepção de uma situação ameaçadora faz com que o sujeito atue direta ou indireta, cognitiva ou comportamentalmente, em reação a esse evento apreciado como estressante. Essa ação/reação a um evento estressante denomina-se *coping* .

Toda esta discussão acerca da atuação do indivíduo nos possibilita indagar alguns pontos, por exemplo: como cada indivíduo enfrenta uma situação estressante e se distingue dos demais? Ou ainda, será que sua capacidade de enfrentamento aliada a frequência e constância do evento ocorrido, pode provocar o desencadeamento de alguma patologia?

Aldwin (1994) menciona que para uma melhor compreensão das estratégias de enfrentamento é necessário o reconhecimento de que as reações diante de situações potencialmente estressoras variam de

pessoa para pessoa e entre momentos distintos. Partindo desse princípio, torna-se essencial compreender como, porque e em que medida as pessoas diferem em suas respostas ao estresse.

1.2 Teoria da apreciação e *Coping*

As atitudes tomadas por qualquer pessoa no decorrer de sua vida são estratégias de enfrentamento ou *coping*. Atualmente têm-se observado várias pesquisas mostrando interesse nas formas de enfrentamento e seus impactos na vida dessas pessoas (Mosher, Hazel, Chen & Yackel, 2006; Moos & Yanos, 2007; Marion & Range, 2003).

Lazarus e Folkman (1984) propõem o *coping* como um processo resultante da interação entre a pessoa e o ambiente. Nessa perspectiva, indivíduo e meio externo influenciam-se mutuamente, e a maneira como os indivíduos se comportam quando do enfrentamento a um problema é resultante desta interação.

Segundo Lazarus e Folkman (1984), o *coping* é o resultado da avaliação cognitiva da existência de um evento estressante que exceda os recursos do indivíduo para fazer frente a ele. Esta avaliação (*appraisal*) pode ser de 2 formas: primária e secundária. Na apreciação primária (*Primary Appraisal*), o indivíduo analisa o risco da situação e em que medida este se constitui eminente, isto é, a avaliação dos acontecimentos é feita em função do bem-estar do sujeito, podendo ter conseqüências positivas ou mesmo negativas.

Na apreciação secundária (*Secondary Appraisal*) o indivíduo analisa suas opções e quais os recursos de enfrentamento disponíveis, visando melhoria e a modificação da situação. Nesse estágio ocorre a escolha das estratégias mais apropriadas para enfrentar o problema.

O comportamento resultante dessa apreciação do problema é denominado *coping*. Entretanto, este está associado a significados e emoções relacionados aos eventos estressantes desencadeadores das respostas. Dessa forma, podemos dizer que o *coping* envolve uma decisão por parte do indivíduo em termos de como agir, com base na análise dos recursos de que dispõe (Matthieu & Ivanoff, 2006; Bober,

Regehr,& Zhou, 2006). A eficácia do *coping* se refere aos esforços para reduzir os impactos negativos dos eventos estressantes sobre o indivíduo (Sorking & Rook, 2006). Desta forma, uma estratégia de *coping* será eficaz se ela provocar bem-estar para a pessoa, podendo não ser necessariamente uma estratégia mais adequada do ponto de vista das estratégias adaptativas.

A avaliação e o enfrentamento ou *coping* são tidos como processos interdependentes, em que a situação exerce influência na estratégia eleita e, conseqüentemente, nas expectativas e crenças do indivíduo quanto à auto-eficácia e ao senso de controle sobre as situações de estresse (Fortes, 2005; Karademas & Kalantzi-Azizi, 2004; Matthieu & Ivanoff, 2006).

Na tentativa de agrupar os comportamentos de *coping* ou enfrentamento de problemas, Lazarus e Folkman (1987) realizaram análises fatoriais sobre os escores do *Ways of Coping Scale*. Como resultado, estes autores obtiveram uma estrutura contendo oito fatores.

Timko, Baumgartner, Moos e Miller (1993) em outro estudo, também realizando análise fatorial, afirma que a divisão dessas estratégias faz parte da condensação das formas de enfrentamento de problemas e descreve os oito fatores do seguinte modo:

1. análise lógica: tentativas cognitivas de o indivíduo entender o evento estressor e se preparar mentalmente para as suas conseqüências;
2. reavaliação positiva: tentativas cognitivas de construir e reconstruir um problema de forma positiva, enquanto continua aceitando a realidade da situação;
3. busca de orientação e suporte: tentativas comportamentais de busca de informação, guia e suporte;
4. resolução de problemas: tentativas comportamentais de agir diretamente sobre o problema;
5. evitação cognitiva: tentativas cognitivas de evitar pensar no problema;
6. resignação ou aceitação: tentativas cognitivas de reagir ou aceitar o problema;
7. busca de gratificação alternativa compensatórias: tentativas comportamentais de se envolver em atividades alternativas e criar novas formas de satisfação;
8. descarga emocional: tentativas de reduzir a tensão gerada por vivências negativas.

Lazarus e Folkman (1984), em sua pesquisa, classificaram estas respostas de *coping*, agrupando-as em dois conjuntos: estratégias focadas no problema e estratégias focadas na emoção.

Para Lazarus e Folkman (1984) as estratégias focadas no problema têm por objetivo analisar e definir a situação, de forma que se busquem alternativas para melhor resolvê-la, ou seja, sua intenção é atuar sobre o evento estressor, reduzindo a tensão emocional causado por ele. Por outro lado, as estratégias focadas na emoção atuam por meio de processos cognitivos e comportamentais a fim de diminuir o transtorno emocional gerado pela situação de estresse, sem contudo, atuar diretamente sobre a situação estressante.

Segundo Compas (1987) vários estudos indicam que ambas as estratégias de *coping* são usadas durante praticamente todos os episódios estressantes e que o uso de uma ou de outra pode variar em eficácia, dependendo dos diferentes tipos de estressores envolvidos. Considera-se que as estratégias focadas no problema tendem a ser melhor avaliadas como adaptativas do que as estratégias focadas na emoção, que são tidas como desadaptativas (Lazarus & Folkman, 1984; Borges, 2006; Paula Júnior, 2009). Estudos como de Fortes, Néri e Cupertino (2007) demonstram que a adaptação frente uma situação estressante depende da avaliação psicológica de que este enfrentamento é viável para este indivíduo.

Autores como DeLongis e O'Brien (1996) e Sorking e Rook (2006) argumentam que o sucesso do *coping* não envolve apenas a resolução de problemas e o manejo de solução de cada um, mas abarca também a manutenção e a proteção dos relacionamentos. Com base nisso, é possível assegurar que não só a capacidade de resolver os problemas previne as conseqüências maiores relacionadas ao estresse, mas o ambiente e o apoio social, ou neste caso especificamente, a rede social. Além disso, a manutenção da rede social pode ser vista como um dos fatores protetores da saúde mental, uma vez que as pesquisas atuais confirmam altos índices de apoio social e estratégias de enfrentamento de problemas associados diretamente à prevenção de sintomas depressivos.

Kocot e Goodman (2003) apontam que as estratégias de enfrentamento focadas no problema que correlacionam positivamente com o humor depressivo, aparecem quando o apoio social é baixo. Neste sentido, pode-se postular que os indivíduos com baixo nível de apoio social, ainda que enfrentem diretamente seus problemas ou tendam a usar estratégias tidas como adaptativas, podem apresentar humor depressivo. Pode-se hipotetizar desta maneira, que, embora o indivíduo enfrente adequadamente seu

problema, este enfrentamento, na ausência do apoio social, apresenta um custo emocional para a sua saúde mental expressado por meio desta associação com o humor depressivo.

Hollahan e Moos (1987) argumentaram que indivíduos com elevado nível de apoio social familiar tiveram resultados mais satisfatórios na utilização de estratégias aproximativas em detrimento a estratégias de evitação.

Um outro estudo feito por Mosher et al. (2006) examinou os mecanismos de otimismo influenciando o ajustamento psicológico. Nesse estudo, foram avaliadas as estratégias de aproximação/evitação, apoio social e sua associação entre os sintomas depressivos. Seus resultados permitem inferir que otimistas são pessoas menos sujeitas aos desarranjos estressantes do cotidiano, e conseqüentemente, apresentam menos sintomas depressivos. Além disso, permitem suspeitar que pessoas otimistas, com tendência a emitir respostas de *coping* de aproximação do problema, têm menor índice de depressão.

A prevenção, o diagnóstico e o tratamento de *coping* e apoio social no indivíduo são capazes de minimizar os efeitos das vivências estressantes, promover saúde e bem-estar, proporcionando-o respostas mais adaptativas a fim de lidar melhor com o ambiente (Cobb, 1976; Moos e col., 2007).

Para ampliação do tema e melhor compreensão do *coping* serão introduzidos, no próximo capítulo, os conceitos e as postulações pertinentes ao apoio social.

1.3 APOIO SOCIAL

As primeiras postulações sobre apoio social surgiram na literatura de Psicologia e de áreas correlatas a partir da década de 1970 (Seild, Tróccoli & Zannon, 2006). Os primeiros estudos, encabeçados por Cassel (1976) e Cobb (1976) associaram a saúde individual ao bem-estar social, indicando que a ruptura de laços sociais influencia na desorganização do sistema de defesa do organismo, deixando-o mais vulnerável ao desenvolvimento de doenças.

Em uma das primeiras conceituações do tema, Cobb (1976) definiu apoio social como a informação que leva o indivíduo a acreditar que é querido, amado e estimado e que faz parte de uma rede social com compromissos mútuos. Na proposta deste autor, apoio social é a capacidade do indivíduo de se perceber como parte integrante de um grupo.

Por outro lado, Sarason, Levine, Basham e Sarason (1983) afirmam que apoio social pode ser entendido como “a existência ou disponibilidade de pessoas em quem se pode confiar, pessoas que nos mostram que se preocupam conosco, nos valorizam e gostam de nós” (Sarason e col., 1983, p.127).

Estes autores enfatizavam o papel do apoio social desde a perspectiva do apoio emocional relacionado a ele. Atualmente, os textos parecem apontar, de forma geral que, apoio social pode ser entendido como oportunidades oferecidas por meio de uma rede de relações de um indivíduo que vão proporcionar sustentação emocional, material, afetiva diante de situações estressantes, de crise ou mesmo de adaptação (Zanini, Verolla & Queiroz, 2009).

O termo apoio social é muitas vezes utilizado, de amplo modo, incluindo rede social e integração social. No entanto, acredita-se ser necessário fazer algumas distinções para clarear e distinguir tais conceitos. Dentre eles: rede social e interação social. As redes sociais (*Social Network*): tem sido descritas como grupo de pessoas as quais o indivíduo mantém relações ou contatos, ou seja, ela representa o objetivo básico da integração social e do apoio social, uma vez que ela é o número de pessoas que ou os possíveis provedores de apoio no ambiente. Por outro lado, a integração social conota a estrutura e

quantidade dos relacionamentos, tais como o tamanho, a densidade, frequência das interações, além de englobar a percepção subjetiva de cada indivíduo (Schwarzer e col., 2003).

Cobb (1976) aponta três aspectos relevantes, ao analisar apoio social:

1) o aspecto emocional, que constitui a informação que leva o indivíduo a acreditar que é amado e estimado, transmitida em situações que envolvem confiança mútua;

2) o aspecto valorativo, que constitui a informação que leva o indivíduo a acreditar que é querido e valorizado, resultando em auto-estima e reafirmação do senso de valorização pessoal;

3) o aspecto comunicacional: que constitui na informação que leva o indivíduo a perceber que pertence a uma rede de comunicação e de obrigação compartilhada por todos os membros.

Esses aspectos nos permitem postular a existência de diferentes dimensões dentro do conceito de apoio social. Essas dimensões representam as formas como o apoio social pode ser obtido assim como os tipos de apoio existente nas relações sociais.

Além dos tipos de apoio social, os estudos também têm buscado diferenciar as formas como apoio social pode ser avaliado. Neste sentido, Cramer, Henderon e Scott (1997) referem-se a duas formas, denominadas apoio social percebido e apoio social recebido. O primeiro se refere ao apoio que o indivíduo percebe como disponível, caso necessite; o segundo descreve o apoio social recebido, ainda que não tenha sido percebido pelo indivíduo.

A percepção do apoio social apresenta-se, também, influenciador no comportamento dos indivíduos. Nesse âmbito, Dessen e Braz (2000) enfatizam que o apoio social, quando percebido, diminui a probabilidade de ocorrência de comportamentos disfuncionais, destacados como comportamentos punitivos e/ou não apoiadores.

Estudos têm demonstrado esta diferenciação do apoio social podendo influenciar nos resultados obtidos. Por exemplo, uma pesquisa realizada por Srivasta Richards, McGonigal e Gross (2006) avaliando otimismo nas relações de casal, os resultados revelaram que pessoas otimistas tendem a perceber mais apoio social de seus parceiros do que pessoas não otimistas, e indivíduos que percebem mais apoio social também tendem a ser mais satisfeitos com seus parceiros.

