

BARBARA SCHWAIR NOGUEIRA

**Características de temperamento e caráter no transtorno depressivo maior:  
um estudo transversal com grupo controle.**

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da  
Universidade de São Paulo para obtenção do título de  
Mestre em Neurociências e Comportamento

Área de Concentração:  
Neurociências e Comportamento

Orientador:  
Prof. Dr. André Russowsky Brunoni

SÃO PAULO

2016

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação  
Biblioteca Dante Moreira Leite  
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Nogueira, Barbara Schwair.

Características de temperamento e caráter no transtorno depressivo maior - um estudo transversal com grupo controle / Barbara Schwair Nogueira; orientador André Russowsky Brunoni. -- São Paulo, 2016.

113 f.

Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Neurociências e Comportamento) - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Transtorno depressivo maior 2. Personalidade 3. Inventário de temperamento e caráter (ITC) 4. Bem-estar 5. Estudo transversal  
I. Título.

RC537

FOLHA DE APROVAÇÃO

Barbara Schwair Nogueira

**Características de temperamento e caráter no transtorno depressivo maior: um estudo transversal com controle.**

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Neurociências e Comportamento

Área de concentração:  
Neurociências e Comportamento

Orientador:  
Prof. Dr. André Russowsky Brunoni

Aprovada em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Banca examinadora

Prof. Dr. \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Ao meu companheiro Gustavo pelo constante apoio e incentivo.

À Amina e Nuria,  
pela alegria, pela vida, pela esperança no futuro.

Aos meus pais,

Com amor

## AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. André Russowsky Brunoni, meu orientador, pela grande oportunidade de ingressar no mundo da pesquisa científica. Agradeço pelos encontros, aulas e discussões, pelo convite a participar do estudo ELECT-tDCS, experiência muito enriquecedora no meu percurso profissional.

À todos os colegas do 'ELECT' pelo companheirismo e amizade: Adriano H. Moffa, Adriano Fernandes, Andressa Barros, Beatriz Veronesi, Bernardo de Sampaio, Cibele Soares, Eric Cretaz, Gabriel Henrique, Gabriel Tortella, Izio Klein, Lais Razza, Luana M. Aparício, Luara Cristina Tort, Lucas Borrione, Marina Moreno, Raquel Albano, Dr. Renério Fraguas, Renan Chamorro e colegas do ELSA/HU.

Aos pacientes do ELECT que participaram e colaboraram nesta pesquisa, em sua corajosa busca pela cura da depressão.

À todos os voluntários e amigos que dedicaram o seu tempo colaborando com a pesquisa, à Marissa e família Sarraf que tanto colaboraram na coleta com inúmeros questionários preenchidos, aos colegas da Associação São Joaquim pela amizade e ajuda na pesquisa, aos colegas do ELECT, ELSA e HU por sua preciosa ajuda na coleta de dados.

Aos professores da USP que através de suas aulas contribuíram na minha formação: Prof. Dr. André Frazão Helene, Prof<sup>ª</sup>. Dra. Christina Joselevitch, Prof<sup>ª</sup>. Dra. Eliane Correa Miotto, Prof. Dr. Gilberto Fernando Xavier, Prof. Dr. Hamilton Haddad Junior, Prof. Dr. Hermano Tavares, Prof. Dr. Itamar de Souza Santos, Prof<sup>ª</sup>. Dra. Leticia Lessa Mansur, Prof. Dr. Luiz Roberto G. De Britto, Prof<sup>ª</sup>. Dra. Marcia Radanovic, Prof<sup>ª</sup>. Dra. Maria Inês Nogueira, Prof. Dr. Mario Rodrigues Louzã Neto, Prof<sup>ª</sup>. Dra. Monica Levit Zilberman, Prof. Dr. Renato Anghinah, Prof. Dr. Ronald Ranvaud, Prof. Dr. Wellington Zangari.

Aos professores que aceitaram participar da minha banca: Prof. Dr. Renério Fraguas, Dra. Juliana Fiquer, Prof. Dr. Marcelo Fernandes da Costa, Prof<sup>ª</sup>. Dra. Monica Zilberman, Prof<sup>ª</sup>. Dra. Elaine Aparecida Dacol Henna, Prof. Dr. Teng Chei Tung.

À minha amada família.

Aos amigos.

## **A CASA DE HÓSPEDES**

Esta condição de ser humano é como uma casa de hóspedes.

A cada manhã uma nova chegada.

Uma alegria, um desalento, uma fraqueza,

alguma consciência momentânea

chega como um visitante inesperado.

Dê as boas vindas e receba a todos!

Mesmo que seja uma multidão de mágoas que

violentamente varrem a sua casa,

esvaziando-a de sua mobília,

Ainda assim, trate cada hóspede com nobreza.

Ele pode estar preparando você para algum novo deleite.

O pensamento soturno, a vergonha, a malevolência,

Receba-os junto à porta sorrindo e convide-os para entrar.

Seja grato pela chegada de quem quer que seja,

Porque cada um foi enviado como um guia do além.

**Jalaludin Rumi (séc. XIII)**

NOGUEIRA, B.S. **Características de Temperamento e Caráter no Transtorno Depressivo Maior - um Estudo Transversal com Grupo Controle**. 2016. 110 f. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016

## RESUMO

A Depressão é um transtorno mental grave e com alta prevalência, de difícil tratamento e fator de risco para inúmeras outras doenças e disfuncionalidades. Seus principais sintomas são o humor deprimido e a anedonia. Considera-se que a personalidade afeta a vulnerabilidade individual para a depressão além de influenciar os tipos de sintomas e complicações experimentadas pelo paciente. O presente trabalho aborda o tema do Transtorno Depressivo Maior em relação a características de temperamento e caráter, baseado no modelo psicobiológico de Cloninger. Questiona-se quais estariam associadas à Depressão Maior e ainda, quais outras se revelam protetoras da saúde e do bem estar físico, mental e social. Foi realizado um estudo transversal cujo objetivo foi comparar características de temperamento e caráter entre sujeitos com Transtorno Depressivo Maior moderado a grave e um grupo controle de sujeitos saudáveis, sem transtornos neuropsiquiátricos. Os pacientes deprimidos estavam sem uso de antidepressivos há pelo menos três semanas no momento da avaliação. Participaram 103 sujeitos (69 mulheres e 34 homens) em cada grupo, pareados por sexo e idade. Os mesmos preencheram o Inventário de Temperamento e Caráter (ITC), um teste autoaplicável e que avalia quatro dimensões de temperamento (Busca de Novidades, Evitação de Danos, Dependência de Recompensa e Persistência) e três de caráter (Autodirecionamento, Cooperatividade e Autotranscendência), cada qual com suas subdimensões. Foi realizada a comparação de dados sociodemográficos entre os grupos e a correlação entre as 7 dimensões de temperamento e caráter com escalas que avaliam afeto e humor no grupo de deprimidos e outras características do Transtorno Depressivo Maior, como tipo, idade de início da Depressão e número de episódios depressivos. Foi realizada a comparação das médias com o teste-t e das frequências com o chi-quadrado. Correlações foram realizadas para analisar as diferentes variáveis com o coeficiente de correlação de Pearson e nível de significância em 5% e com o teste de correção Bonferroni, estabelecendo nível de significância 0,007 para a comparação das 7 dimensões e 0,002 para as 25 subdimensões. Os resultados mostraram que pacientes com depressão apresentaram um escore maior de Evitação de Danos ( $M=25,58$ ,  $DP=7,15$ ) e um escore menor de Autodirecionamento ( $M=21,65$ ,  $DP=8,03$ ) comparados ao grupo controle ( $M=15,39$ ,  $DP=6,09$ ;  $M=33,43$ ,  $DP=5,89$ , respectivamente,  $p<0,001$ ). Por outro lado, sujeitos do grupo controle, além do Autodirecionamento, apresentaram também escores maiores em Cooperatividade ( $M=34,14$ ,  $DP=4,85$ ) comparados aos pacientes com depressão ( $M=29,44$ ,  $DP=6,93$ ,  $p<0,001$ ). Por ser um estudo transversal não foi possível abordar a questão de traço ou estado-dependência destas dimensões de personalidade na Depressão Maior.

**Palavras-chave:** Transtorno Depressivo Maior, Personalidade, Inventário de Temperamento e Caráter, Bem-estar, Estudo Transversal.

NOGUEIRA, B.S. **Temperament and Character Traits in Major Depressive Disorder – a Cross-Sectional Study with a Control Group**. 2016. Thesis (Master) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016

## ABSTRACT

Depression is a severe mental disorder of high prevalence, difficult treatment and risk factor for several other diseases and disorders. Its main symptoms are depressed mood and the anhedonia or loss of interest. There is evidence that personality affects the individual vulnerability for depression, as well as influences the types of symptoms and complications experienced by the patient. This work investigated the relationship between Major Depressive Disorder and temperament and character traits, based on Cloninger's psychobiological model. We investigated which traits may be associated to Major Depression; furthermore, which others may reveal themselves protective of health and physical, mental and social welfare. A cross-sectional study was performed with the objective of comparing temperament and character traits between subjects with moderate to severe Major Depressive Disorder and a control group composed of healthy subjects without neuropsychiatric disorders. The depressed patients were antidepressant-free for at least three weeks at the time of the assessment. One hundred and three subjects (69 women and 34 men) participated in each group, matched by gender and age. These individuals filled out the Temperament and Character Inventory (TCI), a self-administered test which evaluates four dimensions of temperament (Novelty Seeking, Harm Avoidance, Reward Dependence and Persistence) and three of character (Self-Directedness, Cooperativeness and Self-Transcendence), each one with their own subscales. A comparison of sociodemographic data between the groups and the correlation between the seven dimensions of temperament and character was performed. Scales were used to assess affect and mood in the group of depressed individuals, as well as other characteristics of the Major Depressive Disorder, such as type, age of depression onset and the number of depressive episodes. The means were compared with t-tests and frequencies with the chi-square test. Correlations were made to analyze the different variables with Pearson correlation coefficient and the significance level at 5% threshold. The Bonferroni correction test was also applied, establishing the significance level in 0.007 for the comparison of the 7 dimensions and 0.002 for the 25 subscales. The results showed that patients with depression presented a higher Harm Avoidance score ( $M=25,58$ ,  $SD=7,15$ ) and a lower Self-Directedness score ( $M=21,65$ ,  $SD=8,03$ ) when compared to the control group ( $M=15,39$ ,  $SD=6,09$ ;  $M=33,43$ ,  $SD=5,89$ , respectively,  $p<0,001$ ). On the other hand, subjects from the control group, as well as increased Self-Directedness, also had significantly higher scores on Cooperativeness ( $M=34,14$ ,  $SD=4,85$ ) compared to patients with depression ( $M=29,44$ ,  $SD=6,93$ ,  $p<0,001$ ). As this is a cross-sectional study, it was not possible to approach the matter of trace or state-dependency of these dimensions of the Major Depression Personality.

**Keywords:** Major Depressive Disorder, Personality, Temperament and Character Inventory, Well-Being, Cross-Sectional Study

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Sistemas cerebrais que influenciam os padrões de estímulo e respostas . . . .	23
Tabela 2 – Diferentes configurações de temperamento. . . . .	25
Tabela 3 – Principais diferenças entre temperamento e caráter . . . . .	27
Tabela 4 – O Modelo Psicobiológico de Temperamento e Caráter. . . . .	30
Tabela 5 – Diferentes configurações de caráter. . . . .	32
Tabela 6 – Resumo dos estudos ITC x TDM. . . . .	53
Tabela 7 – Dados sociodemográficos. . . . .	64
Tabela 8 – Comparação do ITC. . . . .	66
Tabela 9 – Correlação do ITC e escalas de humor no grupo dos deprimidos. . . . .	69
Tabela 10 – Correlação ITC e características da depressão no grupo dos deprimidos. . .	71

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1: O cubo de temperamento . . . . .	25
Figura 2: O modelo psicobiológico de temperamento e caráter . . . . .	31
Figura 3: O cubo de caráter . . . . .	32
Figura 4: Exemplo de estudo comparando satisfação com a vida, saúde subjetiva e suporte social. . . . .	36

## LISTA DE ABREVIATURAS

AD	Autodirecionamento
AT	Autotranscendência
BDI	Inventário de Depressão de Beck
BN	Busca de Novidades
C	Cooperatividade
DR	Dependência de Recompensa
DSM-V	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
ED	Evitação de Danos
HAM-A	Escala de Hamilton de Avaliação de Ansiedade
HAM-D	Escala de Hamilton de Avaliação da Depressão
IDATE-E	Inventário de Ansiedade - Estado
IDATE-T	Inventário de Ansiedade - Traço
ITC	Inventário de Temperamento e Caráter
ITC-R	Inventário de Temperamento e Caráter Revisado
MADRS	Escala de Depressão de Montgomery e Asberg
NA	Afeto Negativo
P	Persistência
PA	Afeto Positivo
PANAS	Escala de Afetos Positivos e Negativos
TDM	Transtorno Depressivo Maior
TPQ	Questionário Tridimensional de Personalidade

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	14
1.1. Introdução à Personalidade .....	14
1.1.1. O Conceito de Personalidade .....	14
1.1.2. Aspectos históricos .....	14
1.1.3. O Modelo dos Cinco Fatores .....	19
1.1.4. Modelos Psicobiológicos .....	19
1.2. A Teoria Psicobiológica de Temperamento e Caráter .....	20
1.2.1. Temperamento .....	21
1.2.1.1. As Dimensões de Temperamento: Busca de Novidades, Evitação de Danos, Dependência de Recompensa e Persistência .....	22
1.2.1.2. Configurações do Temperamento .....	24
1.2.2. O Modelo Psicobiológico de Temperamento e Caráter .....	26
1.2.2.1. As Três Dimensões de Caráter: Autodirecionamento, Cooperatividade e Autotranscendência .....	29
1.2.2.2. Configurações do Caráter .....	31
1.2.3. A Terceira Fase : A Ciência do Bem-Estar .....	33
1.3. O Transtorno Depressivo Maior .....	37
1.3.1. Características Clínicas .....	37
1.3.2. Aspectos Epidemiológicos .....	39
1.3.3. Etiopatogenia da Depressão .....	40
1.3.4. Tratamento da Depressão .....	43
1.4. O Temperamento e Caráter na Depressão .....	44
1.4.1. Estudos de Coorte .....	45
1.4.2. Estudos Transversais .....	47
1.4.3. Ensaio Clínico .....	50
1.4.4. Metanálise .....	51
2. OBJETIVOS .....	54
2.1. Relevância Prática do Estudo .....	54
2.2. Objetivo Principal .....	54

2.3. Objetivos Secundários . . . . .	54
2.4. Hipótese . . . . .	55
3. CASUÍSTICA E MÉTODO . . . . .	56
3.1. Desenho do Estudo . . . . .	56
3.2. Sujeitos . . . . .	56
3.2.1. Grupo dos Sujeitos Deprimidos. . . . .	56
3.2.2. Grupo Controle . . . . .	57
3.3. Instrumentos . . . . .	58
3.3.1. Ficha Demográfica e Clínica . . . . .	58
3.3.2. Escala de Hamilton para Avaliação da Depressão (HAM-D). . . . .	58
3.3.3. Montgomery-Asberg <i>Depression Rating Scale</i> (MADRS) . . . . .	58
3.3.4. Escala de Depressão de Beck ( <i>Beck Depression Inventory</i> -BDI) . . . . .	59
3.3.5. Escala de Afetos Positivos e Negativos ( <i>Positive and Negative Affect Schedule</i> - PANAS) . . . . .	59
3.3.6. Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE-T e IDATE-E). . . . .	59
3.3.7. Inventário de Temperamento e Caráter (ITC) . . . . .	60
3.4. Análise Estatística. . . . .	61
4. RESULTADOS . . . . .	62
4.1. Características Sociodemográficas . . . . .	62
4.2. Comparação entre as diferentes dimensões de temperamento e caráter e suas subescalas entre o grupo de deprimidos e o grupo controle . . . . .	65
4.3. Correlação entre as diferentes dimensões de temperamento e caráter e escalas de humor e afeto no grupo dos deprimidos. . . . .	67
4.4. Correlação entre as diferentes dimensões de temperamento e caráter e características da depressão no grupo dos deprimidos . . . . .	70
5. DISCUSSÃO . . . . .	72
5.1. Hipótese principal. . . . .	72
5.1.1. Evitação de Danos e Subdimensões . . . . .	72
5.1.2. Autodirecionamento e Subdimensões. . . . .	73
5.1.3. Comentários da Hipótese Principal . . . . .	73

5.2. Hipótese Secundária .....	75
5.2.1. Autodirecionamento e Subdimensões .....	75
5.2.2. Cooperatividade e Subdimensões .....	76
5.2.3. Comentários da Hipótese Secundária .....	76
5.3. Demais Dimensões e Subdimensões .....	78
5.3.1. Busca de Novidades .....	78
5.3.2. Dependência de Recompensa .....	79
5.3.3. Persistência .....	80
5.3.4. Autotranscendência .....	81
5.4. Limitações .....	82
5.5. Direções Futuras .....	82
6. CONCLUSÕES .....	83
7. REFERÊNCIAS .....	84
8. ANEXOS .....	93

## **1. INTRODUÇÃO**

### **1.1. Introdução à Personalidade**

#### **1.1.1. O Conceito de Personalidade**

Personalidade pode ser descrita como uma organização dinâmica, que a partir de um sistema psicobiológico individual que regula a cognição, a emoção, o humor, o controle dos impulsos e as relações sociais, modula a adaptação ao ambiente (CLONINGER, SVRAKIC e PRZYBECK, 1993). A personalidade se caracteriza pela maneira que a pessoa pensa, sente e age, como ela aprende de suas experiências, como percebe e se relaciona com o seu meio e como pensa sobre si, o outro e o mundo (CLONINGER, SVRAKIC e SVRAKIC, 1997). É o resultado da percepção interna de si mesmo, do meio ambiente e de suas experiências subjetivas (CLONINGER e SVRAKIC, 1999), “uma organização interna e dinâmica de sistemas psicofísicos do indivíduo que determinam o seu ajuste único ao ambiente” (ALLPORT, 1961).

Pessoas se diferenciam pelas diferentes combinações de características psicológicas, que envolvem traços de temperamento, cognição e vida afetiva (ROTH, 2013), os quais são moldados pela interação entre suas disposições naturais e experiências ao longo da vida, hábitos e a forma como a pessoa se comporta normalmente. Os traços de personalidade são relativamente estáveis ao longo do tempo e influenciados pela cultura (ASENDORF, 2004) porém possuem certa flexibilidade, de maneira que possa haver um bom ajuste do indivíduo ao ambiente (TAVARES, 2006).

#### **1.1.2. Aspectos históricos**

A origem etimológica da palavra personalidade deriva do termo *persona*, que era o nome dado às máscaras usadas para “emprestar” ao ator uma determinada identidade e que se manteria invariável, independente do intérprete. Compara-se a personalidade única e inconfundível de cada indivíduo com a máscara teatral para cada papel interpretado (SCHMITT e ALLSTÖTTER-GLEICH, 2010).

Uma primeira tentativa de classificação das diferenças individuais surge com Hipócrates, considerado o pai da medicina (séc. IV – V a.C.). Para explicar os estados de equilíbrio (eucrasia) ou de doença e dor (discrasia), desenvolveu a teoria dos quatro humores corporais. Propunha que o corpo continha 4 humores essenciais - sangue, bile amarela, bile negra e fleuma - que determinavam a tipologia humana em sanguíneo, colérico, melancólico e fleumático (DALGALARRONDO, 2008). O equilíbrio adequado entre estes humores determinaria a saúde e o desequilíbrio causaria a doença (STRELAU, 1998).

Esta teoria influenciou Galeno, que desenvolveu a primeira tipologia do temperamento. Distinguiu 9 temperamentos: quatro temperamentos primários relacionados à dominância dos quatro humores descritos por Hipócrates, outros quatro secundários, derivados do pareamento entre as qualidades e um temperamento ideal, como resultado da mistura estável das quatro qualidades (STRELAU, 1998).

Platão (427-347 a.C.), em sua obra “A República” aborda a questão das diferenças individuais, colocando-as como inatas, permitindo-lhes o desempenho de algumas funções adaptadas ao seu modo de ser: “...nenhuma pessoa nasce idêntica a outra, cada uma difere da outra em dotes naturais” (PORTELA, 2007).

Areteu da Capadócia, um médico da Grécia Antiga (séc. I), foi o primeiro a relacionar quadros como a euforia e a melancolia como pertencentes a uma mesma doença, sugerindo características de personalidade próprias de indivíduos predispostos à doença, como a natureza lábil, irritabilidade e predominância da alegria ou tristeza (ANGST e MARNEROS, 2001). Associava os distúrbios mentais como extensão ou exagero de traços preexistentes (SAVITZ e RAMESAR, 2006; ALMEIDA, 2010).

Na medicina árabe do século IX, Hunayn e Rhazes retomam os princípios da patologia humoral e a teoria de Galeno. Al-Majusi introduz a idéia da influência dos eventos ambientais no temperamento de cada um. Define a melancolia como moléstia do cérebro. No século X, Avicena distingue as atividades psíquicas das atividades naturais do cérebro, estuda a localização cerebral dos sentidos internos e separa as perturbações motoras das sensitivas. Avicena distingue três níveis da alma: racional (não está ligado a nenhum órgão corporal), sensitivo e vegetativo. Divide as enfermidades segundo os princípios enunciados por Galeno em 9 temperamentos (PEREIRA, 2007).

Na era cristã, o enfoque dominante na compreensão da personalidade foi substituído por

uma abordagem religiosa, sendo que em alguns períodos desta era as manifestações psicopatológicas não eram mais explicadas por causas naturais, mas como resultado da relação do indivíduo com Deus e com o Mal ou a causas mágicas (TAVARES, 2006).

Com o Iluminismo chega a Era da Razão e da Observação e os transtornos mentais deixam de ser abordados pela moral e pela religião. O retorno da ideia das disfunções do organismo como causa das doenças mentais ocorreu no séc. XVIII. Volta o interesse pelo estudo da personalidade, sendo que características pré-mórbidas são caracterizadas como responsáveis pelas doenças mentais (TAVARES, 2006) e se observa novamente a influência da tipologia estabelecida pelos antigos gregos.

Em 1798, Immanuel Kant descreve 4 tipos de temperamento considerando fatores como a composição sanguínea, critérios de energia de vida, que vão desde a sonolência até a excitabilidade, e tipos de comportamento emocionais e de ação: sanguíneo/ sentimentos fortes; fleumático/ pouca atividade; colérico/ atividade intensa; e melancólico /sentimentos fracos (STRELAU, 1998):

Wilhelm Wundt (1874), considerado o pai da psicologia experimental, explica as diferenças individuais fazendo uso dos mesmos termos da tipologia dos gregos, porém em diferentes combinações entre si. Introduziu um sistema descritivo dimensional em vez de categórico, afirmando que os 4 tipos variavam entre as dimensões de mutabilidade e força das emoções. Antecipa o modelo de Eysenck, onde emoções fortes versus fracas correspondem à dimensão neurótica versus estável de Eysenck e o eixo mutável versus imutável à dimensão extroversão versus introversão (STRELAU, 1998).

No século XVIII e XIX destaca-se o fisionomista Carl Gustav Carus e o médico Franz Joseph Gall que, pelos seus estudos da frenologia, diziam que o cérebro é o órgão da mente, com diferentes faculdades mentais e comportamento representadas em diferentes partes do cérebro. Pela forma da cabeça e crânio (caroços ou protuberâncias) se determinava o caráter e características da personalidade. Ainda se destaca Ernst Kretschmer (1888-1964), médico psiquiatra, que correlacionava o biotipo físico a características de personalidade e a propensão a certo tipo de doença (SCHMITT e ALLSTÖTTER-GLEICH, 2010).

Ivan Pavlov, por sua vez, foi o primeiro teórico a realizar estudos sobre o temperamento em laboratório e a propor uma tipologia do sistema nervoso, explicando as diferenças individuais como resposta a processos de condicionamento e aprendizado adquiridos na

relação com o meio (TAVARES, 2006). Pínel, no séc. XIX descreveu e introduziu o conceito de transtorno de personalidade, quando se refere ao quadro “*manie sans délire*”, instabilidade emocional e distúrbio das funções afetivas sem prejuízo nas funções cognitivas (NATRIELLE FILHO, 2002). No final do século XIX, Kraepelin, considerado o pai da psiquiatria moderna, introduz a noção de adoecimento mental. Ele considera que todo transtorno psiquiátrico tem um fator pré-mórbido relacionado à personalidade (TAVARES, 2006). Sugere uma etiologia genética com manifestações fenotípicas e ressalta os temperamentos afetivos .

Em 1895 Sigmund Freud escreve “ Esboço de uma Psicologia” (publicado em 1950). Neurologista, trabalhava na elaboração de uma teoria que relacionava a psique à atividade cerebral à partir da recém descoberta *doutrina neuronal* (KANDEL, 2012), elaborada por Golgi e Cajal, que introduzia o conceito do neurônio como uma unidade estrutural e funcional básica do sistema nervoso, a sua composição em dendritos, soma e axônio e o seu mecanismo de condução dos estímulos. Freud imaginava que pudesse haver uma zona de contato entre as células. Ainda não se falava em sinapses, conceito introduzido mais tarde por Charles Sherrington (KANDEL, 2012). Freud, sem os elementos necessários para concluir sua pesquisa, desistiu em buscar uma base neurobiológica para sua teoria psicanalítica. Nela enfatiza aspectos do desenvolvimento da personalidade, principalmente destacando o papel decisivo dos primeiros anos de vida como formadores do caráter básico da pessoa. Considera a personalidade como aparato relacional, que oculta os processos mentais inconscientes do indivíduo (SCHMITT e ALLSTÖTTER-GLEICH, 2010).

Jung (séc.XX) define a personalidade como sendo constituída à partir de várias instâncias (arquétipos): *persona, sombra, anima, animus, self*. Desenvolve uma tipologia segundo o movimento da energia psíquica e que caracterizam duas funções básicas: a extroversão e a introversão. Ainda considera as funções psíquicas básicas que o indivíduo usa para se adaptar ao mundo: pensamento, sentimento, sensopercepção e intuição (DALGALARRONDO, 2008).

Em contrapartida o modelo comportamental do behaviorismo nega a existência da personalidade, considerando que o sujeito aprende o seu comportamento na sua interação com o meio através de condicionamentos (TAVARES, 2006). Ainda ao longo da primeira metade do século XX, a personalidade passou a ser objeto de estudo dos psicólogos tanto na Psicologia Experimental, que buscava encontrar leis gerais a partir de pesquisas laboratoriais, e na Psicologia Diferencial, que estudava as diferenças dos indivíduos (PORTELA, 2007).

A Psicologia Diferencial foi introduzida pelo filósofo e psicólogo alemão William Stern (1911) (ASENDORF, 2004). Antes dele, em 1895, Binet e Henri já haviam publicado um artigo: “La Psychologie Individuelle”, representando a primeira análise sistemática e de métodos. A psicologia diferencial se dedica ao estudo dos comportamentos humanos, à compreensão dos seus processos mentais e à procura de causas e da compreensão das consequências das diferenças psicológicas entre os indivíduos. São três grandes domínios de investigação, que seriam as diferenças individuais, as variedades das diferenças psicológicas intergrupais e a explicação das diferenças psicológicas (PORTELA, 2007).

São diversas as teorias elaboradas e estudadas desde então, sendo que como causa do surgimento das diferenças entre os indivíduos mencionam-se fatores como: genética, cultura, condições sócio econômicas, influência da atividade laboral, influências familiares ou conjugais, influência do grupo de mesma faixa etária, influência de eventos traumáticos ou de fatores estressores na vida da pessoa, além de fatores como estabilidade e constância, relevantes quando se trata de transtornos afetivos e de comportamentos, como depressão e ansiedade (SCHMITT e ALLSTÖTTER-GLEICH, 2010).

Gordon Allport (1897-1967), é considerado o pai da Psicologia Diferencial. Considerava que a personalidade se desenvolvia a partir da interação do indivíduo com o seu meio e com as suas experiências de vida, e que os traços individuais, elementos neurofisiológicos inatos, tinham um papel fundamental nesta interação. Em 1936, junto com Harold Odbert, examinaram sistematicamente um dicionário e encontraram 18.000 termos que poderiam ser usados para descrever personalidade. Destes, 4500 palavras foram atribuídas a características estáveis da personalidade, sendo as outras agrupadas em categorias como de carácter passageiro, atribuição de papéis, entre outros (ALLPORT e ODBERT, 1936).

Catell (1983) trabalhou em cima da compilação de descritores de Allport e os organizou em 171 pares antagônicos com traços simples com variação binária o que resultou em 16 categorias, propondo ser a estrutura básica de uma personalidade (SCHMITT e ALLSTÖTTER-GLEICH, 2010).

Outros autores fizeram uso deste chamado método lexical que propõe a análise de palavras de um determinado idioma, separando-as em categorias. Na sequência, através da análise fatorial, chega-se a uma classificação com um número reduzido ou mínimo de dimensões estatisticamente independentes.

### 1.1.3. O Modelo dos Cinco Fatores

Em revisão do modelo empírico de 16 fatores, diferentes autores chegaram a um consenso de 5 fatores principais, baseados no modelo lexical. Seu ponto forte seria a universalidade da sua estrutura (transtemporal e transcultural) (TAVARES, 2006). Elaboraram novos modelos, tendo destaque o *Big Five*, inicialmente proposto por Tupes e Christal (1961) nos anos 60 e depois aplicado por Costa e McCrae (1985). Neste modelo são cinco dimensões que descrevem a personalidade multifacetada e complexa e se revelam estáveis e independentes (DALGALARRONDO, 2002). Um dos questionários psicológicos mais conhecidos é o NEO-FFI e que propõe compor o perfil de personalidade a partir das seguintes dimensões: *Extraversão* - refere-se a quanto uma pessoa busca contatos, é autoconfiante e espontânea; *Amabilidade* - refere-se a quanto uma pessoa é gentil, empática, mostra consideração pelos outros; *Conscienciosidade* (ou Responsabilidade) - refere-se a quanto uma pessoa é cuidadosa, atenciosa, perseverante, empenhada naquilo que faz; *Instabilidade Emocional* (ou Neuroticismo) - refere-se a quanto uma pessoa tende a preocupar-se, ser nervosa, ter medo e estar tensa; *Abertura para Novas Experiências* (ou *Intelectualidade*, ou ainda *Cultura*) - refere-se a quanto uma pessoa tende a refletir, ser imaginativa, curiosa e original (DALGALARRONDO, 2002).

### 1.1.4. Modelos Psicobiológicos

Nestes modelos de personalidade considera-se que diferentes estruturas cerebrais contribuem na formação individual da personalidade humana. Envolvem o sistema límbico, área associada com afetos, motivação, sentimentos, emoção, empatia, moral e ética e áreas do córtex pré-frontal responsáveis pelo processamento cognitivo como percepção, pensamento, inteligência, imaginação e planejamento da ação (ROTH, 2013).

O modelo dos três fatores, elaborado por Eysenck situa-se entre uma perspectiva genética e psicofisiológica da personalidade e inclui aspectos da psicologia comportamental e de estudos do comportamento animal. Ao contrário do método iniciado por Cattell, propôs itens para avaliar respostas a estímulos diversos, a partir de opções “verdadeiro ou falso”. As dimensões previstas eram então confirmadas a partir de uma análise fatorial (TAVARES, 2006).