Em outro estudo, Dunst e Trivette (1987), categorizaram o do apoio social, distinguindo-o entre informal ou formal. Na categoria informal estão presentes os tipos de apoio social provenientes da família, dos amigos, dos vizinhos e do grupo social como um todo, por exemplo da igreja, do clube. A categoria formal abrange hospitais, organizações não governamentais (ONGs), serviços de saúde e profissionais, como médicos, assistentes sociais, psicólogos. A união desses dois aspectos forma uma rede maior, um sistema macro, que serve de apoio para indivíduo em situações de adversidades. encontradas no seu momento mais singular de dificuldade ou mesmo enfermidade (Bowling,1997; Due, Holstein, Lund, Modvig & Avlund, 1999; O'Reilly, 1988).

Além das categorias descritas no apoio social, sua interferência pode recair no contexto da saúde, uma vez que tal influência pode sensibilizar as pessoas, extrapolando assim as categorias gerais do conceito e privilegiando os recursos individuais de aceitação, percepção, enfim, características individuais (Schwarzer Knoll, & Rieckmann, 2003) .

Cohen e Wills (1985) descrevem *stress buffering* e “*main effect*” como modelos teóricos. A palavra inglesa *buffer* significa “proteção” e *main effect* “efeito principal”. Ambas as descrições apontam para a possibilidade de análise do efeito produzido pelo apoio social a saúde.

A figura 1 apresenta o modelo de *stress buffering* :

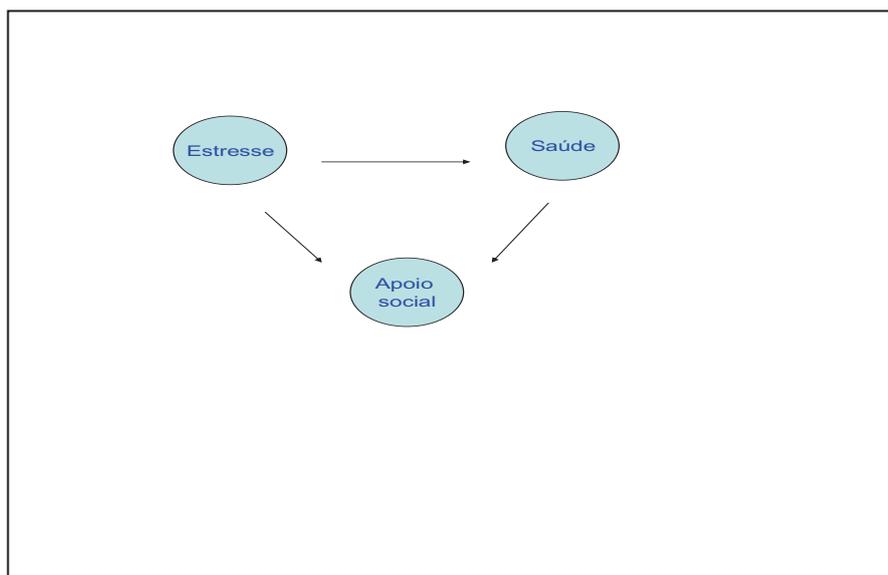


Figura 1: Representação gráfica do modelo empírico de *stress buffering*.

O *stress buffering* sugere proteção ao bem-estar físico e psicológico do ser humano contra ameaças ou situações estressantes do ambiente. Segundo este modelo, pessoas com forte apoio social são capazes de lidar melhor com as principais intercorrências da vida, em detrimento das pessoas com pouco apoio social, que são mais vulneráveis às mudanças. Neste caso, pessoas com pouco apoio social podem estar sujeitas a adoecer mais. Schwarzer e Lepping (1991) sugerem ainda que, o estresse pode afetar alguns indivíduos severamente, contudo pessoas que cotam com apoio social e a eles associados, recursos de *coping* são relativamente mais resistentes aos efeitos dos eventos estressantes.

Segundo se pode observar na figura 1, o modelo de *stress buffering* demonstra que, diante de um estímulo ameaçador, o apoio social funcionará como amortizador dos efeitos destes sobre a saúde do indivíduo. O apoio social é ainda considerado como fator de proteção na minimização da vivência dos eventos estressores por parte dos indivíduos, o que implicaria um menor comprometimento da saúde. Segundo Campos (2004, p.42) “é essa percepção que lhe empresta força para enfrentar o ambiente, trazendo conseqüências positivas para o seu bem estar”.

Por outro lado, a hipótese do efeito principal sugere que a existência de apoio social pode influenciar na saúde dos indivíduos, na medida em que apresenta grau de adaptação deste com seu meio social (Cobb, 1976). Segundo Schwarzer e Lepping (1991) este efeito principal ocorre quando a saúde encontra-se preservada, independente do nível de estresse que esteja ocorrendo. A figura 2 representa graficamente o modelo de *main effect* ou efeito principal.

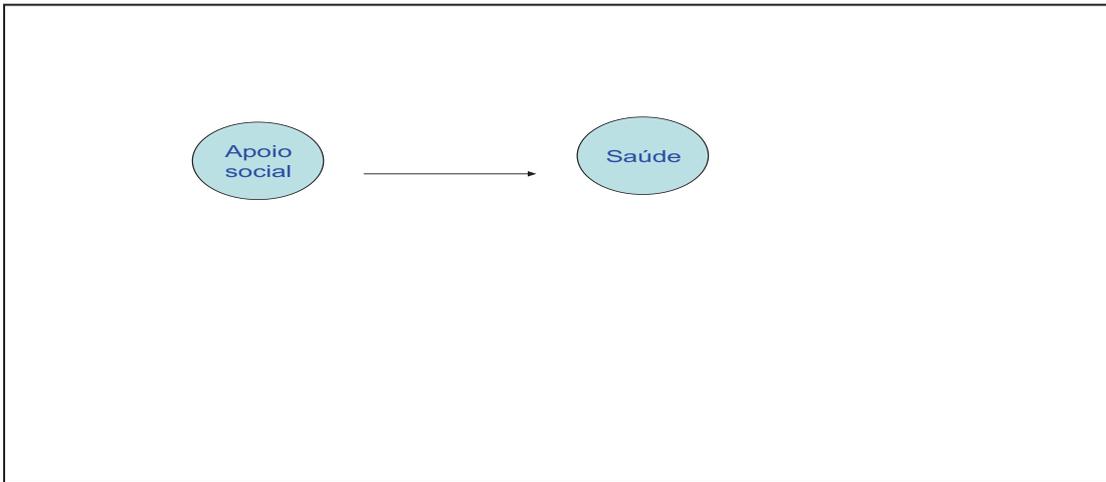


Figura 2: Representação empírica do modelo de *main effect*.

Essa representação do apoio social como efeito principal demonstra-o como um evento que se apresenta sempre anterior aos demais estímulos apresentados, no caso exemplificado, apoio antecede a saúde. Nesse modelo, o efeito principal assume que os recursos proporcionados pelo apoio social têm um efeito benéfico na saúde psicológica, independentemente da existência do estresse, pois revela o grau de adaptação do indivíduo ao seu contexto social.

Cohen e Wills (1985) também correlacionam o modelo a outros fatores, como, por exemplo, o bem-estar, avaliando o grau de isolamento e integração da pessoa na sua rede social. Os resultados demonstraram que a associação da rede social como o apoio funcional parece representar diferentes processos, nos quais os recursos sociais influenciam no bem-estar. Os eventos estressantes se devem ao funcionamento específico do apoio; já o funcionamento da rede social tende a nivelar a estabilidade da rede, independentemente do nível estressor.

Seidl Tróccoli, e Zannon, (2001, p. 318) postulam que “a busca de apoio social pode levar o indivíduo a encontrar uma estratégia de *coping* voltada para o manejo da situação ou do estressor”. Sabe-se que a busca de apoio social é uma estratégia voltada para a resolução de problemas. Esta postulação nos permite enxergar o apoio social como passível de contribuição para a saúde das pessoas em momentos de estresse. Para tanto, segundo Seidl e col.. (2001), os dados necessitam de mensuração mais sistemática. Ademais, esse resultado carece ainda de uma maior precisão em sua definição, haja vista que

as escalas utilizadas podem variar em consequência, definições, nomeações, construções e dimensões (Griep, e col., 2006; Zanini e col., 2009).

As primeiras tentativas de construção de uma escala de apoio social, segundo demonstram Griep, Chor, Faerstein, Werneck, e Lopes, (2005), Matsukura, Marturano e Oishi (2002) e Ribeiro (1999), eram relativamente isoladas, ambíguas e precárias na tentativa de agregar as especificidades do conceito. As escalas que eram utilizadas até então, para discriminar, apenas a presença de cônjuge, disponibilidade de um confidente durante a crise, composição familiar e participação em atividades sociais (Griep e col., 2005).

Considerar as dimensões no estudo do apoio social pode ser um fator favorável para o entendimento tanto da população geral, como do constructo. Baptista e Oliveira (2004), fizeram um estudo avaliando a correlação entre sintomatologia depressiva e a percepção do apoio familiar em 154 adolescentes em uma escola pública. Os principais resultados indicaram que quanto maior a sintomatologia depressiva no adolescente, mais inadequado a percepção do apoio familiar. Além do mais quanto maior a frequência dos fatores de risco, maior a sintomatologia depressiva no adolescente, estando o apoio familiar correlacionado negativamente com a sintomatologia depressiva nesta amostra. Estas postulações podem nos levar a questionar se o alto índice de humor depressivo pode promover não só uma percepção inadequada do apoio familiar recebido, mas também a utilização de estratégias desadaptadas de enfrentamento a problemas.

Autores como Maher, Mora e Levental (2006) demonstram como tal patologia pode contaminar a percepção do apoio social ao longo do tempo. Examinar a relação destes conceitos é uma eficiente forma de se tentar compreender suas repercussões na saúde mental.

A fim de dar maior sustentação à construção teórica do trabalho, o capítulo posterior se encarregará dos fatores relevantes do humor depressivo, uma vez que tal patologia é descrita como altamente incidente e recorrente na população geral, repercutindo na saúde mental dos indivíduos de maneira avassaladora. O estudo de tal transtorno pode facilitar no seu diagnóstico, na descrição da sintomatologia, nas interferências e possíveis influências nas estratégias de enfrentamento – *coping* e apoio social.

1.4 DEPRESSÃO

A depressão é a alteração afetiva mais pesquisada na atualidade. Classificada como um transtorno de humor, a patologia é capaz de modificar a percepção da própria pessoa, maximizando as dificuldades cotidianas, transformando-as em enormes catástrofes. Tratada como a doença da sociedade moderna, a depressão tem características que podem traduzir uma patologia grave ou ser apenas mais um sintoma do sujeito diante de uma situação real de vida, isto é, suas características podem determinar uma melancolia em si ou ser apenas um sintoma constituinte de uma outra patologia.

O transtorno pode também ser visto como um dos mais comuns encontrados pelos profissionais de saúde mental na atualidade, estando presente de modo universal nas mais variadas culturas (Barlow, 1999). É um transtorno psiquiátrico altamente prevalente na população em geral (Greden, 2001), pois se estima que de 3% a 5 % da população seja acometida por ele (Del Porto, 2004).

Para Dubovsky e Dubovsky (2004) a depressão é a quarta enfermidade de mais alto custo. Nos Estados Unidos estima-se um gasto de cerca de 44 bilhões de dólares em seu tratamento. Esse mesmo autor afirma que a duração média de um episódio depressivo é de vinte semanas, ampliando para 50% e 90% o risco de reincidência nos segundo e terceiro episódios respectivamente. O intervalo entre cada novo episódio tende a ser menor e o episódio mais abrupto.

Pesquisas recentes demonstram que mulheres, solteiras ou descasadas, com filhos pequenos, como o grupo mais propenso a desenvolver depressão. Estima-se que 9% das mulheres americanas apresentem alguma forma de depressão (Thase & Lang, 2005).

Segundo Andreasen e col. (2005), as doenças mentais existem há milhares de anos, mas não se sabe exatamente quando nem por que elas surgiram. Nas sociedades primitivas, a causa das manifestações das doenças mentais era atribuída ao sobrenatural. Isso levava à associação entre enfermidades mentais e poderes mágicos e místicos. Evidências antigas, os rolos de papiros denunciam que os antigos hebreus, egípcios e árabes acreditavam no comportamento desviante como manifestação dos maus espíritos, demônios e deuses irados. Tudo isso levava à crença de que ora a pessoa estava possuída por forças divinas, ora era a própria encarnação de deuses (Holmes, 2001).

Houve várias tentativas de negar essas idéias sobrenaturais, entretanto, foi Hipócrates quem introduziu explicações fisiológicas para justificar o desequilíbrio comportamental. Hipócrates sugeria uma visão em que equilíbrio e desequilíbrio se alternavam em consequência de algumas substâncias, sistemas ou órgãos e categorizava os tipos de alteração segundo quatro aspectos: bile negra, bile amarela, fleuma e sangue. Nessas divisões, a bile negra era responsável pela depressão; a amarela, pela ansiedade; a fleuma associava-se aos comportamentos preguiçosos; e o sangue em excesso associava-se às rápidas alterações de humor (Holmes, 2001).

Depois de tantas tentativas de se desvendar os mistérios das doenças mentais, pode-se considerar que a associação entre doença mental e estados demoníacos foi rompida com a cisão das doenças orgânicas, da patologia mental e do castigo divino. A doença mental então assumiu um caráter orgânico, reafirmando sua capacidade de acometer o homem em relação com o mundo e com os demais (Ely, 1981).

A partir desse momento histórico, se fez necessário o surgimento da ciência da Psiquiatria. Esta inicialmente abordou aspectos orgânicos e, posteriormente, passou ao esclarecimento e à categorização das desordens do comportamento, da afetividade, do pensamento, associados às causas físicas, como as alterações no cérebro (Ribeiro, 1999).

No início do século XIX, o francês Philippe Pinel estabeleceu um tratamento mais adequado dos portadores de doença mental, postulando a Psiquiatria como uma ciência. Em função disto, passou-se a oferecer um tratamento mais humanitário ao ser que dela padecia (Costa, 2006).

A organização mundial de saúde (OMS, 2001) descreve o estado de saúde como:

Um estado de completo bem estar físico, mental e social, não constituindo apenas em ausência de doenças ou enfermidades. Pode-se postular então que a saúde mental acaba se constituindo como parte principal da saúde geral, de forma que permite ao indivíduo gozar de suas habilidades cognitivas, relacionais e afetivas, enfrentando as vicissitudes da vida e nas relações - sejam elas pessoais ou relacionais (OMS, 2001).

Ultimamente tem sido utilizado pelos profissionais clínicos da área de saúde mental o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) como critério de classificação da saúde mental. Esse tratado tem a intenção de categorizar os transtornos mentais. O DSM foi o primeiro manual oficial de transtornos mentais a conter um glossário de descrições categoriais diagnósticas, seguido de revisões periódicas, a fim de manter a atualização do tema conforme as principais pesquisas apontavam.

Na atual versão, DSM IV – TR (2002), os transtornos do humor incluem aqueles que têm como característica predominante uma perturbação no humor. Ao longo da vida todo ser humano será capaz de experimentar, num dado momento, sentimentos de preocupação, melancolia, tristeza, solidão ou decepção. Isto se deve em função de sua própria condição de vida. Contudo, o que distinguirá essas vivências de experiências conflitantes da depressão será a duração e a intensidade (Holmes, 2001).

Neste trabalho, ainda que se abordem algumas noções e subdivisões do transtorno de humor, o destaque cairá sobre os transtornos depressivos, embasados de acordo com o DSM –IV-TR (2002) e denominado como Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais.

O DSM-IV-TR identifica dois tipos de depressão: a monopolar e a bipolar. O tipo monopolar apresenta apenas fases depressivas. Já o tipo bipolar se caracteriza pelo transtorno afetivo, alternando entre fases depressivas e maníacas, de exaltação, de alegria ou com irritação do humor.

Angst, Sellaro, Stolar, Merikangas, e Endicott, (2001) postula que a depressão é caracterizada por episódios de longa duração, alta cronicidade, recaídas e recorrências, prejuízo psicossocial e físico, e alto risco de suicídio. Autores, como Camon (2001) sugerem que a depressão emerge como resultante de uma inibição global da pessoa, que afeta a função da mente, alterando a maneira como aquela percebe o mundo, sente a realidade, entende as coisas e manifesta suas emoções.

Relatos de experiência clínica evidenciam que na depressão leve ou moderada, o humor, pela manhã, pode apresentar-se pior, e, no decorrer do dia, melhorar. Por outro lado, a depressão grave acomete de forma mais intensa a pessoa de maneira que ela se inaltere durante todo o dia. Dalgalarrondo (2000) argumenta que as pessoas com humor depressivo “caracterizam-se por uma multiplicidade de sintomas afetivos, instintivos e neurovegetativos, ideativos e cognitivos, relativos à autoavaliação, à volição e à psicomotricidade, além de apresentar sintomas psicóticos e fenômenos biológicos associados” (Dalgalarrondo, 2000, p. 190).

Por outro lado, Holmes (2001) relaciona a depressão a fatores internos (psicológicos) e externos (fisiológicos) denominando a parte interna de endógena (relativa a questões cognitivas) e a externa de exógena (ou reativa, conectada aos aspectos ambientais). Existem autores que sugerem a distinção dos fatores internos e externos para o avanço do tratamento. A razão para esta distinção é em função da observação a qual sugere que pessoas exogenamente deprimidas se favoreciam mais com a psicoterapia e pessoas endogenamente diagnosticadas se beneficiavam mais do tratamento medicamentoso (Holmes, 2001). Contudo, este posicionamento não é unânime na literatura, sendo que alguns trabalhos parecem demonstrar que ambos os tipos de depressão podem se beneficiar da psicoterapia. (Beck, Shaw & Rush..., 1987; Dobson, 1989; Thase, Bowler & Harden, 1991).

Além disso, é incomum observar pessoas deprimidas distorcendo, consistentemente, a realidade, negando a si próprio, ao ambiente e o futuro. Segundo Barlow (1999), essas distorções representam desvios dos processos lógicos de pensamento usados tipicamente em pessoas deprimidas. Desta forma, não é raro que se mostrem pessoas mais isoladas, desconfiadas, vulneráveis, tímidas, negativas e, principalmente, que tenham características de humor triste.

Para melhor compreensão do humor depressivo, pode-se exemplificar o quadro de uma pessoa depressiva, com sintomas de distorção da realidade, expressando sentimentos de solidão, quando na

realidade o seu quadro não necessariamente assim o revele, demonstrando a existência de uma percepção adulterada. Tal fato evidencia a humor depressivo susceptível às formas de enfrentamento inadaptadas, e sua associação ao baixo nível de apoio social pode ser considerada como preditor de danos psicológicos, fisiológicos e sociais no indivíduo.

Maier e col.(2006) argumentam que o transtorno do humor depressivo podem mudar os efeitos da percepção do apoio social ou demandar alterações como consequência na percepção apoio social longo do tempo. Eles postulam o apoio social percebido e recebido como fortes preditores de depressão. Para esses autores é necessário examinar a relação existente entre depressão e apoio social percebido e recebido, a fim de se compreender a forma de interferência destes no contexto psicológico. Ainda segundo estes autores, existe ainda uma dificuldade na interpretação dos dados relativos ao transtorno de humor e apoio social percebido, uma vez que estudos têm utilizado distintas medidas para acessar tais constructos percebido ao longo dos tempos.

Conforme postula Schwarzer e Leppin (1991) a teoria de apoio social se evidencia entrelaçando aos conceitos de estresse e *coping*. A avaliação cognitiva do estresse feita pelo indivíduo, por exemplo, depende parcialmente da disponibilidade percebida dos seus recursos sociais. Além do mais a mobilização do apoio pode ser entendida como uma estratégia de *coping*.

Neste sentido, existem estudos apontando que a ausência de apoio social pode ser vista como promotora do uso de estratégias de *coping* desadaptadas e estas por sua vez influenciando na saúde mental dos indivíduos (Tao, Pratt, Hunsberger & Pancer, 2000). Além disso, pesquisas como a de Crean (2004) relatam que o uso de estratégias de *coping* desadaptadas estão associadas a sintomas psicológicos. Já Aldwin (1994) e Mathiew e Ivanoff (2006), descrevem o aspecto negativo do estresse interferindo nos resultados da saúde física e mental.

Acredita-se que o estudo destes conceitos, bem como de suas interrelações, poderia permitir o desenvolvimento de programas de intervenção ou prevenção mais efetivos a fim de buscar promoção da saúde na população em geral.

Em suma, esse trabalho mostra relações que vem sendo descritas na literatura, tanto em artigos como nas demais bibliografias. Entretanto, o que supera neste trabalho é a pontuação em algumas

importantes relações. Primeiramente, no âmbito acadêmico, sua contribuição é avaliação da relação entre o apoio social e *coping*, utilizando o CRI e MOS, que são dois instrumentos internacionalmente utilizados e de escassa utilização na população brasileira. Segundamente, o pioneirismo do estudo avaliando *coping*, apoio social e humor depressivo, já que nesta linha, por meio do questionário de Beck, estudos ainda não foram desenvolvidos na população brasileira, em especial, na população Goiana.

Em termos da psicologia como ciência, este estudo demonstra como a população geral poderá se beneficiar dos resultados aqui apresentados, bem como dos instrumentos utilizados para atingir as formas de enfrentamento e de apoio social. Nesta perspectiva, alguns aspectos merecem ser discorridos.

Um primeiro aspecto que necessita ser ressaltado é que o apoio social merece considerável atenção como mecanismo de restauração do humor por meio das relações sociais estabelecidas pelos indivíduos. É sabido que a integração social está estreitamente relacionada a Psicologia social, uma vez que ela é frequentemente referenciada como os laços interpessoais ou mesmo número de papéis sociais que o indivíduo assume (Ramos, 2007). Essas formas de integração social são importantes e merecem ser consideradas, pois sua integração pode gerar fontes de ajuda e fornecer um contexto dentro do qual as relações de apoio social e ajuda possam se desenvolver fora da família. Por outro lado, a sua falta, pode gerar depressão e estresse (George, 1996).

Estes aspectos corroboram com a influência do apoio social sobre o humor depressivo, tornam-se preponderante na sua afirmação, uma vez que Ramos (2007) considera que quanto maior a integração social, menor o número de sintomas depressivos. Essa hipótese tem sido abordada por várias pesquisas e sugere ainda que as relações sociais estão associadas com o bem estar psicológico na fase adulta e envelhecimento (Antonucci, 1990; George, 1996).

PARTE II

Nesta segunda parte do trabalho realizou-se um artigo científico que será submetido à revista *Psicologia: reflexão e crítica*. Dessa forma, o presente artigo apresenta-se de acordo com as normas de tal revista contendo todas as partes necessárias para sua submissão posterior.

Apoio Social, *Coping* e suas repercussões no Humor Depressivo

Social Support, coping and their repercution on depressive humor

RESUMO

Este estudo objetiva avaliar as relações entre as formas de enfrentamento a problemas, o apoio social e suas relações com o humor depressivo em estudantes universitários. A amostra compõe-se de 205 participantes com média de idade de 22,96 anos (DP= 7,86), sendo 85,4 % do sexo feminino e 89,4 % solteiros. Utilizou-se as escalas MOS para apoio social, CRI-A para *coping* e o BDI para avaliação do humor depressivo. Os resultados apontam que o apoio social e as estratégias de aproximação do problema podem se configurar como fatores de proteção a manifestação de humor depressivo, enquanto que as estratégias de evitação do problema se configuram como fatores de risco para o auto-informe de humor depressivo, explicando quase 30% da variância do humor depressivo.

palavras-chave: apoio social, estratégias de enfrentamento; humor depressivo.

ABSTRACT

This study aims to assess the ways of coping, social support and their relations with depressed affect. The sample is composed of 205 university students with an average age of 22,96 (DP=7,86), being 85,4% of the feminine sex and 89,4% single. MOS scales were used for social support, CRI-A for coping and the BDI for the evaluation of the depressive humor. The results show that social support and the approach coping strategies can be described as protection factors against the development of depressive humor, whereas the avoidance coping strategies configure as risks factors to depressed affect, explaining almost 30% of the variation of depressive humor.

Keywords: social support, coping and depressive humor.

A depressão tem sido foco de muitas pesquisas em vários países nos últimos anos (Costa & Chaves, 2006; Greenglass Fiksenbaum & Eaton, 2006; Leserman, Jacson, Petitto, Golden, Silva, Perkins, Cai, Folds & Evans, 1999; Maher, Mora & Leventhal, 2006; Mosher, Hazel, Chen & Yackel, 2006; Penninx, Van Tilburg, Kriegsman, Deeg, Boeke & Van Eijk, 1997; Song & Singer, 2005). Esse acentuado interesse no tema pode estar relacionado com as previsões epidemiológicas ou a incidência deste transtorno na população. Por exemplo, Holmes (2001) afirma que cerca de 8% da população geral sofrerá de um transtorno de humor, em algum momento de sua vida.

A depressão é uma desordem mental universal e talvez sua resposta esteja na mudança de humor. Essa mudança provoca repercussões nas atividades da pessoa afetada (Furegato, Santos & Silva, 2008; Sartorius, 2005). A pessoa mentalmente não saudável é considerada distinta das demais pessoas de seu grupo, dentro de sua época e cultura, e seu comprometimento recai num funcionamento inadequado de suas demais funções, tais como: sofrimento psíquico, alterações de comportamento, desequilíbrio social com alterações na rede de contatos, isolamento social, dentre outros (Greenberg & Jonas, 2003; Loureiro, 2000; Pincus & Pettit, 2001; Souza, 2007).

Sabe-se que a ausência da saúde mental acaba por afetar não somente a pessoa adoecida, como também o meio ambiente em que ela está inserida. Assim, a rede de contato do indivíduo também se vê afetada pelas manifestações depressivas. Ademais, o apoio social pode se apresentar como um efeito benéfico na saúde, amenizando os efeitos estressores ou auxiliando o indivíduo a enfrentar seus problemas de forma mais adaptada. Por exemplo, estudos demonstram que pessoas que recebem apoio

social tem menor chance de desenvolver humor depressivo (Chi & Chou, 2001; Chou & Chi, 2003; Cohen & Wills, 1985; Marion & Range, 2003; Maher e col., 2006; Mosher e col., 2006; Song & Singer, 2006). Postula-se que o apoio social pode favorecer o desenvolvimento da saúde por ao menos dois modelos: o direto (ou *main effect*), e o indireto (ou *stress buffering*) (Cohen & Wills, 1985; Schwarzer & Knoll, 2007).