Destaca à princípio duas dimensões básicas e que estavam relacionadas à ativação e à

inibição do comportamento. Chamou-os de neuroticismo (traços ansiosos como tensão, preocupação, autopiedade e instabilidade) e extraversão (propensão à atividade, energia, entusiasmo, busca dos outros, assertividade). Uma terceira dimensão é acrescentada na sequência, chamada de psicoticismo, onde descreve traços de uma personalidade agressiva, com descaso pelo senso comum, descuido em relação à si mesmo, e que inclui também traços como impulsividade e criatividade (TAVARES, 2006). Vale destacar que Eysenck nos anos 60 buscou justificar a polaridade extraversão/ introversão e neuroticismo a partir da neurofisiologia. Na época considerava o sistema reticular ascendente responsável pela ativação do fator extraversão/ introversão e diferenças no neuroticismo relacionadas à ativação do sistema límbico.

Gray (1982) propôs uma ampliação da teoria de Eysenck, destacando três sistemas de comportamento: o *sistema de ativação comportamental*, que organiza as reações a estímulos condicionados ligadas a um reforço tanto positivo quanto negativo (não-punição) e que conduz a um comportamento de aproximação; o *sistema de inibição comportamental*, que organiza as reações a estímulos desconhecidos ou que estão ligadas a uma punição positiva ou negativa e que conduz a uma inibição do comportamento, aumento da tensão, da atenção e excitação do sistema límbico; o *sistema de luta-fuga*, que organiza as reações a estímulos incondicionados ligados a perigos, que conduz a ataque defensivo ou à fuga (SCHMITT e ALLSTÖTTER-GLEICH, 2010).

## **1.2. A Teoria Psicobiológica de Temperamento e Caráter**

Claude Robert Cloninger, um psiquiatra norte-americano da Universidade de Washington, desenvolveu um modelo psicobiológico de personalidade a partir de estudos psicométricos de personalidade, genéticos e filogenéticos, estudos longitudinais de desenvolvimento, e comportamentais e se baseou em estudos sobre a organização funcional das redes cerebrais que regulam o condicionamento animal (CLONINGER et al., 1993).

Este modelo sofreu mudanças e adaptações. À princípio explicava-o à partir de características de temperamento, posteriormente incluiu três dimensões de caráter, e ainda, ao considerar a importância da autoconsciência, redefiniu o seu conceito de personalidade em temperamento, Self e Coerência do Eu. Apoiar-se na Ciência do Bem-Estar para compreender a personalidade incluindo presença de afetos positivos e negativos, traços de caráter,

qualidade de vida e conduta (CLONINGER, 2004). Refere que sentir-se bem requer fazer o bem como expressão de uma organização íntegra e madura da personalidade. Considera uma visão positiva do ser humano e reconhece uma unidade universal (CLONINGER, 2004).

Será apresentado a seguir o desenvolvimento de sua teoria e como esta se caracteriza em suas três principais fases.

### **1.2.1. Temperamento**

A princípio, Cloninger (1987) esboçou três dimensões de personalidade independentes para identificar padrões de reações a estímulos específicos: Busca de Novidades (BN, em inglês *novelty seeking*); Evitação de Danos (ED, em inglês *harm avoidance*) e Dependência de Recompensa (DR, em inglês *reward dependence*). Até o começo dos anos 1990, o Questionário Tridimensional da Personalidade (TPQ) foi o instrumento utilizado para avaliar de forma quantitativa as dimensões de temperamento a partir de cem questões do tipo verdadeiro e falso. O modelo foi submetido a uma revisão (CLONINGER e SVRAKIC, 1992; CLONINGER, SVRAKIC e PRZYBECK, 1993) se destacando uma quarta dimensão do temperamento: uma das subdimensões da Dependência de Recompensa, Persistência (P), se revelou como distinta e foi incluída como quarta dimensão de temperamento independente (CLONINGER et al., 1993).

O temperamento está relacionado com as respostas automáticas aos estímulos ambientais, à memória implícita, ao processamento emocional pré-lógico e ao condicionamento associativo. Reflete as diferenças individuais no aprendizado de hábitos por meio de recompensa e punição. (CLONINGER et al., 1993).

O temperamento começa a se formar em vida intrauterina à partir da 7ª semana da gravidez. É a partir do sistema vegetativo, pela base do sistema límbico, e que inclui o hipotálamo, a área pré-óptica e a hipófise, a amígdala central, a área septal, a substância cinzenta periaquedutal e os núcleos vegetativos do tronco encefálico. Esse conjunto de estruturas controla comportamentos necessários à sobrevivência de todos os mamíferos, cria e modula funções como regulação da temperatura corporal, circulação do sangue, respiração, digestão, ciclo sono-vigília além de regular comportamentos afetivos espontâneos, como agressividade, medo, raiva, comportamento de luta e fuga, sexualidade e controle alimentar (ROTH, 2013). Aparece na escala filogenética a partir dos mamíferos inferiores (mais

antigos), é compartilhado geneticamente ou por mudanças epigenéticas sob influência de experiências em vida intrauterina, acontece de maneira inconsciente e determina o temperamento do indivíduo. Há pouca ou nenhuma influência pelo aprendizado e pela experiência (CLONINGER et al., 1993).

O condicionamento emocional também influencia a constituição do temperamento. É influenciável pela experiência e aprendizado. Pode sofrer influência de fortes emoções, em forma de eventos traumáticos ou se desenvolver de forma lenta e constante. A amígdala em conjunto com o sistema mesolímbico é o centro do condicionamento emocional e acontece de forma totalmente inconsciente, sobretudo nos primeiros dois anos de vida, principalmente porque a memória declarativa se desenvolve mais tarde (3 anos). A amígdala também é o local da percepção inconsciente de sinais relacionados a uma comunicação emocional, como pelo olhar, mímica, gestos, postura corporal e feromônios. A amígdala e os núcleos basais participam na interação entre experiências passadas e novos estímulos relacionados com novidade, medo, nojo, surpresa, alegria, desprezo, esperança, decepção e curiosidade, ocorrendo aprendizagem inconsciente de situações de perigo (ROTH, 2013).

Os neurotransmissores principais envolvidos no temperamento, no estado emocional, comportamental e de aprendizado de cada indivíduo são a serotonina, a dopamina, a adrenalina/noradrenalina e a acetilcolina. Estes tem uma ação específica sobre outros neurotransmissores, agilizando ou inibindo diferentes funções cerebrais. É uma complexa interrelação, e a funcionalidade e a ação conjunta destes neuromoduladores junto com os neuropeptídeos e hormônios neuronais integram a base biológica da personalidade e influenciam a maneira como cada um regula o stress, como lida com frustrações e como reage a situações de recompensa ou castigo (ROTH, 2013).

#### **1.2.1.1. As Dimensões de Temperamento: Busca de Novidades, Evitação de Danos, Dependência de Recompensa e Persistência**

Cloninger em 1987 distinguiu a princípio as dimensões de temperamento baseando-se em três características básicas de estímulo-resposta relacionadas a ativação (Busca de Novidades), inibição (Evitação de Danos) e manutenção do comportamento (Dependência de Recompensa) (CLONINGER, 1987) (tabela 1).

Tabela 1: Sistemas cerebrais que influenciam os padrões de estímulo e respostas

<b>Sistema Cerebral</b>	<b>Principal neuromodulador</b>	<b>Estímulo relevante – resposta comportamental</b>
Ativação do comportamento (Busca de Novidades)	dopamina	Novidade - Busca exploratória Recompensa potencial - Busca por recompensa Alívio da monotonia ou do castigo - Evitação ativa; fuga
Inibição do Comportamento (Evitação de Danos)	serotonina	Sinais condicionados para castigo, novidade ou frustração - Evitação passiva, extinção
Manutenção do comportamento (Dependência de Recompensa)	noradrenalina	Sinais condicionados para recompensa ou alívio do castigo - Resistência à extinção

Adaptado de CLONINGER (1987)

A Busca de Novidades (BN) verifica-se em escala filogenética a partir dos invertebrados. Está relacionada ao sistema de ativação comportamental, ao comportamento exploratório diante de novos estímulos, aproximação para estímulos de recompensa, evitação ativa de estímulos condicionados de punição e habilidade para esquiva de punição não condicionada. Pode estar envolvida com comportamentos impulsivos, rápida perda de controle e dificuldade em tolerar frustrações. Também estão envolvidos comportamentos como exploração entusiástica de estímulos novos e pouco familiares, com potencial para a originalidade, descobertas e recompensas. Projeções dopaminérgicas mesolímbicas e mesofrontais teriam um papel crucial para a ativação de cada aspecto do comportamento de exploração em animais e na ativação do comportamento prazeroso (CLONINGER, 1991). Muitos estudos associaram a Busca de Novidades com a atividade dopaminérgica (HANSENNE et al., 2002). O sistema motivacional dopaminérgico influencia as decisões se ações são gratificantes, se devem ser repetidas ou evitadas (ROTH e STÜBER, 2014).

A Evitação ao Dano (ED) relaciona-se ao sistema de inibição comportamental e em escala filogenética verifica-se este comportamento em todos os animais. Caracteriza-se pela

inibição frente a situações novas, ao risco de punição ou frustração. É representada por preocupação antecipatória de possíveis problemas futuros, medo, incerteza, insegurança, timidez com desconhecidos e fácil fatigabilidade. A cautela e o planejamento cuidadoso são vantajosos quando os prejuízos são possíveis de ocorrer e desvantajosos quando a possibilidade de danos e prejuízos é improvável mas torna-se antecipada levando a uma inibição não adaptativa e ansiedade (NATRIELLE FILHO, 2002). Os neurotransmissores supostamente envolvidos seriam principalmente a serotonina (CLONINGER, 1986). Ainda se questiona se a dimensão Evitação de Danos não estaria envolvida em um sistema complexo de neurotransmissores, incluindo a serotonina, a dopamina, o ácido gama amino-butírico (GABA) ou relacionada a receptores opióides (TUOMINEN, 2014).

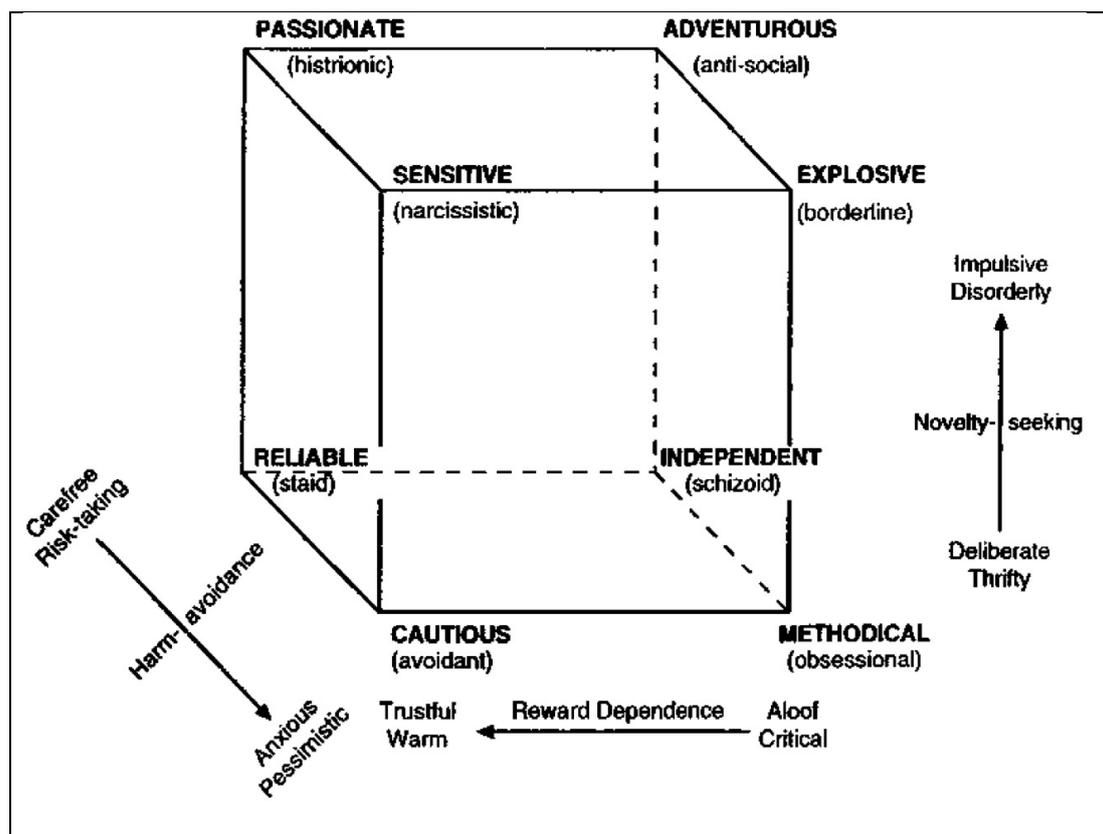
A Dependência de Recompensa (DR) está relacionada ao sistema de manutenção do comportamento e à resposta a sinais de recompensa, característico dos mamíferos. Influencia a resposta de manter comportamentos previamente recompensados ou associados a gratificação ou alívio de punição. Manifesta-se por sentimentalidade, necessidade de contato social e dependência da aprovação alheia. Estaria relacionado ao sistema cerebral de manutenção de comportamento, indicando-se como neurotransmissor principal a noradrenalina (CLONINGER, 1991).

### **1.2.1.2. Configurações do Temperamento**

Há diferentes configurações das dimensões de temperamento que estão associadas com diferentes riscos de alguns comportamentos. A Busca de Novidades varia entre controle emocional, indiferença, comportamento parcimonioso e impulsividade exploratória, desorganização. A Evitação de Danos pode variar desde um comportamento de alta predisposição à ansiedade até um comportamento de despreocupação e de risco. A Dependência de Recompensa varia entre ser confiante e sentimental até comportamentos de crítica e indiferença (CLONINGER, 1987).

Cloninger representou mais tarde estas diferentes configurações em forma de um cubo (Figura 1):

Figura 1: O cubo de temperamento



adaptado de CLONINGER (2004)

Estas diferentes configurações foram classificadas em perfis de temperamento (CLONINGER, 2004) (tabela 2).

Tabela 2: Diferentes configurações de temperamento

<b>Configurações de Temperamento</b>	
N/n = Busca de Novidades; H/h= Evitação de Danos; R/r = Dependência de Recompensa	
NHR	– sensitive /sensível
NHr	– explosive / explosivo
NhR	– passionate / apaixonado
Nhr	– adventurous / aventureiro
nHR	– cautious / cauteloso
nHr	– methodical / metódico
nhR	– reliable / confiável
nhr	– independent / independente

adaptado de CLONINGER (2004)

Este modelo de personalidade ajudava a identificar os três tipos clássicos de transtorno de personalidade (DSM-5) a partir da configuração extrema de uma das três dimensões de temperamento: cluster A (esquizóide) apresenta baixa Dependência de Recompensa; cluster B (impulsivo-reativo) apresenta alta Busca de Novidades; cluster C (evitativo) apresenta alta Evitação de Danos (CLONINGER, 1993).

Após várias pesquisas, Cloninger destacou um traço na Dependência de Recompensa: a Persistência, que foi a partir de então considerada como quarta dimensão de temperamento. É relacionada a uma tendência herdada para a manutenção de um comportamento apesar da presença de frustração, fadiga e reforço intermitente e de não ter recompensas imediatas (CLONINGER et al, 1993).

Porém percebia que o temperamento por si só não indicava se a pessoa era ou não portadora de um distúrbio da personalidade. As três dimensões de temperamento ajudam a caracterizar o transtorno de personalidade mas não ajudam a prevê-lo. Temperamento pode servir para descrever as diferenças individuais em habilidades como atenção seletiva ou saliência emocional (HANSENNE et al., 2003), porém não responde para uma descrição de personalidade que leva em conta a consciência, a capacidade de auto-organização, o controle executivo, a empatia e intuição. Ou seja, o condicionamento não é capaz de explicar habilidades de aprendizagem, pois não inclui o uso da intuição, flexibilidade e criatividade (CLONINGER et al, 1993).

Cloninger então elaborou um novo modelo de personalidade.

### **1.2.2. O Modelo Psicobiológico de Temperamento e Caráter**

No início dos anos 1990, Cloninger percebeu que o TPQ não era um bom preditor para presença ou não de Transtornos de Personalidade, nem indicador para medir a maturidade do sujeito (CLONINGER et al., 1991).

Foram introduzidas três dimensões de caráter: Auto-Direcionamento (AD), Cooperatividade (C) e Auto-Transcendência (AT). Na mesma época foi incorporado como dimensão de temperamento independente a “Persistência”, já mencionado anteriormente e que atua como moderador do autocontrole e na regulação emocional, influenciando o desenvolvimento do caráter (CLONINGER et al., 1997).

O TPQ foi substituído pelo Inventário de Temperamento e Caráter (ITC), uma escala das três dimensões de caráter com 13 subitens (CLONINGER et al., 1993) junto com os 107 itens de temperamento do TPQ, resultando num questionário de 226 questões com formato dicotômico de verdadeiro/falso, depois sendo expandido para 240 (CLONINGER et al., 1992).

Segundo o autor, personalidade seria o resultado da interação entre temperamento e caráter, que salienta e dá significado a toda experiência (CLONINGER et al., 1993; CLONINGER e SVRAKIC, 1999). O caráter é definido em termos de “objetivos e valores, o que intencionalmente fazemos de nós mesmos” (CLONINGER, 2002). Relaciona-se ao sistema de memória conceitual (CLONINGER e SVRAKIC, 1997), por meio do aprendizado simbólico, da experiência e das vivências ambientais (CLONINGER et al., 1993) (tabela 3).

Tabela 3 : Principais diferenças entre temperamento e caráter.

	<b>Temperamento</b>	<b>Caráter</b>
<b>Tipo de Aprendizagem</b>	Procedural	Proposicional
<b>Nível de alerta</b>	Automático	Intencional
<b>Tipo de memória</b>	Perceptual; conceitual	Proposicional
<b>Princípios de aprendizagem</b>	Condicionamento associativo	Conceitual; insights
<b>Sistema cerebral</b>	Sistema límbico; estriado	Córtex pré-frontal; hipocampo
<b>Comportamentos manifestos</b>	Hábitos; emocional	Conceitos adaptativos; socializado
<b>Emoções associadas</b>	Emoções primárias: raiva, medo, perseverança	Emoções secundárias: orgulho, compaixão, ética
<b>Atividade mental</b>	Passiva, reprodutiva	Ativa, construtiva
<b>Forma de representação mental</b>	Estímulo-resposta	Redes interativas

adaptado de SVRAKIC e CLONINGER, (2010)

O caráter envolve diferenças individuais em processos cognitivos superiores (CELIKEL et al., 2009). Pode ser considerado a consciência de um indivíduo sobre si mesmo, tanto em relação a suas próprias metas e objetivos da vida, em relação aos outros e ao universo como um todo.

Engloba por um lado áreas límbicas do córtex orbitofrontal, ventromedial anterior, cingular e insular, onde estímulos chegam por tratos neurais desde o tálamo e núcleos

límbicos, tornando-os conscientes, e tratos neurais que retornam ao sistema límbico, e que em sua maioria exercem funções inibitórias. Estão relacionados a aprendizagem e cognição social, capacidade de autocritica e juízo, comportamento moral e ético, controle da atenção, flexibilidade mental, expectativa de recompensa, avaliação dos estados afetivos e emocionais, motivação e regulação da atividade cognitiva e emocional, reconhecimento emocional de faces e empatia, a capacidade de reconhecer sentimentos, pensamentos e intenções do outro (teoria da mente) e a capacidade de sentir compaixão (ROTH e STÜBER, 2014).

Considera-se que o desenvolvimento do caráter ocorre em conjunto com o desenvolvimento da consciência até a idade adulta. Engloba a socialização, o que requisita um processamento mais complexo e especializado para lidar com uma maior diversidade de informações. É a base para a expressão de um Eu consciente individual e social e é muito influenciado pela educação (ROTH, 2013).

Está também relacionado com o sistema de controle dos impulsos, e depende de áreas subcorticais do sistema límbico, do córtex orbitofrontal e o córtex ventromedial que exercem ação inibitória aos centros subcorticais e basicamente regulado por neurônios serotoninérgicos. É influenciado por condições genéticas e ambientais principalmente no início do desenvolvimento na primeira infância: por volta dos 2 a 3 anos a criança começa a tolerar frustrações a controlar impulsos e desenvolve esta função até a idade adulta (ROTH e STÜBER, 2014).

O caráter envolve também funções relacionadas ao córtex préfrontal dorsolateral e o córtex parietal posterior esquerdo. Estas começam a se desenvolver no final da gravidez, continua até a idade adulta e está relacionado com a memória operacional, o raciocínio e a inteligência, incluindo ainda as áreas da linguagem. Ainda engloba funções como resolução de problemas e capacidade de reconhecimento de símbolos. Esta área é a mais dinâmica e flexível de fácil e rápida adaptação e assimilação de conteúdos novos (SVRAKIC et al., 1996).

Há poucas tratos funcionais que interligam o córtex pré-frontal dorsolateral com o córtex orbito-frontal, mesmo estando muito próximos. Isto explica porque a dimensão cognitiva-comunicacional interfere muito pouco na personalidade, no sistema motivacional e no controle das ações. Além disso as áreas límbicas tem uma forte influência sobre a inteligência e a razão e a consciência, porém há poucas redes neurais que retornam ou são

muito fracas tendo pouca influência sobre a área límbica. Por isso a dificuldade em regular as emoções a partir de uma consciência racional (ROTH, 2013).

Temperamento e caráter se relacionam etiologicamente por compartilharem as mesmas vias biogénicas, onde o condicionamento emocional é supervisionado e modulado em processamento de maior complexidade e racionalidade pelo caráter (CLONINGER, 1993). No desenvolvimento, a formação do caráter é limitada por traços de temperamento e vice versa (SVRAKIC e CLONINGER, 2010). Estudos sugerem que a hereditariedade do caráter é pelo menos tão importante quanto do temperamento (CLONINGER, 2004; GILLESPIE et al., 2003).

#### **1.2.2.1. As três dimensões de caráter: Autodirecionamento, Cooperatividade e Autotranscendência**

Autodirecionamento (AD): diz respeito a relação do sujeito consigo próprio e refere-se à habilidade em controlar e regular o comportamento de acordo com metas estabelecidas e valores pessoais, o que inclui força de vontade, autodeterminação, habilidade de controlar as situações e adiamento de gratificação imediata. Ainda representa a identificação de si próprio como ser autônomo e responsável por suas ações, envolve autoestima, aceitação das próprias fraquezas e reconhecimento de suas qualidades (CLONINGER et al., 1993).

Cooperatividade (CO): representa a relação do indivíduo com o outro e reflete empatia, tolerância, aceitação social, prontidão para ajudar e amabilidade. Relaciona-se com a identificação do sujeito como parte integrante da sociedade na qual vive (CLONINGER et al., 1993). Empatia é a capacidade de reconhecer sentimentos, pensamentos e intenções do outro (teoria da mente) e a capacidade de sentir compaixão. Não necessariamente as duas estão presentes ao mesmo tempo, como em casos de psicopatias, onde o indivíduo é apto a reconhecer o outro, porém não percebe seu sofrimento. Envolve centros límbicos subcorticais, o sistema mesolímbico e a amígdala (reconhecimento da face), o córtex orbitofrontal, o córtex cingulado anterior (percepção da dor) e algumas áreas do córtex parietal (reconhecimento da mímica). Também para a empatia emocional o modulador ocitocina é de grande importância (ROTH, 2013).

Autotranscendência (AT): refere-se à relação do indivíduo com o meio, e à identificação de si mesmo como parte integrante do universo. Envolve crescimento pessoal e auto-

realização, intuição, imaginação, sentimentos de contemplação, meditação, aceitação espiritual e misticismo (CLONINGER et al., 1993).

Tabela 4 : O Modelo Psicobiológico de Temperamento e Caráter

<b>Temperamento</b>	<b>Caráter</b>
<p><b>BN - Busca de Novidades / <i>Novelty Seeking</i></b></p> <p>BN 1 - excitabilidade exploratória x rigidez</p> <p>BN 2 - impulsividade x reflexão</p> <p>BN3 - extravagância x reserva</p> <p>BN4 - desordenação x organização</p> <p><b>ED - Evitação de Danos / <i>Harm Avoidence</i></b></p> <p>ED 1 - preocupação antecipatória x otimismo</p> <p>ED2 - medo da incerteza x confiança</p> <p>ED3 - timidez x sociabilidade</p> <p>ED4 - vulnerabilidade à fadiga x vigor</p> <p><b>DR - Dependência de recompensa / <i>Reward Dependence</i></b></p> <p>DR1 - sentimentalismo x insensibilidade</p> <p>DR3 - vínculo social ou apego x desapego</p> <p>DR4 - dependência de reconhecimento x independência</p> <p><b>P - Persistência / <i>Persistence</i></b></p> <p>ITC-R – 4 subdimensões</p>	<p><b>AD - Autodirecionamento / <i>Self-Directedness</i></b></p> <p>AD1 - responsabilidade x atribuição de culpa</p> <p>AD2 - Capacidade de estabelecer metas x falta de objetividade</p> <p>AD3 - Desembaraço x apatia</p> <p>AD4 - autoaceitação x autorecusa</p> <p>AD5 - segunda natureza x incongruente</p> <p><b>C - Cooperatividade / <i>Cooperativeness</i></b></p> <p>C1 - capacidade de aceitação social x intolerância</p> <p>C2 - empatia x desinteresse social</p> <p>C3 - utilidade x inutilidade</p> <p>C4 - compaixão x vingança</p> <p>C5 - generosidade x egoísmo</p> <p><b>AT - Autotranscendência / <i>Self-Transcendence</i></b></p> <p>AT1 - altruísmo x autoconsciência</p> <p>AT2 - alta x baixa capacidade de identificação transpessoal</p> <p>AT3 - espiritualidade x materialismo</p>

adaptado de GONÇALVES e CLONINGER, 2010

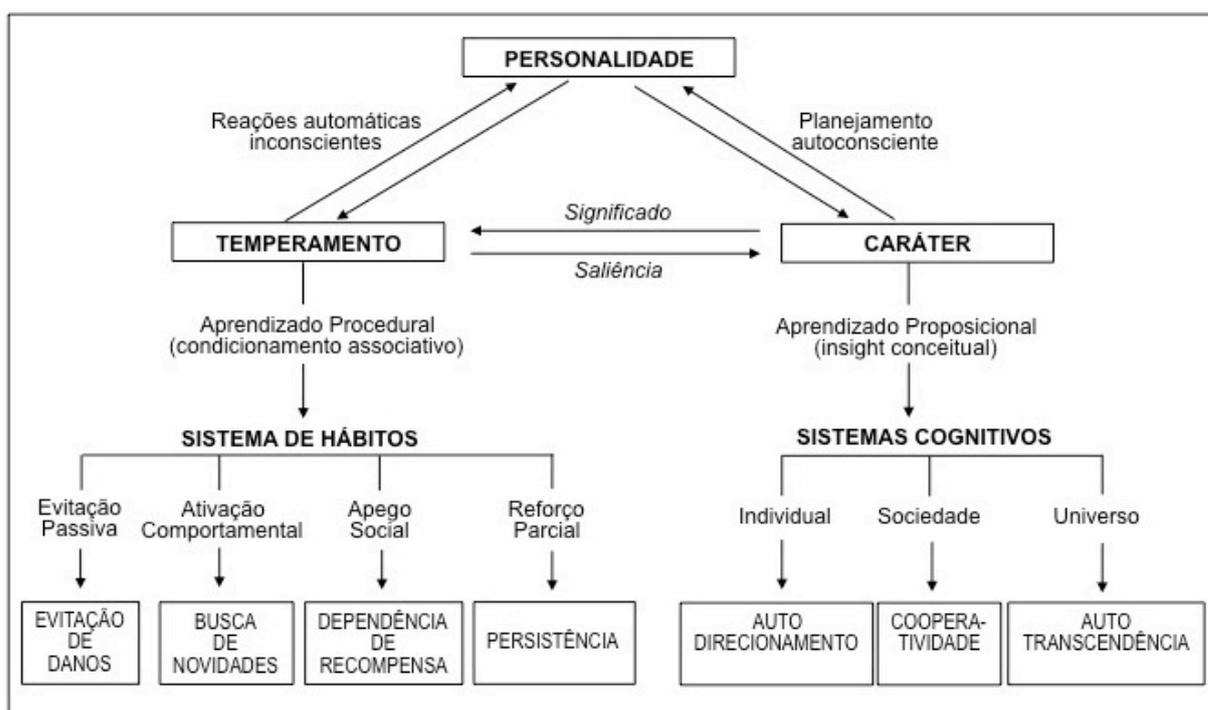
Temperamento e caráter estão relacionados, sendo que o temperamento compele ou restringe o desenvolvimento do caráter, mas não o determina completamente e vice-versa, considerando o fator do aprendizado social e de sorte (eventos que não podem ser previstos) (CLONINGER, 1997). O condicionamento comportamental é supervisionado por processos superiores (racional) (CLONINGER, 2004).

A estrutura do temperamento e caráter junto com o histórico do condicionamento e aprendizado social é quantificável, sendo que cada passo no desenvolvimento emerge como consequência de diferentes combinações de influências facilitatórias e inibitórias. É um complexo adaptativo não linear, onde cada variável depende de outras variáveis. O ITC seria

uma maneira quantitativa de mensurar as interrelações a cada passo do desenvolvimento cognitivo, psicosexual e do amadurecimento do ego (CLONINGER, 2004).

Compreender o desenvolvimento da personalidade provê uma maneira sistemática em promover saúde. Não há uma relação linear entre os fatores de risco e as síndromes clínicas, e se trata principalmente de interações de um complexo sistema neuroadaptativo (CLONINGER, 2004). Temperamento e caráter se desenvolvem de forma independente, mas partem da mesma base e disposição biogenética (GILLESPIE et al., 2003).

Figura 2: O Modelo Psicobiológico do Temperamento e Caráter

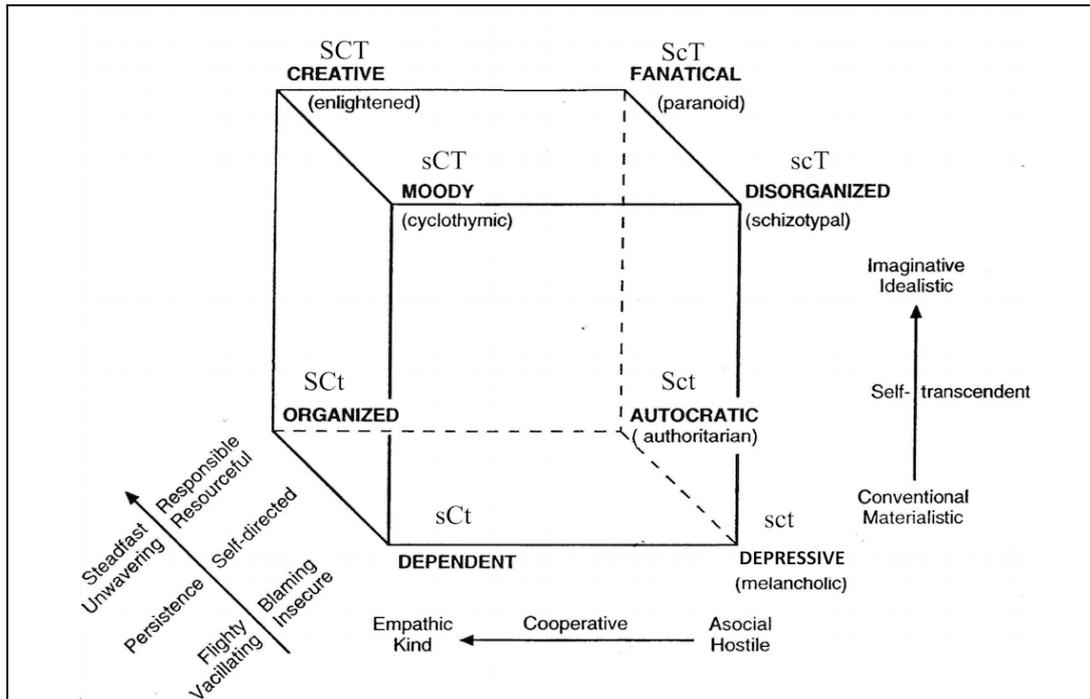


adaptado de CLONINGER et al., 1994

### 1.2.2.2. Configurações do Caráter

Quando os traços de temperamento deste sistema dinâmico beiram os extremos, chega-se à descrição dos transtornos de personalidade. Já o caráter imaturo, com baixos escores em Autodirecionamento, Cooperatividade e/ou Autotranscendência, seria o indicador de uma possível psicopatologia (SVRAKIC et al, 2002). Ou seja, a estrutura (temperamento) é a mesma, mas a combinação e a intensidade (caráter) dos traços fará a diferença entre a personalidade saudável e patológica (JOSEFSSON et al, 2011).