No modelo direto o apoio social representaria a adaptação do indivíduo ao meio e em que medida este encontra-se integrado em sua rede social. Assim, indivíduos integrados socialmente tenderiam a apresentar menos problemas psicossociais. Já, o modelo indireto postula que indivíduos com alto nível de apoio social teriam maiores recursos para enfrentarem seus problemas e conseqüentemente estes interfeririam menos em sua saúde.

De acordo com o segundo modelo, o apoio social seria um recurso de *coping* (Moos, 1984). O *coping* tem sido definido como comportamento ou esforço cognitivo usado para enfrentar situações percebidas como situações de perigo para os indivíduos (Lazarus & Folkman, 1984). Didaticamente, as estratégias de *coping* estão divididas em duas funções: estratégias focadas no problema e estratégias focadas na emoção (Lazarus & Folkman, 1984).

Chamada também de estratégias de aproximação, as estratégias focadas no problema são utilizadas pelo indivíduo para enfrentar diretamente o problema objetivando analisar, definir a situação, de forma a buscar alternativas para melhor resolvê-la ou mesmo aproximá-lo do problema, na tentativa de alterá-lo. Estudos demonstram que o uso de estratégias de aproximação do problema relacionam-se negativamente com psicopatologia (Lazarus & Folkman, 1984).

Também conhecido como evitação, as estratégias focadas na emoção são aquelas em que o indivíduo tenta manejar ou equilibrar suas emoções para diminuir o sofrimento diante do estressor. Indivíduos que lançam mão desse tipo de estratégia podem, na intenção de evitar o problema, se distanciar sem resolvê-lo. Estudos demonstram que este tipo de enfrentamento a problemas tende a acarretar em desencadeamento de sintomas físicos e psicológicos (Zanini, Forns & Kirchner, 2005).

Assim como as estratégias de enfrentamento a problemas, que capacitam o indivíduo desenvolver habilidades para lidar com as situações estressoras, o apoio social também favorece no desenvolvimento deste, uma vez que ele o torna capaz de se perceber como parte integrante de um grupo. Cobb (1976, p.

300) entende apoio social como a informação que leva o indivíduo a acreditar que é querido, amado e estimado e que faz parte de uma rede social com compromissos mútuos”.

Diversos estudos apontam para diferentes formas de se descrever e avaliar o apoio social (Cassel, 1976; Cobb, 1976; Cohen & Wills, 1985; Ribeiro, 1996). Neste trabalho, entretanto, contempla-se apoio social como um dos recursos oferecidos pela rede relacional de um indivíduo, num momento de susceptibilidade, com intenção de amenizar ou moderar o impacto causado, proporcionando, assim, sustentação emocional, material, afetiva (Zanini, Verolla & Queiroz, 2009).

Cramer, Henderon e Scott (1997) dividem apoio social em percebido e recebido. O percebido refere-se à capacidade de o indivíduo perceber o apoio como disponível, caso dele necessite; já o recebido descreve o apoio efetivamente oferecido por alguém.

Da mesma forma foi encontrada associação entre apoio social e estratégias de enfrentamento a problemas nos estudos de Cassel, (1976); Cupertino e col., (2003); Greenglass, Fiksenbaum e Eaton (2006); Mosher e col., (2006); Song e Singer, 2006; Penninx e col., (1997), para os quais essa relação pode mediar ou moderar o impacto das vivências na saúde psicológica do indivíduo a curto prazo.

Cupertino, Aldwin e Oliveira (2006), ao avaliarem o estresse e o apoio social na infância e na adolescência relacionados a sintomas depressivos em idosos, revelam uma relação entre características do apoio social, estresse na infância/ adolescência e sintomas depressivos na velhice. O estudo ressalta que os estressores na infância e na adolescência exerceram um efeito a longo prazo na saúde emocional para a população pesquisada; e que o apoio social na infância e na adolescência não demonstrou efeito protetor para sintomas depressivos na velhice. Desse modo, pode-se hipotetizar que, embora os estudos tendam a demonstrar que o apoio social seja protetor para a saúde mental dos indivíduos, parece ser que seu efeito não é estável a longo prazo, ou seja, é necessário que o indivíduo perceba a existência do apoio social na atualidade para que este tenha o efeito protetor na saúde mental.

As pesquisas revelam ainda, que, pacientes doentes que recebem apoio social e têm boa auto-estima, são menos susceptíveis ao desenvolvimento de sintomas depressivos (Cassel, 1976; Greenglass e col., 2006; Penninx e col., 1997).

Chi e Chou (2001) descrevem o apoio social como protetor dos impactos dos estresses diários desencadeadores da depressão. Para estes autores, o apoio social pode agir como mediador dos sintomas

depressivos. Esse estudo examinou a associação entre o apoio social e a o humor depressivo numa comunidade representativa de 1106 chineses em Hong Kong, com 60 ou mais anos de idade. A análise bivariada demonstrou a existência da relação entre depressão e todas as dimensões de apoio social, incluindo o tamanho da rede, frequência de contato e satisfação com a mesma. A regressão múltipla apresentada pelos autores mostrou que pelo menos uma medida de todas dimensões de apoio social foi associada aos sintomas depressivos, mesmo depois do controle sócio-demográfico. Essa pesquisa contemplou, ainda, que o apoio dado pela família é importante e que a satisfação com o apoio social é o mais importante preditor de depressão. Finalmente, os autores afirmam que o apoio material e instrumental são mais capazes de prevenir os sintomas depressivos do que o apoio emocional.

Chou e Chi (2001), em outro estudo, examinaram os impactos dos eventos de vida estressante e os sintomas depressivos em idosos. Foram pesquisadas 411 pessoas em Hong Kong, com 60 ou mais anos de idade. O instrumento utilizado para medir o apoio social foi o “*Social Network Scale*”. A regressão múltipla mostrou o senso de controle agindo como mediador de conexão entre as respostas dos eventos de vida estressante e os sintomas depressivos, mesmo depois do controle sócio-demográfico e *status* de saúde física aplicada. Além disso, o apoio social moderou a influência das respostas dos eventos de vida estressantes na depressão. Os resultados sugerem que o senso de controle e o apoio social são distintos e importantes papéis nos resultados do estresse.

Greenglass e col.. (2006) em um estudo com população idosa, demonstrou que as estratégias de aproximação estão associadas ao baixo nível de depressão. Além disso, o apoio social está positivamente associado com as estratégias de aproximação e negativamente com a depressão.

Estudos demonstram que a depressão pode ter efeito direto no apoio social percebido ou recebido e, ainda que é capaz de influenciar nos comportamentos interpessoais, diretamente associados percepção do apoio social (Maher e col., 2006). Pennix e col.. (1998) também fornecem evidências favoráveis da ação de *coping* e apoio social no tratamento de sintomas depressivos na comunidade idosa. No estudo feito por Pennix e col.. (1998) analisou-se os efeitos dos recursos de enfrentamento psicossociais nos sintomas depressivos em idosos sem doenças crônicas ou com recentes sintomas de diabetes, doenças nos rins, doença cardíaca, artrite ou câncer. As 719 pessoas sem doenças crônicas reportaram menos sintomas

depressivos do que as com doenças crônicas. Neste estudo, o apoio do tipo instrumental foi associado a mais sintomas depressivos.

Seidl, Zannon e Tróccoli (2005) ao pesquisar enfrentamento, apoio social e qualidade de vida em portadores de HIV, encontraram que indivíduos que lançavam mão de mais estratégias de enfrentamento focada na emoção eram capazes de demonstrar uma pior avaliação de suas condições físicas. A utilização deste recurso nos permite inferir que a estratégia pode ser indicativa de presença de dificuldades emocionais, tornando ainda piores suas dificuldades psicológicas e emocionais, propiciando o desenvolvimento de sintomas depressivos.

Pennix e col.. (1997) discutem ainda os recursos pessoais de enfrentamento, como boa auto-estima e capacidade de enfrentar as adversidades, estão diretamente associados com menor nível de sintomas depressivos. De acordo com esta afirmação, pode-se interpretar que capacidade pessoal de enfrentamento à problemas é um recurso lançado mão através de situações específicas individuais. A potencialização das estratégias de aproximação pode ajudar na resolução dos problemas e minimizar os sintomas depressivos.

O objetivo do presente artigo é avaliar e compreender a relação existente entre o apoio social e as formas de enfrentamento à problemas e suas implicações no humor depressivo.

Ainda que os estudos ora discutidos já demonstrem esta correlação, neste estudo contém a singularidade da avaliação da relação entre apoio social, *coping* e humor depressivo, através de instrumentos internacionalmente utilizados aplicados na população brasileira. Este trabalho descreve ainda a relevância do apoio social, como uma rede social favorável para o tratamento de pessoas com transtorno de humor.

Espera-se que o estudo da relação entre *coping* e apoio social no humor depressivo possa revelar uma melhor compreensão no entendimento e manejo deste transtorno, promovendo benefícios no seu tratamento e proporcionando melhor qualidade de vida e bem-estar aos indivíduos afetados.

MÉTODO

Participantes

Participaram desta pesquisa 205 estudantes universitários dos cursos da área de saúde de três centros diferentes, que concordaram em fazer parte do estudo. A média de idade dos sujeitos foi de 22,96 (DP = 7,86), destes 85,4% do sexo feminino.

Como critério de inclusão foi estabelecido ser maior de 18 anos e não ter comprometimento cognitivo incapacitante. Como critério de exclusão definiu-se pertencer aos grupos especiais estabelecidos pela resolução M.S. 196/96 recusar a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e ter comprometimento neurológico.

Instrumentos

Para realização deste estudo foram utilizados os seguintes instrumentos:

Dados sócio-demográficos: Os participantes responderam, a perguntas relativas a aspectos sócio-demográficos e aspectos relativos a saúde tais como idade, sexo, escolaridade, estado civil, com quem reside (1- sozinho ou 2 - com alguém), renda familiar, existência de problemas crônicos de saúde (1 sim / 2 - não), prática de atividade física (1- sim/2- não) e estado auto-referido de saúde (1- bom/2- regular/3- ruim).

Escala de apoio social: originalmente construída para o *Medical Outcomes Study (MOS)* com a finalidade de avaliar a percepção de apoio social (Sherbourne & Stewart,1991) e adaptada ao português por Griep e col. (2003). A escala compõe-se de 19 itens, que devem ser respondidos em uma escala Likert, que varia de 1 (“nunca”) a 5 (“sempre”), que são agrupados em quatro sub-escalas segundo análise fatorial em: 1) apoio material; 2) apoio afetivo; 3) apoio emocional e de informação; 4) apoio interação social positiva. Os índices *alphas* dessas sub-escalas variam entre 0,95 e 0,76.

Inventário de Depressão Beck (BDI): Inicialmente desenvolvido como uma escala sintomática de depressão, passou a ser utilizado amplamente, tanto na área clínica, como na pesquisa e mostrando-se um instrumento útil também para a população geral. É uma escala de auto-relato, de 21 itens, cada um com quatro alternativas, subentendendo graus crescentes de gravidade da depressão, com escores de 0 a 3. O escore total é o resultado da soma dos escores individuais dos itens, permitindo a classificação de níveis de intensidade da depressão. É uma escala indicada preferencialmente para sujeitos de 17 a 80 anos. Os

valores psicométricos do BDI são considerados aceitáveis e sua estimativa de correlação entre o teste foi de 0,95 ($p < 0,05$). Segundo o critério de descrição da classificação do perfil de depressão, de acordo com a pontuação no BDI, o escore de 0 a 11 tem nível mínimo; o escore que vai de 12 a 19 é considerado leve; o escore 20 a 35 é considerado grau moderado e o último com escore de 36-63 é considerado grave (Cunha, 2001).

Os critérios diagnósticos utilizados seguem as recomendações do CID-10 e do DSM-IV-TR, nos quais são observados várias classificações, de acordo com o quadro clínico e o curso da doença (OMS, 1997)

Coping Response Inventory (CRI – adult form). O Inventário de Respostas de *Coping* - forma adulta (*CRI-adult form*) é uma medida de tipos diferentes de respostas *Coping* as circunstâncias estressantes de vida. Estas respostas são medidas por 48 perguntas sobre comportamentos que são utilizados ao enfrentar um problema. Essas perguntas foram respondidas de acordo com quatro alternativas, que se agruparam posteriormente, por meio da adição direta dos itens em oito escalas de estratégias de *coping*. Estas perguntas agrupam-se posteriormente em oito escalas: análise lógica (LA), Reavaliação Positiva (PR), Busca de Orientação e Apoio (SG), Solução de Problema (PS), Avaliação Cognitiva (CA), Aceitação ou Resignação (AR), Busca de Recompensas Alternativas (SR), e Descarga Emocional (ED); derivadas da análise fatorial dos itens. O primeiro grupo de quatro escalas mede *coping* de aproximação; o segundo grupo de quatro escalas mede *coping* de evitação. As duas primeiras escalas em cada grupo mede estratégias de *coping* cognitivas; a terceira e quarta escalas em cada grupo mede estratégias de *coping* comportamental (Moos, 1993).

Esse instrumento está em fase de validação para população brasileira, contudo, dados preliminares indicam uma qualidade psicométrica semelhante a da versão original em inglês, com alphas oscilando entre 0,68 e 0,72 para as escalas.

Procedimentos

Após a submissão e à aprovação do projeto pelo CONEP, iniciou-se o contato com as Instituições de Ensino Superior. Primeiramente foi realizado contato com os diretores de departamentos de diferentes cursos, a fim de se obter permissão para aplicar os instrumentos em sala de aula. Uma vez obtido o

consentimento, iniciou-se o contato com os professores e o agendamento para a aplicação dos questionários.

Todos os participantes foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e foram devidamente esclarecidos sobre o caráter estritamente acadêmico da pesquisa e quanto à segurança do sigilo em relação à emissão das respostas, conforme projeto aprovado pelo CONEP.

Todos os dados obtidos foram inseridos no pacote estatístico *Statistic Package for Social Science* (SPSS) 12.0 para Windows e foram analisados segundo as técnicas estatísticas pertinentes.

RESULTADOS

Descrição da amostra

A população do estudo tinha em média, 22,96 anos (DP= 7,86); 85,4 % era do sexo feminino; 89,4 % era solteiros, e 47,0% morava com os pais, 97,1 % tinha estudo superior; 31,4 % possuía renda superior a 10.000 reais; 75,1% não utilizava qualquer medicamento frequentemente; 84,7% declarara não ter qualquer doença crônica; 60,3 % não praticava atividade física; 79,5% freqüentava algum grupo social; e 60,8 % considerava seu estado de saúde bom.

As análises descritivas revelam que a amostra estudada relatou maior apoio social do tipo informacional. Contudo, parece ser que as mulheres percebem mais apoio do tipo afetivo ($F=5,46$; $p=0,02$), seguido de apoio de interação social ($F=4,10$; $p=0,04$) que os homens.

O resultado revelou que os participantes deste estudo utilizam menos estratégias de evitação em detrimento das estratégias de aproximação, como forma de enfrentar seus problemas. Além disso, as mulheres utilizam-se mais de descarga emocional, isto é, elas tendem a desabafar a raiva, se arriscar, chorar e gritar mais que os homens, como forma de enfrentar um problema ($F=11,97$; $p=,001$). Os dados apontam ainda que as mulheres utilizam significativamente mais estratégias de aceitação e resignação do que os homens ($F=7,64$; $p=,006$).

A tabela 1 apresenta os dados descritivos e comparação de média entre homens e mulheres para apoio social, *coping* e humor depressivo.

Tabela 1. Descritivos e Comparação de média entre Apoio Social, *coping*, humor depressivo e Sexo:

<i>Escalas</i>	Homens	Mulheres	ANOVA	
	Média(DP)	Média(DP)	F	<i>p</i>
Apoio Social				
Material	11,46 (4,61)	12,01 (3,97)	0,43	0,514
Afetivo	9,34 (3,40)	10,51 (2,31)	5,46	0,020
Emocional/Informação	20,07 (7,61)	23,72 (7,15)	6,32	0,013
Interação Social	11,40 (4,14)	12,91 (3,69)	4,10	0,044
Estratégias de <i>Coping</i>				
Análise lógico	10,03 (2,55)	10,31 (2,91)	0,24	0,622
Reavaliação positiva	10,59 (3,58)	10,12 (4,07)	0,33	0,566
Busca de guia	9,46 (3,62)	9,61 (3,60)	0,04	0,848
Resolução de problemas	11,15 (3,78)	11,05 (3,72)	0,01	0,903
Evitação cognitiva	8,70 (3,48)	9,83 (4,00)	2,11	0,148
Aceitação/resignação	6,32 (6,78)	8,50 (3,79)	7,64	0,006
Busca de gratificação	8,19 (4,34)	8,67 (4,58)	0,24	0,619
Descarga emocional	6,00 (3,42)	8,26 (3,03)	11,97	0,001
Escala BDI (humor depressivo)	10,33 (9,97)	9,98 (7,55)	0,09	0,770

Com relação ao humor depressivo, os dados revelam que 7,9% dos indivíduos pesquisados apresentavam humor depressivo. Porém não foi encontrada diferenças significativas entre homens e mulheres para auto-relato de humor depressivo.

Repercussão do uso de coping e apoio social sobre o humor depressivo:

Para avaliar o poder explicativo do apoio social e das estratégias de *coping* sobre o humor depressivo, foi realizado um estudo de regressão linear. Para este estudo utilizou-se as escalas somatórias de *coping* segundo o método: *coping* de aproximação e *coping* de evitação ao problema. A Tabela 2 apresenta os dados desta regressão.

Os resultados apontam que o uso de estratégias de *coping* e o apoio social explicam quase 30% da variância do humor depressivo. Contudo, cabe ressaltar que a influência das estratégias de *coping* não se dá de maneira similar, já que as estratégias de aproximação do problema se constituem fatores de proteção para o humor depressivo, juntamente com o apoio social do tipo afetivo e de interação social positiva (betas = -2.909, -.2,75 e - 4.727, respectivamente). Por outro lado, as estratégias de evitação a problemas parecem configurar-se como fator de risco para a sintomatologia da depressão (beta=2.978).

Assim, podemos postular, ao avaliar associadamente as estratégias de enfrentamento a problemas ao apoio social, na determinação dos sintomas depressivos, que ambos explicam quase 30% dos sintomas depressivos encontrados nos participantes pesquisados. Isso significa que a maneira pela qual as pessoas resolvem seus problemas é um fator influenciador no desencadeamento de alguns sintomas, como por exemplo: labilidade emocional, rebaixamento do humor, auto-conceito prejudicado e etc.

Tabela 2. Regressão Linear entre Depressão, Apoio social e *Coping*

	Beta	t	p<
Estratégias de aproximação	-,213	-2,909	,004
Estratégias evitativas	,223	2,978	,003
Suporte afetivo	-,219	-,274	,025
Suporte material	-,075	-,964	,337
Suporte emocional/informação	,171	1,648	,102

Suporte interação social	-,440	-4,727	,000
Coefficiente de regressão		R = ,575	
Variância explicada		R ² = ,331; R ² _{Ajustado} = ,299	
Teste estatístico		F = 10,373; p= ,011	

*BDI: variável dependente

Por outro lado, a existência de apoio social do tipo afetivo (ou seja, uma pessoa que lhe demonstre que é amado), apoio social do tipo interação social positiva (ou seja, pessoas com quem sair para se divertir) além de recursos para o enfrentamento direto de seus problemas pode se configurar como fator de proteção para o desenvolvimento dos sintomas relatados acima.

DISCUSSÃO

A amostra do estudo foi composta por 205 pessoas, contendo primordialmente estudantes universitários do sexo feminino, solteiros, com auto-relato de boa saúde e freqüente contato com grupos sociais. O estudo de Bowling (1997) relata que a amplitude da rede social aumenta a probabilidade de apoio social, contudo não se configura como mantenedora da mesma.

Não foram evidenciadas enfermidades crônicas tampouco a utilização freqüente de medicamentos nos entrevistados. Esses resultados se assemelham aos da amostra descrita por Zanini e col.. (2009), em estudo no qual foi evidenciada a ausência de enfermidades crônicas em estudantes universitários. Observou-se, ainda, na população referida, uma maior pontuação em estratégias de enfrentamento do tipo aproximação em detrimento das estratégias de evitação. Esse dado já havia sido relatado em estudos anteriores em população americana (Lazarus & Folkman, 1984); espanhola (Zanini, Forns & Kirchner, 2005); e brasileira (Furegato, Santos & Silva, 2008).

No que concerne às considerações entre sexo e apoio social, mulheres e homens se assemelham no nível de apoio social, contudo as mulheres demonstram perceber mais apoio social do tipo afetivo,

emocional/informação e interação social. Contrariamente, no estudo de Griep e col.. (2006), realizado com funcionários técnico-administrativos efetivos de uma universidade no Rio de Janeiro, pessoas do sexo masculino referiram maiores escores de apoio afetivo, interação social e apoio material. Para essa diferença, pressupõe-se dois fatores: população pesquisada e realidade sócio cultural. A nossa jovem amostra continha prioritariamente mulheres, estudantes universitários habitantes do Centro-oeste, já o estudo de Griep e col.. (2006) continha o maior número de mulheres, funcionários de uma universidade do Sudeste do país, casados. As análises comparativas assemelham-se ao estudo de Fortes (2005), o qual não revelou diferença estatisticamente significativa entre homens e mulheres quanto ao humor depressivo. Entretanto, esse número contrasta com outros estudos, que apontam as mulheres como grupo de risco para a depressão, pela maior prevalência de sintomas depressivos nesta população (Burt & Stein, 2002; Mirowsky & Ross, 1992; Song & Singer, 2006; Thase & Lang, 2005).

Vários estudos demonstram diferenças entre as respostas de *coping* com relação ao sexo.. Estas discrepâncias aparecem prioritariamente quanto as formas dos homens e mulheres de perceberem seus problemas (Zanini e col.. 2005). Boekaerts (1996) em seu texto comenta que independente do tipo de problema que homens e mulheres estejam vivendo, as mulheres tendem a discutir mais de seus problemas e resolver com as pessoas responsáveis, enquanto que os homens parecem tentar resolve-lo quando o problema está presente, contudo, não se tencionam tanto como as mulheres.

Outras pesquisas ainda comprovaram essa tendência do o sexo feminino (Calais, Andrade & Lipp, 2003; Furegato, Santos & Silva, 2008, 2007; Tróccoli & Santos, 1997). Para corroborar com esses dados, no nosso estudo, mulheres demonstraram utilizar mais estratégias do tipo descarga emocional do que os homens (que tendem a ser mais introspectivos, calados), assim como nos estudos de Moos (2003), Neri (2005) e Furegato, Santos e Silva (2007).

Uma outra discussão pertinente é o fato de pessoas solteiras relatarem maior percepção de apoio social. Esse dado contrasta com a literatura sobre apoio social em geral (Thoits, 1995), além dos resultados apresentado por Griep e col. (2006) e Seidl e Tróccoli (2006), onde pessoas casadas ou com união estável referem mais apoio social e mais satisfeitos com os tipos de apoio emocional e instrumental.

Inicialmente, era esperado da amostra pesquisada que quanto maior o nível de apoio social, menor seria o auto-relato de humor depressivo. Avaliando que o apoio social é composto por outras

dimensões, tal como: apoio material, afetivo, emocional/informação, interação social positiva; os resultados encontrados revelam que o apoio material não se configurou como protetor da depressão, já que este não apresentou índices correlacionais significativos com o humor depressivo. Entretanto, as demais dimensões do apoio social foram significativas, o que demonstra que ter alguém com quem contar é protetor de sintomas depressivos. Contudo, ter apoio material, ou seja, recursos materiais ou alguém com quem contar, em termos de recursos financeiros, não é protetor para que o sujeito apresente ou desenvolva sintomas depressivos. Contrariamente a estes dados, Chou e Chi (2001) apontam o apoio material e instrumental como maiores protetores dos sintomas depressivos, ainda que enfatizem a relação entre depressão e as demais dimensões de apoio social. Nossos dados corroboram parcialmente com os resultados do estudo de Chou e Chi (2001) acerca do apoio social se revelar, em todas as suas dimensões, preditor do humor depressivo. Em nosso estudo o apoio social foi capaz de prever o humor depressivo em todas as suas dimensões, com exceção do apoio material. Esse fato nos permite postular que, para a amostra de universitários estudada, o fato de ter alguém com quem contar financeiramente não é protetor de sintomas depressivos, ao contrário da cultura chinesa, em que esse recurso é tido como protetor da saúde mental.

Esses mesmos números permitem ainda levantar a discussão acerca das oscilações dos contextos culturais e sócioeconômicos dos países na determinação da saúde mental. Del Prette e Del Prette, (1999; 2003), Bandeira e col.. (2006) discutem que os padrões esperados para diferentes contextos são determinados pela cultura. Grande parte das normas que regulam a forma como as pessoas se comportam socialmente é estabelecida pelo grupo social a que pertencem, em termos de gênero, papéis sociais ou ocupacionais, filiação institucional (religião, seita, entidade filosófica ou política), contexto geográfico entre outros. Podemos hipotetizar, por exemplo, que, no Brasil, país cuja população é tida como afetiva, calorosa, que apresenta altos índices de diferenças econômicas, espera-se mais apoio do tipo emocional, isto é, o brasileiro é capaz de enfrentar seus problemas quando tem alguém com quem contar, mesmo que não tenha alguém com quem dividir suas tarefas. Em contrapartida, países asiáticos, com características distintas às dos latinos, as expectativas de apoio social são do tipo material.

Os resultados ainda demonstraram que o apoio emocional e de informação se revela como o mais significativo entre as demais formas de apoio. As descrições desse tipo de apoio emocional e de

informação são capazes de revelar se as pessoas pesquisadas têm alguém para ouvi-las; ou em quem confiar, compartilhar, compreender, dar bons conselhos, informações e sugestões. Tal aspecto nos permite discutir se o fato de a pessoa ter uma ampla rede social e contar com pessoas que lhe forneçam informações, pode facilitar para que a informação chegue até ela.

Nosso estudo corrobora com os resultados de Song e Singer (2006), Mosher e col., (2006), Chou e Chi (2003), Chi e Chou (2001); Kalil e col. (2001), Kim (2001), Marion e Range (2003) e Maher e col.(2006). Estes autores encontraram em suas pesquisas, pessoas com alto escore em apoio social têm menos chance de desenvolver sintomas depressivos. Diferentemente dos estudos de Cupertino e col. (2006) e Kotoc e Goodman (2003), nos quais não houve correlação significativa entre apoio social e sintomas depressivos.