Figura 3 : O cubo de caráter



adaptado de CLONINGER (2004)

Assim como no temperamento, combinações das três dimensões de caráter geram oito possíveis configurações a partir de escores altos ou baixos avaliados pelo ITC (CLONINGER e ZOHAR, 2011). Elas permitem ter uma referência em como o indivíduo se adapta no seu contexto biopsicossocial, o sujeito em relação a si mesmo, ao outro/sociedade e ao ambiente/universo (figura 3). Todas as três dimensões devem estar em equilíbrio constante uma com a outra. Quando uma se sobressai de forma excessiva, pode caracterizar condições patológicas específicas (WONG e CLONINGER, 2010) (tabela 5).

Tabela 5 : Diferentes configurações de caráter

<b>Configurações de Caráter</b>	
S/s = Autodirecionamento; C/c = Cooperatividade; T/t = Autotranscendência	
sct	– melancholic/ melancólico
scT	– dizorganized / desorganizado
sCt	– dependent / dependente
sCT	– cyclothymic / ciclotímico
Sct	– autocratic / autocrático
ScT	– fanatic / fanático
SCt	– organized / organizado
SCT	– creative / criativo

adaptado de CLONINGER (2004)

### 1.2.3. A Terceira Fase : A Ciência do Bem-Estar

A partir de 1995, Cloninger expande sua teoria. Considera a personalidade a maneira como aprendemos e crescemos num autoconhecimento consciente, sendo o aprendizado e a organização do comportamento o resultado de uma experiência individual. Cloninger (2004) já não considera uma relação linear entre temperamento e caráter, pois não respondia às diferenças individuais em relação à consciência da realidade e do ser. Propõe redefinir aspectos da personalidade em Temperamento, Self e Coerência do Eu:

- Temperamento: seria a abordagem materialista da personalidade determinada por diferenças individuais a partir de sensações físicas.
- Self: incluiria o temperamento e o caráter, correspondendo ao dualismo corpo-mente onde funções superiores regulam as emoções.
- Coerência do Ser: envolve a integração do corpo, mente e espírito, unindo as funções em todos os aspectos da existência de um ser humano.

Cloninger desenvolve uma nova versão do Inventário de Temperamento e Caráter - Revisado (ITC-R) que apresenta uma escala de 5 alternativas (five-point Likert scale) e que facilita a avaliação das dimensões de cada subgrupo. Também elaborou 35 itens (em vez de 8 da versão anterior) em 4 subescalas para a dimensão Persistência, e adicionou uma nova subescala para Dependência de Recompensa (RD2). Já foi avaliada a equivalência das duas versões (BRANDSTROM et al., 2003) e validada para o português (GONÇALVES e CLONINGER, 2009).

Nesta terceira fase da teoria psicobiológica do temperamento e caráter e que é descrita em seu livro “Feeling Good – The Science of Well Being” de 2004, Cloninger acentua aspectos relacionados à espiritualidade e à autoconsciência, sendo ela a realidade biológica que distingue os humanos dos animais e que se distingue da memória semântica que sustenta os traços de caráter e das memórias procedurais do temperamento. Diz que se não levarmos em conta a avaliação da autoconsciência, a descrição da personalidade se torna pura abstração (CLONINGER, 2004).

Envolve toda uma hierarquia de sistemas de aprendizado, onde cada módulo da personalidade está relacionado com três aspectos regulados por sistemas sobrepostos de aprendizagem e memória: sistema somático ou emocional (hábitos e habilidades), sistema cognitivo (aprendizagem de fatos) e o espiritual (aprendizagem autoconsciente). Os três

sistemas interagem, estão conectados e amadurecem com o tempo (CLONINGER, 2004; TULVING, 2002).

A dimensão Autodirecionamento seria um indicador global do desenvolvimento da autoconsciência. Considera cinco níveis, e que se relacionam às 5 subescalas do Autodirecionamento. O sentido do Eu e de permanência relacionado à diferenciação do self e do outro é necessário para o desenvolvimento da autoconfiança básica e do autocontrole. O sentido da liberdade e da intenção garante a capacidade de direcionar suas ações e metas conforme uma intenção voluntária. O sentido do amor e da beleza está relacionado à escolha de ser amoroso e criativo, influenciando o sentimento de contentamento e aceitação de si mesmo e dos outros. O sentido da verdade e da fé está relacionado com a experiência subjetiva de controlar as intenções com sentido. E o sentido de bondade e unidade do ser capacita o indivíduo a ter uma consciência do bem (CLONINGER, 2004). Todos dependem da capacidade de autoconsciência e intuição do mundo.

Para poder avaliar e compreender melhor a estrutura não linear e dinâmica da personalidade, o autor elaborou uma organização modular, onde cada subescala do ITC fosse considerada com mais precisão.

Distingue cinco planos de ser (planes of being), relacionados à evolução dos sistemas cerebrais ao longo do tempo e que permitem uma capacidade de sobrevivência do ser humano cada vez mais flexível, consciente e criativa (CLONINGER, 2004): plano da reprodução e sexualidade (plano sexual); plano das atividades práticas relacionadas à poder e propriedade (plano material); plano relacionado aos vínculos emocionais e sociais (plano emocional); plano da comunicação e cultura (plano intelectual) e plano da compreensão do que está além da existência humana (plano espiritual) (CLONINGER, 2004; CLONINGER, 2008).

Relaciona os cinco planos com os três processos cognitivos mensurados pelos traços de caráter: a função executiva do planejamento (Autodirecionamento), a função legislativa do juízo e cognição social (Cooperatividade) e a função judicial ou capacidade de compreensão profunda e que nos capacita aplicar as regras adequadamente a cada situação particular (Autotranscendência).

Bem-Estar físico, mental e social depende fortemente dos traços de caráter de Autodirecionamento, Cooperatividade e Autotranscendência (CLONINGER, 2013). Segundo

definição da Organização Mundial de Saúde (1946), a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade.

Segundo Cloninger (2004), saúde é também mais que ausência da doença. Envolve coerência, que pressupõe sabedoria e bem-estar. Sabedoria é traduzida como compreensão da verdade que conduz a uma vida de virtude e bem-estar. Todos querem ser felizes, assim é natural para o ser humano ir em busca de sabedoria. O autoconhecimento consciente é necessário para desenvolver bem-estar, sabedoria e coerência (CLONINGER, 2004).

Para o autor, saúde é um estado de bem-estar no qual a pessoa realiza e usa suas próprias habilidades para lidar com situações normais ou de estresse, trabalhar produtivamente e contribuir com sua comunidade. Esta definição é equivalente para o conceito de maturidade. A forma mais consistente de reconhecer se alguém está em um estado de bem-estar é saber de que forma expressa o Autodirecionamento, Cooperatividade e Autotranscendência em suas vidas.

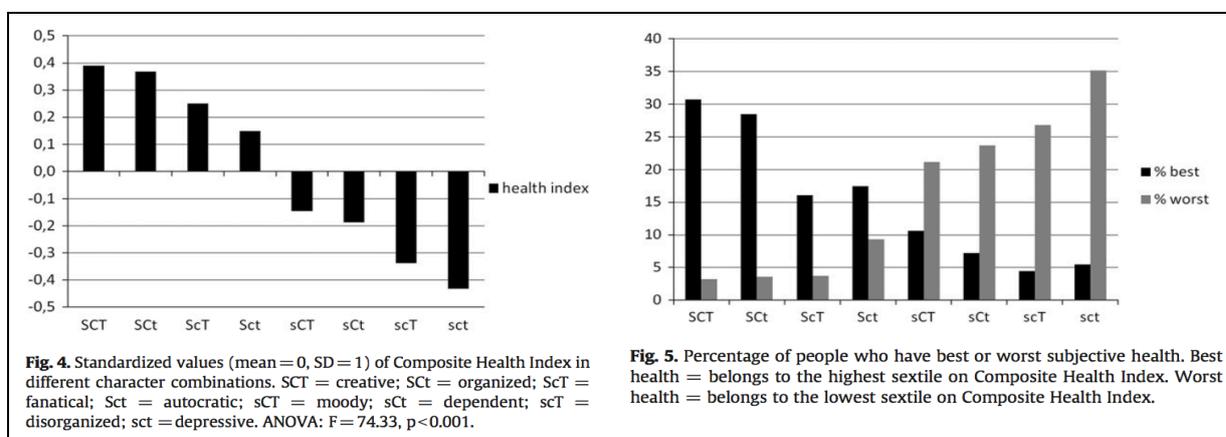
O bem-estar é pouco relacionado com idade, gênero, raça, educação, nem tem relação com o enriquecimento material. É associado com herança de traços de personalidade, com trabalho, amizade e valores espirituais. Desenvolvimento da autoconsciência pode gerar de forma consistente a felicidade e satisfação com a vida, e uma personalidade íntegra e madura (CLONINGER, 2004). Para o autor, são três os princípios de um bem estar e viver de forma coerente: trabalhar em serviço do outro, que envolve respeito e gentileza; deixar fluir, considerando empatia e reflexão; e se desenvolver com consciência, que implica em capacidade de adaptação, humildade e constante aprendizado.

Há diferentes maneiras de se avaliar o bem estar: afetos positivos, afetos negativos, satisfação da vida, percepção do suporte social e percepção do próprio estado de saúde. As diferentes configurações de caráter constataam uma relação com medidas de bem-estar, destacando-se Autodirecionamento como tendo um forte impacto na saúde (CLONINGER, 2004). Pessoas que apresentam maturidade nas três dimensões do caráter, dificilmente irão evoluir para um quadro psiquiátrico, mesmo sofrendo uma grande perda ou desastre em suas vidas. Indivíduos que mantêm uma coerência do Eu são resilientes e mais flexíveis para lidar com adversidades (CLONINGER, 2004). Conhecer a estrutura da personalidade do indivíduo ajuda a antecipar quais outros problemas podem apresentar, mesmo aqueles não relatados na queixa inicial.

Estudo longitudinal associou as dimensões de caráter com satisfação com a vida, saúde

subjetiva e suporte social. Os sujeitos com altos escores em Autodirecionamento e Cooperatividade apresentaram maior relação com o bem-estar (JOSEFFSON, 2011) (Figura 4).

Figura 4 : Exemplo de estudo em população geral finlandesa, comparando satisfação com a vida, saúde subjetiva e suporte social.



adaptado de JOSEFFSON et al., (2011)

Este estudo mostra como os indivíduos mais saudáveis, felizes e satisfeitos são aqueles com escores altos pelo ITC em Autodirecionamento e Cooperatividade e também Autotranscendência, chamados de *criativos* (CLONINGER et al., 2013).

Os *organizados*, com alto Autodirecionamento e Cooperatividade e baixa Autotranscendência caracterizam sujeitos autoconfiantes e responsáveis. São considerados tolerantes e prestativos com os demais, porém mais em interesse próprio ou daqueles com os quais convivem (CLONINGER et al., 2012).

Segundo Cloninger (2013), as características do perfil criativo, com escores altos nas três dimensões de caráter, garantem maior índice de felicidade e bem-estar. São mais flexíveis, resilientes, com maior capacidade de adaptação no enfrentamento de adversidades e mudanças tanto pessoais, sociais e do mundo. Poder pensar no além de si mesmo e do seu grupo social e poder considerar aspectos mais amplos de um mundo ou mesmo universo faz com que o sujeito tenha mais coerência, maior tolerância e capacidade de agir, buscando sua auto-realização em harmonia com os outros e o mundo. São considerados os mais saudáveis (CLONINGER, 2013).

A Autotranscendência por si só, sem o Autodirecionamento e Cooperatividade, não é considerada garantia para o bem-estar. Muitas vezes estes indivíduos são imaturos, podendo apresentar características esquizotípicas e pensamentos mágicos.

A saúde mental e seus transtornos são a expressão de um sistema complexo e multidimensional e como já mencionado anteriormente, envolve emoções, cognição e influência social, levando a uma variedade de síndromes e que deveriam ser consideradas como epifenômenos de dimensões subliminares e não uma única medida (CLONINGER 2004).

Não há uma relação linear entre os fatores de risco e as síndromes clínicas, e se trata principalmente de interações de um complexo sistema neuroadaptativo. O mesmo fator pode contribuir em diferentes disfunções e estas se desenvolvem a partir da interação de diferentes causas. O cérebro compartilha as mesmas estruturas para diversas categorias de doenças e funciona de forma modular (CLONINGER, 2004).

O transtorno mental pode ser caracterizado como uma perturbação clinicamente significativa tanto na cognição, regulação emocional e no comportamento, influenciada por disfunções nos processos psicológicos, biológicos ou do desenvolvimento, além de acarretar um sofrimento e interferir na funcionalidade do sujeito à nível social, profissional, familiar entre outros. O sentido de coerência, incluindo a autoconsciência, a sabedoria e o bem estar está comprometido nas doenças mentais, inclusive nos transtornos afetivos que incluem o Transtorno Depressivo Maior (DAMÁSIO,1996). Ou seja, os transtornos mentais se caracterizam por uma disfunção da personalidade.

### **1.3. O Transtorno Depressivo Maior**

#### **1.3.1. Características Clínicas**

Os critérios mais utilizados para o diagnóstico e classificação dos estados depressivos se encontram no Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-5, 2013). Segundo o DSM-5, o Transtorno Depressivo Maior (TDM) é um tipo de transtorno depressivo que se caracteriza por episódios onde há presença de no mínimo cinco dos seguintes sintomas durante o mesmo período de 2 semanas, quase todos os dias ou todos os

dias e que representem uma alteração do funcionamento anterior; sendo que pelo menos um dos sintomas seja: (1) humor deprimido, com sentimentos de tristeza e vazio ou (2) anedonia que seria a perda no interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades que antes eram prazerosas; além de diminuição ou aumento do apetite; insônia ou hipersomnias; agitação ou retardo psicomotor; fadiga ou perda de energia; sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada; capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se; pensamentos recorrentes de morte ou ideação suicida recorrente (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - APA, 2013).

Os sintomas do episódio depressivo maior devem se distinguir pela piora de um estado pré-mórbido. Humor deprimido pode ser descrito por sentimentos de tristeza, desesperança e desencorajamento, em alguns casos por um sentimento de vazio, sem sentimentos ou com sentimentos ansiosos. A perda de interesse ou anedonia quase sempre está presente no TDM e muitas vezes é referido como menor interesse por atividades ou pessoas, falta de prazer nos passatempos e retraimento social (APA, 2013). Frequentemente são acompanhados por irritabilidade, inquietação, tendência ao choro, ruminação obsessiva e autorecriminação, pensamentos sobre a morte, ansiedade, fobias, queixas de dor, preocupação excessiva com a saúde física além dos sentimentos de desvalia e prejuízo na capacidade para pensar (APA, 2013).

Em relação à gravidade, pode ser classificada em tipo leve, moderado ou grave, com características psicóticas, em remissão parcial ou em remissão completa. Segundo o DSM-5, no TDM leve o sofrimento é manejável e os sintomas geram pouco prejuízo no funcionamento social ou profissional. O TDM grave se justifica por um número de sintomas muito maior que o requerido para estabelecer o diagnóstico, o sofrimento é grave, não manejável e há um importante prejuízo na funcionalidade. O tipo moderado se situa entre os dois mencionados (APA, 2013). O TDM com características psicóticas se define pela presença de delírios e/ou alucinações.

A resposta se caracteriza por uma melhora de 50%, mas sem atingir uma recuperação adequada. Na remissão parcial a melhora é substancial, com recuperação funcional aceitável, mas com resíduo sintomático. Remissão total é considerada quando há uma total recuperação, sem sintomas durante os últimos dois meses (escore menor que 7 na escala de Depressão de Hamilton) (Teng e Cezar, 2010).

É possível se fazer o diagnóstico dos transtornos afetivos pela maneira como os

episódios afetivos se manifestam ao longo do tempo. Um episódio depressivo maior pode ser único, pode ser considerado recorrente quando num intervalo entre dois episódios de pelo menos dois meses o sujeito não apresenta os critérios diagnósticos para o TDM ou se tratar de um quadro crônico persistente, como a distímia (APA, 2013).

O TDM ainda se caracteriza pelos seguintes especificadores: com sintomas ansiosos, com características melancólicas, atípicas ou mistas, com características psicóticas congruentes ou incongruentes com o humor, com catatonia, com início no periparto ou com padrão sazonal (LAUX e MÖLLER, 2011).

### **1.3.2. Aspectos epidemiológicos**

O TDM é um quadro psiquiátrico comum, tem uma prevalência de cerca de 15% ao longo da vida e uma incidência de cerca de 5% ao ano. Afeta mais de 350 milhões de pessoas no mundo e é considerada a doença mais incapacitante (Organização Mundial da Saúde, 2001). De acordo com o “Global Burden of Diseases Project” da OMS, estima-se uma média de 4,4% dos anos de vida vividos com incapacitação e, para indivíduos com idade entre 15 e 44 anos, a depressão é responsável por 8,6% dos anos vividos com incapacitação. A prevalência é maior numa proporção de 2:1 nas mulheres (LACERDA et al., 2009).

O risco de depressão aumenta 2-3 vezes em pacientes com familiares de primeiro grau com distúrbios afetivos quando comparados a controles (KENDLER, 2000). Considera-se afetividade negativa ou neuroticismo um fator de risco importante para desenvolver a depressão em resposta a estímulos estressantes (APA, 2000).

Aproximadamente 1% dos pacientes com TDM cometem suicídio e um terço dos pacientes deprimidos são refratários aos tratamentos antidepressivos disponíveis, ou seja, permanecem com os sintomas com piora de qualidade de vida (NEMEROFF, 2007). Está associada ao aumento da morbidade e da mortalidade, não somente pelo suicídio, mas também por aumentar o risco ou piorar o prognóstico de doenças crônicas, como a doença coronária ou diabetes mellitus do tipo 2 entre outras (LAGE, 2009). Considera-se que o humor depressivo e a ansiedade desencadeiam uma série de mudanças no funcionamento endócrino e imunológico, gerando suscetibilidade para uma série de doenças (BECK e ALFORD, 2011). Além disso pode interferir na capacidade de autocuidados, pessoas com algum transtorno mental muitas vezes tem pouco cuidado com a saúde, piora nos hábitos

alimentares e sono, pouca atividade física e aderência ao tratamento diminuída. O TDM é considerado um grave problema de saúde pública, com um elevado custo socioeconômico (DIMATTEO et al., 2000).

É considerada uma doença crônica e recorrente, e há evidências de se tratar de uma doença progressiva, pois quanto mais cresce o número de episódios depressivos, maior se torna o risco de episódios subsequentes. Além disso, quanto maior for a duração dos episódios depressivos, menor é a probabilidade de remissão ou de recuperação e quanto mais cresce o número de episódios depressivos, o risco subsequente dos episódios ocorre mais pelo número de episódios que pelos eventos estressores da vida. (MALETIC et al, 2007). Estima-se que após o primeiro episódio, o risco de recorrências seja de 50%; após o segundo episódio este risco se eleva para 70-80% e após três episódios depressivos, o risco de episódios seguintes é de 90% (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001).

O TDM pode começar em qualquer idade desde a infância. Considera-se difícil avaliar a média de idade de início, pois nem sempre o primeiro episódio depressivo foi avaliado ou tratado. Estima-se que há maior risco na terceira e na quinta década (APA, 2000).

### 1.3.3. Etiopatogenia da depressão

A etiologia da depressão é multifatorial (LAUX e MÖLLER, 2008). Tanto marcadores psicopatológicos (cognição, personalidade), socioambientais (eventos vitais, estresse); e biológicos (genética, neurobiologia) são estudados na compreensão da etiologia da depressão.

Fatores ambientais e estímulos estressores, em muitos casos relacionados com experiências de perdas significativas de pessoas, emprego, status socioeconômico, entre outros (DALGALARRONDO, 2008) podem levar a uma série de reações biológicas, desencadeando ou intensificando um transtorno do humor (ANDREASEN, 2001).

Em relação à aspectos psicológicos destaca-se a presença da *triade cognitiva* que se caracteriza pela percepção negativa de si mesmo, do ambiente e do futuro. Ter uma visão negativa e persistente sobre si mesmo, sobre o mundo e sobre o futuro e elaborar e interpretar de forma errônea, faz com que o deprimido se vê envolvido em situações nas quais só podem ocorrer decepções, sofrimento ou desesperança e que ratificam novamente seus sentimentos

de inadequação e baixa autoestima, comportamento que pode ser reforçado por certos traços de personalidade (BECK et al., 1997). O sujeito com depressão mostra uma série de desvios do seu pensamento lógico, faz inferências arbitrárias, supergeneralizações e abstrações seletivas, sempre a partir de interpretações e conclusões negativas. E uma vez que faz conceitualizações negativas, é também propenso a humores negativos, paralisia da vontade, desejos de esquiva, desejos suicidas e maior dependência (BECK e ALFORD, 2011).

O estresse é um importante fator de risco. É vivenciado de forma psíquica e física e estudos indicam que alterações neurobiológicas estão relacionadas à fisiologia da depressão (LAUX e MÖLLER, 2008). Várias estruturas pré-frontais e límbicas e seus circuitos interconectados estão relacionados com a regulação afetiva, e que podem mediar a expressão do TDM, sendo as mesmas fundamentais no desenvolvimento e na expressão da personalidade. Estudos de neuroimagem indicaram certas áreas neuroanatômicas mais frequentemente envolvidas e alteradas na fisiologia da depressão quando comparados com controles saudáveis (DAVIDSON et al., 2003).

São sugeridas três regiões do córtex pré-frontal mais suscetíveis e implicadas na fisiopatologia da depressão: o córtex pré-frontal ventromedial (CPFVM), que medeia aspectos conscientes relacionados com dor (física), agressão, sexualidade, comportamento alimentar, ansiedade, tensão e ruminações depressivas, tem atividade aumentada nos deprimidos e apresenta redução de substância cinzenta (MALETIC et al, 2007); o córtex pré-frontal orbitolateral (CPFOL), considerado modulador das respostas emocionais e que avalia riscos, tem atividade aumentada no TDM; o córtex pré-frontal dorsolateral (CPFDL) mantém a função executiva, atenção sustentada e memória de trabalho e medeia parcialmente a apatia e lentificação psicomotora. No TDM o CPFDL apresenta diminuição da atividade metabólica e da substância cinzenta (MALETIC e RAISON, 2009).

Para monitorar respostas comportamentais e cognitivas, conta-se com o córtex cingulado anterior (CCA) estando a parte dorsal relacionada com o funcionamento executivo e cognitivo e a parte ventral implicada no processamento de informações emocionais e motivacionais. Quanto menor a atividade da porção dorsal, maior é a gravidade da depressão. A porção ventral parece estar relacionada a desregulação da motivação e da resposta autônoma simpática (MALETIC et al., 2007).

Na depressão a estrutura mais estudada é o hipocampo. Situa-se em área de intersecção dos circuitos límbicos, cognitivo/executivo e do sistema neuroendócrino (LAGE, 2009). É

muito vulnerável a mecanismos de neurotoxicidade induzidos pelo estresse, é modulador do humor e de grande importância na formação de memórias. Observa-se redução do volume hipocampal, sendo diretamente proporcional ao número e à duração de episódios depressivos que não foram tratados (MALETIC et al, 2007).

Como centro neuroanatômico das emoções inatas e condicionamento emocional associa-se a amígdala (SOUSA et al., 2002) que desempenha um importante papel relacionado à cognição social e reconhecimento de sinais da comunicação emocional. Em caso de lesão, observou-se comportamento de apatia, pouca espontaneidade e pouca criatividade (FUENTES et al, 2008). No TDM, a amígdala evidencia tanto atividade e tamanho aumentados e em caso de cronicidade, tende a decrescer, principalmente em mulheres (LAGE et al., 2009).

O hipotálamo tem um papel fundamental no sistema neurovegetativo. Foi demonstrado em estudos que na depressão há uma desregulação do eixo hipotálamo-pituitário-adrenal (HPA)(LAGE et al., 2009). Já o estriado ventral (nucleus accumbens) está implicado nos mecanismos neurobiológicos de recompensa e observou-se que quando estimulado ocorre melhora clínica em pacientes com TDM (MALETIC et al, 2007).

Estas estruturas pré-frontais e límbicas estão envolvidas com a regulação do humor e com a resposta ao estresse. No TDM pode haver um distúrbio na conectividade entre elas, com uma hiperativação em áreas límbicas e que estimulam o hipotálamo e o sistema simpático. Ainda observou-se uma hipoativação do córtex cognitivo e executivo (LAGE et al., 2009).

O sujeito que é submetido a estresse precoce (por abuso físico ou sexual ou perda parental, entre outros fatores), nos períodos de maior desenvolvimento do sistema nervoso central tem maior risco de depressão e ansiedade, podendo levar a disfunções permanentes da resposta ao eixo HPA ao estresse (MALETIC et al., 2007). Observou-se diferença entre deprimidos com ou sem antecedentes de estresse precoce (LAGE, 2009). Alterações neurobiológicas a longo termo são associadas com a piora da depressão, principalmente com pacientes com experiências adversas na infância, comparados com pacientes que não tiveram similar história (MALETIC et al., 2007).

O estresse crônico e a depressão geram impacto nos processos moleculares, como aumento do cortisol, o que pode causar prejuízo na neuroplasticidade e resistência celular (MANJI et al., 2003). O stress faz secretar glicocorticoides após estimulação do córtex da

glândula suprarrenal, do hormônio libertador de corticotrofina (CRH) e citocinas pró-inflamatórias. Estas podem diminuir a neurotransmissão monominérgica causando apoptose neuronal e alteração glial (MALETIC et al., 2007).

Para alguns autores, a diminuição da formação de novos neurônios é considerada um possível fator etiopatogênico na neuropatologia da depressão, justificando que o tempo de latência do efeito antidepressivo pode estar relacionado ao tempo de maturação de novos neurônios (ARANTES-GONÇALVES et al, 2006). Alterações na neurogênese do hipocampo tem como consequência perda de volume hipocampal, o que poderia explicar em parte as alterações cognitivas, da aprendizagem e da memória (ARANTES-GONÇALVES et al, 2006).

A hipótese monoaminérgica é usada na maioria dos tratamentos farmacológicos, sendo o foco dos estudos atualmente centrado nas alterações pós-sinápticas que podem ser desencadeadas pelas monoaminas, principalmente da serotonina, importante por participar na regulação dos sentimentos de calma, na redução de sentimentos de medo e ansiedade, além de participar na regulação do apetite, sono e temperatura. Ainda se destacam a dopamina e noradrenalina (BECK e ALFORD, 2011).

#### **1.3.4. Tratamento da Depressão**

Os antidepressivos são o tratamento mais comum. Nos tratamentos psicofarmacológicos com antidepressivos, entre 60 a 70% dos pacientes respondem ao tratamento na primeira escolha (dose máxima para dois meses) e 80 a 90% destes pacientes respondem na primeira ou segunda escolha do antidepressivo prescrito. Os 5–15% dos pacientes que não responderam ao tratamento apresentam depressão refratária. Considera-se resposta ao tratamento quando os sintomas são reduzidos em pelo menos 50% (TAKAHASHI et al, 2013). Estudos prospectivos mostraram que a recorrência é mais norma que exceção, e que pacientes com múltiplos episódios tem maior chance em apresentar menor idade de início do primeiro episódio, além de antecedentes familiares (MALETIC et al, 2007). Os autores ainda mencionam que pacientes recuperados podem continuar apresentando sintomas residuais e experienciar um funcionamento diminuído, o que indicaria maior vulnerabilidade e um estado da doença ativo.

Um grande número de estudos randomizados e controlados demonstraram que a intervenção psicológica é efetiva no tratamento da depressão (CUIJPERS et al., 2008). Ainda

não há estudos controlados em relação às diferentes indicações e linhas da psicoterapia (SCHRAMM e BAUER, 2011). Os tratamentos psicoterápicos são diversos e podem ser de diferentes técnicas: terapias psicodinâmicas, terapias cognitivo-comportamental, terapias cognitivas baseada em técnicas meditativas (mindfulness), terapia interpessoal, intervenções psicossociais, entre outras (LAUX e MÖLLER, 2011). É difícil avaliar a eficácia dos tratamentos em função da diversidade tanto das técnicas, duração e diferentes associações com outros tratamentos. Além disso, é necessário distinguir se a intervenção ocorre na fase aguda, na fase de manutenção do tratamento ou de profilaxia de recaídas (LAUX e MÖLLER, 2011). Muito indicado é o uso da combinação entre os psicofármacos e a psicoterapia, resultando em maior duração dos efeitos do tratamento, menor probabilidade de recorrências e maior de remissão, além de melhor readaptação social (SCHRAMM e BAUER, 2011).

Destacam-se também as terapias neuromodulatórias, como as estimulações cerebrais não invasivas, tais como a Estimulação Magnética Transcraniana (EMT) e Estimulação Transcraniana por Corrente Contínua (ETCC). Há ainda a Eletroconvulsoterapia (ECT) para casos de depressão grave, e ainda em estudo outras técnicas invasivas como a Estimulação do Nervo Vago (VNS) e a Estimulação Cerebral Profunda (DBS), também para o tratamento da depressão grave (BRUNONI, 2012).

Em relação à terapias complementares, Kessler e colaboradores (2001) observaram em estudo com população americana que o uso de terapias complementares e alternativas são mais usadas que terapias convencionais com sujeitos que apresentam distúrbios da ansiedade e depressão grave, principalmente para alívio da insônia, dores e ansiedade. Segundo o estudo, os pacientes justificam a preferência por apresentarem menores efeitos colaterais que os antidepressivos e por maximizarem efeitos dos outros tratamentos. Entre as técnicas são mencionadas técnicas de relaxamento, hipnose, medicina fitoterápica, vitaminas, yoga, acupuntura e dietas (KESSLER et al., 2001).

#### **1.4. O Temperamento e Caráter na Depressão**

Desde a primeira publicação do modelo psicobiológico de personalidade (CLONINGER, 1987), estudos investigaram a relação entre as diferentes dimensões de personalidade e possíveis fatores de vulnerabilidade, predição, estado e traço dependência e outros determinantes para o tratamento clínico da depressão.

O Inventário de Temperamento e Caráter (ITC) mensura características da personalidade e quantifica diferenças individuais na vulnerabilidade para diferentes transtornos e distúrbios mentais e comportamentais (CLONINGER e SVRAKIC, 1997).

Questionam-se algumas metodologias. Por exemplo, numa avaliação de personalidade de um indivíduo depressivo, os resultados podem não ser muito precisos por terem sido coletados por sujeitos sob o efeito do estado de humor. Desta forma, durante e mesmo após o episódio depressivo, este tipo de avaliação nem sempre é uma medida válida para se investigar a personalidade pré-mórbida (BOYCE et al, 1991). A experiência da depressão pode mudar a personalidade, deixar sintomas residuais e afetar o funcionamento da pessoa.

Foi realizada uma revisão bibliográfica apresentada a seguir, com maior ênfase aos trabalhos que fizeram uso do ITC e não do TPQ, por incluírem as dimensões de caráter. Os estudos diferem pelo tipo de pesquisa (longitudinais, transversais, ensaio-clínico e metanálise), pelo tipo de instrumentos utilizados para avaliar o temperamento e caráter (TPQ, ITC, ITC-R e ITC-125), pelos instrumentos utilizados para avaliar a depressão (Inventário de Depressão de Beck - BDI, Montgomery-Asberg Depression Rating Scale - MADRS, Escala de Hamilton de Avaliação da Depressão - HAM-D, entre outros), pelo tipo de depressão ou sintomas depressivos (Transtorno Depressivo, TDM, Distímia, Personalidade Depressiva, com ou sem risco de suicídio,) e pelo momento da realização do estudo (pacientes em remissão, início ou final do tratamento, em tratamento ou não).

#### **1.4.1. Estudos de coorte**

Os estudos de coorte são estudos do tipo observacionais, que avaliam se existe associação entre um determinado fator e um desfecho sem que haja interferência neste processo. Examinam a influência de múltiplos fatores e seus dados são coletados em seu estado natural. No caso de um estudo de coorte, os sujeitos são acompanhados ao longo do tempo, e avaliados em determinados intervalos de tempo (PORTNEY e WATKINS, 2007).

Estudos de coorte com populações gerais e amostras grandes mensuraram aspectos da personalidade como fatores de risco para a depressão (BECK e ALFORD, 2011), e mostraram que há associação direta entre Evitação de Danos e associação inversa entre Autodirecionamento e sintomas depressivos (CLONINGER et al., 2006; ELOVAINIO et al., 2004; FARMER e SEELEY, 2009; GRUCZA et al., 2003; RICHTER et al., 2003. JOSEFFSON et al., 2011).

Cloninger et al. em 2006, em estudo prospectivo de um ano com 631 indivíduos da população geral avaliados com a Escala de Depressão para Estudos Epidemiológicos (CES-D) e o Inventário de Temperamento e Caráter (ITC) no início e no final, concluíram que escores altos em Evitação de Danos e Persistência e escores baixos no Autodirecionamento são aspectos da personalidade preditivos para o desenvolvimento da Depressão Maior.

Outro estudo longitudinal de 4 anos de Elovainio et al. (2004) foi realizado com 1593 sujeitos da população geral. Também foram avaliados no início e no final deste período, com uso do ITC, BDI e escalas que avaliam suporte social e comportamento de risco. As subdimensões que indicaram maior risco para desenvolver sintomas depressivos foram altos escores em timidez (ED3), fatigabilidade (ED4), sentimentalismo (DR1) e persistência e baixos escores na subdimensão apego/ desapego (DR3).

Farmer e Seeley (2009) concluíram em estudo com ampla amostra populacional (n=591) que foi avaliada no começo e no final de um período de quatro anos, que houve evidência que Evitação de Danos, em particular ED2 (medo da incerteza) e ED4 (fatigabilidade) são marcadores para vulnerabilidade em futuros episódios depressivos.

Em estudo longitudinal com perfis de personalidade, Joseffson et al (2011) confirmam a associação de Evitação de Danos e Autodirecionamento aos sintomas depressivos. Buscaram comparar os diferentes perfis de temperamento e perceberam que as quatro possibilidades de combinações entre Busca de Novidades, Evitação de Danos e Dependência de Recompensa que se formam com os escores altos em Evitação de Danos indicaram maior tendência para sintomas de depressão. Igualmente para os perfis de caráter com 4 combinações entre as dimensões de caráter e com o Autodirecionamento baixo, foram associados com maior vulnerabilidade para depressão. Este estudo ainda indica que não é maior Evitação de Danos ou menor Autodirecionamento, mas sim uma combinação destes com outros traços de temperamento que aumentam a frequência e risco de sintomas depressivos.

Asano et al. (2015) avaliaram especificamente as dimensões Evitação de Danos e Autodirecionamento em estudo de seguimento de 4 anos com uma amostra clínica de 109 pacientes com TDM em remissão (HAM-D <7) e concluíram que o Autodirecionamento, mas não Evitação de Danos foi um fator preditivo para recorrência de futuros episódios de depressão.

Já Goekoop e colaboradores, em pesquisa prospectiva de dois anos, avaliaram a mudança da personalidade no curso de um tratamento do TDM em 58 pacientes. Fizeram uso

de diferentes escalas multidimensionais, o ITC e a escala de Compreensão Psicopatológica (CPRS). Como resultado houve uma diminuição dos escores na Evitação de Danos e um aumento no Autodirecionamento. Porém somente a dimensão Autodirecionamento correlacionou com a mudança psicopatológica. Sugerem portanto a Evitação de Danos como fator principal no transtorno depressivo.

#### **1.4.2. Estudos transversais**

Este tipo de estudo é mais econômico e fácil que os estudos de coorte pois os dados são levantados num único ponto no tempo. Estudos transversais, também do tipo observacional, têm como objetivo procurar associações entre fatores.

Alguns pesquisadores fizeram uso deste tipo de pesquisa e buscaram relacionar aspectos da personalidade com depressão, seguindo o modelo psicobiológico de Cloninger.

Grucza et al. (2003) observaram a sintomatologia em estudo populacional com 804 sujeitos e concluíram que Evitação de Danos está associada com a depressão. Escores altos em Dependência de Recompensa e Persistência estão associados com insônia e sintomas subjetivos; alta Dependência de Recompensa e baixa Persistência se mostraram inversamente associadas com perda de apetite e baixa energia. Alta Busca de Novidade está relacionada com manter o afeto positivo (PA) e dificuldades de concentração, além de mais tentativas de suicídio no passado. Este estudo, dentro de suas limitações, sugere que características da personalidade podem indicar suscetibilidade para diferentes sintomas da depressão, riscos e complicações experienciados pelo sujeito.

Com o objetivo de estudar a vulnerabilidade genética no desenvolvimento da depressão, Farmer et al. (2003) compararam 108 sujeitos com depressão e seus irmãos sem transtorno depressivo e foram comparados a uma amostra, de 105 sujeitos saudáveis com seus irmãos igualmente sem transtornos psiquiátricos. Este estudo indicou Evitação de Danos como traço-dependente. Em relação à Busca de Novidades e Autodirecionamento, assimilaram baixos escores com risco maior para a depressão. Já altos escores em Busca de Novidades, Autodirecionamento e Dependência de Recompensa foram relacionados como protetores do desenvolvimento da depressão.

Em outro estudo populacional de Jylhä e Isometsä (2005) 441 sujeitos responderam o TCI-R e o Inventário de Depressão de Beck (BDI). Nesta amostra 15,2% pontuaram para depressão leve, 5,3% para depressão moderada e 1,8% depressão grave. Os resultados do BDI

correlacionaram diretamente com Evitação de Danos e inversamente com Autodirecionamento. Ainda observou-se de forma menos intensa correlação inversa do BDI com Busca de Novidades, Dependência de Recompensa, Persistência e Cooperatividade. A dimensão Evitação de Danos correlacionou com história familiar de doença mental, o que não aconteceu com Autodirecionamento.

Em estudo transversal controlado com 47 pacientes e 120 controles saudáveis da população iraniana, os resultados foram baixos para as dimensões Persistência, Autodirecionamento e Cooperatividade quando comparados com controles (BENSAEED et al., 2014). Nesta comparação de sujeitos com TDM em remissão ( $HAM-D < 7$ ) e um grupo controle, características demográficas não tiveram uma correlação significativa com o TDM, mas sim uma correlação negativa com altos escores em Evitação de Danos e idade. Foi demonstrado uma relação entre depressão e menor Persistência, Autodirecionamento e Cooperatividade. A hipótese dos autores sobre menor Persistência entre os pacientes com TDM é que estes aprenderam a ser menos determinados em relação aos interesses e objetivos.

Estudo transversal avaliou com HAM-D e BDI 81 pacientes com TDM antes de iniciarem um tratamento antidepressivo e 51 controles. Indicou Evitação de Danos relacionado com a gravidade da depressão e sugeriu associação com as dimensões Autodirecionamento e Busca de Novidades. Ainda relacionou baixa Dependência de Recompensa com história de depressão familiar (CELIKEL et al., 2009).

Nery e colaboradores (2009) compararam 60 indivíduos saudáveis e 60 com TDM, destes 15 em remissão, os outros 45 em episódio depressivo. Os sujeitos em depressão apresentaram resultados no ITC mais altos nas dimensões Evitação de Danos, Autotranscendência e Busca de Novidades e mais baixos para Dependência de Recompensa, Autodirecionamento e Cooperatividade. No grupo de remissão observou-se somente a dimensão Autodirecionamento mais baixa. Comorbidade com transtornos ansiosos tem um efeito importante na Evitação de Danos e que por sua vez correlacionou com a intensidade da depressão e com o número de episódios.

Avaliando uma população de 472 estudantes, Peirson et al (2001) relacionaram diretamente Evitação de Danos e inversamente Autodirecionamento com humor depressivo. De forma menos significativa houve ainda correlação inversa entre Dependência de Recompensa, Persistência e Cooperatividade com os resultados do BDI e sem nenhuma relação com Busca de Novidades e Autotranscendência.

Zaninotto et al. (2015) administraram o ITC a 101 sujeitos com transtorno bipolar I, 96 com transtorno bipolar II, 101 com transtorno depressivo maior e 125 no grupo controle de saudáveis. Não houve associação entre a gravidade dos sintomas e as dimensões de personalidade. Sujeitos com TDM ou Bipolar II apresentaram menor Autodirecionamento comparados com grupo controle, assim como maior Evitação de Danos. Já o grupo de Bipolares I apresentou somente maior Autotranscendência comparado aos saudáveis.

Zi Chen et al (2011) colocam que Evitação de Danos não é especificamente relacionado ao transtorno depressivo, mas está associado com síndrome do pânico, fobia social, transtorno obsessivo-compulsivo, stress pós-traumático, anorexia nervosa, bulimia nervosa, transtorno somatoforme, esquizofrenia, insônia primária, dor, transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, transtorno do espectro autista e ansiedade. Fizeram um estudo com 469 sujeitos da população geral, com uma versão chinesa do TCI e da Escala de Depressão Autoaplicável (SDS), onde as dimensões de temperamento e caráter foram analisados em relação à sintomas positivos, negativos e somáticos. Baixo Autodirecionamento, Cooperatividade, Dependência de Recompensa e Persistência predizeram falta do humor positivo. Somente Autodirecionamento pode predizer sintomas negativos. De forma curiosa, neste estudo, maiores escores em Autodirecionamento predisseram a gravidade dos sintomas somáticos. A partir dos resultados, os autores associaram alta Evitação de Danos não à uma síndrome afetiva, mas à uma síndrome cognitiva. Ou seja, Evitação de Danos alta pode ser um fator de risco para uma disfunção cognitiva, deixando o indivíduo mais vulnerável para a ansiedade em diferentes tipos de psicopatologias.

Em estudo transversal com perfis de personalidade, Joseffson et al (2011) confirmam as dimensões Evitação de Danos e Autodirecionamento relacionados à Depressão. Além disso, os chamados ‘sensíveis’ (com alta Busca de Novidades, Evitação de Danos e Dependência de Recompensa) e os ‘fanáticos’ (alto Autodirecionamento, baixa Cooperatividade, alta Autotranscendência) se apresentaram como muito vulneráveis para sintomas depressivos.

Richter et al. (2000) compararam 126 pacientes hospitalizados em tratamento farmacológico e psicoterapêutico de 2 meses, com grupo de 126 saudáveis, pareados por sexo e idade. Observaram que Evitação de Danos se mostrou elevada no início do estudo, apresentando redução significativa pós tratamento, porém continuando com maiores escores que os saudáveis. Os deprimidos com transtornos recorrentes e que apresentavam em comorbidade transtornos ansiosos, foram relacionados com caráter imaturo, com Autodirecionamento e Cooperatividade mais baixa, independente do tratamento.

Em estudo com 40 deprimidos e 40 saudáveis a dimensão Evitação de Danos foi maior e Autodirecionamento menor no grupo de depressão que o grupo controle. Os autores associaram Evitação de Danos, Autodirecionamento e Cooperatividade à gravidade da depressão, com o uso do HAM-D (HANSENNE et al. 1999).

Hansenne e Bianchi em 2009 realizaram um estudo comparativo para avaliar a inteligência emocional e personalidade entre 54 sujeitos com TDM e 54 controles sem depressão. Foi verificado tanto estado como traço dependência para personalidade com alta Evitação de Danos e com resultados baixos para Persistência, Autodirecionamento e Cooperatividade. Em relação à inteligência emocional, a amostra mostrou que não há diferenças entre os dois grupos, e que fica afetada somente durante o estado clínico.

Um estudo comparou 52 pacientes eutímicos com diagnóstico de depressão prematura recorrente com 89 sujeitos sem depressão como controle. O objetivo deste estudo foi examinar uma amostra com jovens adultos que apresentam um subtipo de depressão fortemente influenciado por fatores genéticos (SMITH et al., 2005). Foram observados escores significativamente maiores para Evitação de Danos e menores para Autodirecionamento quando comparado ao grupo controle.

Pacientes refratários comparados com grupo em remissão e controle saudável, apresentaram subdimensões de Evitação de Danos elevado, baixa Dependência de Recompensa (apego), baixo Autodirecionamento (responsabilidade, determinação, habilidade pessoal e segunda natureza) e baixa Cooperatividade (empatia e solidariedade). Os autores sugerem que uma longa história de depressão refratária pode induzir mudanças no caráter, que podem persistir após a melhora do quadro (TAKAHASHI et al., 2013), e que baixa Dependência de Recompensa e baixa Cooperatividade possam ser possíveis fatores de risco para depressões refratárias.

### **1.4.3. Ensaio Clínico**

Em estudo (HRUBY et al., 2009) com 30 pacientes com depressão leve e moderada, foram observadas mudanças nas seguintes dimensões durante e após tratamento antidepressivo: diminuição da dimensão Evitação de Danos, aumento da Persistência e diminuição na Autotranscendência. Não ocorreram mudanças significativas no escore Autodirecionamento após melhora da depressão e ansiedade. Os autores comentam que mudanças nas características de personalidade estão associadas com o fator tempo, e que foram detectadas após meses de tratamento antidepressivo, mesmo quando os sintomas da

doença já haviam sido tratados previamente. Sugere que o uso do ITC pode ser útil para ajudar na decisão da duração do tratamento antidepressivo após remissão dos sintomas depressivos.

Evitação de Danos e Autodirecionamento e Cooperatividade também foram relacionadas à gravidade da depressão, tendo sido constatado serem estado-dependentes após tratamento antidepressivo (HIRANO et al., 2002). Avaliaram 108 pacientes com TDM aplicando o ITC antes e depois de um tratamento de 16 semanas de duração. Os resultados sugerem que um estado depressivo pode afetar significativamente as avaliações de Evitação de Danos e Autodirecionamento e Cooperatividade no TDM, e comentam que não se deve tirar conclusões a partir do ITC sobre os traços de personalidade do sujeito enquanto estiver em episódio depressivo.

Kampman et al. (2012) avaliaram a personalidade com o ITC em 98 pacientes antes e depois de um tratamento antidepressivo de 6 semanas, usando o MADRS. Os sujeitos com TDM comparados com a população geral, tinham tanto antes como depois a dimensão Evitação de Danos mais alta.

Comparando 40 pacientes deprimidos com grupo controle, Marjnissen et al. (2002) constataram as dimensões Evitação de Danos elevado e Autodirecionamento baixo, porém estes escores do ITC não predisseram respostas do tratamento com antidepressivo. Neste estudo observou-se pouca mudança nos escores quando houve redução dos sintomas depressivos, indicando traços de personalidade mais duradouros. Os autores justificam o resultado, acreditando que o fator traço x estado não fica claro, quando se leva em consideração que uma mudança no autoconceito é um processo mais lento que mudanças dos sintomas psiquiátricos.

#### **1.4.4. Metanálise**

Kampman e Poutamen (2011) estudaram, em metanálise, dimensões relacionadas somente a dimensões de temperamento, não incluindo dimensões de caráter. Nesta análise Busca de Novidades e Dependência de Recompensa não apresentaram uma correlação direta com estado depressivo, já a Evitação de Danos é mais alta durante episódios depressivos e melhora após tratamento. Este estudo também confirmou uma associação significativa entre Evitação de Danos e gravidade da depressão. Mencionam em sua revisão Pelissolo e Corruble (2002) que sugerem Evitação de Danos como fator de vulnerabilidade, ao menos

associado aos transtornos depressivos. Outros estudos em populações gerais com amostras grandes mostraram todos uma associação positiva entre Evitação de Danos maior e Autodirecionamento menor e sintomas depressivos (CLONINGER et al., 2006; ELOVAINIO et al., 2004; FARMER e SEELEY, 2009; GRUCZA et al., 2003; RICHTER et al., 2003).

Miettunen e Raevuori (2012) fizeram uma metanálise baseada somente em dimensões de temperamento relacionados a transtornos psiquiátricos, inclusive transtornos depressivos. Evitação de Danos foi comparado com grupos controle e teve escores mais altos em todas as categorias psicopatológicas, exceto em indivíduos com transtorno de dependência de álcool. Em relação aos transtornos depressivos, os autores concluem que Evitação de Danos é tanto estado como traço dependente, e que com a melhora da depressão estes escores diminuem, porém continuam mais elevados que nos grupos de controle saudáveis. Evitação de Danos correlaciona inversamente com a resposta ao tratamento antidepressivo e diretamente com a gravidade da depressão. Sugerem que Evitação de Danos seja relacionado a um fator de vulnerabilidade familiar.

Estudo de Zaninotti et al. (2015) examinou detalhadamente a literatura relacionada com o modelo de personalidade de Cloninger nos transtornos afetivos. Incluíram sujeitos com transtornos de humor (Bipolar I, Bipolar II e TDM), irmãos destes sem transtornos psiquiátricos e sujeitos saudáveis para controle. Concluíram que Evitação de Danos elevado e Autodirecionamento baixo foram relacionados com transtorno de humor e com amostra de irmãos. TAB foi caracterizado com escores mais altos com Busca de Novidades e Autotranscendência, que sujeitos dos grupos controle e TDM. Eutimia foi associado com redução da Evitação de Danos e aumento na Dependência de Recompensa, Autodirecionamento e Cooperatividade.

Em resumo (tabela 6), os diversos estudos sugerem que pacientes deprimidos, mesmo em estado de remissão, tem maiores escores em Evitação de Danos comparado com sujeitos saudáveis e que a gravidade da depressão correlaciona-se com Evitação de Danos. Outras dimensões de temperamento não demonstraram associações significantes. Em relação ao caráter, as dimensões Autodirecionamento e Cooperatividade tiveram resultados mais baixos na maior parte dos estudos em sujeitos com depressão ou sintomas depressivos.

Tabela 6: Estudos sobre avaliação de temperamento e caráter na Depressão

Estudo	País	Desenho do Estudo	Critério Diagnóstico	TPQ/ITC	TDM/ n	CS/n	PG/n	BN	ED	DG	P	AD	C	AT	Observações
Asano et al., 2015	Japão	coorte	HAM-D/ DSM-IV	ITC	109							↓			4 anos/em remissão/ ED e AD
Cloninger et al. 2006	USA	coorte	CES-D	ITC			631					↓			1 ano
Elovainio et al. 2004	Finlândia	coorte	BDI	ITC			1576					↓			4 anos
Farmer & Seeley 2009	EUA	coorte	CES-D	ITC-R			591					↓			2 anos
Goekoop et al. 2011	Holanda	coorte	CPRS	ITC	58							↓			10 anos / perfis de personalidade
Josefsson et al. 2011	Finlândia	coorte	BDI	ITC-R				↑				↓			
Abrams et al. 2004	Coréia Sul	transversal	HAM-D	ITC-R	35	36						↓			somente ED
Bensaeed et al. 2014	Irã	transversal	SCID-I / DSM-IV	ITC	47	120					↓	↓			TDM em remissão
Celikel et al. 2009	Turquia	transversal	HAM-D/ BDI / DSM-IV	ITC	81	51					↓	↓			sem antidepressivo
Farmer et al. 2003	Reino Unido	transversal	SCAN/BDI/DSM-IV	ITC	108	105					↓	↓			comparados aos irmãos
Gruca et al. 2003	USA	transversal	CES-D	ITC			804					↓			somente temperamento
Hansenne et al. 1999	Bélgica	transversal	HAM-D	ITC	40	40						↓			
Hansenne&Bianchi 2009	Bélgica	transversal	HAM-D/ DSM-IV	ITC-R	54	54					↓	↓			
Josefsson et al. 2011	Finlândia	transversal	PSS	ITC-R			1940					↓			perfis de pers./ bem-estar
Jylhä et al. 2005	Finlândia	transversal	BDI	ITC-R	60	60		↑				↓			
Nery et al. 2009	EUA	transversal	HAM-D/ DSM-IV	ITC			471					↓			
Peirson et al. 2001	África do Sul	transversal	BDI	ITC	126	126						↓			sintomas depressivos
Richter et al. 2000	Alemanha	transversal	CIDI/ BDI/ ICD-10	ITC	52	89						↓			Depressão unipolar
Smith et al. 2005	Reino Unido	transversal	HAM-D/BDI	ITC-125	35+35	174						↓			TDM em remissão
Takahashi et al. 2013	Japão	transversal	HAM-D/ DSM-IV	ITC-125								↓			refratários
Zaninotto et al. 2015	Itália, Áustria, China	transversal	HAM-D/YMRS/ SCID-I SDS	ITC/ITC-R TCI	101	125						↓			TDM em remissão
Zi Chen et al. 2011		transversal					469					↓			sint. somáticos, positivos e negativos
Hirano et al. 2002	Japão	ensaio clínico	HAM-D/DSM-IV	TCI	108							↓			TDM leve/moderado
Hruby et al. 2009	Croácia	ensaio clínico	MADRS / ICD-10	ITC-R	30						↓	↓			TDM moderado
Marjmissen et al. 2002	Holanda	ensaio clínico	HAM-D/MADRS/DSM-IV	ITC	35							↓			
Kampman et al. 2012	Finlândia	ensaio clínico	MADRS	ITC	98							↓			
Kampman, Poutanen 2011	Finlândia	metanálise	DSM-IV, ICD-10, RDC	TPQ, ITC, ITC-R											somente temperamento
Miettunen, Raevuori 2012	Finlândia	metanálise		TPQ, ITC, ITC-R											somente temperamento
Zaninotto et al. 2015	Itália	metanálise		TPQ - ITC								↓			

TDM=Transorno Depressivo Maior, TD- Transorno Depressivo, PD Personalidade Depressiva, PG=População Geral, CS=Controle Saudável, n=número, TPQ=Questionário Tridimensional de Personalidade, ITC=Inventário de Temperamento e Caráter, ITC-R=Inventário de Temperamento e Caráter Revisado, BDI=Inventário de Depressão de Beck, HAM-D =Escala de Hamilton de Avaliação da Depressão, HAM-A=Escala de Hamilton de Avaliação de Ansiedade, MADRS=Escala de Depressão de Montgomery e Asberg, ICD-10=International Classification of Diseases 10th Revision, DSM-4=Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, RDC=Research Diagnostic Criteria, PSS=Perceived Social Support, CES-D- Center for Epidemiological Studies depression scale, SCAN - Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry, CPRS Comprehensive Psychopathological Rating Scale, YMRS - Young Mania Rating Scale, SCID-I=Structured Clinical Interview for Depression, SDS=Zung Self-Rating Depression Scale, CIDI- Composite International Diagnostic Interview, BN=Busca de Novidades, ED=Evitação de Danos, DR=Dependência de Recompensa, P=Persistência, AD=Auto-Direcionamento, C=Cooperatividade, AT=Auto-Transcendência

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. Relevância Prática do Estudo**

Como já abordado, o TDM é considerado uma síndrome grave e de difícil tratamento com uma alta prevalência dentro da população geral.

O estudo propõe contribuir para uma abordagem sobre os traços de personalidade característicos da Depressão Maior do tipo moderada a grave, em sujeitos sem uso de medicação antidepressiva por no mínimo três semanas.

Há poucos estudos na população brasileira com o ITC que investigam o nível de impacto de determinados fatores da personalidade na expressão clínica da depressão e até onde sabemos, nenhum abordando especificamente o TDM, principalmente com sujeitos sem uso de medicação antidepressiva no momento da coleta de dados.

Por se tratar de uma pesquisa transversal comparando deprimidos com saudáveis, não será abordada a questão do tratamento e sua evolução no tempo. Considerando que se trata de uma amostra relativamente grande (n=103 para cada grupo), espera-se que o presente estudo possa contribuir com dados sobre a influência de dimensões de temperamento e caráter na personalidade do indivíduo com transtorno depressivo. Destaca-se sua importância para uma melhor compreensão entre traços de personalidade e depressão, sua relevância para a prática clínica, e maior entendimento das características relacionadas aos subtipos, padrões de comorbidade, a etiopatogênese e o curso do desenvolvimento. Além disso acredita-se que o estudo da personalidade pode ajudar na decisão de medidas preventivas, intervenções precoces e na escolha e monitoração do tratamento.

### **2.2. Objetivo Principal**

O objetivo principal do estudo é comparar as dimensões de temperamento e caráter entre indivíduos com TDM e indivíduos saudáveis.

### **2.3. Objetivos Secundários**

Como objetivo secundário busca-se correlacionar no grupo dos deprimidos, as

dimensões do ITC com outras variáveis como dados sociodemográficos, tipos de depressão, gravidade e refratariedade.

Ainda tem-se como objetivo, em caráter exploratório a comparação das demais dimensões e subdimensões do Inventário de Temperamento e Caráter no grupo dos deprimidos e no grupo controle.

#### **2.4. Hipótese**

A hipótese principal é que os indivíduos com depressão apresentem Evitação de Danos significativamente maior e Autodirecionamento significativamente menor quando comparados ao grupo controle. A hipótese nula é que não haja diferença das dimensões Evitação de Danos e Autodirecionamento ou diferença na dimensão Evitação de Danos ou diferença na dimensão Autodirecionamento comparados nos dois grupos.

A hipótese secundária é que o grupo de saudáveis apresente significativamente a dimensão Autodirecionamento maior e Cooperatividade maior quando comparados ao grupo de deprimidos. A hipótese nula é que as dimensões Autodirecionamento e Cooperatividade dos saudáveis sejam iguais ou menores que o grupo dos deprimidos ou que a dimensão Autodirecionamento ou a dimensão Cooperatividade seja igual ou menor comparado com o grupo de deprimidos.

### 3. CASUÍSTICA E MÉTODO

#### 3.1. Desenho do estudo

O enfoque metodológico utilizado é do tipo observacional, transversal com uma comparação de dois grupos pareados por sexo e idade :

1. Grupo 1: sujeitos com TDM do tipo moderado a grave
2. Grupo 2: sujeitos saudáveis

#### 3.2. Sujeitos

##### 3.2.1. Grupo dos sujeitos deprimidos

O estudo de corte transversal incluiu 103 sujeitos deprimidos pareados por sexo e idade com 103 controles saudáveis. Todos os pacientes com TDM fizeram parte do estudo ELECT-tDCS, um ensaio clínico randomizado, duplo-cego, placebo-controlado de não-inferioridade que compara a eficácia da Estimulação Transcraniana por Corrente Contínua com um antidepressivo (Escitalopram) no TDM (BRUNONI et al., 2015).

Nesta pesquisa, os voluntários foram examinados por psicólogos e psiquiatras treinados na avaliação de transtornos de humor e no uso de escalas clínicas. Após triagem inicial via *e-mail*, os sujeitos passaram por uma entrevista presencial, onde foram avaliados e orientados a interromper o tratamento antidepressivo pelo menos três semanas antes de começar o estudo. Ou seja, no momento de coleta dos dados, o sujeito não usava antidepressivos.

Todos os dados utilizados nesta pesquisa foram coletados no momento do início do estudo, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário da USP. Neste dia responderam a diferentes testes, exames, dados sociodemográficos, escalas de humor e o ITC.

Os critérios de inclusão para os sujeitos com depressão foram: (a) idade entre 18-75 anos; (b) escore inicial na escala de Hamilton de 17 itens (HAMD17)  $\geq$  17; (c) possuir diagnóstico de depressão unipolar; (d) ler, escrever e compreender português.

Os critérios de exclusão foram: (a) episódios prévios de mania ou hipomania e/ou diagnóstico de transtorno afetivo bipolar; (b) outros diagnósticos psiquiátricos, como esquizofrenia, dependência de substâncias, transtornos de personalidade, entre outros (transtornos de ansiedade, desde que em comorbidade ou como consequência do transtorno depressivo, puderam ser incluídos); (c) diagnósticos clínicos e neurológicos graves; (d) ideação suicida com planejamento ou tentativa de suicídio nas últimas 4 semanas; (e) sintomas depressivos melhor explicados por outra condição clínica (hipotireoidismo, anemia, etc.) ou outros transtornos psiquiátricos.

### **3.2.2. Grupo controle**

Os 103 sujeitos controle pareados por sexo e idade com o grupo dos deprimidos assinaram igualmente o TCLE da pesquisa ELECT-tDCS ou uma versão adaptada para a pesquisa atual.

Os critérios de exclusão foram não possuir diagnóstico de transtorno psiquiátrico ou neurológico, sendo o Inventário de Depressão de Beck (BDI)  $> 12$  o critério na avaliação de transtorno afetivo ou de humor na triagem dos voluntários saudáveis. Este grupo não passou por entrevista presencial e preencheu as seguintes escalas autoaplicáveis fora do local da pesquisa: o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, dados sociodemográficos, o ITC, a Escala de Depressão de Beck, o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE-T e IDATE-E) e a Escala de Afetos Positivos e Negativos (PANAS).

Foram distribuídos em média 300 questionários para indivíduos oriundos de diferentes contextos e condições socioeconômicos da Grande São Paulo, por recrutamento do próprio pesquisador ou por conhecidos deste. Em torno de 140 voluntários responderam a pesquisa, destes foram selecionados 103, conforme os critérios de inclusão ou exclusão. Os sujeitos que não retornaram os questionários alegaram esquecimento, se queixaram da extensão do teste, entre outros motivos. Alguns questionários não puderam ser incluídos por terem escores maiores que 12 na escala de depressão de Beck, ou por não terem completado o ITC, por falta de assinatura e preenchimento correto dos dados sociodemográficos, por não estarem dentro dos critérios do pareamento com o grupo caso, entre outros motivos.

### **3.3. Instrumentos**

Foram utilizados os seguintes instrumentos para a coleta de dados:

#### **3.3.1. Ficha Demográfica e Clínica**

O perfil demográfico-clínico dos pacientes e grupo controle foi avaliado através das seguintes variáveis: gênero, idade, escolaridade, condição econômico-social, atividade física, psicoterapia, religião e etnia. Outros dados foram respondidos somente pelo grupo da Depressão: presença de comorbidades clínicas e psiquiátricas, refratariedade ao quadro depressivo atual, idade do primeiro episódio depressivo, número de episódios depressivos durante a vida.