Podemos, ainda, afirmar que o apoio social, visto como um recurso de *coping*, também se configurou como recurso protetor de saúde mental, similarmente aos estudos descritos por Compas (2006); Greenglass (2002); Pennix e col.. (1997), Schwarzer e Knoll (2007) e por Zanini e col.. (2005) que sugerem os recursos de enfrentamento, diretamente associados ao menor nível de sintomas depressivos e mantenedores da saúde mental. Este dado nos possibilita discutir que pessoas que fazem uso das estratégias de evitação são mais propensas a desenvolver sintomas depressivos.

Os resultados da análise de regressão mostraram um poder explicativo do humor depressivo em quase 30% dos estudantes universitários pesquisados. Neste estudo, o humor depressivo é explicado em função da utilização em menor medida das estratégias de aproximação e em maior medida das estratégias de evitação, e ausência de apoio social do tipo afetivo e interação social.

Pode-se constatar que pessoas que enfrentam diretamente seus problemas, e que contam com outras pessoas que as auxiliam com coisas agradáveis, distraem seu pensamento, com que se divertem e que lhes demonstram maturidade e carinho, enfim, que as fazem se sentir queridas, possuem um fator diferencial e protetor para a manifestação do humor depressivo.

Nesse sentido, este estudo possibilita aos pesquisadores da área de saúde e do comportamento humano, evidenciarem que os indivíduos capazes de enfrentar seus problemas mais diretamente e, ainda, que contam com mais apoio social, são pessoas menos predispostos à manifestação do humor depressivo.

Em termos de atuação psicológica, o presente estudo é favorável ao tratamento do paciente em atendimento clínico, quando considera o poder de atuação das formas de enfrentamento a problemas e a dimensão do apoio social frente ao paciente. Ao primaziar tais aspectos, o profissional poderá alcançar novas formas de atuação, tal como as habilidades de *coping* e apoio social, potencializando, também, a atuação do paciente no manejo de situações estressoras e o aprimoramento de sua rede social.

Sugere-se, ainda, o desenvolvimento de um programa de prevenção que atue junto à população geral, potencializando suas formas de enfrentamento, haja visto a que o custo financeiro gasto com a prevenção de tal patologia deverá ser infinitamente inferior ao tratamento gasto com a patologia instalada. Portanto, ensinar a população a enfrentar seus problemas e potencializar seu contato com a rede pode diminuir o custo financeiro do país com a saúde pública.

Acredita-se também relevante afirmar que, nesta pesquisa, encontram-se aspectos já demonstrados em estudos anteriores, por exemplo, que as estratégias de enfrentamento do tipo aproximação são mais protetoras de saúde mental. Contudo, o que difere de fato os resultados aqui apresentados é a somatória deste aspecto associado ao fator apoio social do tipo afetivo (alguém que demonstre afeto, que dê um abraço, a quem se ame) e interação social positiva (alguém com quem fazer coisas agradáveis, distrair a cabeça, relaxar e se distrair). Cabe também enfatizar que a influência das estratégias de *coping* não se dá de maneira similar, já que as estratégias de aproximação do problema se constituem fatores de proteção para o humor depressivo, e que a ausência dos fatores apoio social tipo afetivo e interação social positiva foi considerada.

Surpreendentemente, neste estudo as estratégias de *coping* não apresentaram associação com o apoio social. Porém segundo a teoria de *coping*, o apoio social é um recurso de *coping* que os indivíduos lançam mão ao vivenciarem situações de estresse (Lazarus e Folkman, 1984). Neste sentido, seria esperado que neste estudo *coping* e apoio social se correlacionassem. Contudo, tal fato não foi observado. Porém, cabe ressaltar a necessidade de novos estudos a fim de avaliar a existência desta relação em população brasileira com uma amostra maior e utilizando de estudos com desenhos metodológicos diferentes do aqui apresentado.

Em geral, a amostra pesquisada apresentou bom nível de apoio social percebido e esse dado pode ter influenciado os resultados do presente estudo. Provavelmente, os indivíduos com alto nível de apoio

social não os reconheçam como significativo, quando do enfrentamento a um problema, ao passo que indivíduos com uma história de escassez de apoio social relatem uma melhor percepção deste, como um recurso que lhes auxilie no enfrentamento de seus problemas.

No contexto saúde e doença, é necessário dar continuidade a estudos que possam explorar outras variáveis que sofram influência do apoio social, tal como adesão ao tratamento, qualidade de vida e resiliência (Zannon & Tróccoli, 2005).

Sugere-se, enfim, que este estudo seja repetido, contudo em um desenho longitudinal, e não transversal, pois acredita-se que um estudo desta natureza poderá avaliar: as causalidades destas variáveis e se a duração dos sintomas depressivos pode diminuir a intensidade do apoio social (Maher e col., 2006).

Finalmente acredita-se que este estudo seja de relevância para a academia uma vez que elucida aspectos relevantes para tratamento de uma patologia tão significativa para a população, e que acomete tantas pessoas na atualidade. E ainda, a sua discussão pode favorecer com seus questionamentos em estudos posteriores, uma vez que retrata o reconhecimento das formas de enfrentamento a problemas apresentada pela população universitária estudada.

REFERÊNCIAS

- Alves, G.J., & Palermo-Neto, J.(2007). Neuroimunomodulação: sobre o diálogo entre os sistemas nervoso e imune. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, vol.29, no.4, p.363-369.
- Aldwin, C.M. (1994). *Stress, Coping, and Development*. New York: Guilford Press.
- Andreasen, N.C., Carpenter, W.T., Kane, J.K., Lasser, R.A., Marder, S.R., & Weinberger, D.R. (2005) Remission in Schizophrenia: Proposed Criteria and Rationale for Consensus. *American Psychiatric Association*, vol.162, p. 441-449,
- Angst, J, Sellaro, R., Stolar, M., Merikangas, K., & Endicott, J. (2001). The epidemiology of perimenstrual psychological symptoms. *Acta Psychiatr Scan*, vol. 104, p. 110-116.
- Antoniazzi, A. S., Dell’Aglío, D., & Bandeira, D. R. (1998) O conceito de *coping*: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*. vol. 3, no. 2, p. 273-294.
- Antonucci, T. C. (1990). Social supports and social relationships. In R. H. Binstock and L. K. George (Eds.), *Handbook on aging and the social sciences* (3rd ed., pp. 205–226). San Diego, CA: Academic Press.
- American Psychiatric Association (APA), (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV.*, 4 ed., Washington, D.C.: APA.
- Associação Americana de Psiquiatria (2002)..*Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais IV, texto revisado (DSM – IV – TR)* . Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bandeira, M., Rocha, S. S., Freitas, L. C., Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2006). Habilidades sociais e variáveis sociodemográficas em estudantes do ensino fundamental. *Psicologia em Estudo Maringá*, vol. 11, no. 3, p. 541-549.
- Batista, M.N., Batista., A.S., & Dias, R.R. (2001). Estrutura e suporte familiar como fatores de risco na depressão de adolescentes. *Psicol. cienc. prof.*, vol.21, no.2, p.52-61.
- Barlow, D.H. (1999). *Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic*. 2nd ed. New York: The Guilford Press.

- Baptista, M.N. (2004). *Depressão: Histórico, Epidemiologia, Fatores de Risco e Modelos Integrativos*. Em: M.N. Baptista. Suicídio e Depressão: Atualizações (pp.35-49) Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Baptista, M.N., & Oliveira, A. A. (2004) Sintomatologia de depressão e suporte familiar em adolescentes: um estudo de correlação. *Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento Humano*. vol. 14, no. 3, p. 58-67.
- Beck, A. T., Shaw, B. F., & Rush, J. (1987). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press.
- Regehr, T., & Bober, C. (2006) *Strategies for Reducing Secondary or Vicarious Trauma: Do They Work?* London: Oxford University Press.
- Bowling, A., (1997). *Measuring social networks and social support. Measuring Health: A Review of Quality of Life Measurements Scales*. Baltimore: Open University Press.
- Boekaerts, M. (1996). Coping with stress in childhood and adolescence. Em M. Zeidner e N. S. Endler (Orgs.), *Handbook of Coping* (pp. 452-484). New York: Wiley.
- Burt, V.K., & Stein, K. (2002) Epidemiology of depression throughout the female life cycle. *J Clin Psychiatry*. vol. 63, no. 7, p. 9-15.
- Calais, A., Andrade, S., & Lipp, M. (2003). Diferenças entre homens e mulheres na vulnerabilidade ao stress. In M. E. N. Lipp (Ed.). *Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: Teoria e aplicações clínicas*. (pp. 87-90). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Camon, V.A.A. (2001) *Depressão e Psicossomática*. Editora: Cengage Learning
- Campos, E. P. (2004). *Apoio social e Família*. Em: J. Mello Filho. Doença e família. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Cassel, J. C. (1976). The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal of Epidemiology*, vol. 104, p. 107-123.

- Chou, K., & Chi, I. (2001). Stressful Life Events and Depressive Symptoms: Social Support and Sense of Control as Mediators or Moderators? *The International Journal of Aging and Human Development*. vol. 52, no. 2, p. 155-171.
- Chou, K., & Chi, I. (2003). Reciprocal relationship between social support and depressive symptoms among Chinese elderly. *Aging and Mental Health*. vol. 7, no. 3, p. 224-231.
- Chi, I., & Chou, L. (2001). Social Support and Depression among Elderly Chinese People in Hong Kong. *The International Journal of Aging and Human Development*. vol. 52, no. 3, p.231-252.
- Cobb, S., (1976) Social support as a moderator of stress. *Psychosomatic Medicine*, vol. 38, p. 300-314.
- Cohen, S., & Wills, T. A., (1985). Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, vol. 98, p. 310-357.
- Compas, B. E. (1987). Coping with stress during childhood and adolescence. *Psychological Bulletin*, vol. 101, p. 393-403.
- Costa, E. S. (2006). *Universo da depressão: histórias e tratamento pela psiquiatria e pelo psicodrama*. São Paulo: Agora.
- Costa, A.L.S., & Chaves, E.C. (2006). *Processos de enfrentamento do estresse e sintomas depressivos em pacientes portadores de retocolite ulcerative idiopática*. Rev. Esc. Enferm. USP. Vol. 40, no. 4, p. 507-514.
- Cramer, D., Henderson, S., & Scott, R. (1997). Mental health and desired social support: a four-wave panel study. *Journal of social and personal Relationships*. vol. 14, no. 6, p. 761-775.
- Crean, H. (2004). Social Support, Conflict, Major Life Stressors, and Adaptive Coping Strategies in Latino Middle School Students: An Integrative Model. *Journal of Adolescent Research*. vol. 19, no. 6, p. 657-676.
- Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das Escalas de Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Cupertino, A. P. F.B.; Oliveira, B.H. D.; Guedes, D.V.; Coelho, E.R.; Milano, R.S.; Rubac, J. S., & Sarkis, S.H. (2003). Estresse e suporte social na infância e adolescência relacionados com sintomas depressivos em idosos. *Psicol. Reflex. Crit.* vol.19 no.3, p. 371-378.

- Cupertino, A.P., Aldwin, C., & Oliveira, B.(2006). Moderadores dos efeitos do estresse na saúde auto-percebida de Cuidadores *Interação em Psicologia*, 2006. vol. 10, no. 1, p. 9-18.
- Dalgalarrodo, P. (2000). *Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais*. Porto Alegre: Artmed.
- O'Brien, T.B., & DeLongis, A. (1996). The interactional context of problem-focused, emotion-focused, and relationship-focused coping: The role of the Big Five personality factors. *Journal of Personality [Special issue: Personality and coping]*, vol 64, pg. 775-813.
- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (1999). *Psicologia das habilidades sociais: terapia e educação*. Petrópolis: Vozes.
- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2006). *Inventario de Habilidades Sociais (IHSDel-Prette): Manual de Aplicação, Apuração e Interpretação*. São Paulo: Casa do Psicólogo (3ª edição, 1ª. em 2001).
- Del Porto, J. A. (2004) Bipolar disorder: evolution of the concept and current controversies. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, vol. 26, no. 3, p. 3-6.
- Dessen, M.A., & Braz, M.P.(2000). Rede Social de Apoio Durante Transições Familiares Decorrentes do Nascimento de Filhos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. vol. 16 n. 3, p. 221-231.
- Dobson, K. S. (1989) A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 57, p. 414-419.
- Due P., Holstein B., Lund R., Modvig, J., & Avlund, K. (1999). Social relations: Network, support and relational strain. *Social Science and Medicine*, vol. 48, p. 661-673.
- Dubovsky, S.L., & Dubovsky, A.N. (2004). *Transtornos do humor*. São Paulo: Artmed.
- Dunn., J.C., Whelton, H. W.J., & Sharpe, D. (2006). Maladaptive perfectionism, hassles, coping, and psychological distress in university professors. *Journal of counseling*. vol. 53, no. 4, p. 511-523.
- Dunst, C. F., & Trivette, C. (1987). Enabling and empowering families: Conceptual and intervention issues. *School PsychologyReview*, vol. 16, p. 443-456.
- Ely, H. (1981). *História da Psiquiatria*. Manual de Psiquiatria (pp. 57-64). Paris: Masson

- Fortes, A. C. G. (2005). Dissertação de mestrado: *Eventos de vida estressantes, estratégias de enfrentamento, senso de auto-eficácia e estados depressivos em idosos residentes na comunidade: dados do PENSA*. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Educação.
- Fortes, A. C. G., Neri, A. L., & Cupertino, A. P. F. B. (2007). Eventos estressantes, estratégias de enfrentamento e crenças de auto-eficácia sobre o enfrentamento entre idosos residentes na comunidade: Dados do PENSA. *Psicologia. Reflexão e Crítica*,
- Furlaneto, L.M., & Brasil, M. A. (2006) Diagnosticando e tratando depressão no paciente com doença clínica *Diagnosing and treating depression in the medically ill*. vol. 55, no. 1, p. 8-19.
- Furegato, A.R.F., Santos, J.L.F., & Silva, E.C. (2008). Depressão entre estudantes de enfermagem relacionada à auto-estima, à percepção da sua saúde e interesse por saúde mental. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Mar./Apr. 2008, vol.16, no.2, p.198-204.
- George, L. K. (1996). Social factors and illness. In L. K. George & R. H. Binstock (Eds.), *Handbook on aging and the social sciences* (4th ed., pp. 229–252). New York: Academic Press.
- Greden, J;F (2001) The burden of recurrent depression: causes, consequences, and future prospects. *Journal Clin Psychiatry*. vol. 62, no. 22, p.5-9.
- Greenberg, J., & Jonas, E. L (2003). Psychological Motives and Political Orientation—The Left, the Right, and the Rigid. *Psychological Bulletin*. vol. 129, no. 3, p. 376–382.
- Greenglass, E., Fiksenbaum, L., & Eaton, J. (2006). The relationship between coping, social support, functional disability and depression in the elderly. *Anxiety, Stress, and Coping*. March, vol. 19, no. 1, p. 15-31.
- Greenglass, E. R. (2002). *Proactive coping and quality of life management*. In E. Frydenberg (Ed.), *Beyond coping: Meeting goals, visions, and challenges* (pp. 37–62). London: Oxford University Press.
- Griep, R. H., Chor, D., Faerstein, E., Werneck, G., & Lopes, C. (2005). Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*.