#### **3.3.2. Escala de Hamilton para Avaliação da Depressão (HAM-D) (HAMILTON, 1960)**

É um instrumento aplicado por um entrevistador, com questionário de múltipla escolha com uma escala de 3 ou 5 pontos em escala Likert, para avaliar o grau de gravidade da depressão. O instrumento investiga como o paciente tem se sentido nos últimos sete dias, incluindo o dia da aplicação.

Em 1960 Max Hamilton publicou a primeira versão da escala, tendo sido revisada inúmeras vezes. É aplicada por um profissional treinado, indicado para adultos, sendo utilizada neste estudo a versão de 17 itens, relacionados à sintomas de humor, culpa, ideação suicida, insônia, agitação, ansiedade, perda de apetite e sintomas físicos (FREIRE et al., 2014).

O autor não definiu os pontos de corte, porém aceita-se de um total de pontos entre 0 e 54 no HAM-17 como gravemente deprimido uma pontuação acima de 25 pontos, entre 18 e 24 pontos pacientes moderadamente deprimidos, entre 7 e 17 pontos pacientes com depressão leve (FREIRE et al., 2014).

#### **3.3.3. Montgomery-Asberg *Depression Rating Scale* (MADRS) (MONTGOMERY e ASBERG, 1979)**

É um instrumento de rastreio, aplicado por um entrevistador, composto de 10 itens com classificação de 0 a 6 em escala Likert para cada questão. Avalia aspectos biológicos, cognitivos, afetivos e comportamentais tais como: tristeza aparente, tristeza relatada, tensão

interior, alteração do sono, diminuição do apetite, dificuldade de concentração, incapacidade de sentir, pensamentos pessimistas, pensamentos de morte e suicidas. Avalia mudanças clínicas no curso do tratamento.

O máximo de pontuação é 60 e considera-se entre 0 a 6 normal e sem sintomas, entre 7 e 19 depressão leve, entre 20 e 34 depressão moderada e mais de 34 depressão grave.

#### **3.3.4. Escala de Depressão de Beck (*Beck Depression Inventory -BDI*) (BECK et al., 1961)**

Foi criada por Aaron Beck em 1978 e consiste em um questionário de autorelato com 21 itens de múltipla escolha para medir a intensidade da depressão.

Na população brasileira foi validado por Gorenstein e Andrade (1996). É utilizada em contextos clínicos e em pesquisa. O ponto de corte define se os sintomas depressivos são mínimos entre 0 a 11 pontos, leves de 12 a 19 pontos, moderados de 20 a 35 pontos ou graves entre 36 a 63.

#### **3.3.5. Escala de Afetos Positivos e Negativos (*Positive and Negative Affect Schedule - PANAS*) (WATSON et al., 1988)**

O PANAS, elaborada por Watson, Clark e Tellegen em 1988, compreende duas escalas de humor, uma para medir afetos positivos e outra para afetos negativos. São 20 itens (10 para afetos positivos e 10 para os negativos), apresentados em uma escala *Likert* de 5 pontos.

#### **3.3.6. Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE-T e IDATE-E) (BIAGGIO, 1979)**

Foi desenvolvido por Spielberger, Gorsuch e Lushene (1970). O IDATE é um instrumento utilizado para quantificar e avaliar a ansiedade enquanto estado (IDATE-E), refletindo um estado de reação transitória relacionada a uma situação de adversidade de determinado momento. E enquanto traço (IDATE-T), referindo-se a uma situação mais estável, relacionada à propensão do indivíduo ao longo da vida em lidar com maior ou menor ansiedade em contextos e situações diversas. As duas escalas estado tem 20 itens apresentados em uma escala *Likert* de 4 pontos. Na padronização brasileira (GORENSTEIN et al., 1995) são considerados escores médios os valores 33 - 49 para ansiedade-traço, baixos os escores menores que 33 e altos acima de 49.

### 3.3.7. Inventário de Temperamento e Caráter (ITC) (CLONINGER et al, 1993)

Foi desenvolvido por Cloninger e investiga quatro traços de temperamento (Evitação de Danos, Busca de Novidades, Dependência de Recompensa e Persistência) e três traços de caráter (Autodirecionamento, Cooperatividade e Autotranscendência).

É um instrumento autoaplicável composto de 240 itens com as opções de verdadeiro ou falso. As suas respostas resultam em escores para cada item do teste.

A versão utilizada neste estudo foi traduzido e adaptado para a população brasileira por Fuentes et al. (2000). A versão ITC-revisado, não utilizada neste estudo, foi validada e normatizada para população brasileira por Gonçalves e Cloninger (2010) a partir de amostra de 595 sujeitos.

- Busca de Novidades – Escores variam de 0 a 40; média (DP): 17,2 (5,7)  
BN1: excitabilidade exploratória x rigidez; BN2: impulsividade x reflexão; BN3: extravagância x reserva; BN4: desordenação x organização.
- Evitação ao Dano – Escores variam de 0 a 35; média (DP): 14,9 (5,7)  
ED1: preocupação antecipatória x otimismo; ED2: medo da incerteza x confiança; ED3: timidez x sociabilidade; ED4: fatigabilidade e astenia x vigor.
- Dependência de Recompensa – Escores variam de 0 a 24; média (DP): 15,8(4,1)  
DR1: sentimentalismo x insensibilidade; (DR2: este subdimensão foi realocada como quarta dimensão de temperamento Persistência); DR 3: apego x desapego; DR4: dependência x independência.
- Persistência (P) – Escores variam de 0 a 8; média (DP): 5,9(1,5)
- Autodirecionamento – Escores variam de 0 a 44; média (DP): 32,6(7,8)  
AD1: responsabilidade x atribuição de culpa a outrem; AD2: determinação x metas não objetivas; AD3: desembaraço x apatia; AD4: auto-aceitação x autorecusa; AD5: segunda natureza congruente.
- Cooperatividade – Escores variam de 0 a 42; média (DP): 33,4 (5,0)  
C1: aceitação social x intolerância.;C2: empatia x desinteresse social; C3: utilidade x inutilidade; C4: compaixão x vingança; C5: generosidade x egoísmo.

- Autotranscendência – Escores variam de 0 a 33; média (DP): 14(8,4)

AT1: Altruísmo x Autoconsciência; AT2: Identificação Transpessoal; AT3: aceitação espiritual x materialismo.

### **3.4. Análise Estatística**

As duas amostras foram pareadas por sexo e idade (mais ou menos 5 anos). Utilizou-se o programa SPSS versão 21 (IBM – SPSS *Statistics – version 21*). Foi realizada a comparação das médias entre o grupo de deprimidos e o grupo controle com o teste-t para variáveis contínuas e frequência e  $\chi^2$  ou chi-quadrado para variáveis categóricas. Múltiplas correlações foram realizadas para analisar as diversas variáveis dentro do mesmo grupo. Para tal foi usado o coeficiente de correlação de Pearson. O nível de significância foi estipulado em 5%. Foi utilizado o teste Bonferroni para corrigir a possibilidade de resultados falso-positivos e na comparação das 7 dimensões entre os dois grupos utilizou-se  $p \leq 0,007$ , e  $p \leq 0,002$  para as 25 subdimensões.

## 4. RESULTADOS

### 4.1. Características Sociodemográficas

A amostra foi composta por 103 sujeitos (34 homens e 69 mulheres) para cada grupo, com idade média de 44,6 (13,13) para os deprimidos e 43,8 (14,01) anos para os saudáveis. A comparação das características sociodemográficas entre os grupos está descrita na tabela 7.

O grupo controle de sujeitos saudáveis, sem depressão, BDI 4,2(3,3), foi pareado por sexo e idade. Em relação à escolaridade não houve diferença significativa entre os grupos e tampouco nas características de etnia e religião, sendo a maioria branca e católica nos dois grupos.

Na comparação dos dados sociodemográficos coletados entre os grupos destacou-se como relevante o estado civil, ocupacional e de atividade física. Os resultados indicaram prejuízo importante no funcionamento social e ocupacional da vida do indivíduo com TDM, e que refletem o fato do TDM ser considerado uma das doenças mais incapacitantes (WHO, 2001).

Em relação ao estado civil observou-se que entre os deprimidos há significativamente mais solteiros e divorciados que no grupo controle e que indica que a depressão está associada com maiores dificuldades em estabelecer ou manter relacionamentos. Pode ser causa ou consequência do seu adoecimento, gerar ou ser influenciado por situações de perda e ou rompimento de laços familiares. Considera-se que o acúmulo de eventos de vida estressantes, incluindo separações e divórcio, pode predispor uma pessoa a episódios de depressão (BLAZER, 2000). Estar casado tem sido relacionado com aumento nos níveis de bem-estar subjetivo, principalmente associado ao senso de apoio social (HENNA, 2011).

Ainda verificou-se significativa diferença no status ocupacional. Comparando a variável 'estar trabalhando', o grupo dos deprimidos destacou-se, pois apenas um terço desta população trabalha, em contrapartida de praticamente dois terços no grupo controle. Ainda observa-se uma taxa de desempregados no grupo dos deprimidos muito maior, numa relação de 30% contra 2% do grupo sem depressão.

Um comprometimento da capacidade ocupacional e desemprego é esperado na Depressão Maior, com importante diminuição da produtividade e altas taxas de absenteísmo no trabalho (KESSLER et al., 1999). Isto produz um impacto social com perda no status

econômico para o indivíduo e seus familiares e em efeito cascata leva a um maior comprometimento nos cuidados da saúde, da família e no desempenho dos papéis sociais (LACERDA, 2009). Foi previsto pela OMS que em 2020, a depressão será a segunda causa de perda de dias de trabalho por doença no mundo (JARDIM, 2011). Há indícios que em casos de remissão da depressão acontece um aumento da produtividade ocupacional, o que é pouco observado nos casos de TDM em remissão parcial, depressão refratária e depressão associada com sintomas dolorosos (SCHOENBAUM et al., 2001).

Por outro lado vale destacar que o estresse provocado diante do início de um trabalho novo, de mudanças nas condições de trabalho e sobretudo do desemprego é fator de risco para depressão no mundo do trabalho (BLAZER, 2000). Já Almeida Filho (1981), em estudo epidemiológico associou o desemprego a adoecimento mental: a falta de emprego e a insegurança decorrente deste são índices de risco para depressões (JARDIM, 2011). Segundo Jardim (2011), o trabalho tem um valor simbólico tanto individual, coletivo e social, ocupando um lugar central na vida e na identidade do sujeito. Quando este laço é rompido, o sujeito fica profundamente abalado.

A baixa aderência aos cuidados com a saúde ou falta de interesse em atividades físicas fica visível na comparação entre os dois grupos. Além da anedonia e da falta de motivação, o indivíduo com depressão apresenta uma variedade de outros sintomas que podem influenciar negativamente a disposição em praticar atividade física, entre eles queixas somáticas dolorosas e também não dolorosas, como fadiga, fraqueza, tonturas, palpitações, disfunção gastrointestinal, falta de ar, mudanças no padrão do sono e apetite, cefaleia, dores articulares e lombalgia (DUALIBI et al., 2013).

Tabela 7 . Características sociodemográficas entre o grupo dos deprimidos e grupo controle

<b>Características sociodemográficas</b>	<b>Deprimidos</b>	<b>Controle</b>	<b>Total do grupo %</b>	<b>P valor</b>
<b>Sexo, n (%)</b>				1
Feminino	69(66,9)	69(66,9)	66,9	
Masculino	34(33)	34(33)	33,0	
<b>Idade M(DP), n (%)</b>	44,6(13,13)	43,8 (14,01)		0,67
<b>Etnia M(DP), n (%)</b>				0,077
Branco	78(38,8)	88(88,9)	82,6	
Negro	5(4,9)	4(4)	4,5	
Amarelo	3(2,9)	0(0)	1,5	
Pardo	15(14,7)	6(6,1)	10,4	
Outros	1(1)	1(1)	1	
<b>Religião M(DP), n (%)</b>				0,878
Católico	44(44)	43(43)	43,5	
Evangélico	11(11)	8(8)	9,5	
Judeu	1(1)	1(1)	1	
Espírita	18(18)	15(15)	16,5	
Ateu	5(5)	5(5)	5	
Não tem	13(13)	14(14)	13,5	
Outro	8(8)	14(14)	11	
<b>Estado Civil, n (%)</b>				<b>0,001</b>
Solteiro	45(43,7)	37(35,9)	40,2	
Casado	<b>37(35,9)</b>	<b>61(59,2)</b>	47,6	
Divorciado	18(17,5)	5(4,8)	11,2	
Viúvo	2(1,9)	0(0)	1,0	
<b>Ocupação, n (%)</b>				<b>&lt;0,001</b>
Trabalhando	<b>36(35,6)</b>	<b>77(77)</b>	56,2	
Desempregado	<b>30(29,7)</b>	<b>2(2)</b>	15,9	
Estudante	6(5,9)	12(12)	9,0	
Aposentado	12(11,9)	4(4)	8,0	
Afastado	10(9,9)	4(4)	7,0	
Do Lar	3(3)	0(0)	1,5	
Outros	4(4)	1(1)	2,5	
<b>Atividade Física, n (%)</b>				<b>&lt;0,001</b>
baixa	<b>74(74,7)</b>	<b>51(51)</b>	62,8	
média	<b>18(18,2)</b>	<b>45(45)</b>	31,7	
alta	7(7,1)	4(4)	5,5	
<b>Escolaridade M(DP)</b>	15,24(4,06)	16,56 (4,32)		0,036

Valores em negrito indicam diferença significativa entre os grupos ( $p < 0,001$ )

M=média; DP= desvio padrão; n= número de sujeitos

#### **4.2. Comparação entre as diferentes dimensões de temperamento e caráter e suas subescalas entre o grupo de deprimidos e o grupo controle.**

Na comparação entre grupos destacou-se de forma significativa um maior escore no fator Evitação de Danos nos deprimidos que nos controles. As outras dimensões de temperamento não apresentaram uma diferença estatisticamente significante após aplicação do teste Bonferroni.

Os resultados revelaram que as dimensões de caráter Autodirecionamento e Cooperatividade apresentam significativamente escores menores no grupo dos deprimidos que nos controles. Não houve diferença entre grupos para a dimensão Autotranscendência.

Em caráter exploratório, foi realizada a análise comparativa com as 25 subescalas do ITC, sendo 12 de temperamento e 13 de caráter.

Os resultados da comparação do grupo de deprimidos com os saudáveis encontrados nas diferentes dimensões de temperamento e caráter estão na tabela 8.

Na dimensão Evitação de Danos, houve resultados significativamente diferentes nas subdimensões ED1, ED2 e ED4, mas não no fator ED3 na comparação dos deprimidos e grupo controle.

Todas as subdimensões de Autodirecionamento pontuaram com significância quando comparados entre os dois grupos: AD1, AD2, AD3, AD4 e AD5.

Na dimensão Cooperatividade, somente a subdimensão C5 não mostrou diferença significativa entre os grupos. As subdimensões C1, C2, C3 e C4: obtiveram resultados menores no grupo dos deprimidos.

Na dimensão Busca por Novidades, somente uma subdimensão indicou uma diferença significativa entre os dois grupos: BN1. Não houve diferença dos dois grupos entre as subdimensões BN2, BN3 e BN4.

Apesar de não haver diferença significativa na dimensão geral Dependência de Recompensa verificou-se na análise que duas subdimensões se destacam como significativamente distintas: DR1 e DR3.

Não foi verificada uma diferença significativa para a dimensão Persistência.

A dimensão Autotranscendência não revelou diferença entre os grupos, porém a subescala AT3 pontuou com significância.

Tabela 8: Comparação do ITC entre o grupo dos deprimidos e grupo controle.

	Deprimidos (n=103)	Controle (n=103)	t	P
	Média (DP)	Média (DP)		
<b>BN - Busca por Novidades / <i>Novelty Seeking</i></b>	16,48 (5,53)	18,52(5,58)	2,63	0,009
BN 1 - excitabilidade exploratória x rigidez	4,64 (2,28)	6,73 (2,09)	6,87	<b>&lt;0,001</b>
BN 2 - impulsividade x reflexão	4 (2,02)	3,94 (2,33)	-0,19	0,849
BN3 - extravagância x reserva	4,25 (2,53)	4,33 (2,21)	0,23	0,815
BN4 - desordenação x organização	3,68 (1,92)	3,51 (1,81)	-0,67	0,503
<b>ED - Evitação de Danos / <i>Harm Avoidence</i></b>	25,58 (7,15)	15,39 (6,09)	-10,99	<b>&lt;0,001</b>
ED 1 - preocupação antecipatória x otimismo	7,88 (2,59)	3,88 (2,19)	-11,95	<b>&lt;0,001</b>
ED2 - medo da incerteza x confiança	5,42 (1,70)	4,82 (1,78)	-2,52	0,012
ED3 - timidez x sociabilidade	5,80 (2,13)	3,98 (2,04)	-6,26	<b>&lt;0,001</b>
ED4 - vulnerabilidade à fadiga x vigor	6,46 (2,40)	2,70(2,11)	-11,93	<b>&lt;0,001</b>
<b>DR - Dependência de recompensa / <i>Reward Dependence</i></b>	14,13 (4,09)	15,10 (4,09)	1,70	0,091
DR1 - sentimentalismo x insensibilidade	7 (2,19)	5,90 (2,15)	-3,62	<b>&lt;0,001</b>
DR3 - vínculo social ou apego x desapego	3,43 (2,10)	5,25 (2,08)	6,21	<b>&lt;0,001</b>
DR4 - dependência de reconhecimento x independência	3,69 (1,56)	3,95 (1,28)	1,26	0,207
<b>P - Persistência / <i>Persistence</i></b>	4,61 (1,90)	5,27(1,65)	2,66	0,009
<b>AD - Autodirecionamento / <i>Self-Directedness</i></b>	21,65 (8,03)	33,43 (5,89)	12,00	<b>&lt;0,001</b>
AD1 - responsabilidade x atribuição de culpa	4,15 (1,86)	6,38 (1,47)	9,54	<b>&lt;0,001</b>
AD2 - Capacidade de estabelecer metas x falta de objetividade	3,03 (2,04)	6,41 (1,41)	13,81	<b>&lt;0,001</b>
AD3 - Desembaraço x apatia	1,90 (1,48)	3,79 (1,27)	9,83	<b>&lt;0,001</b>
AD4 - autoaceitação x autorecusa	5,88 (2,47)	7,35 (2,53)	4,23	<b>&lt;0,001</b>
AD5 - segunda natureza x incongruente	6,67 (3,24)	9,47 (2,10)	7,37	<b>&lt;0,001</b>
<b>C - Cooperatividade / <i>Cooperativeness</i></b>	29,44 (6,93)	34,14 (4,85)	5,63	<b>&lt;0,001</b>
C1 - capacidade de aceitação social x intolerância	5,32 (2,23)	6,815 (1,39)	5,77	<b>&lt;0,001</b>
C2 - empatia x desinteresse social	4,23 (1,76)	5,53 (1,31)	6,00	<b>&lt;0,001</b>
C3 - utilidade x inutilidade	5,60 (1,54)	6,43 (1,08)	4,50	<b>&lt;0,001</b>
C4 - compaixão x vingança	7,09 (2,57)	8,12 (2,01)	3,19	<b>0,002</b>
C5 - generosidade x egoísmo	7,19 (1,65)	7,29 (1,39)	0,46	0,649
<b>AT - Autotranscendência / <i>Self-Transcendence</i></b>	16,13 (6,76)	17,85 (6,38)	1,87	0,062
AT1 - altruísmo x autoconsciência	5,58 (2,81)	5,54 (2,22)	-0,11	0,913
AT2 - alta x baixa capacidade de identificação transpessoal	3,48 (2,16)	3,96 (2,27)	1,53	0,126
AT3 - espiritualidade x materialismo	7,06 (3,40)	8,35 (3,35)	2,72	<b>0,007</b>

Valores em negrito indicam diferença significativa entre os grupos

p < 0,007 (correção de Bonferroni): BN, ED, DR, P, AD, C, AT

p < 0,002 (correção de Bonferroni): BN1, BN2, BN3, BN4, ED1, ED2, ED3, ED4, DR1, DR3, DR4, AD1, AD2, AD3, AD4, AD5, C1, C2, C3, C4, C5, AT1, AT2, AT3

M=média; DP= desvio padrão; n= número de sujeitos

#### **4.3. Correlação entre as diferentes dimensões de temperamento e caráter e escalas de humor e afeto no grupo dos deprimidos.**

Na tabela 9 estão descritas as variáveis relacionadas aos traços de personalidade pelo ITC e os sintomas afetivos e de humor da amostra do grupo de deprimidos. Para tanto foi realizada uma correlação e o nível de significância foi de  $p < 0,05$ . O grupo de deprimidos teve como média no HAM-D 21,8(3,7), MADRS 26,2(7,2) e BDI 31(9,9).

Não se destacou nenhuma relação entre a gravidade da depressão e as dimensões de temperamento e caráter com o uso das escalas HAM-D e MADRS. Somente o Inventário de Depressão de Beck (BDI) correlacionou significativamente de forma direta com as dimensões Evitação de Danos e inversa com Autodirecionamento. Esta diferença entre o BDI e as escalas HAM-D e MADRS pode estar associada com o fato do BDI avaliar sobretudo sintomas cognitivo-afetivos e as outras duas escalas estarem mais centradas nos sintomas somáticos e fisiológicos (BECK, 1987).

Além disso, por se tratar de uma escala autoaplicável, o BDI assim como o ITC, pode facilitar que o indivíduo deprimido em seu estado de sofrimento tende a ter escores mais altos que o avaliador em entrevista clínica. É esperado que indivíduos com depressão moderada ou grave apresentem pensamentos ruminativos e mulheres tendem a ter maiores escores em auto-relatos (CARTER et al., 2010) que se expressariam de forma similar nas duas escalas.

No PANAS, o Afeto Positivo (PA) mostrou leve correlação direta com Busca de Novidades e Autodirecionamento, já o Afeto Negativo (NA) de forma significativa e direta com Evitação de Danos. Neste estudo, Evitação de Danos mostrou-se associado com afeto negativo e Autodirecionamento com afeto positivo. Afetos positivos seriam entusiasmo, motivação, determinação, dinamismo, calma e tranquilidade e prazer pela vida. Menores níveis de afeto positivo estão associados com anedonia e letargia (WATSON e CLARK, 1984). Afetos negativos, que participam de uma dimensão distinta dos positivos, engloba estados transitórios aversivos como constrangimento, raiva, culpa, medo, tristeza, desdém, desgosto e preocupação (WATSON e CLARK, 1984; HENNA, 2011).

Autodirecionamento, autoeficácia e autorealização estão associados a um bem-estar subjetivo, que é medido por afeto positivo e satisfação com a vida (Henna, 2011). Em estudo de Cloninger e Zohar (2011), os autores avaliaram tanto o afeto positivo quanto o afeto negativo com as oito configurações de caráter (ver tabela 5). Em relação ao afeto positivo, a mais favorável foi o tipo criativo (SCT) já descrita em item anterior. O tipo melancólico (scT)

foi significativamente o menos favorável, com escores baixos em Autodirecionamento, Cooperatividade e Autotranscendência (SVRAKIC et al., 1993) e descrito como egoísta, imaturo, emocionalmente reativo, com sofrimento inevitável. Percebe a vida como uma difícil competição com adversários hostis e possui sentimentos de vergonha, ódio e raramente emoções positivas mesmo quando algo de bom acontece. Concluem neste estudo que as configurações de caráter tem uma forte associação com diferenças individuais em relação ao bem-estar e felicidade.

A Cooperatividade não indicou contribuição na mensuração do bem-estar e a Autotranscendência apresentou forte impacto na presença de emoções positivas, o que pode indicar que pessoas com maiores resultados em Autotranscendência tenderiam a explorar a vida com mais alegria e entusiasmo (CLONINGER e ZOHAR, 2011).

Em estudo de Fiquer (2006), pacientes em depressão comparados ao grupo controle tiveram menos afetos positivos e mais afetos negativos. Indica o PANAS como instrumento sensível para diferenciar estados de ânimo patológicos de não patológicos (FIQUER, 2006).

O Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) é um dos instrumentos mais utilizados para quantificar componentes subjetivos relacionados à ansiedade. O IDATE-T reflete um estado de ansiedade transitório, reativo a uma situação do momento. Já o IDATE-E está relacionado com comportamentos mais estáveis ao longo da vida (FIORAVANTI et al., 2006). O IDATE-T e IDATE-E tiveram uma correlação significativa somente com Evitação de Danos. Observam-se com estes resultados que Evitação de Danos é um importante indicador para sintomas ansiosos.

Tabela 9: Correlação do ITC e escalas de humor no grupo dos deprimidos.

	BN	ED	DR	P	AD	C	AT	BDI	HAM-D	MADRS	HAM-A	PA	NA	IDATE-E	IDATE-T
BN	1														
ED	-0,166	1													
DR	0,028	0,248*	1												
P	-0,048	-0,136	0,287**	1											
AD	0,058	-0,448	0,057	0,350**	1										
C	-0,022	0,035	0,558**	0,335**	0,425**	1									
AT	0,235*	-0,049	0,251*	0,258**	0,085	0,267**	1								
BDI	0,019	<b>0,331**</b>	0,091	-0,16	<b>-0,351**</b>	0,011	0,083	1							
HAM-D	0,008	0,009	0,18	-0,04	0,041	0,192	0,157	<b>0,444**</b>	1						
MADRS	-0,041	0,167	0,152	-0,036	-0,067	0,083	0,031	<b>0,397**</b>	<b>0,536**</b>	1					
HAM-A	-0,010	<b>0,208*</b>	0,003	<b>-0,33</b>	-0,11	0,021	0,176	<b>0,476**</b>	<b>0,548**</b>	<b>0,423**</b>	1				
PA	<b>0,227*</b>	-0,192	-0,092	0,13	<b>0,243*</b>	-0,004	0,138	<b>-0,409</b>	<b>-0,211</b>	-0,142	-0,127	1			
NA	0,021	<b>0,347**</b>	0,073	0,006	<b>-0,262</b>	-0,007	0,087	<b>0,489**</b>	<b>0,265**</b>	0,191	<b>0,311**</b>	<b>-0,414</b>	1		
IDATE-E	0,065	<b>0,249*</b>	0,062	0,001	-0,112	0,153	0,171	<b>0,423**</b>	<b>0,358**</b>	<b>0,255*</b>	<b>0,323**</b>	<b>-0,292</b>	<b>0,580**</b>	1	
IDATE-T	-0,021	<b>0,348**</b>	0,148	0,11	<b>-0,259</b>	0,101	-0,022	<b>0,437**</b>	0,161	0,149	<b>0,242*</b>	<b>-0,252</b>	<b>0,322**</b>	<b>0,379**</b>	1

Valores em negrito indicam que :

\* a correlação é significativa no nível 0,05

\*\* a correlação é significativa no nível 0,01

BN=Busca de Novidades, ED=Evituação de Danos, DR=Dependência de Recompensa, P=Persistência, AD=Auto-Direcionamento, C=Cooperatividade, AT=Auto-Transcendência, BDI =Inventário de Depressão de Beck, IDATE-E=Inventário de Ansiedade – Estado, IDATE-T=Inventário de Ansiedade – Traço, PANAS=Escala de Afetos Positivos e Negativos , HAM-D=Escala de Hamilton de Avaliação da Depressão, HAM-A=Escala de Hamilton de Avaliação de Ansiedade, MADRS=Escala de Depressão de Montgomery e Asberg

#### **4.4. Correlação entre as diferentes dimensões de temperamento e caráter e características da depressão no grupo dos deprimidos**

Na tabela 10 estão descritas as correlações do grupo de deprimidos entre as dimensões de temperamento e caráter e a idade atual do sujeito, a idade em que teve seu primeiro episódio depressivo, o número de episódios que teve durante a vida e a duração do episódio atual no momento da pesquisa.

O fator idade, ou seja, ser mais velho no momento da avaliação mostrou uma associação significativa com Autodirecionamento e Autotranscendência que são duas dimensões de caráter influenciadas pelo fator experiência de vida e maturidade. Em estudo longitudinal com 1500 pacientes deprimidos, chamado projeto STAR D (Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression), sujeitos que experimentaram múltiplos episódios tinham mais probabilidade em vir de uma família com história de depressão, além de referirem menor idade de início da depressão quando comparados com pacientes que estavam em seu primeiro episódio (MALETIC, 2007).

Observou-se que escores maiores em Evitação de Danos nos deprimidos relacionam-se a uma idade mais baixa no primeiro episódio de depressão que o sujeito teve em sua vida. Estudos em neuroimagem com crianças e adolescentes com depressão relacionam menor idade de início da depressão com maior redução de volume do hipocampo quando comparados a grupo controle de igual idade. Associam o volume menor do hipocampo com um desenvolvimento anormal ou com uma disfunção do eixo HPA (CAETANO et al., 2007).

O estudo não apontou nenhuma associação com o número de episódios depressivos que a pessoa teve durante a vida e nem com a duração do episódio depressivo atual e características de personalidade. Não foram observadas associações do temperamento e caráter em relação aos tipos de depressão melancólica, atípica e distímia.

Tabela 10: Correlação ITC e características da depressão no grupo dos deprimidos

	BN	ED	DR	P	AD	C	AT	Idade 1º episódio	Números de episódios	Duração episódio atual	Idade atual
BN	1										
ED	-0,166	1									
DR	0,028	0,248*	1								
P	-0,048	-0,136	0,287**	1							
AD	0,058	-0,448	0,057	0,350**	1						
C	-0,022	0,035	0,558**	0,335**	0,425**	1					
AT	0,235*	-0,049	0,251*	0,258**	0,085	0,267**	1				
Idade 1º episódio	0,019	<b>-0,359**</b>	-0,133	0,067	0,133	-0,128	<b>0,284**</b>	1			
Números de episódios	0,046	0,158	0,060	0,048	-0,052	-0,009	0,073	-0,127	1		
Duração episódio atual	-0,123	0,023	0,033	0,026	0,061	0,023	0,067	-0,021	-0,094	1	
Idade atual	0,067	-0,278	-0,058	0,079	<b>0,273**</b>	-0,052	<b>0,247*</b>	<b>0,546**</b>	0,168	0,129	1

Valores em negrito indicam que:

\* a correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades)

\*\* a correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

BN=Busca de Novidades, ED=Evituação de Danos, DR=Dependência de Recompensa, P=Persistência, AD=Auto-Direcionamento, C=Cooperatividade, AT=Auto-Transcendência

Idade do 1º episódio depressivo=início da depressão; número de episódios durante a vida; duração do episódio depressivo atual; idade do sujeito no momento da avaliação.

## 5. DISCUSSÃO

### 5.1. Hipótese principal

De acordo com nossa hipótese principal, o estudo mostrou que há diferença entre os grupos em relação à Evitação de Danos e Autodirecionamento: os deprimidos apresentam escores significativamente maiores em Evitação de Danos e menores em relação ao Autodirecionamento quando comparados com os indivíduos sem transtorno depressivo.

#### 5.1.1. Evitação de Danos e subdimensões

Evitação de Danos, como descrito anteriormente, é um fator de temperamento que favorece a inibição de comportamento quando o indivíduo se encontra diante estímulos aversivos e para evitar possível punição. É esperado que o indivíduo com escores médios disponha de certa cautela e cuidados de forma moderada e flexível para poder agir frente a situações de perigos e risco em potencial, em acordo com a importância que representam para a sua vida.

No grupo dos deprimidos os resultados indicaram de forma importante uma maior vulnerabilidade à ansiedade, preocupação, pessimismo, timidez e falta de confiança (CHEN et al, 2011) comparados com o grupo controle.

Verificou-se igualmente uma significativa diferença em três das quatro subescalas da dimensão Evitação de Danos:

- ED1: os deprimidos da amostra apresentam uma maior tendência à preocupação e pessimismo na tentativa de antecipar prejuízos e possíveis falhas;
- ED2: apresentam menos tolerância à incertezas e às situações pouco familiares, reagindo com mais tensão e ansiedade;
- ED3: Em relação a um comportamento evitativo e inibitório frente a situações sociais não foi confirmada diferença com o grupo controle.
- ED4: O grupo dos deprimidos respondeu para mais fadigabilidade, ter menos energia e reagir mais lentamente na recuperação de pequenos estresses e doenças.

### **5.1.2. Autodirecionamento e subdimensões**

O Autodirecionamento é considerado um indicador global do nível de desenvolvimento da autoconsciência, do sentimento básico de autoconfiança, da diferenciação do self e de autocontrole (CLONINGER, 2004). Esta dimensão que reflete a capacidade do indivíduo em ter objetivos na vida, se identificar como um indivíduo autônomo, ter a habilidade em obter recursos e cumprir metas, ter um senso de responsabilidade e boa auto-estima e saber adaptar seu comportamento de acordo com a sua situação está significativamente comprometida no grupo dos deprimidos (FARMER et al., 2003; HANSENNE et al., 2009; CELIKEL et al., 2009; JOSEFFSON et al., 2011; CLONINGER et al., 2006).

O presente estudo confirma menor Autodirecionamento associado à depressão e todas as subescalas desta dimensão pontuaram com significância quando comparados entre os dois grupos:

- AD1: Os deprimidos tendem a apresentar menos maturidade que os saudáveis: aceitam menos a responsabilidade por suas ações, em geral culpando outros ou circunstâncias externas pelo que lhes acontece;
- AD2: Baixos escores indicam sujeitos com dificuldade em ter um propósito e significado para suas vidas, tendendo a ceder a impulsos em reação ao contexto do momento;
- AD3: indicou que os deprimidos tem menos habilidade e autoconfiança para resolver problemas, e esperam ser liderados pelos outros;
- AD4 : apresentam baixa autoestima ;
- AD5: os hábitos são pouco condizentes com seus objetivos, tem dificuldade para mudar a sua realidade e pouca capacidade para superar tentações fortes.

### **5.1.3. Comentários da Hipótese Principal**

Os resultados evidenciaram a hipótese principal de forma significativa e estão de acordo com a maioria dos estudos sobre temperamento e caráter no TDM (CLONINGER et al., 2006; ELOVAINIO et al., 2004; FARMER e SEELEY, 2009; GRUCZA et al., 2003; RICHTER et al., 2003). Sugerem que o indivíduo em episódio depressivo maior apresenta de forma inconsciente e automática um comportamento evitativo, cauteloso, inibido, com

respostas intensas a sinais de estímulos aversivos, pessimismo e ansiedade. Há um comprometimento da regulação emocional, onde o deprimido manifesta uma incapacidade em manter-se calmo diante de adversidades (LACERDA et al, 2009). Ou seja, ocorre uma resposta biológica adaptativa, com mudanças no comportamento, no sistema nervoso autônomo, no sistema endocrinológico e no sistema imunológico, numa tentativa de aliviar a ameaça percebida (BECK e ALFORD, 2011).

O sujeito com TDM, à partir do seu estado afetivo negativo, regula o processamento cognitivo e o controle de suas ações e adapta seu comportamento de acordo com objetivos e as suas respostas intencionais, influenciado por seu estado emocional (JOCA et al, 2003). Segundo Goekoop e colaboradores (2011) pressupõe-se um hipofuncionamento da região cerebral pré-frontal na Depressão: dificuldade de adequação, de capacidade de enfrentamento e de resolução de problemas (BENSAEED, 2014). Ou seja, resultados baixos na dimensão Autodirecionamento refletem um autoconceito pouco maduro e inconsistente e que é um fator de afetividade negativa, podendo piorar durante episódios depressivos (WONG e CLONINGER, 2010).

Altos escores em Evitação de Danos indicam um processamento emocional disfuncional. Vários estudos indicam que no Transtorno Depressivo Maior a atividade da amígdala esteja hiperativa (SOUSA et al., 2002), com o tamanho aumentado (LAGE et al., 2009), o que influenciaria o desempenho do pensar e da cognição. Diante de níveis emocionais em excesso, tanto positivos como negativos, ocorre uma piora em relação à tomada de decisão, à um aumento da atenção e seletividade de estímulos, porém com diminuição em caso de cronicidade (LAGE et al., 2009).

As dimensões de temperamento e caráter estão relacionadas de forma complexa, sendo que o temperamento influencia o caráter e vice-versa. Vias neurológicas vindo de estruturas subcorticais influenciam tanto respostas comportamentais (evitação de danos) como processos cognitivos (atenção), enquanto que vias que partem de estruturas corticais em direção a áreas subcorticais exercem uma ação inibitória ou ativam reações emocionais (JOCA et al., 2003). Gray e colaboradores (2002) elaboraram modelos para descrever como as emoções e a cognição se integram: trata-se de dois sistemas distintos, incluindo o sistema límbico e circuitos corticais, que interagem para exercerem sua função primordial de preparar o organismo para uma resposta adaptativa. Quando uma pessoa está deprimida, com idéias negativas e baixa auto-estima, tende a escolher tarefas que não exigem muito desempenho,

evitando atividades complexas e difíceis. As estruturas do centro emocional avaliam os recursos disponíveis para tomar uma decisão ou agir (BECK e ALFORD, 2013).

Em hipótese, no TDM uma conexão entre áreas límbicas e estruturas pré-frontais resultam em um feedback comprometido: o córtex cognitivo e executivo fica hipoativo enquanto que áreas límbicas continuam hiperativas, estimulando o hipotálamo, gerando desregulação neuroendócrina e hiperatividade simpática (MALETIC et al., 2007).

Pelos resultados deste estudo e também dos demais (tabela 6), observou-se que as dimensões Evitação de Danos e Autodirecionamento encontram-se de forma inseparável e comprometidas no Transtorno Depressivo Maior. São sistemas cerebrais distintos, mas participam do mesmo sistema integrativo e neuroadaptativo de regulação emocional, com sua funcionalidade diminuída na Depressão.

## **5.2. Hipótese Secundária**

Na hipótese secundária afirmou-se que o grupo de sujeitos saudáveis apresenta resultados significativamente maiores em Autodirecionamento e Cooperatividade quando comparados ao grupo de deprimidos, o que foi confirmado neste estudo.

### **5.2.1. Autodirecionamento e subdimensões**

Autodirecionamento foi altamente correlacionado com saúde mental (HANSENNE e DELHEZ, 2005), garante um sentimento de eficiência, autoestima e autoaceitação, Provou ser um preditor na resposta do tratamento antidepressivo (SATO et al., 1999), ajuda a planejar e avaliar o tratamento do indivíduo (CORRUBLE et al., 2002).

Segue a descrição do grupo de controle de sujeitos saudáveis através dos subfatores em relação ao Autodirecionamento, todos significativamente maiores que do grupo de deprimidos.

- AD1: se diferenciam pela maior liberdade em fazer escolhas, e causam a impressão de serem confiáveis e responsáveis;
- AD2: altos escores indicam sujeitos determinados e que seguem seus ideais a longo prazo, adequando seu comportamento para alcançarem seus objetivos.

- AD3: indica que são pessoas que se sentem competentes, habilidosas, ativas e inovadoras.
- AD4 : autoconfiantes, tem melhor aceitação de sua própria condição
- AD5: os hábitos são coerentes com seus objetivos, sentem-se seguros e autoconfiantes em situações tentadoras.

### **5.2.2. Cooperatividade e subdimensões**

Cooperatividade é uma das dimensões de caráter do ITC, que descreve comportamentos que permitem que o sujeito se sinta parte de uma comunidade, sociedade e humanidade. Isto envolve empatia, caridade, amor e compaixão. Na dimensão Cooperatividade, que se refere às diferenças individuais na aceitação e na identificação com os outros, somente a subescala C5 não apresentou diferença significativa entre os dois grupos e que avalia a ética nas relações, honestidade, justiça e respeito aos outros (WONG e CLONINGER, 2010). Segue a descrição do grupo controle através das subdimensões em relação à Cooperatividade:

- C1: aceitação do outro, tendem a ser amistosos e tolerantes
- C2: capacidade e sensibilidade em perceber e respeitar os sentimentos dos outros ;
- C3: solidários, gostam de estar à serviço dos outros, trabalhar em equipe e ajudar.
- C4: mais compassivos e benevolentes. Conseguem perdoar quando insultados.
- C5: sinceros e honestos, seguem princípios éticos estáveis, justos.

### **5.2.3. Comentários da Hipótese Secundária**

De acordo com a hipótese secundária, o grupo controle de indivíduos saudáveis configurou-se como tipo de caráter organizado, com maiores resultados em Autodirecionamento e Cooperatividade. São caracterizados como autoconfiantes, determinados e responsáveis. Envolve resiliência e bem-estar, características que se constroem a partir de uma série de comportamentos e atitudes: otimismo ou modo confiante e positivo de ver as coisas; empatia ou habilidade em colocar-se no lugar do outro, perceber e atentar aos comportamentos não verbais do outro; senso de eficácia e capacidade e adequação

(LACERDA, 2009).

A amostra do grupo de deprimidos configurou-se em um tipo de caráter chamado dependente, com menores escores em Autodirecionamento e Cooperatividade (SVRAKIC et al., 1993), associado com irresponsabilidade, falta de metas, baixa autoestima, comportamento indisciplinado, além da tendência a ter pouca empatia, poucos sentimentos positivos e hostilidade (CLONINGER et al., 1998). A síndrome depressiva foi associada por diferentes autores com escores mais baixos em Autodirecionamento e Cooperatividade, principalmente a depressão refratária (SVRAKIC et al., 1993).

Na teoria elaborada por Cloninger (2004), morbidade e mortalidade estão mais associadas com ausência de emoções positivas que presença de emoções negativas (CLONINGER, 2006). Vincula o bem-estar aos aspectos que beneficiam a pessoa a buscar um funcionamento resiliente e íntegro. Para o autor, saúde mental e bem-estar dependem muito das dimensões de caráter e das diferentes combinações entre elas (CLONINGER e CLONINGER, 2013).

A promoção da saúde mental pode ser cultivada e aprendida e deve estar centrada no indivíduo, ou seja, considerar as diferenças individuais, sociais e contextuais e não focar somente na redução de sintomas. Proporciona-se o desenvolvimento do bem-estar através da prática do “deixar fluir” (esperança), trabalhar em serviço ao outro (generosidade) e desenvolver a autoconsciência (compreensão intuitiva) (CLONINGER, 2006). Acontece um maior equilíbrio no sistema autonômico, um predomínio do sistema parasimpático, um estado de atenção relaxada, possibilitando uma flexibilidade cognitiva, estado inibido em situação de estresse (CLONINGER e CLONINGER, 2013).

As dimensões de caráter (principalmente Autodirecionamento e Cooperatividade), mais que as de temperamento, são fortes preditores na resposta ao tratamento antidepressivo (CLONINGER, 2004; JOSEFSSON et al., 2011).

Algumas configurações de traços de caráter podem definir o que seria uma personalidade ‘saudável’ em situações normais da vida (CLONINGER, 2013). São considerados muito saudáveis quando os resultados do ITC revelam pontuações altas para as três dimensões de caráter, chamados de tipos criativos, e também os organizados com alto Autodirecionamento e Cooperatividade. Todas as três dimensões devem estar em equilíbrio constante uma com a outra (WONG e CLONINGER, 2010).

A personalidade do tipo *criativa* envolve a capacidade de se adaptar de forma realista fazendo uso de recursos já existentes para um novo propósito, envolve a capacidade em ser prestativo e cooperativo com o grupo social e ainda ter imaginação e ideias inovadoras para resolver problemas ou inventar novas e melhores soluções em substituição de contextos tradicionais. Ou seja, apresenta alto Autodirecionamento, Cooperatividade e Autotranscendência e é considerado o tipo de caráter mais resiliente e com menos risco para desenvolver um transtorno mental. Tem a mesma capacidade de atividade do tipo organizado, além de ser mais intuitivo e identificado com a natureza, a humanidade e o universo. É mais tolerante frente a ambiguidades e incertezas, busca integração e harmonia (CLONINGER, 2004).

Nesta amostra não houve diferença significativa na dimensão Autotranscendência nos dois grupos, e o resultado pode ser considerado estar na média comparado com a normatização do teste ( CLONINGER, 1993; FUENTES, 2010).

### **5.3. Demais dimensões e subdimensões**

#### **5.3.1. Busca de Novidades**

Não houve diferença significativa nos resultados da dimensão de temperamento Busca por Novidades, que reflete o sistema de ativação comportamental . Está relacionado à agressividade no sentido de estimular e impulsionar o indivíduo para a realização de uma ação (JYLHÄ e ISOMETSÄ, 2005). Em relação às subdimensões destacou-se uma diferença significativa somente em BN1. Não houve indicadores para a depressão ao que se refere às subdimensões BN2, BN3 e BN4.

- BN1: Excitabilidade exploratória x rigidez: o grupo controle sem depressão apresenta maior tendência à apresentar comportamento de buscar novidades e sensações novas, a procurar aventuras e evitar ativamente a rotina que os deprimidos. Ou seja, os deprimidos da amostra demonstram pouca vontade em explorar o novo e dão preferência a situações, pessoas e locais familiares.

- BN2: Os dois grupos apresentaram resultados similares em relação à tendência a reagir e tomar atitudes e decisões, seja de forma mais reflexiva até impulsiva.
- BN3: os dois grupos apresentam resultados similares relacionado à extravagância, gastos excessivos ou controlados e expressão dos sentimentos.
- BN4: não houve diferença significativa nos dois grupos em relação à capacidade de organização, adequação a normas e rotinas, irritabilidade e raiva.

Segundo estudos mencionados na tabela 6 não há unanimidade nos resultados em relação à Busca de Novidades. Nos transtornos afetivos observou-se em metanálise de Zaninotto e colaboradores (2015) BN1 menor comparado com controle de saudáveis e BN4 maior, assim como Miettunen e Raevuori (2012) destacaram Busca de Novidades significativamente menor em pessoas com TDM. A partir destes resultados supõe-se que a Busca de Novidades não seja um fator de vulnerabilidade relacionada ao TDM.

### **5.3.2. Dependência de Recompensa**

Não houve diferença significativa na dimensão de temperamento Dependência de Recompensa, relacionado ao sistema mantenedor do comportamento, sentimentalidade, apego e dependência (JYLHÄ e ISOMETSÄ, 2005). Porém verificou-se na análise que duas subdimensões tiveram diferença significativa na comparação dos dois grupos: DR1 e DR3.

- DR1: destacou-se maior tendência do grupo de deprimidos para sentimentalidade, indicando uma tendência a sentirem-se mais comovidos por apelos sentimentais, apresentarem maior emotividade, serem menos práticos e cederem mais facilmente aos desejos dos outros.
- DR3: o grupo de deprimidos teve resultados menores que o do controle, onde se destaca comportamento de desapego e pouco interesse em relacionamentos sociais, mostram-se mais distantes, com preferência a ficarem sozinhos e manterem pouca comunicação interpessoal.
- DR4: relacionado a dependência interpessoal, não mostrou diferença entre os grupos.

Em metanálise comparando dimensões de temperamento com diferentes distúrbios psiquiátricos, somente anorexia foi associada com a dimensão Dependência por Recompensa (MIETTUNEN e RAEVUORI, 2012), mas não com TDM. Já Zaninotti e colaboradores (2015) também em metanálise associaram a subescala RD3 à Depressão.

### **5.3.3. Persistência**

Em relação à dimensão Persistência (antigo DR2), não houve uma diferença significativa entre os dois grupos (CLONINGER et al., 2011). Em termos funcionais, ela é associada com a função de modulador da conectividade funcional do sistema límbico (temperamento) e de sistemas regulados pelo córtex pré-frontal (caráter), que tem o papel de facilitar a predição de resultados positivos ou negativos enquanto retarda a resposta em relação ao estímulo emocional. Ou seja, a Persistência serve como moderador entre a intenção do indivíduo e sua ação, e que permite que ele durante um certo período possa avaliar e tomar suas decisões baseado em experiências condicionadas do passado e em expectativas de resultados futuros (GUSNARD et al., 2003). Nesta pesquisa ocorreu correlação entre as três dimensões de caráter e Persistência (tabela 9).

Os resultados em relação à esta dimensão do temperamento não são indicadores nem positivos nem negativos. Altos ou baixos escores em Persistência podem significar tanto benefícios para o indivíduo, mas também prejuízo. Dependem de uma complexa rede de processos adaptativos, tanto internos como externos, e da capacidade do indivíduo em integrar e balancear estes diversos fatores. Isto significa que a Persistência pode tanto levar a um estado de ansiedade ou proporcionar conquistas (CLONINGER et al., 2011). Por exemplo, um comportamento obsessivo e perfeccionista pode influenciar pensamentos autoacusatórios, de culpa e vergonha ou ajudar a pessoa a manter uma intenção firme para uma maior autoconsciência ou para lidar com suas limitações e enfrentar adversidades (CLONINGER et al., 2011).

Persistência modula a influência da dimensão Evitação de Danos e do Autodirecionamento em relação ao risco de desenvolver transtornos de humor ou de ansiedade crônicos.

#### 5.3.4. Autotranscendência

A dimensão de caráter Autotranscendência também não revelou diferença entre os grupos. Somente uma subdimensão pontuou uma significativa diferença.

- AT1: se refere ao desprendimento e a capacidade de transcender seus próprios limites e não houve diferença significativa entre os grupos.
- AT2: reflete a possibilidade do sujeito em ter uma identificação interpessoal, ou seja, poder aceitar ou não uma conexão com a natureza e o universo como um todo e se sentir responsável pelo mundo e por tudo que existe.
- AT3: avalia aceitação espiritual e indicou uma tendência dos deprimidos em não aceitarem coisas que não podem ser explicadas cientificamente, o que poderia ser uma desvantagem quando diante de situações como a morte, sofrimento ou punições injustas.

Não foram encontrados na literatura achados que associem a dimensão Autotranscendência com o TDM, mas sim com maior bem-estar subjetivo quando há também presença dos outros dois fatores de caráter (CLONINGER, 2013). A Autotranscendência sem Autodirecionamento, é um indicativo de pouca autoconsciência, geralmente presente em transtornos graves de personalidade ou em psicoses (CLONINGER, 2006). Sem Autodirecionamento, este perfil de personalidade tenderia a atuar impulsivamente conforme seus desejos fantasiosos, de forma bastante imatura.

Considera-se vantajoso ter altos escores nas três dimensões e caráter, onde maior Autotranscendência garantiria um relacionamento mais flexível e harmônico com a humanidade e a natureza (CLONINGER, 2013). O autor introduz a necessidade do ser humano estar preparado para lidar com diferentes desafios e futuras mudanças no mundo (por exemplo, decorrente de uma devastação ecológica do planeta), já que tem a capacidade em ser autoconsciente e prever consequências a longo termo. Perfis de caráter que não consideram a Autotranscendência seriam mais resistentes em aceitar mudanças e em adaptar seu comportamento na perspectiva de garantir um bem-estar além de seus próprios interesses. Perfis de caráter organizados, com maior Autodirecionamento e Cooperatividade buscam cuidar principalmente de si e dos interesses daqueles que estão próximos. Acreditam no próprio sucesso, independentemente de um contexto mais amplo (CLONINGER, 2013). Já aqueles que ainda apresentam maior Autotranscendência refletem uma consciência de fazer

parte de um todo maior, e um envolvimento com questões como o futuro da humanidade. São expressões desta capacidade de autoconsciência a arte, espiritualidade e ciência.

#### **5.4. Limitações**

A limitação mais importante na abordagem deste tema é o fato do estudo ser transversal, o que possibilitou fazer associações entre os diferentes aspectos, porém sem poder estabelecer fatores de causa. Desta forma os resultados desta amostra não indicam se o perfil de temperamento e caráter é dependente do estado ou se é traço dependente.

Sugere-se o uso do ITC-revisado em projetos futuros. O instrumento avalia as mesmas dimensões de temperamento e caráter que o ITC, porém de uma forma mais acurada: a avaliação é realizada em escala Likert com 5 possibilidades de resposta, além de abordar mais detalhadamente a dimensão Persistência.

Outra limitação encontrada é o uso de diversos testes, que favorece resultados falso-positivos. No entanto, foi aplicada a correção de Bonferroni (TYLER et al., 2011).

#### **5.5. Direções Futuras**

Os achados foram coletados em início de um estudo de ensaio clínico, que avalia o tratamento com Estimulação Transcraniana por Corrente Contínua (ETCC) no Transtorno Depressivo Maior durante um período de 10 semanas. As atuais observações poderão ser comparadas com os resultados pós-tratamento e após seguimento de 6 meses, com alguns pacientes que responderam ao tratamento.

Outros transtornos afetivos, como o Transtorno Bipolar, estão sendo avaliados com o uso do ITC em população brasileira, cujos resultados poderão enriquecer a discussão em comparação com o estudo atual.

## 6. CONCLUSÕES

Este estudo sugere que há relação entre o TDM e as dimensões Evitação de Danos e Autodirecionamento, aceitando a hipótese principal. Além disso, confirma a hipótese secundária que as características de um caráter mais maduro, relacionados com Autodirecionamento e Cooperatividade podem ser indicativos da ausência do transtorno depressivo.

Mostrou que associações entre personalidade e transtornos de humor são complexas e variáveis. Ou seja, variáveis que influenciam a saúde mental, como personalidade e processamento emocional, se desenvolvem em sistemas complexos adaptativos com dinâmicas não lineares e em diferentes inter-relações.

Vale destacar, como conclusão deste estudo, que promover saúde e bem-estar envolve não somente a redução de sintomas da doença ou do transtorno mental (Cloninger, 2004). Investigar aspectos de personalidade no Transtorno Depressivo Maior pode contribuir para o desenvolvimento de uma abordagem terapêutica multidimensional envolvendo aspectos tanto ambientais, biológicos, psicológicos e espirituais, no sentido de promover um crescimento criativo e autoconsciente do indivíduo.

## 7. REFERÊNCIAS

- ABRAMS, K. Y. et al. **Trait and state aspects of harm avoidance and its implication for treatment in major depressive disorder, dysthymic disorder, and depressive personality disorder.** *Psychiatry Clin Neurosci*, 58:240-8, 2004
- ASANO A. et al. **Temperament and character as predictors of recurrence in remitted patients with major depression: A 4-year prospective follow-up study.** *Psychiatry Research*, Volume 225 , Issue 3 , 322 – 325, 2015
- ALLPORT, G. W. **Pattern and growth in personality.** New York: Holt, Rinehart e Winston, 1961.
- ALLPORT, G. W., ODBERT, H. S. **Trait-names: A psycho-lexical study.** *Psychological Monographs*, Vol 47(1), 1936, i-171.
- ALMEIDA, K. M. **Avaliação de personalidade em transtorno afetivo bipolar por meio do estudo de pares de irmãos.** Tese (Doutorado em Psiquiatria) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.
- ANDREASEN, N. **Brave New Brain: Conquering Mental Illness in the Era of the Genome.** New York: Oxford University Press, 2001.
- ANGST, J., MARNEROS, A. **Bipolarity from ancient to modern times: Conception, birth and rebirth.** *Journal of Affective Disorders*, 67 (1-3) , pp. 3-19. 2001
- AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders - DSM-5.** 5th. ed. Washington: American Psychiatric Association, 2013.
- ASENDORF, J. **Psychologie der Persönlichkeit.** Berlin: Springer, 2004.
- BAUER, M., WHYBROW, P. C., ANGST, J., VERSIANI, M., MÖLLER, H-J. **Diretrizes da World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) para tratamento biológico de transtornos depressivos unipolares, 1ª parte: tratamento agudo e de continuação do transtorno depressivo maior.** *Rev.psiquiatr. clín.*, 2009
- BEAR, M. F. , CONNORS, B. W. , PARADISO, M. A. **Neurociências: Desvendando o Sistema Nervoso.** Porto Alegre: Artmed Editora, 2010.
- BECK, A.T. et al. **An Inventory for Measuring Depression.** [S.l.]: *Arch Gen Psychiatry*, 4(6):561-571, 1961.
- BECK, A.T. et al. **Terapia cognitiva da depressão.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- BECK, A.T., ALFORD, B.A. **Depressão: Causas e Tratamento.** Porto Alegre Artmed, 2011
- BENSAEED, S. et al. **The Relationship between Major Depressive Disorder and Personality Traits.** *Iranian Journal of Psychiatry*. 9(1), 37–41, 2014.

BIAGGIO, A.M.B., NATALÍCIO, L. **Manual para o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE)**. Centro Editor de Psicologia Aplicada - CEPA, Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 1979.

BLAZER, G. B. **Mood disorders: epidemiology**. In: SADOCK, B. J., SADOCK, V. A. Kaplan e Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 7. ed. Philadelphia: Lippincott Williams e Wilkins, 2000. p. 1298-1308.

BOYCE, P., PARKER G., BARNETT B., COONEY M., SMITH F. **Personality as a vulnerability factor to depression**. The British Journal of Psychiatry. 159: 106-114, 1991. doi: 10.1192/bjp.159.1.106

BRÄNDSTRÖM, S., RICHTER J., NYLANDER P-O. **Further development of the Character and Temperament Inventory**. Psychological Reports. 93:995–1002, 2003

BRUNONI, A.R. **Tratamento do transtorno depressivo maior com estimulação transcraniana por corrente contínua: ensaio clínico aleatorizado, duplo-cego, fatorial**. Tese de doutorado. IPUSP. São Paulo, 2012.

BRUNONI, A.R. et al. **The Escitalopram versus Electric Current Therapy for Treating Depression Clinical Study (ELECT-TDCS): rationale and study design of a non-inferiority, triple-arm, placebo-controlled clinical trial**. São Paulo Medical Journal, 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/1516-3180.2014.00351712>

CAETANO, S.C., FONSECA, M., HATCH, P.J. et al, **Medial temporal lobe abnormalities in pediatric unipolar depression**. Neuroscience Letters 427, 142–147, 2007. doi:10.1016

CARTER, J. D. et al. **The relationship of demographic, clinical, cognitive and personality variables to the discrepancy between self and clinician rated depression**. Journal of Affective Disorders . Volume 124 , Issue 1 , 202 – 206, 2010. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2009.11.011>

CATTELL, R.B. **Structured Personality-Learning Theory: A Wholistic Multivariate Research Approach**. (pp. 419-457). New York: Praeger, 1983.

CELIKEL, F.C. et al. **Cloninger's temperament and character dimensions of personality in patients with major depressive disorder**. [S.l.]: Compr Psychiatry, 50: 556–561, 2009. doi: 10.1016

CHIEN, A.J., DUNNER, D.L. **The tridimensional personality questionnaire in depression: state versus trait issues**. [S.l.]: J Psychiatr Res, 30: 21–27, 1996. doi: 10.1016/0022-3956(95)00041-0

CLONINGER, C.R. **A unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states**. Psychiatr Dev. Autumn, 4(3):167-226, 1986. PMID: 3809156

CLONINGER, C.R. **A systematic method for clinical description and classification of personality variants**. [S.l.]: A proposal. Arch. Gen. Psychiatry. 44, 573-588, 1987. PMID:3579504

CLONINGER, C.R., PRZYBECK, T.R., e SVRAKIC, D.M. **The tridimensional personality questionnaire: U.S. normative data**. Psychological Reports, 69, 1047-1057. 1991.

CLONINGER, C.R., SVRAKIC D.M., PRZYBECK, T.R. **A psychobiological model of temperament and character.** [S.l.]: Arch Gen Psychiatry. Dec,50(12), 1993.

CLONINGER, C.R., SVRAKIC, N.M., SVRAKIC, D.M. **Role of personality self-organization in development of mental order and disorder.** [S.l.]: Development and Psychopathology,. 9, 881-906, 1997.

CLONINGER, C.R., BAYON, C., SVRAKIC, D.M. **Measurement of temperament and character in mood disorders: a model of fundamental states as personality types.** Journal of Affective Disorders, 51.21–32, 1998.

CLONINGER, C.R. **A new conceptual paradigm from genetics and psychobiology for the science of mental health.** Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 33, 174-186, 1999.

CLONINGER, C. R. **Psychobiology and treatment of borderline personality disorder.** Acta Neuropsychiatrica, 14: 60–65, 2002. doi: 10.1034/j.1601-5215.2002.140202.x.2002.

CLONINGER, C. R). **The discovery of susceptibility genes for mental disorders.** Proceedings of the National Academy of Sciences USA, 99(21), 13365-13367. 2002

CLONINGER, C.R. **Feeling good: The science of well-being.** New York: Oxford University Press, 2004.

CLONINGER, C.R., SVRAKIC, D.M., PRZYBECK, T.R. **Can personality assessment predict future depression? A twelve-month follow-up of 631 subjects.** [S.l.]: Journal of Affective Disorders, 92(1): 35-44, 2006.

CLONINGER, C.R. **The science of well-being: An integrated approach to mental health and its disorders.** World Psychiatry, 5, 71-76, 2006.

CLONINGER, C.R. **The psychobiological theory of temperament and character: comment on Farmer and Goldberg Psychol Assess, Sep,20(3):292-9, discussion 300-4, 2008.** doi: 10.1037/a0012933

CLONINGER, C.R. **On Well-Being: Current Research Trends And Future Directions.** Editorial. Mens Sana Monographs, 6(1), 3-9, 2009.

CLONINGER, C.R. **Evolution of human brain functions: the functional structure of human consciousness .** Aust N Z J Psychiatry , Nov, vol 43, 2009.

CLONINGER, C.R., ZOHAR A.H., CLONINGER, K.M. **Promotion of well-being in person-centered mental health care.** Focus, 8, 165–179 , 2010.

CLONINGER, C.R., ZOHAR, A.H. **Personality and the perception of health and happiness.** Journal of Affective Disorders, 128(1-2), 24-32, 2011.

CLONINGER, C.R. et al **The psychological costs and benefits of being highly persistent: personality profiles distinguish mood disorders from anxiety disorders.** [S.l.]: Journal of Affective Disorders, 136(3), 758-66, 2012.

CLONINGER, C.R. **What makes people healthy, happy, and fulfilled in the face of current world challenges?** *Mens Sana Monographs*, 11(1), 16-24, 2013.

CLONINGER, C.R., CLONINGER, K.M. **People create health: effective health promotion is a creative process.** *J Pers Cent Med*, 3(2): 114-122., 2013.

CORRUBLE, E. et al **Early and delayed personality changes associated with depression recovery?** a one-year follow-up study. *Psychiatry Res*, 109: 17–25, 2002.

CUIJPERS, P., van STRATEN,A., ANDERSON, G.,von OPPEN, P. **Psychotherapy for Depression in Adults: A Meta-Analysis of Comparative Outcome Studies.** *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 76, No. 6, 909 –922, 2008.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais.** São Paulo. Ed Artmed, 2008.

DAMÁSIO, A.R. **The somatic marker hypothesis and the possible functions of the prefrontal cortex.** *Philos Trans R Soc Lond [Biol]*, 351:1413–1420, 1996.

DAVIDSON, R.J. **Affective neuroscience and psychophysiology: toward a synthesis.** *Psychophysiology*, 40: 655–65, 2003.

DIMATTEO, M., LEPPER, H.S., CROGHAN, T.W. **Depression Is a Risk Factor for Noncompliance With Medical Treatment: Meta-analysis of the Effects of Anxiety and Depression on Patient Adherence.** *Arch Intern Med.*,160(14):2101-2107, 2000. doi:10.1001/archinte.160.14.2101.