- Griep, R.H., D., Faerstein, E., Chor, D., Guimarães, R. A., Alves, M.; Werneck, G., & Lopes, C.S.(2006). Aferição da pressão arterial: experiência de treinamento de pessoal e controle de qualidade no Estudo Pró-Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. vol.22, no.9.
- Guedea, M.T. D., Albuquerque, F. J., Tróccoli, B., Noriega, J., Seabra, M., & Guedea, R.. (2006).Relação do bem-estar subjetivo, estratégias de enfrentamento e apoio social em idosos. *Psicol. Reflex. Crit.*, vol.19, no.2, p.301-308.
- Hollahan, C.J., & Moos, R.H. (1987).Personal and contextual determinants of coping strategies. *Journal of Personality and Social Psychology*, vol.5, no.2, p. 946-955.
- Holmes, D.S. (1997). *História e definições. Psicologia dos Transtornos Mentais*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Holmes, D. S. (2001). *Psicologia dos transtornos mentais* (2a ed.). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Kalil, A. Born,C.E., Kunz, J., & Caudill, P.J. (2001). Life stressors, social support, and depressive symptoms among first-time welfare recipients. *American Journal of Community Psychology*. vol. 29, no. 2, p. 355-369.
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J., & Grebb, J.A. (1997). *Compêndio de Psiquiatria : ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Karademas, E. C., & Kalantzi - Azizi, A. (2004). The stress process, self-efficacy expectations, and psychological health. *Personality and Individual Differences*, 2, 1033-1043
- Kim, O. (2001). Gender differences in social support, loneliness, and depression among Korean college students. *Psychology Reports* , vol. 88, p. 521-526
- Kocot, T., & Goodman, L. (2003). The roles of coping and social support in Battered Womens` s mental Health. *Violence Against Women*. vol. 9, no. 3, p. 323-346.
- Kotoc, T. & Goodman, L. (2003). The roles of coping and social support in battered women` s mental healt. *Violence against Women*. Vol 9, no. 3, pg: 323-346
- Lazarus , R. S., & Folkman, S.(1984) *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1987). Transactional Theory and Research on Emotions and Coping. *European Journal of Personality*, vol. 106, no. 1, p. 141-169.

- Leserman, J. Jackson, E., Petitto, J., Golden, R., Silva, S., Perkins, D., Cai, J., Golds, J., & Evans, D. (1999). Progression to aids: The effects of Stress, Depressive Symptoms, and Social support.. *Psychosomatic Medicine*, vol. 61, no 3, p.397-406.
- Linley, P. A., & Joseph, S. (2004). Positive change following trauma and adversity: A review. *Journal of Traumatic Stress*, Vol 17, p. 11-21.
- Matthieu, M., & Ivanoff, A. (2006). Using Stress, Appraisal, and Coping Theories in Clinical Practice: Assessments of Coping Strategies After Disasters. *OxfordJournal*. vol 6, no. 4, p. 337-348.
- Matsukura, T.S., Marturano, E.M., & Oishi, J. (2002). O questionário de suporte social (SSQ): estudos de adaptação para o português. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, vol.10, no.5, p. 685-681.
- Maher, M.; Mora, P., & Leventhal, H. (2006) Depression as a Predictors of perceived Social Support Demand: A componential Approach Using a Prospective Sample of Older Adults. *American Psychological Association*. vol. 6, no. 3, p. 450-458.
- Marion, M., & Range, L.(2003). African American College Women's Suicide Buffers. *Suicide and Life- Threatening Behavior*. vol. 33, no.1, p. 33-43.
- Mirowsky, J., & Ross, CE. (1992). Age and depression. *J. Healt. Social Behavior*. Vol. 33, no. 3, p. 187-205
- Moos, R.H. (1984). Context and Coping: Toward a Unifying Conceptual Framework. *Am. J. Comm. Psychology*, vol.12, p. 5-36.
- Moos, R.H. (1990). Depressed Outpatient's life contexts, amount of treatment and treatment outcome. *Jornal of Nervous and Mental Desease*, vol. 178, p. 105-112.
- Moos, R.H., & Yanos, P.T (2007). Determinants ou functioning and well being among individuals with schizfrenia: An integrated model. *Clinical Psychology Review*. vol. 27, p. 58-77.
- Mosher, C., Hazel M., Chen, W., & Yackel, M. (2006). Coping and social support as mediators of the relation of optimism to Depressive Symptoms Among Black College Students. *Journal of Black Psychology* .vol. 32, no. 4, p. 507-511.
- Newson, J., & Schultz, R. (1996). Social support as a mediator in the relation between functional status and quality of life in older adults. *Psychology and Aging*, vol. 11, p. 34-44.

- Norris, F. H., Friedman, M. J., & Watson, P. J. (2002). 60,000 disaster victims speak: Part II. Summary and implications of the disaster mental health research. *Psychiatry*, vol. 65, no.3, p. 240-260.
- Newson, J., & Schultz, R. (1996) Social support as a mediator in the relationship between functional status and quality of life in older adults. *Psychology and Aging*. vol. 11, p. 34-44.
- O'Brien, T. B., & DeLongis, A. (1996). The interactional context of problem-, emotion-, and relationship-focused coping: The role of the big five personality factors. *Journal of Personality*, vol. 64, p. 775-813.
- Organização Mundial de Saúde (OMS) (2000). Conselho Executivo – 107 Sessão. Recuperado em 21 de março. 2005: www.saudemental.med.br/OMS.htm.
- O'reilly, P. (1988) Methodological issues in social support and social network research. *Social Science and Medicine*, vol. 26, p. 863-873.
- Penninx, W. J. H, Theo van Tilburg, Didi M. W., Kriegsman, D., & Deeg J. H.,(1997) Effects of Social Support and Personal Coping Resources on Mortality in Older Age: The Longitudinal Aging Study Amsterdam Am . *J Epidemiol*. vol. 146, no. 6, p. 510-519.
- Pincus, H.A., & Pettit, A.R. (2001). The societal costs of chronic major depression. *Journal of Clinical Psychiatry*. vol. 62, p. 5–9.
- Porto, J. A. (2004). . Evolução do conceito e controvérsias atuais sobre o transtorno bipolar do humor. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. São Paulo Brasil, vol. 26, no. 3, p. 3-6.
- Ramos, M. (2007). Os sintomas depressivos e as relações sociais na terceira idade. *Rev. Dep. Psicol.,UFF* . 2007, vol. 19, n. 2, p. 397-410.
- Bober, T., Regehr, C., & Zhou, R. (2006) Development of the Coping Strategies Inventory for Trauma Counselors. *Journal of Trauma and Loss*. Vol. 11, p. 71-83.
- Ryan-Wenger, N., Sharrer, V., & Wynd, C. (2000). Stress, coping and health in children. Em: V. H. Rice (Ed), *Handbook of stress, coping and health* (pp. 265-293) Thousand Oaks: Sage.
- Ribeiro, J.L.P. (1999) Escala de satisfação com o suporte social. (ESSS). *Análise Psicológica*, vol. 3 (XVII), p. 547-558.

- Rowe, J.W. (2006) Pay-for-Performance and Accountability: Related Themes in Improving Health Care. *Medicine and Public Issues*.7. vol. 145, no. 9, p. 695-699.
- Sarason, I.G., Levine, H.M., Basham, R.B., & Sarason, B.R. (1983). Assessing social support: the social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 44, no. 1, p. 127-139.
- Sartorius N. (2005) *Transtornos depressivos*. São Paulo Artmed;
- Selye, H. (1956). *The stress of life*. Nova York: McGraw-Hill.
- Schwarzer, R. & Knoll, N. (2007). Functional roles of social support within the stress and coping process: a theoretical and empirical overview. *International Journal of Psychology*, vol. 42, no. 4, p. 243-252.
- Schwarzer, R., Knoll, N., & Rieckmann, N. (2003). *Social Support. Introduction to health psychology*. Oxford, England: Blackwell.
- Schwarzer, R., & Leppin., A. (1991) Social Support and Health: A Theoretical and Empirical Overview. *Journal of social and Personal Relationship*. vol. 8, no. 1, p. 99-127.
- Sherbourne, C. D. & Stewart A. L., (1991). The MOS Social Support Survey. *Social Science and Medicine*, vol. 38, p. 705-714.
- Seidl, E. M. F., Tróccoli, B. T., & Zannon, C. M. L. C. (2001). Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, vol. 17, no. 3, p. 225-234.
- Seidl, E.M.F.; Zannon, C.M.L.C., & Tróccoli, B. (2005) Pessoas vivendo com HIV/AIDS: Enfrentamento, Suporte social e Qualidade de vida. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, vol. 18, no. 2, p.188-195
- Seidl, E. M. F., Tróccoli, B. T., & Zannon, C. M. L.(2006) C. Análise factorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, vol. 17, no. 3, p. 225 – 234.
- Srivastava, S., Richards, M.J., McGonigal , B., & Gross, J.J. (2006). Optimism in Close Relationship: How Seeing Things in a Positive Light Makes Them So. *Jornal of Personality and Social Psychology*, vol. 91, no.1, p. 143-153.

- Song, Li-you, & Singer, M. (2006). Life Stress, social support, coping and depressive symptoms: a comparison between the general populations and family caregivers. *International Journal of Social Welfare*. vol. 15, no. 2, p.172-180.
- Sorking, D., & Rook, K.(2006). Dealing with negative social exchanges in Later Life: Coping responses, Goals and effectiveness. *Psychology and Aging*. vol.21, no. 4, p. 715-725.
- Souza, M. (2007). *Suporte Familiar e Saúde Mental: Evidências de validade baseado na relação entre variáveis*. Dissertação de mestrado. Universidade de São Francisco. São Francisco.
- Tao, S., Dong, Q., Pratt, M., Hunsberger, B., & Pancer, S. (2000). Relations to Coping and Adjustment During the Transition to University in the People's Republic of China. *Journal of Adolescent Research*, vol. 15, no. 1, p. 123-144.
- Thase, M.E., & Lang, S.S. (2005). *Sair da depressão. Novos métodos para superar a distímia e a depressão branda crônica*. Rio de Janeiro: Imago.
- Thase, M.E.,Bowler, K., & Harden, T.(1991). Cognitive behavior Therapy of endogenous depression: Part 2. Preliminary finding in 16. Un medicated patients. *Behavior Therapy*, vol. 22 p. 469-477.
- Timko C., Baumgartner, M. , Moos, R.H., & Miller, J.J. (1993). Parental risk and resistance factors among children with juvenile rheumatic disease: a four-year predictive study. *Journal Behav Med*, Vol.16, no. 6, p. 571-588
- Tróccoli, B. T., & Santos, S. (1997). *A estrutura fatorial das superstições e suas relações com tipos de raciocínio*. Manuscrito não-publicado. Universidade de Brasília.
- Zanini, D., Verolla, A., & Queiroz, I. (2009). Apoio social: aspectos da validade de constructo em estudantes universitários. *Psicologia em estudo (Maringá)*. vol. 14, nº1.
- Zanini, D.S.; Forns, M, & Kirchner, T (2005) Coping Response and Problem Appraisal in Spanish Adolescent. *Perceptual and Motor Skills*. vol. 100, p.153-166.

ANEXO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Titulo da Pesquisa: “Apoio social e *coping* e suas repercussões no humor depressivo”.