DREVETS, W.C. **Functional neuroimaging studies of depression: the anatomy of melancholia.** *Annu Rev Med* , 49: 341–61, 1998.

DUAILIBI, K., SILVA, A.S.M., MODESTO, B. **Como Diagnosticar e Tratar a Depressão.** *RBM Dez V 70 N 12 págs.:* 6-13, 2013.

ELOVAINIO, M. **Temperament and depressive symptoms: A population-based longitudinal study on Cloninger's psychobiological temperament model.** *Journal of Affective Disorders*, 83, 227-232, 2004.

ESPERIDIÃO-ANTONIO, V. et al **Neurobiologia das emoções.** [S.l.]: Rev. Psiq. Clínica, 35 (2), 55-65, 2008.

FARMER, A. et al. **A sib-pair study of the temperament and character inventory scales in major depression.** *Arch Gen Psychiatry*, 60: 490–496, 2003.

FARMER, R.F., SEELEY, J.R. **Temperament and character predictors of depressed mood over a 4-year interval.** *Depression and Anxiety*, vol. 26, no. 4, pp. 371–381, 2009.

FIQUER, J.T, **Bem-estar subjetivo: influência de variáveis pessoais e situacionais em auto-relato de afetos positivos e negativos.** Dissertação Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

FIORAVANTI, Ana Carolina Monnerat et al. **Avaliação da estrutura fatorial da Escala de Ansiedade-Traço do IDATE.** *Aval. psicol.*, Porto Alegre , v. 5, n. 2, p. 217-224, dez. 2006

Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-04712006000200011&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712006000200011&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 16 abr 2016.

FREIRE, M. A., FIGUEIREDO, V.L.M., GOMIDE, A., JANSEN, K. et al. **Escala Hamilton: estudo das características psicométricas em uma amostra do sul do Brasil** *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 63(4):281-9, 2014.

FUENTES et al. **Avaliação Neuropsicológica: Avaliação da Personalidade e sua contribuição à avaliação neuropsicológica.** São Paulo. Artmed, 2010.

GILLESPIE, N.A. et al **The genetic and environmental relationship between Cloninger's dimensions of temperament and character.** *Personality and Individual Differences*, 2003. 35, 1931-1946.

GOEKOOP, J.G., DE WINTER, R.F.P., GOEKOOP, R. **An Increase of the Character Function of Self-Directedness Is Centrally Involved in Symptom Reduction during Remission from Major Depression.** *Depression Research and Treatment*, vol. 2011, Article ID 749640, 8 pages, 2011. doi:10.1155/2011/749640

GONÇALVES, D., CLONINGER C.R. **Validation and normative studies of the Brazilian Portuguese and American versions of the Temperament and Character Inventory — Revised (TCI-R)** *July Volume 124, Issues 1-2, Pages 126–133 . 2010*

GORENSTEIN, C., ANDRADE, L. **Validation of a Portuguese Version of the Beck Depression Inventory and the State-Trait Inventory in Brazilian Subjects.** *Braz J Med Biol Res.*, 29:453-7, 1996.

GRAY J. R., BRAVER T. S., RAICHLER M. E. **Integration of emotion and cognition in the lateral prefrontal cortex.** *Proc. Natl. Acad. Sci. U.S.A.* 99, 4115–4120 10.1073/pnas.062381899, 2002

GRUCZA, R.A. et al **Personality and depressive symptoms: a multi-dimensional analysis.** *Journal of Affective Disorders*, 74:123–130, 2003.

GUSNARD D.A., OLLINGER J.M., SHULMAN G.L., CLONINGER C.R., et al. **Persistence and brain circuitry.** *Proc Nat Acad Sci USA* 2003, 100: 3479-3484.

HAMILTON, M. **A rating scale for depression.** *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 23:56-62, 1960.

HANSENNE, M. **Psicologia da Personalidade.** Lisboa, Climepsi, 2003.

HANSENNE, M. et al. **Temperament and character inventory (TCI) and depression.** [S.l.]: *J Psychiatr Res.*, 33: 31–36, 1999.

HANSENNE, M., BIANCHI, J. **Emotional intelligence and personality in major depression: Trait versus state effects .** *Psychiatry Research* 166, 63–68, 2009.

HANSENNE, M., DELHEZ, M. **Psychometric Properties of the Temperament and Character Inventory- Revised (TCI-R) in a Belgian Sample.** *Journal of Personality Assessment*, vol.85, iss.1, pp.40-49, 2005.

HANSENNE, M., PITCHOT W., ANSSEAU M. **Serotonin, personality and borderline personality disorder.** Acta Neuropsychiatrica , vol.14, pp. 66-70. 2002.

HENNA, E.A.D. **Relação entre temperamento, caráter e bem-estar subjetivo:** estudo em uma amostra de sujeitos saudáveis. Tese (doutorado) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Programa de Psiquiatria, São Paulo, 2011.

HIRANO, S. et al. **Evaluating the state dependency of the temperament and character inventory dimensions in patients with major depression:** a methodological contribution. Journal of Affective Disorders, 69: 31–38, 2002.

HRUBY, R. et al. **Personality changes during antidepressant treatment.** Psychiatr Danub, 21:25–32, 2009.

JARDIM, S. **Depressão e trabalho:** ruptura de laço social. Rev. bras. saúde ocup. [online], vol.36, n.123 [cited 2016-04-12], pp.84-92, 2011.

JOCA, S.R.L, PADOVAN, C.M., GUIMARAES, F.S. **Estresse, depressão e hipocampo.** Rev. Bras. Psiquiatr., São Paulo , v. 25, supl. 2, p. 46-51, Dec. 2003.

JOSEFSSON, K., CLONINGER, C.R., HINTSANEN, M et al. **Associations of personality profiles with various aspects of well-being:** a population-based study. [S.l.]: Journal of Affective Disorders, 2011. 133, 265–273. 10.1016/j.jad.2011.03.023

JOSEFFSON, K., MERJONEN, P., JOKELA, M. Et al. **Personality Profiles Identify Depressive Symptoms over Ten Years?** A Population-Based Study. Depression Research and Treatment, vol. 2011, Article ID 431314, 11 pages, 2011. doi:10.1155/2011/431314

JYLHÄ, P., ISOMETSA, E. **Temperament, character and symptoms of anxiety and depression in the general population.** [S.l.]: European Psychiatry, 2006. 21, 389-395.

KAMPMAN, O. et al. **Temperament profiles, major depression, and response to treatment with SSRIs in psychiatric out patients.** [S.l.]: European Psychiatry, 2012. 27: 245–249. doi: 10.1016/j.eurpsy.2010.07.006

KAMPMAN, O., POUTANEN, O. **Can onset and recovery in depression be predicted by temperament?** A systematic review and meta-analysis. Journal of Affective Disorders, 135: 20–27, 2011.

KANDEL, E.R. **The molecular biology of memory storage:** A dialogue between genes and synapses. Science, 294, p. 1030, 2001.

KANEDA, A. et al. **The influence of personality factors on paroxetine response time in patients with major depression.** Journal of Affective Disorders,135(1-3):321-5, 2011.

KENDLER, K.S., THORNTON, L.M., GARDNER, C.O. **Stressful life events and previous episodes in the etiology of major depression in women:** an evaluation of the "kindling" hypothesis. Am J Psychiatry,157: 1243–51, 2000.

KESSLER, R.C., BERGLUND P., DEMLER O., et al. **The Epidemiology of Major Depressive Disorder:** Results From the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). JAMA. 289(23):3095-3105, 2003. doi:10.1001/jama.289.23.3095.

- LACERDA, A.L.T. et al. **Depressão: do Neurônio ao Funcionamento social.** Artmed 2009: Porto Alegre, 2009.
- LAGE, J.T. **Neurobiologia da Depressão.** Universidade de Medicina do Porto. Mestrado, 2009.
- LAUX, G., MÖLLER, H.J. **Psychiatrie und Psychotherapie.** Thieme Verlag, Stuttgart, 2008.
- MALETIC, V., ROBINSON, M., OAKES, T. IYENGAR, S. Et al. **Neurobiology of depression: an integrated view of key findings.** Int K Clin Pract. 61(12): 20130-2014. 2007
- MALETIC, V., RAISON, C.L. **Neurobiology of depression, fibromyalgia and neuropathic pain.** Front Biosci, Jun, 14: 5291-338, 2009.
- MANJI H.K., QUIROZ J.A., PAYNE J.L., et al. **The underlying neurobiology of bipolar disorder.** World Psychiatry, 2(3):136-146, 2003.
- MARIJNISSEN, G. et al **The temperament and character inventory in major depression.** Journal of Affective Disorders, 70:219-223, 2002. doi:10.1016/s0165-0327(01)00364-0
- MIETTUNEN, J., RAEVUORI, A. **A meta-analysis of temperament in axis I psychiatric disorders.** Compr Psychiatry, 53:152-66, 2012. doi:10.1016/j.comppsy.2011.03.008.
- MONTGOMERY, S.A., ASBERG, M. **A new depression scale designed to be sensitive to change.** British Journal of Psychiatry 134 (4): 382–89, 1979.
- MULDER, R.T., JOYCE, P.R., FRAMPTON, C.M. **Personality disorders improve in patients treated for major depression.** Acta Psychiatr Scand, Sep,122(3):219-25, 2010.
- NATRIELLE FILHO, D.G. **Neurobiologia da Personalidade.** Temas e Prática do Psiquiatra, vol 32 n.62-63, pag 1-152, jan-dez . São Paulo, 2002.
- NEMEROFF, C.B. **Prevalence and management of treatment-resistant depression.** J Clin Psychiatry, 68 Suppl 8, 17-25, 2007.
- PELISSOLO, A., CORRUBLE, E. **Personality factors in depressive disorders: contribution of the psychobiologic model developed by Cloninger.** Service de Psychiatrie, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris, 2002.
- PEREIRA, R.H.S. **Avicena e a filosofia oriental: história de uma controvérsia** Rev. Filos., Aurora, Curitiba, v. 22, n. 30, p. 217-245, jan./jun. 2010.
- PORTELA, C.I.M. **Psicologia Diferencial: Os Vários Temas Deste Ramo Da Psicologia.** Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, 2007.
- PORTNEY, L. G., Watkins, M. P. **Foundations of clinical research: Applications to practice.** Upper Saddle River, N.J: Pearson/Prentice Hall. 2009.
- RICHTER, J., EISEMANN, M., RICHTER, G. **Temperament and character during the course of unipolar depression among inpatients.** Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci, 250: 40–47, 2000. doi: 10.1007/pl00007538

RODRIGUES, S.M., SASLOW, L.R., GARCIA, N., JOHN, O.P., KELTNER, D. **Oxytocin receptor genetic variation relates to empathy and stress reactivity in humans.** PNAS December 15, vol. 106 no. 50 21437–21441, 2009.

ROTH, G. **Persönlichkeit, Entscheidung und Verhalten.** Klett-Kotta: Stuttgart, 2013.

ROTH G., STÜBER, N. **Wie das Gehirn die Seele macht.** Klett-Cotta Verlag, Stuttgart 2014.

SATO, T. et al. **Temperament and Character Inventory dimensions as a predictor of response to antidepressant treatment in major depression.** Journal of Affective Disorders, 56:153–161, 1999.

SAVITZ, J., SOLMS, M. AND RAMESAR, R. **The molecular genetics of cognition: dopamine, COMT and BDNF.** Genes, Brain and Behavior, 5: 311–328, 2006. doi: 10.1111/j.1601-183X.2005.00163.x .

SCHMITT, M., ALLSTÖTTER-GLEICH, C. **Differentielle Psychologie und Persönlichkeitspsychologie.** Beltz Verlag, 2010.

SCHOENBAUM M, UNÜTZER J, SHERBOURNE C, et al. **Cost-effectiveness of Practice-Initiated Quality Improvement for Depression: Results of a Randomized Controlled Trial.** *JAMA.* 286(11):1325-1330, 2001. doi:10.1001/jama.286.11.1325.

SMITH, D.J., DUFFY, L., STEWART, M.E. et al. **High harm avoidance and low self-directedness in euthymic young adults with recurrent, early-onset depression.** Journal of Affective Disorders. Volume 87, Issue 1, July, Pages 83–89, 2005.

SOUSA, L., CASTRO-VALE, I., TAVARES, M. A., COELHO, R. **Knowing the amygdala: its contribution to psychiatric disorders.** *Revista Portuguesa de Psicossomática,* Jan/Jun, 173-186, 2002. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28740114>

STRELAU, J. **Temperament: A psychological perspective.** Springer, 1998

SVRAKIC, D.M. et al. **Temperament, character and personality disorders: Etiologic, diagnostic, treatment issues.** *Acta Psychiatrica Scandinavica,* 106:189–195, 2002.

SVRAKIC DM, WHITEHEAD C, PRZYBECK TR, CLONINGER CR. **Differential diagnosis of personality disorders by the seven-factor model of temperament and character.** *Archives of General Psychiatry,* 50:991–999, 1993.

SVRAKIC, N.M., SVRAKIC, D.M., CLONINGER, C.R. **A general quantitative theory of personality development: fundamentals of a self-organizing psychobiological complex.** *Development and Psychopathology,* 8:247–272, 1996.

SVRAKIC, D.M., CLONINGER, C.R. **Epigenetic Perspective on behavior development, personality and personality disorders.** *Psychiatria Danubina.* Vol. 22, No. 2, pp 153–166, 2010.

TAVARES, H. **Personalidade, temperamento e caráter.** In: Busatto Filho, Geraldo. (Org.). *Fisiopatologia dos Transtornos Psiquiátricos.* 1ª ed. Editora Atheneu. São Paulo, 2006, p. 191-205.

TAKAHASHI, M. et al. **Personality Traits as Risk Factors for Treatment-Resistant Depression.** [S.l.]: PLoS ONE, 8(5): e63756, 2013. doi:10.1371/ journal.pone. 0063756

TENG, C.H., Cezar, L.T.S. **Como Diagnosticar e Tratar a Depressão.** Revista Brasileira de Medicina, V67 Dez, 2010. LILACS LLXP: S0034- 72642010007000005

TULVING, E. **Episodic Memory: From Mind to Brain.** Annual Review of Psychology. Vol. 53: 1-25. February, 2002.

TUOMINEN, L. **Neurobiological Correlates of Personality Traits: A Study on Harm Avoidance and Neuroticism.** Tese de Doutorado. Universidade da Turquia, 2014

TYLER, K. M., NORMAND, S.-L. T., e HORTON, N. J. **The Use and Abuse of Multiple Outcomes in Randomized Controlled Depression Trials.** Contemporary Clinical Trials, 32(2), 299–304, 2011. [http://doi.org/ 10.1016 /j.cct. 2010.12.007](http://doi.org/10.1016/j.cct.2010.12.007)

WATSON, D., CLARK L.A. **Negative Affectivity: the Disposition to Experience Aversive Emotional States.** Psychol Bull. 96:465-90, 1984

WATSON, D., CLARK, L.A., TELLEGEN, A. **Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales.** Pers Soc Psychol. Jun, 54(6):1063-70, 1988

WORLD HEALTH ORGANISATION. **The world health report 2001: mental health, new understanding, new hope.** Geneva, 2001. Disponível em: [http://www.who.int/whr/ 2001/en/](http://www.who.int/whr/2001/en/)

WONG, K.M., CLONINGER, C.R. **A Person-Centered Approach to Clinical Practice.** Focus (American Psychiatric Publishing), 2010. 8(2), 199–215. <http://doi.org/10.1176/foc.8.2.foc199>

ZANINOTTO, L., SOLMI, M., TOFFANIN, T., VERONESE, N., CLONINGER, C.R. CHRISTOPH U. CORRELL, C.U. **A Meta-analysis of Temperament and Character Dimensions in Patients with Mood Disorders: Comparison to Healthy Controls and Unaffected Siblings,** Journal of Affective Disorders (Impact Factor: 3.38). 01/2016, 194. DOI: 10.1016/j.jad.2015.12.077

ZI CHEN, XI LU, TOSHINORI KITAMURA. **The Effects of Temperament and Character on Symptoms of Depression in a Chinese Nonclinical Population.** [S.l.]: Depression Research and Treatment, vol. 2011, Article ID 198591, 8 pages, 2011. doi:10.1155/2011/19859

## 8. ANEXOS

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

#### 1. Título da Pesquisa:

**Escitalopram e Estimulação Transcraniana por Corrente Contínua no Transtorno Depressivo Maior: Um Ensaio Clínico Randomizado, Duplo-cego, Placebo-controlado de Não-Inferioridade**

**2. Justificativa e os objetivos da pesquisa:** Você está sendo convidado para participar de uma pesquisa com um aparelho (estimulação com corrente elétrica de baixa intensidade) que existe para o tratamento de algumas doenças psiquiátricas. Como você talvez já saiba, os remédios para o tratamento da depressão apresentam diversos efeitos adversos e podem não fazerem efeitos. Nosso objetivo é comparar este tratamentos. Se você aceitar participar dessa pesquisa, você poderá receber tratamento com remédio (escitalopram) com a estimulação elétrica ou mesmo com placebo. O placebo não faz nenhum efeito, e é usado para que se possa estudar o que acontece com o paciente que não recebe o tratamento proposto. Desta maneira, você poderá ser sorteado para receber um dos tratamentos ativos ou o tratamento placebo (a chance de você receber o tratamento placebo é de apenas 25%, pela forma que realizamos o sorteio). A escolha dos grupos será por sorteio. Este aparelho tem sido utilizado em para o tratamento da depressão. Ele gera uma corrente de intensidade muito baixa (que praticamente não é perceptível) e essa corrente é dirigida para o seu cérebro através de duas esponjas que funcionam como eletrodos. Esse tratamento não causa dor, você não sentirá nada, a não ser um pouco de formigamento no couro cabeludo; algumas pessoas sentem um zumbido assim que o aparelho é ligado, mas que desaparece depois de menos de um minuto. Durante a estimulação, você ficará acordado por todo o tempo, acompanhando tudo o que for feito. O estudo irá verificar se essa estimulação funciona tão bem ou melhor para o tratamento da depressão como os remédios. Além disso, você também será convidado para realizar vários tipos de exames, que incluem análises genéticas, de sangue, de ressonância magnética do cérebro, de eletroencefalografia e de excitabilidade cortical motora. Queremos realizar todos estes exames pois pessoas com depressão costumam apresentar alterações no mesmo. Além disso, o tipo de alteração pode nos ajudar a dizer se haverá uma melhora do quadro clínico. Assim, no futuro, poderemos fazer estes exames em outras pessoas com depressão e, com o resultado destes exames, tentar prever qual tratamento (estimulação ou remédio) melhor se adequa para aquela pessoa.

**3. Procedimentos que serão utilizados e propósitos; incluindo a identificação dos procedimentos que são experimentais:** Como explicado acima, caso você seja escolhido para o grupo que vai receber a estimulação elétrica placebo, a pesquisa não vai mudar em quase nada a sua doença durante o período do estudo e você será acompanhado de perto por nossa equipe para que possamos intervir caso haja uma piora em sua condição. Se você for sorteado para o grupo que vai receber a estimulação ou remédio, você poderá apresentar uma melhora da doença. Para avaliar a sua melhora, você vai responder a algumas perguntas de um questionário que foi feito para ver a melhora dos sintomas. Você responderá a estas perguntas no começo, no meio e no final do estudo. Além disso, aqueles exames previamente mencionados são repetidos, para que verifiquemos se a doença também melhora nos exames.

**4. Desconfortos e riscos esperados. Citar o grau de risco (probabilidade de que o indivíduo sofra algum dano como consequência imediata ou tardia do estudo), que poderá ser: nenhum, risco mínimo, risco médio, risco baixo, risco maior:** Risco mínimo – este tratamento vem sendo muito estudado por vários cientistas ao redor do mundo e foi visto que este procedimento não leva ao praticamente nenhum desconforto nem dor durante sua aplicação, exceto uma pequena sensação de formigamento que desaparece rapidamente. A corrente utilizada é extremamente baixa e, portanto segura para o uso clínico - as pesquisas mostram que não existe risco de qualquer dano cerebral. Caso você seja sorteado para receber o placebo o risco também é mínimo. O remédio também apresenta risco mínimo.

**5. Benefícios que poderão ser obtidos:** com um destes tratamentos, você poderá melhorar da sua depressão.

**6. Procedimentos alternativos existentes:** existem vários tratamentos com remédios para depressão. Um dos objetivos do nosso estudo é verificar se este novo procedimento (estimulação) é tão bom quanto os procedimentos alternativos existentes. Caso você não deseje participar do estudo, ou mesmo depois do estudo, você poderá utilizar outros remédios para o tratamento da depressão. Você também não é obrigado a participar de nenhuma avaliação complementar.

**7. Acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para diminuir eventuais dúvidas:** você está participando de um projeto de pesquisa

e a qualquer momento terá todo o direito de perguntar aos médicos responsáveis sobre eventuais dúvidas em relação a todos os procedimentos, aos potenciais riscos à sua saúde e potenciais efeitos positivos para você. Sempre pergunte se você tiver qualquer dúvida.

**8. Liberdade de retirar o consentimento a qualquer momento e, portanto, deixar de participar do estudo;**

**9. Salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade;**

**11. Disponibilidade de assistência, por eventuais danos à saúde, decorrentes da pesquisa;**

**12. Da indenização por parte do Patrocinador por eventuais danos à saúde decorrentes da pesquisa;**

**13. Em caso de pesquisa, onde o sujeito de pesquisa for menor de 18 anos ou incapacitado, deverá constar no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido a assinatura de um responsável legal;**

**14. Se for detectado no sujeito que está sendo selecionado, algum problema de saúde previamente ao início da pesquisa, ele deverá ser encaminhado ao Sistema Único de Saúde (SUS) para tratamento;**

**15. Se houver intercorrência de saúde, com o sujeito participante, decorrente da pesquisa, este será atendido no HU/USP segundo o critério de assistência do mesmo (hospital de atendimento secundário). Se houver necessidade de atendimento de maior complexidade, o pesquisador deverá encaminhá-lo ao SUS;**

**16. Duração prevista da pesquisa;** O(a) senhor(a) participará da pesquisa por 10 semanas.

**17. Identificação dos responsáveis pela pesquisa:** Dr. André Russowsky Brunoni, Av. Prof Lineu Prestes, 2565, 3º Andar, Centro de Pesquisas Clínicas, CEP 05508-000 Tel 3091-9241; e-mail: [pesquisacientificahu@gmail.com](mailto:pesquisacientificahu@gmail.com).

**18. Identificação do CEP-HU:** Endereço: Av. Prof. Lineu Prestes, 2565 – Cidade Universitária – CEP: 05508-000 – São Paulo – SP - Telefone: 3091-9457 – Fax: 3091-9452 - E-mail: [cep@hu.usp.br](mailto:cep@hu.usp.br).

#### **DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA**

1. Nome do sujeito de pesquisa ou responsável legal;
2. Nº do documento de identidade;
3. Sexo;
4. Data de nascimento;
5. Endereço;
6. Telefone.

---

#### **ENCERRAMENTO DO CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Projeto de Pesquisa.

**São Paulo,** \_\_\_\_\_.

---

Assinatura do Participante

---

Assinatura do Pesquisador

---

## **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (GRUPO CONTROLE)**

### **1. Título da Pesquisa:**

**Características de temperamento e caráter no Transtorno Depressivo Maior: um estudo transversal com grupo controle.**

### **2. Justificativa:**

Você está sendo convidado para participar como voluntário do grupo controle de uma pesquisa sobre características da personalidade no Transtorno Depressivo Maior (TDM). Para participar você não deve possuir nenhum transtorno psiquiátrico ou neurológico e ter idade entre 18 e 75 anos.

Os resultados dos testes serão analisados numa comparação entre 100 pessoas sem transtornos neuropsiquiátricos e outros 100 sujeitos que apresentam o Transtorno Depressivo Maior, participantes de uma pesquisa realizada no Hospital Universitário intitulada: *ESCITALOPRAM E ESTIMULAÇÃO TRANSCRANIANA POR CORRENTE CONTÍNUA NO TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR: UM ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO, DUPLO-CEGO, PLACEBO-CONTROLADO DE NÃO-INFERIORIDADE (ELECT-tDCS)*

### **3. Procedimento**

Como grupo controle, você deve unicamente preencher os dados sócio-demográficos, o Inventário de Temperamento e Caráter, a escala de Depressão de Beck, IDATE-E, IDATE-T e o PANAS, conforme as instruções descritas nos testes. Você não será submetido a nenhum tratamento.

### **4. Identificação do responsável da pesquisa:**

Barbara Schwaier Nogueira, psicóloga, CRP 06/67299, mestranda em Neurociências e Comportamento (NEC) pelo IPUSP.  
e-mail: barbaraschnogueira@gmail.com ; pesquisacientificahu@gmail.com

### **5. Dados de Identificação do sujeito da pesquisa:**

**Nome:** \_\_\_\_\_

**Nº identidade:** \_\_\_\_\_

**Data de Nascimento:** \_\_\_\_\_

**Endereço:** \_\_\_\_\_

**Telefone:** \_\_\_\_\_

Declaro que consinto em participar do presente projeto de pesquisa.

São Paulo, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2015

---

Assinatura do Participante

## DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

### DADOS DEMOGRÁFICOS:

1.1 Idade:

1.2 Sexo:

1.3 Estado Civil:

(1- SOLTEIRO; 2- CASADO/UNIÃO ESTÁVEL; 3- DIVORCIADO; 4 – VIÚVO)

1.4 Número de Filhos:

1.5 Local de Nascimento:

1.6 Etnia:

(1-BRANCO; 2-NEGRO; 3-AMARELO; 4- PARDO/MULATO; 9- OUTRO)

1.7 Religião:

(1-CATÓLICO; 2- PROTESTANTE/EVANGÉLICO; 3- JUDEU; 4-ESPÍRITA; 5-AGNÓSTICO/ATEU; 6- NÃO TEM; 9-OUTRO)

1.8 Ocupação:

(1- TRABALHANDO; 2- DESEMPREGADO; 3- ESTUDANTE; 4- APOSENTADO; 5-AFASTADO; 6- DO LAR; 9-OUTROS)

1.9 Anos de Estudo (A partir do 1o ano do estudo fundamental):

1.10 Renda

(1- 1-2 S.M.; 2- 3-5 S.M.; 3- 6-10 S.M.; 4- > 10 S.M.)

1.11 Número de Pessoas que moram em casa (contando o paciente)

1.12 De que endereço voce vem para estimular? (Anotar CEP)

### DADOS CLÍNICOS:

#### 1) Antropométricos

a) Peso: \_\_\_\_\_ kg b) Altura: \_\_\_\_\_ cm

#### 2) Ciclo menstrual

a) Idade da menarca \_\_\_\_\_

b) Ciclos regulares

0 – NÃO 1- SIM

c) Usa ACO ou TRH

0 – NÃO 1- SIM

d) Idade do climatério (menopausa)

#### 3) Tabagismo

0 – NÃO 1- SIM (ou parou há menos de 6 meses)

#### 4) Etilismo

1 – abstinência 2- social 3- abusivo 4 – provável dependência

(\*\*\*)

#### 6) Antecedentes Pessoais

6.1 Hipertensão

0 – NÃO 1- SIM

6.2 Diabetes

0 – NÃO 1- SIM

6.3 Insuficiência cardíaca

0 – NÃO 1- SIM

**5) Atividade Física** – *verifique em qual categoria o paciente melhor se encaixa:*

**1- Baixa ( )**

**2 -Média** – se apresentar qualquer um dos critérios: - 3 ou mais dias de atividade física

vigorosa por mais de 20 minutos, na semana ; - 5 ou mais

dias de atividade física não vigorosa, na semana ; -

caminhada de 30 minutos por dia ( )

**3- Alta** – se apresentar qualquer um dos critérios -

Intensidade física vigorosa por 3 dias da semana ou mais ;-

Atividade física moderada, porém de mais de 30 minutos

diários

6.4 Derrame

0 – NÃO 1- SIM

6.5 Hipotireoidismo

0 – NÃO 1- SIM

6.6 Hipertireoidismo

0 – NÃO 1- SIM

#### 7. Antecedentes Familiares Psiquiátricos

Classificar:

0 – Não; 1- Depressão; 2 – Transtorno Afetivo Bipolar; 3- Esquizofrenia; 4- Dependência de Álcool; 5-

Dependência de outras substancias ;6 – Transtornos de Ansiedade (Fobia Social, TAG, Fobia Simples, Pânico,

TEPT); 7 – Transtorno Obsessivo-Compulsivo; 8- Demência; 9 – outros

Pai:

Mãe:

Quantos irmãos?

Quantos possuem diagnóstico psiquiátrico?

Quais diagnósticos possuem?

Quantos filhos?

Quantos possuem diagnóstico psiquiátrico?

Quais diagnósticos possuem?

## INVENTÁRIO DE TEMPERAMENTO E CARÁTER

Neste encarte você encontrará afirmações que as pessoas usam para descrever suas ações, opiniões, interesses e outros sentimentos pessoais.

Cada afirmação pode ser respondida como **VERDADEIRO** ou **FALSO**. Leia as afirmações e decida qual alternativa descreve melhor você. Tente descrever como você **NORMALMENTE** ou **GERALMENTE** age e sente e não apenas como você está se sentindo exatamente agora.

Nós pedimos que você preencha este questionário à caneta. Quando você tiver terminado, por favor, devolva o encarte.

### COMO RESPONDER O QUESTIONÁRIO

Para responder cada questão, basta assinalar o círculo correspondente a letra **V**, que significa **VERDADEIRO**, ou a letra **F**, que significa **FALSO**, no número correspondente à questão.

Leia cada frase com atenção, mas não perca tempo demais para decidir a resposta.

Responda **TODAS** as questões, mesmo que você não tenha certeza se a resposta melhor é VERDADEIRO ou FALSO. Lembre-se, não há respostas certas ou erradas – apenas descreva suas opiniões pessoais e sentimentos.