Eu, _____, idade, _____ portador (a) do R.G. _____ dou meu consentimento livre e esclarecido para participar como voluntário (a) do projeto de pesquisa descrito acima, sob a responsabilidade da mestrandia Ivana Pinheiro de Abreu Rabelo Queiroz e da Dra. Daniela Sacramento Zanini, professora do Programa de Graduação e Pós-graduação em Psicologia da Universidade Católica de Goiás.

Assinando este Termo de Consentimento, estou ciente que:

1. O presente estudo tem por objetivo investigar as relações da depressão com suporte social e coping;
2. Durante o estudo será solicitado você responderá a três questionários informativos para avaliação do tema;
3. São mínimos os riscos e benefícios da sua participação na pesquisa, em função de ser um estudo de investigação e não tratamento. Entretanto, ao responder a este questionário você poderá sentir certo constrangimento e ficar mais pensativo, contrariamente a sua participação poderá beneficiar seu posterior tratamento psicológico com um diagnóstico mais preciso com relação as suas formas de enfrentamento, depressão e suporte social.
4. Será garantido suporte psicológico caso necessite ao final do encontro.
5. Obtive todas as informações necessárias para decidir conscientemente sobre a minha participação na referida pesquisa;
6. Estou livre para interromper a minha participação a qualquer tempo;
7. Os dados pessoais serão mantidos no mais absoluto sigilo e os resultados gerais obtidos através da pesquisa serão utilizados apenas para alcançar os objetivos da pesquisa, exposta acima, incluindo sua publicação na literatura específica especializada;
8. A pesquisa estará à disposição para publicação de resultados, artigos e documentos acadêmicos bem como apresentações em eventos e atividades científicas;
9. Durante todo o processo você será acompanhado pelo pesquisador e pelo orientador da pesquisa, estando a inteira disposição para o esclarecimento de dúvidas, que poderão ser realizados a qualquer tempo do curso da pesquisa, questionamentos pertinentes ao assunto estudado, à metodologia e aos procedimentos adotados e ainda qualquer auxílio profissional.

Este termo de consentimento é feito em duas vias, sendo que uma permanecerá em meu poder e outra com o pesquisador responsável.

Mais Informações sobre a Pesquisa através dos telefones: 3946.1116 e 3946.1097

Agradecemos antecipadamente sua participação.

Goiânia, _____ de 200 ____.

Assinatura do(a) voluntário (a)

Assinatura da Pesquisadora

Consentimento de participação da pessoa como sujeito

Eu,

CPFRG.....,me comprometo à participar do estudo sobre “Apoio Social, *Coping* e suas repercussões no humor depressivo”, relato ter sido comunicado dos objetivos e interesses científicos desta pesquisa, tendo a liberdade de fazer perguntas a qualquer momento.

Estou ciente que minha participação é voluntária e que posso desistir do estudo a qualquer tempo. Em nenhum momento terei meu nome publicado ou exposto por qualquer razão, e caso seja necessário, será trocado como forma de manter minha privacidade.

Os pesquisadores se comprometem a manter em confidência toda e qualquer informação que possa me identificar.

Goiânia, ____, _____ de 200__

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador

Testemunha (não ligada á equipe de pesquisadores)

QUESTIONÁRIO DE APOIO SOCIAL

Nome: _____ Sexo: _____
 Data de nascimento: _____ Escolaridade : _____ Estado Civil: _____
 Com quem mora: _____ Renda Familiar: _____
 Tem alguma doença crônica: SIM NAO. Qual? _____
 Atividade Física: () SIM () NAO. Qual? _____
 De um modo geral, em comparação a pessoa da sua idade, como você considera seu próprio estado de saúde? () Ruim () Regular () Normal () Bom () Ótimo. Por quê? _____

Instrução: Por favor, responda as perguntas abaixo, dizendo: Se você precisar, com que frequência conta com alguém...

	NUNCA	RARAMENTE	ÀS VEZES	QUASE SEMPRE	SEMPRE
1- que o ajude, se ficar de cama?					
2- para levá-lo ao medico?					
3- para ajudá-lo nas tarefas diárias, se ficar doente?					
4- para preparar suas refeições se você não puder prepará-las?					
5- que demonstre amor e afeto por você?					
6- que lhe dê um abraço?					
7- que você ame e que faça você se sentir querido?					
8- para ouvi-lo quando você precisar falar?					
9- em quem confiar ou para falar de você ou sobre seus problemas?					
10- para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos?					
11- que compreenda seus problemas?					
12- para dar bons conselhos em situações de crise?					
13- para dar informações que o ajude a compreender uma determinada situação?					
14- de quem você realmente quer conselhos?					
15- para dar sugestões de como lidar com um problema pessoal?					
16- com quem fazer coisas agradáveis?					
17- com quem distrair a cabeça?					
18- com quem relaxar?					
19- para se divertir junto?					

CRI-ADULT FORM

Rudolf H. Moos, Ph.D.

Caderno de Perguntas

Escreva seu nome, data de nascimento, idade, escolaridade, profissão, sexo, estado civil e raça na folha de respostas.

Responda todas as perguntas na folha de respostas

PARTE 1

Este caderno contém perguntas sobre como você enfrenta os problemas importantes que surgem na sua vida.

Por favor, pense no problema mais importante ou na situação mais difícil que você viveu **nos últimos 12 meses**.

Por exemplo: um problema, alguma doença ou morte de um familiar ou amigo, algum acidente, problemas financeiros ou no trabalho.

Descreva de forma breve este problema no espaço em branco que está na primeira parte da folha de respostas.

Se você não passou por nenhum problema importante, escreva um problema de menor importância que teve que resolver.

Responda a cada uma destas 10 perguntas na folha de respostas.

Circule "NÃO" se sua resposta é **CERTAMENTE NÃO**

Circule "GN" se sua resposta é **GERALMENTE NÃO**

Circule "GS" se sua resposta é **GERALMENTE SIM**

Circule "SIM" se sua resposta é **CERTAMENTE SIM**

NÃO	GN	GS	SIM
NÃO	GN	GS	SIM
NÃO	GN	GS	SIM
NÃO	GN	GS	SIM

1. Já teve que resolver, antes, um problema como este?
2. Sabia que esse problema poderia acontecer com você?
3. Você teve tempo suficiente de preparação para enfrentar esse problema?
4. Quando este problema aconteceu, pensou de que maneira poderia prejudicar você?
5. Quando ocorreu esse problema, pensou nele como um desafio?
6. Este problema foi causado por você?
7. Este problema foi causado por outra pessoa?
8. Aconteceu alguma coisa boa ao enfrentar esse problema?
9. Este problema ou situação já foi resolvido?

10. Se o problema já foi resolvido, está tudo bem com você?

PARTE 2

Leia cada pergunta atentamente e assinale com que frequência age da maneira que a pergunta indica para enfrentar o problema que você descreveu na PARTE 1.

Circule a resposta adequada na folha de respostas.

Circule "N" se sua resposta é **NÃO, NUNCA**

Circule "U" se sua resposta é **UMA OU DUAS VEZES**

Circule "B" se sua resposta é **BASTANTES VEZES**

Circule "S" se sua resposta é **SIM, QUASE SEMPRE**

N	U	B	S
N	U	B	S
N	U	B	S
N	U	B	S

Esta segunda parte tem 48 perguntas. Lembre-se que você tem de responder todas as suas respostas na folha de respostas. Por favor, responda cada pergunta da forma mais certa que puder. Suas respostas são confidenciais.

Se não quiser responder uma pergunta, por favor, marque o número desta pergunta na folha de respostas para indicar que você decidiu omiti-la.

Se alguma pergunta não se aplica ao seu caso, por favor, escreva NA (Não se Aplica) na folha de respostas, à direita do número da pergunta.

Se você quiser corrigir alguma de suas respostas, apague bem a primeira e marque a nova resposta. Observe que as respostas estão ordenadas em filas na PARTE 2 da folha de respostas.

1. Você pensou em várias maneiras de resolver o problema?
2. Você dizia alguma coisa pra você mesmo para sentir-se melhor?
3. Você falou com seus pais ou algum familiar sobre esse problema?
4. Você decidiu alguma forma de resolver o problema e realmente fez desta forma?
5. Você tentou esquecer o problema?
6. Você pensou que o tempo poderia resolver o problema e que a única coisa que tinha que fazer era esperar?
7. Você começou a ter novas atividades?
8. Você desabafou sua raiva com outras pessoas quando se sentiu triste ou com raiva?

9. Você tentou pensar no problema com outra perspectiva?
10. Você disse a si mesmo que as coisas poderiam ser piores?
11. Você falou com algum amigo sobre o problema?
12. Você sabia o que tinha que fazer e se esforçou para que as coisas se resolvessem?
13. Você tentou não pensar no problema?
14. Você se deu conta que não controlava o problema?

15. Você se envolveu em novas atividades?
16. Você se arriscou ou fez algo perigoso?

17. Sua cabeça deu voltas sobre o que você tinha que dizer ou fazer?
18. Você tentou ver o lado positivo da situação?
19. Você falou com alguma pessoa especializada, por exemplo, médico, advogado, padre...?
20. Você decidiu o que queria e tentou consegui-lo?
21. Você fantasiou ou imaginou um momento ou um lugar melhor do que o atual?
22. Você acreditou que o resultado seria decidido pelo destino?
23. Você tentou fazer novas amizades?
24. Você se afastou das pessoas em geral?

25. Você pensou em como as coisas poderiam mudar?
26. Você pensou que estava melhor que outras pessoas com o mesmo problema que o seu?
27. Você buscou ajuda de outras pessoas ou grupos com o mesmo tipo de problema?
28. Você tentou resolver o problema pelo menos de duas formas diferentes?
29. Você tentou não pensar na sua situação mesmo sabendo que tinha que pensar nele em outro momento?
30. Você aceitou o problema porque nada podia ser feito para mudá-lo?
31. Você começou a ler mais para se distrair?
32. Você gritou ou falou alto para desabafar?

33. Você tentou entender por que o problema estava ocorrendo com você?
34. Você tentou dizer a você mesmo que as coisas melhorariam?
35. Você tentou entender sobre a situação ou o problema?
36. Você tentou fazer mais coisas por sua conta?
37. Você desejou que o problema desaparecesse ou desejou acabar com ele de algum modo?
38. Você esperava que o problema se resolvesse da pior maneira possível?
39. Você dedicou mais tempo em atividades recreativas?
40. Você chorou para expressar/manifestar seus sentimentos?

41. Você pensou que aconteceriam novas dificuldades ou desgraças?
42. Você pensou em como esta situação poderia mudar sua vida pra melhor?
43. Você pediu a solidariedade e compreensão das pessoas?
44. Você tirou lições das coisas, dia a dia, passo a passo?
45. Você tentou negar que o problema era realmente muito sério?
46. Você perdeu a esperança de que as coisas voltariam a ser como antes?
47. Você tentou ocupar-se no trabalho ou em outras atividades que te ajudassem a enfrentar as coisas?
48. Você fez algo que imaginava que não funcionaria, mas pelo menos tentou?

CRI-ADULT FORM – ANSWER SHEET

Rudolf H. Moos, Ph.D.

Nome: _____ Data de Nascimento: ____/____/____
 Idade: _____ Escolaridade: _____ Profissão: _____
 Sexo: _____ Est. Civil: _____ Naturalidade: _____

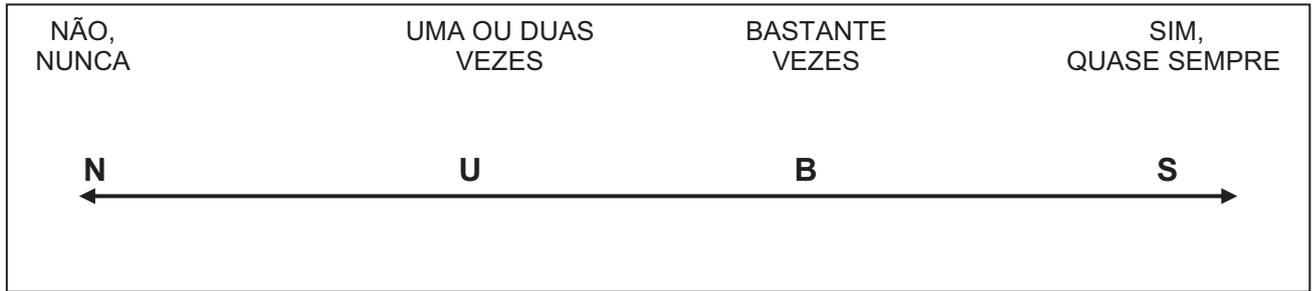
PRIMEIRA PARTE

Descreva o problema ou a situação



1	NÃO	GN	GS	SIM
2	NÃO	GN	GS	SIM
3	NÃO	GN	GS	SIM
4	NÃO	GN	GS	SIM
5	NÃO	GN	GS	SIM
6	NÃO	GN	GS	SIM
7	NÃO	GN	GS	SIM
8	NÃO	GN	GS	SIM
9	NÃO	GN	GS	SIM
10	NÃO	GN	GS	SIM

SEGUNDA PARTE



1	2	3	4	5	6	7	8
NUBS							
9	10	11	12	13	14	15	16
NUBS							
17	18	19	20	21	22	23	24
NUBS							
25	26	27	28	29	30	31	32
NUBS							
33	34	35	36	37	38	39	40
NUBS							
41	42	43	44	45	46	47	48
NUBS							