QUESTÕES	V	F
1 - Muitas vezes tento coisas novas apenas por divertimento ou emoção, mesmo que a maioria das pessoas ache isso uma perda de tempo.	V	F
2 - Em geral sou confiante que tudo vai dar certo, mesmo em situações que deixam muitas pessoas preocupadas.	V	F
3 - Muitas vezes fico profundamente comovido por uma fala delicada ou por uma poesia.	V	F
4 - Muitas vezes sinto que sou vítima das circunstâncias	V	F
5 - Geralmente consigo aceitar as pessoas como elas são, mesmo quando elas são muito diferentes de mim.	V	F
6 - Acredito que milagres acontecem.	V	F
7 - Gosto de me vingar de quem me agride.	V	F
8 - Muitas vezes, quando estou concentrado em alguma coisa, perco a noção da passagem do tempo.	V	F
9 - Frequentemente sinto que minha vida tem pouco objetivo ou significado.	V	F
10 - Gosto de ajudar a encontrar soluções para problemas para que todo mundo possa seguir em frente.	V	F
11 - Eu provavelmente conseguiria realizar mais do que faço, mas não vejo finalidade para me esforçar mais do que o necessário para ir levando.	V	F
12 - Muitas vezes me sinto tenso e preocupado em situações novas, mesmo quando os outros acham que há pouco com o que se preocupar.	V	F
13 - Muitas vezes faço as coisas baseado em como me sinto no momento, sem pensar em como elas eram feitas no passado.	V	F
14 - Geralmente faço as coisas à minha maneira — ao contrário de ceder às vontades das outras pessoas.	V	F

15 - Muitas vezes me sinto tão ligado às pessoas ao meu redor que é como se não houvesse separação entre nós.	V	F
16 - Em geral não gosto de pessoas que tenham ideias diferentes de mim.	V	F
17 - Na maioria das situações minhas reações naturais são baseadas em bons hábitos que eu tenha desenvolvido.	V	F
18 - Eu faria praticamente qualquer coisa dentro da lei para me tornar rico e famoso, mesmo que perdesse a confiança de muitos dos velhos amigos.	V	F
19 - Sou muito mais reservado e controlado do que a maioria das pessoas.	V	F
20 - Com frequência tenho que parar o que estou fazendo porque começo a me preocupar sobre o que pode estar errado.	V	F
21 - Gosto de discutir abertamente minhas experiências e sentimentos com meus amigos ao invés de guardá-los comigo.	V	F
22 - Tenho menos energia e me canso mais rapidamente do que a maioria das pessoas.	V	F
23 - Muitas vezes sou chamado de "distraído", pois fico tão envolvido no que estou fazendo que perco de vista todo o resto.	V	F
24 - Raramente me sinto à vontade para escolher o que eu quero fazer.	V	F
25 - Muitas vezes levo em consideração os sentimentos dos outros tanto quanto os meus próprios.	V	F
26 - Na maior parte do tempo eu preferiria fazer alguma coisa um pouco arriscada (como correr de automóvel em descidas muito altas e curvas fechadas) ao contrário de ficar quieto e inativo por algumas horas.	V	F
27 - Muitas vezes evito encontrar estranhos porque fico inseguro com pessoas que não conheço.	V	F
28 - Gosto de agradar os outros o tanto quanto posso.	V	F
29 - Gosto muito mais das maneiras "antigas e comprovadas" de fazer as coisas do que experimentar maneiras "novas e melhoradas".	V	F
30 - Em geral não sou capaz de fazer as coisas segundo a prioridade que elas têm para mim devido à falta de tempo.	V	F
31 - Frequentemente faço coisas para ajudar a proteger animais e plantas da extinção.	V	F
32 - Muitas vezes gostaria de ser mais esperto que todos os outros.	V	F
33 - Me dá satisfação ver meus inimigos sofrerem.	V	F
34 - Gosto de ser muito organizado e, sempre que posso, estabelecer regras para as pessoas.	V	F
35 - É difícil para eu manter os mesmos interesses por muito tempo porque minha atenção frequentemente se desloca para outras coisas.	V	F
36 - Pela repetição de certas práticas adquiri bons hábitos que são mais fortes que muitos impulsos momentâneos ou que a persuasão.	V	F
37 - Em geral sou tão determinado que continuo a trabalhar muito depois de várias pessoas terem desistido.	V	F
38 - Fico fascinado por muitas coisas na vida que não podem ser explicadas cientificamente.	V	F
39 - Tenho inúmeros maus hábitos que gostaria de poder superar.	V	F
40 - Muitas vezes espero que alguém providencie uma solução para meus problemas.	V	F
41 - Com frequência gasto dinheiro até "ficar liso" ou então ficar cheio de dívidas.	V	F
42 - Acho que terei muita sorte no futuro.	V	F
43 - Recupero-me mais devagar de pequenas doenças ou do estresse do que a maioria das pessoas.	V	F
44 - Não me aborreceria de ficar sozinho o tempo todo.	V	F
45 - Muitas vezes tenho lampejos inesperados de clareza de algo ou intuições enquanto estou descansando.	V	F
46 - Não me importa muito se os outros gostam de mim ou da maneira como faço as coisas.	V	F

47 - Em geral tento conseguir o que quero para mim mesmo, pois, de qualquer modo, não é possível satisfazer a todos.	V	F
48 - Não tenho paciência com pessoas que não aceitam minhas opiniões.	V	F
49 - Acho que não compreendo muito bem as pessoas.	V	F
50 - Não é preciso ser desonesto para ter sucesso nos negócios.	V	F
51 - Algumas vezes me sinto tão ligado à natureza que tudo parece fazer parte de um único organismo vivo.	V	F
52 - Nas conversas me saio muito melhor ouvindo do que falando.	V	F
53 - Perco a paciência mais depressa do que a maioria das pessoas.	V	F
54 - Quando tenho que encontrar um grupo de estranhos, fico mais tímido que a maioria das pessoas.	V	F
55 - Sou mais sentimental que a maioria das pessoas.	V	F
56 - Pareço ter um "sexto sentido" que algumas vezes me permite saber o que está para acontecer.	V	F
57 - Quando alguém me machuca de alguma forma, geralmente tento revidar.	V	F
58 - Minhas atitudes são em grande parte determinadas por influências fora do meu controle.	V	F
59 - A cada dia procuro dar mais um passo em direção aos meus objetivos.	V	F
60 - Muitas vezes gostaria de ser mais forte do que todos os outros.	V	F
61 - Gosto de pensar a respeito das coisas por um longo tempo antes de tomar uma decisão.	V	F
62 - Sou mais trabalhadora do que muita gente.	V	F
63 - Muitas vezes preciso tirar um cochilo ou um período de descanso extra, pois me canso facilmente.	V	F
64 - Gosto de ser útil aos outros.	V	F
65 - Mesmo que exista algum problema temporário que eu precise resolver, eu sempre acho que tudo acabará bem.	V	F
66 - É difícil para mim gostar de gastar dinheiro comigo, mesmo tendo economizado bastante.	V	F
67 - Em geral fico calmo e seguro em situações que para muitas pessoas representariam perigo físico.	V	F
68 - Gosto de guardar meus problemas para mim mesmo.	V	F
69 - Não me importo em discutir meus problemas pessoais com pessoas que conheci há pouco tempo ou superficialmente.	V	F
70 - Gosto mais de ficar em casa do que viajar ou conhecer novos lugares.	V	F
71 - Não acho que seja inteligente ajudar pessoas fracas que não podem ajudar a si mesmas.	V	F
72 - Não consigo ficar com a consciência tranquila se eu tratar outras pessoas injustamente, mesmo que sejam injustas comigo.	V	F
73 - As pessoas geralmente me dizem como se sentem.	V	F
74 - Muitas vezes gostaria de ficar jovem para sempre.	V	F
75 - Normalmente fico mais aborrecido pela perda de um grande amigo do que a maioria das pessoas.	V	F
76 - Algumas vezes me senti como se fizesse parte de algo sem limites ou fronteiras no tempo e no espaço.	V	F
77 - Algumas vezes sinto uma ligação espiritual com outras pessoas que não posso explicar em palavras.	V	F
78 - Tento ser atencioso aos sentimentos dos outros, mesmo que eles tenham sido injustos comigo no passado.	V	F
79 - Gosto quando as pessoas podem fazer tudo o que querem sem regras rígidas ou regulamentos.	V	F
80 - Provavelmente ficaria descontraído e seguro ao encontrar um grupo de estranhos, mesmo se eu fosse comunicado que eles não eram cordiais.	V	F

81 - Normalmente fico mais preocupado que alguma coisa possa dar errado no futuro do que a maioria das pessoas.	V	F
82 - Em geral penso sobre todos os fatos detalhadamente antes de tomar uma decisão.	V	F
83 - Acho mais importante ser simpático e compreensivo com os outros do que ser prático e racional.	V	F
84 - Muitas vezes sinto uma forte sensação de unidade com tudo que está ao meu redor.	V	F
85 - Muitas vezes gostaria de ter poderes especiais como o Super-Homem.	V	F
86 - As pessoas me controlam demais.	V	F
87 - Gosto de compartilhar o que aprendi com outras pessoas.	V	F
88 - As experiências religiosas me ajudaram a compreender o verdadeiro propósito de minha vida.	V	F
89 - Frequentemente aprendo muito com as pessoas.	V	F
90 - A repetição de certas práticas tem me permitido ficar bom em muitas coisas que me ajudam a ser bem sucedido.	V	F
91 - Em geral consigo fazer os outros acreditarem em mim, mesmo quando sei que o que estou dizendo é exagerado ou mentiroso.	V	F
92 - Preciso de muito descanso extra, de apoio ou de que me transmitam confiança para me recuperar de pequenas doenças ou tensões.	V	F
93 - Sei que há regras no modo de viver que ninguém pode violar sem que venha a sofrer mais tarde.	V	F
94 - Não quero ser mais rico do que todos.	V	F
95 - Eu arriscaria de bom grado a própria vida para fazer do mundo um lugar melhor.	V	F
96 - Mesmo depois de pensar a respeito de alguma coisa por um longo tempo, aprendi a confiar mais nos meus sentimentos do que em minhas razões lógicas.	V	F
97 - Algumas vezes senti que minha vida estava sendo dirigida por uma força espiritual maior do que qualquer ser humano.	V	F
98 - Geralmente gosto de ser malvado com quem foi malvado comigo.	V	F
99 - Tenho reputação de ser muito prático e de não agir pelas emoções.	V	F
100 - É fácil para mim organizar meus pensamentos enquanto falo com alguém.	V	F
101 - Muitas vezes reajo tão fortemente à notícias inesperadas que digo ou faço coisas de que me arrependo.	V	F
102 - Fico profundamente comovido por apelos sentimentais (por exemplo, quando me pedem para ajudar crianças aleijadas).	V	F
103 - Normalmente me esforço muito mais do que a maioria das pessoas, pois quero sempre fazer o melhor de que sou capaz.	V	F
104 - Tenho tantos defeitos que não gosto muito de mim.	V	F
105 - Tenho pouquíssimo tempo para procurar soluções a longo prazo para meus problemas.	V	F
106 - Muitas vezes não posso lidar com os problemas porque não sei o que fazer.	V	F
107 - Muitas vezes gostaria de poder parar o tempo.	V	F
108 - Odeio tomar decisões baseadas somente em minhas primeiras impressões.	V	F
109 - Prefiro gastar dinheiro do que economizá-lo	V	F
110 - Normalmente tenho facilidade em exagerar a verdade para contar uma história mais engraçada ou fazer uma piada com alguém.	V	F
111 - Mesmo havendo problemas numa amizade, quase sempre tento mantê-la apesar de tudo.	V	F
112 - Se eu ficar embaraçado ou humilhado, supero isso rapidamente.	V	F
113 - É extremamente difícil ajustar-me a mudanças em minha forma costumeira de fazer as coisas porque fico muito tenso, cansado ou preocupado.	V	F
114 - Normalmente exijo razões práticas muito boas antes de aceitar mudar minhas antigas maneiras de fazer as coisas.	V	F

115 - Preciso muito da ajuda dos outros para me treinar a adquirir bons hábitos.	V	F
116 - Acho que percepção extrassensorial (PES, como telepatia ou premonição) é realmente possível.	V	F
117 - Gostaria de ter amigos próximos e calorosos ao meu lado a maior parte do tempo.	V	F
118 - Com frequência fico tentando a mesma coisa repetidas vezes, mesmo não tendo tido muito sucesso por um longo tempo.	V	F
119 - Quase sempre estou relaxado e despreocupado, mesmo quando quase todos estão com medo.	V	F
120 - Acho filmes e canções tristes um tanto chatos.	V	F
121 - As circunstâncias muitas vezes me forçam a fazer coisas contra a minha vontade.	V	F
122 - Sinto dificuldade em tolerar pessoas que sejam diferentes de mim.	V	F
123 - Acho que a maioria das coisas tidas como milagres são apenas acaso.	V	F
124 - Eu gostaria mais de ser gentil do que me vingar quando alguém me agride.	V	F
125 - Muitas vezes fico tão encantado com o que estou fazendo que fico totalmente concentrado naquilo — é como se eu estivesse “desligado” do tempo e do espaço.	V	F
126 - Não acho que eu tenha um verdadeiro sentido de objetivo para minha vida.	V	F
127 - Tento cooperar com os outros tanto quanto é possível.	V	F
128 - Estou satisfeito com as minhas realizações e tenho pouco desejo de fazer melhor.	V	F
129 - Muitas vezes me sinto tenso e preocupado em situações desconhecidas, mesmo quando os outros acham que não há risco algum.	V	F
130 - Muitas vezes sigo meus instintos, palpites ou intuições sem examinar completamente todos os detalhes.	V	F
131 - As outras pessoas muitas vezes acham que sou independente demais porque não faço o que elas querem.	V	F
132 - Muitas vezes sinto uma forte ligação espiritual ou emocional com todos que me cercam.	V	F
133 - Em geral é fácil para mim gostar de pessoas que tenham valores diferentes dos meus.	V	F
134 - Tento trabalhar o mínimo possível, mesmo quando os outros esperam mais de mim.	V	F
135 - Ter bons hábitos tornou-se uma “segunda natureza” em mim — eles são ações espontâneas e automáticas quase que o tempo todo.	V	F
136 - Não me preocupa o fato de que, muitas vezes, os outros sabem mais do que eu a respeito de alguma coisa.	V	F
137 - Em geral tento me imaginar no lugar da outra pessoa, para poder realmente compreendê-la.	V	F
138 - Princípios como justiça e honestidade desempenham papel pequeno em alguns aspectos da minha vida.	V	F
139 - Sei economizar dinheiro melhor que a maioria das pessoas.	V	F
140 - Raramente deixo-me aborrecer ou frustrar: quando as coisas não vão bem, simplesmente passo para outras atividades.	V	F
141 - Mesmo quando os outros acham que isso não é importante, frequentemente insisto em fazer as coisas de modo rigoroso e ordeiro.	V	F
142 - Sinto-me muito confiante e seguro em quase todas as situações sociais.	V	F
143 - Meus amigos têm dificuldades em saber como me sinto porque raramente lhes falo a respeito das minhas opiniões pessoais.	V	F
144 - Odeio mudar meu modo de fazer as coisas, mesmo se muita gente me diz que há um modo novo e melhor de fazê-las.	V	F
145 - Acho tolice acreditar em coisas que não podem ser explicadas cientificamente.	V	F
146 - Gosto de imaginar meus inimigos sofrendo.	V	F
147 - Tenho mais energia e demoro mais a cansar do que a maioria das pessoas.	V	F

148 - Gosto de prestar muita atenção aos detalhes em tudo o que faço.	V	F
149 - Muitas vezes paro o que estou fazendo porque fico preocupado, mesmo quando meus amigos me dizem que tudo vai dar certo.	V	F
150 - Muitas vezes gostaria de ser mais poderoso do que todo mundo.	V	F
151 - Em geral sou livre para escolher o que vou fazer.	V	F
152 - Com frequência fico tão envolvido no que estou fazendo que, por algum tempo, esqueço de onde estou .	V	F
153 - Membros de uma equipe raramente recebem sua parte justa.	V	F
154 - Na maior parte do tempo, eu preferiria fazer alguma coisa arriscada (como saltar de paraquedas ou voar de asa delta) do que ficar quieto e inativo por algumas horas.	V	F
155 - Como eu, frequentemente, gasto muito dinheiro impulsivamente, fica difícil para mim economizar dinheiro, mesmo para algum projeto especial como umas férias.	V	F
156 - Eu não mudo meu jeito de ser para agradar outras pessoas.	V	F
157 - Não fico tímido com estranhos de jeito nenhum.	V	F
158 - Frequentemente cedo aos desejos dos amigos.	V	F
159 - Gasto a maior parte do tempo fazendo coisas que parecem necessárias mas não realmente importantes para mim.	V	F
160 - Não acho que princípios religiosos ou éticos acerca do que é certo ou errado devam ter muita influência em decisões de negócio.	V	F
161 - Muitas vezes tento colocar de lado meus próprios julgamentos, de modo que eu consiga compreender melhor o que as outras pessoas estão vivenciando.	V	F
162 - Muitos dos meus hábitos tornam difícil para mim realizar objetivos que valem a pena.	V	F
163 - Tenho feito verdadeiros sacrifícios pessoais com a intenção de fazer do mundo um lugar melhor — como tentar evitar guerras, pobreza e injustiças.	V	F
164 - Nunca me preocupo com coisas terríveis que poderiam acontecer no futuro.	V	F
165 - Quase nunca fico tão agitado a ponto de perder o controle.	V	F
166 - Muitas vezes desisto de um trabalho se ele demora muito mais do que pensei que fosse demorar.	V	F
167 - Prefiro começar uma conversa do que ficar esperando que os outros falem comigo.	V	F
168 - Na maior parte do tempo perdooo logo qualquer um que tenha agido errado comigo.	V	F
169 - As minhas ações são em grande parte determinadas por influências fora do meu controle.	V	F
170 - Muitas vezes tenho de mudar minhas decisões, porque eu tivera um palpite falso ou me enganara em minha primeira impressão.	V	F
171 - Prefiro esperar que alguém tome a iniciativa e indique o modo de fazer as coisas.	V	F
172 - Em geral respeito as opiniões dos outros.	V	F
173 - Tive algumas experiências que tornaram meu papel na vida tão claro para mim que me senti muito entusiasmado e feliz.	V	F
174 - Me divirto em comprar coisas para mim.	V	F
175 - Acredito ter eu mesmo experimentado a percepção extrassensorial.	V	F
176 - Acredito que meu cérebro não esteja funcionando adequadamente.	V	F
177 - Meu comportamento é fortemente guiado por certos objetivos que estabeleci para minha vida.	V	F
178 - De modo geral é tolice promover o sucesso de outras pessoas.	V	F
179 - Muitas vezes gostaria de poder viver para sempre.	V	F
180 - Normalmente gosto de ficar indiferente e "desligado" das outras pessoas.	V	F
181 - É mais provável eu chorar em um filme triste do que a maioria das pessoas.	V	F
182 - Recupero-me de pequenas doenças ou estresse mais rapidamente do que a	V	F

maioria das pessoas.		
183 - Muitas vezes quebro regras e regulamentos quando acho que posso me safar bem disso.	V	F
184 - Preciso exercitar muito mais o desenvolvimento de bons hábitos antes que seja capaz de confiar em mim mesmo em diversas situações tentadoras.	V	F
185 - Gostaria que as pessoas não falassem tanto quanto falam.	V	F
186 - Todos deveriam ser tratados com dignidade e respeito, mesmo que eles pareçam ser insignificantes ou maus.	V	F
187 - Gosto de tomar decisões rápidas para que eu possa levar adiante o que tem que ser feito.	V	F
188 - Em geral tenho sorte em tudo o que tento fazer.	V	F
189 - Em geral, estou certo de que posso facilmente fazer coisas que muitas pessoas considerariam perigosas (como, por exemplo, dirigir um automóvel em alta velocidade numa pista molhada ou escorregadia).	V	F
190 - Não vejo sentido em continuar trabalhando em algo a não ser que haja uma grande possibilidade de que dê certo.	V	F
191 - Gosto de explorar novas maneiras de fazer as coisas.	V	F
192 - Gosto mais de economizar dinheiro do que gastá-lo com divertimentos ou emoções.	V	F
193 - Os direitos individuais são mais importantes do que as necessidades de qualquer grupo.	V	F
194 - Já tive experiências pessoais nas quais me senti em contato com um poder espiritual divino e maravilhoso.	V	F
195 - Já tive momentos de muita alegria nos quais subitamente tive uma sensação clara e profunda de estar intimamente ligado a tudo o que existe.	V	F
196 - Bons hábitos tornam mais fácil para mim fazer as coisas da maneira que quero.	V	F
197 - A maioria das pessoas parecem mais desembaraçadas do que eu.	V	F
198 - Os outros e as circunstâncias, muitas vezes, são os responsáveis por meus problemas.	V	F
199 - Tenho muito prazer em ajudar os outros, mesmo que eles tenham me tratado mal.	V	F
200 - Muitas vezes me sinto como parte da força espiritual da qual depende toda a vida.	V	F
201 - Mesmo quando estou com amigos, prefiro "não me abrir muito".	V	F
202 - Em geral posso ficar ocupado o dia inteiro sem Ter que me forçar a isso.	V	F
203 - Quase sempre penso a respeito de todos os fatos detalhadamente antes de tomar uma decisão, mesmo quando as pessoas exigem uma decisão rápida.	V	F
204 - Não sou muito bom em me justificar para me livrar das enrascadas quando sou apanhado fazendo algo errado.	V	F
205 - Sou mais perfeccionista que a maioria das pessoas.	V	F
206 - O fato de algo estar certo ou errado é apenas uma questão de opinião.	V	F
207 - Acho que minhas reações naturais são agora, em geral, condizentes com meus princípios e meus objetivos de longo prazo.	V	F
208 - Acredito que toda vida depende de algum poder ou ordem espiritual que não pode ser completamente explicada.	V	F
209 - Acho que eu ficaria confiante e relaxado ao encontrar estranhos, mesmo se eu fosse informado que eles estão zangados comigo.	V	F
210 - As pessoas acham fácil recorrer a mim em busca de ajuda, apoio e um "ombro amigo".	V	F
211 - Demoro mais que a maioria das pessoas para me empolgar com novas ideias e atividades.	V	F
212 - Tenho problemas em mentir, mesmo quando pretendo poupar os sentimentos de alguém.	V	F

213 – Existem algumas pessoas de quem eu não gosto.	V	F
214 – Não quero ser mais admirado do que todos os outros.	V	F
215 – Muitas vezes quando olho alguma coisa comum, ocorre algo maravilhoso — tenho a sensação de estar vendo essa novidade pela primeira vez.	V	F
216 – A maioria das pessoas que conheço preocupam-se apenas com elas mesmas, não importa quem fique ferido.	V	F
217 – Em geral me sinto tenso e preocupado quando tenho que fazer algo novo e desconhecido.	V	F
218 – Muitas vezes me esforço ao ponto da exaustão ou tento fazer mais do que realmente posso.	V	F
219 – Algumas pessoas acham que eu sou muito avarento ou pão-duro com meu dinheiro.	V	F
220 – Relatos de experiências místicas são provavelmente apenas interpretações de desejos ou esperanças.	V	F
221 – Minha força de vontade é fraca demais para vencer as fortes tentações mesmo sabendo que sofrerei as consequências.	V	F
222 – Odeio ver alguém sofrer.	V	F
223 – Sei o que quero fazer na minha vida.	V	F
224 – Regularmente levo um tempo considerável avaliando se o que estou fazendo é certo ou errado.	V	F
225 – As coisas costumam dar errado para mim a menos que eu seja muito cuidadoso.	V	F
226 – Se estou me sentindo aborrecido, em geral me sinto melhor ao redor de amigos do que sozinho.	V	F
227 – Não acho que seja possível compartilhar sentimentos com alguém que não tenha passado pelas mesmas experiências.	V	F
228 – Muitas vezes as pessoas acham que estou em outro mundo porque fico completamente desligado de tudo que está acontecendo ao meu redor.	V	F
229 – Gostaria de ter aparência melhor do que todos os outros.	V	F
230 – Menti bastante nesse questionário.	V	F
231 – Geralmente evito situações sociais onde teria que encontrar estranhos, mesmo se estou seguro de que eles serão amigáveis.	V	F
232 – Adoro o desabrochar das flores na primavera tanto quanto adoro rever um velho amigo.	V	F
233 – Em geral encaro uma situação difícil como um desafio ou oportunidade.	V	F
234 – As pessoas envolvidas comigo precisam aprender como fazer as coisas do meu modo.	V	F
235 – A desonestidade só causa problemas se você for apanhado.	V	F
236 – Em geral me sinto muito mais confiante e com energia do que a maioria das pessoas, mesmo depois de uma pequena doença ou estresse.	V	F
237 – Gosto de ler tudo quando me pedem para assinar qualquer papel.	V	F
238 – Quando nada de novo está acontecendo, geralmente, começo a procurar algo que seja emocionante ou excitante.	V	F
239 – Às vezes fico aborrecido.	V	F
240 – De vez em quando falo das pessoas “por trás”.	V	F

## INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK - BDI

Por favor, leia cuidadosamente cada alternativa e a seguir, selecione a afirmativa que melhor descreve como você se sentiu NA ÚLTIMA SEMANA. Se várias afirmativas no mesmo grupo lhe parecem aplicar-se igualmente bem, circule cada uma delas.

### **Questão 1**

- 1.0 Não me sinto triste.
- 1.1 Sinto-me triste.
- 1.2 Sinto triste o tempo todo e não consigo sair disso.
- 1.3 Estou tão triste e infeliz que não posso agüentar.

### **Questão 2**

- 2.0 Não estou particularmente desencorajado (a) quanto ao futuro
- 2.1 Sinto-me desencorajado (a) quanto ao futuro.
- 2.2 Sinto que não tenho nada por que esperar.
- 2.3 Sinto que o futuro é sem esperança e que as coisas não podem melhorar.

### **Questão 3**

- 3.0 Não me sinto fracassado(a).
- 3.1 Sinto que falhei mais que o indivíduo médio
- 3.2 Quando olho para trás em minha vida, tudo que vejo é uma porção de fracassos.
- 3.3 Sinto que sou um fracasso completo como pessoa.

### **Questão 4**

- 4.0 Obtenho tanta satisfação com as coisas como antes.
- 4.1 Não gosto das coisas da maneira como costumava gostar.
- 4.2 Não consigo mais sentir satisfação real em coisa alguma.
- 4.3 Estou insatisfeito (a) ou entediado (a) com tudo.

### **Questão 5**

- 5.0 Não me sinto particularmente culpado(a).
- 5.1 Sinto-me culpado(a) boa parte do tempo.
- 5.2 Sinto-me muito culpado (a) a maior parte do tempo.
- 5.3 Sinto-me culpado (a) o tempo todo.

### **Questão 6**

- 6.0 Não sinto que esteja sendo punido (a).
- 6.1 Sinto que posso ser punido (a)
- 6.2 Sinto que estou sendo punido(a).
- 6.3 Mereço estar sendo punido (\*)

### **Questão 7**

- 7.0 Não me sinto desapontado comigo mesmo.
- 7.1 Sinto-me desapontado comigo mesmo.
- 7.2 Sinto-me aborrecido comigo mesmo.
- 7.3 Eu me odeio.

### **Questão 8**

- 8.0 Não sinto que seja pior que qualquer outra pessoa.
- 8.1 Critico-me por minhas fraquezas ou erros.
- 8.2 Responsabilizo-me o tempo todo por minhas falhas.
- 8.3 Culpo-me por todas as coisas ruins que acontecem.

### **Questão 9**

- 9.0 Não tenho nenhum pensamento a respeito de me matar.
- 9.1 Tenho pensamentos sobre me matar, mas não os levaria adiante.
- 9.2 Gostaria de me matar.
- 9.3 Eu me mataria, se tivesse oportunidade.

### **Questão 10**

- 10.0 Não costumo chorar mais que o habitual.
- 10.1 Choro mais agora do que antes.
- 10.2 Atualmente choro o tempo todo.
- 10.3 Eu me mataria, se tivesse oportunidade.

### **Questão 11**

- 11.0 Não me irrita mais agora que em qualquer outra época.
- 11.1 Fico molesto (a) ou irritado (a) mais facilmente que antes
- 11.2 Atualmente sinto-me irritado (a) o tempo todo.
- 11.3 Absolutamente não me irrita com as coisas que costumavam irritar-me.

### **Questão 12**

- 12.0 Não perdi o interesse nas outras pessoas.
- 12.1 Interesse-me menos que antes pelas outras pessoas.
- 12.2 Perdi a maior parte de meu interesse nas outras pessoas.
- 12.3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.

**Questão 13**

- 13.0 Tomo decisões mais ou menos tão bem quanto em qualquer outra época.
- 13.1 Adio minhas decisões mais que antes.
- 13.2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões que antes.
- 13.3 Não consigo mais tomar decisão alguma.

**Questão 14**

- 14.0 Não sinto que minha aparência seja pior que antes.
- 14.1 Preocupo-me por estar parecendo velho (a) ou sem atrativos.
- 14.2 Sinto que há mudanças permanentes em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos.
- 14.3 Considero-me feio (a).

**Questão 15**

- 15.0 Posso trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes.
- 15.1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.
- 15.2 Tenho que me forçar muito até fazer qualquer coisa.
- 15.3 Não consigo fazer nenhum trabalho.

**Questão 16**

- 16.0 Durmo tão bem quanto antes.
- 16.1 Não durmo tão bem quanto antes
- 16.2 Acordo 1-2 horas antes do habitual e é difícil voltar a dormir.
- 16.3 Acordo várias horas mais cedo que meu habitual e não consigo voltar a dormir.

**Questão 17**

- 17.0 Não fico mais cansado (a) que de hábito.
- 17.1 Fico cansado (a) com mais facilidade que antes.
- 17.2 Sinto-me cansado (a) ao fazer quase qualquer coisa.
- 17.3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.

**Questão 18**

- 18.0 Meu apetite não está pior que de hábito.
- 18.1 Meu apetite já não é tão bom quanto costumava ser.
- 18.2 Meu apetite está muito pior agora.
- 18.3 Não tenho mais nenhum apetite.

**Questão 19**

- 19.0 Não perdi muito peso, se é que pedi algum peso.
- 19.1 Perdi mais de 2,5 kg

19.2 Perdi mais de 5 kg

19.3 Perdi mais de 7,5 kg.

Estou deliberadamente tentando perder peso : ( ) não

**Questão 20**

- 20.0 Não me preocupo com minha saúde mais que antes.
- 20.1 Preocupo-me com problemas físicos como dores e aflições ou perturbações de estômago ou prisão de ventre.
- 20.2 Estou muito preocupado (a) com problemas físicos e é muito difícil pensar em outras coisas além disso.
- 20.3 Estou tão preocupado (a) com meus problemas físicos que não consigo pensar em mais nada.

**Questão 21**

- 21.0 Não tenho notado qualquer mudança recente em meus interesse sexual.
- 21.1 Estou menos interessado (a) em sexo que antes.
- 21.2 Estou bem menos interessado em seco ultimamente.
- 21.3 Perdi completamente o interesse no sexo.

## INVENTÁRIO DE ANSIEDADE – TRAÇO (IDATE-T)

*Assinale o número que melhor indica COMO VOCÊ GERALMENTE SE SENTE.*

**Quase Nunca (1) Às vezes (2) Frequentemente (3) Quase sempre (4)**

1. Sinto-me bem.	1	2	3	4
2. Canso-me facilmente.	1	2	3	4
3. Tenho vontade de chorar.	1	2	3	4
4. Gostaria de poder ser tão feliz quanto os outros parecem ser.	1	2	3	4
5. Perco oportunidades porque não consigo tomar decisões rapidamente.	1	2	3	4
6. Sinto-me descansado.	1	2	3	4
7. Sou calmo, ponderado e senhor de mim mesmo.	1	2	3	4
8. Sinto que as dificuldades estão se acumulando de tal forma que não as consigo resolvê-las.	1	2	3	4
9. Preocupo-me demais com coisas sem importância.	1	2	3	4
10. Sou feliz.	1	2	3	4
11. Deixo-me afetar muito pelas coisas.	1	2	3	4
12. Não tenho muita confiança em mim mesma.	1	2	3	4
13. Sinto-me seguro.	1	2	3	4
14. Evito ter que enfrentar crises ou problemas.	1	2	3	4
15. Sinto-me deprimido.	1	2	3	4
16. Estou satisfeito.	1	2	3	4
17. Às vezes, ideias sem importância me entram na cabeça e ficam me preocupando.	1	2	3	4
18. Levo os desapontamentos tão a sério que não consigo tira-los da cabeça.	1	2	3	4
19. Sou uma pessoa estável.	1	2	3	4
20. Fico tenso e perturbado quando penso em meus problemas do momento problemas do momento.	1	2	3	4

### INVENTÁRIO DE ANSIEDADE – ESTADO (IDATE-E)

*Assinale o número que melhor indica COMO VOCE SE SENTE AGORA, NESTE MOMENTO.*

**Absolutamente Não (1) Um pouco (2) Bastante (3) Muitíssimo (4)**

1. Sinto-me calmo	1	2	3	4
2. Sinto-me seguro	1	2	3	4
3. Estou tenso	1	2	3	4
4. Estou arrependido	1	2	3	4
5. Sinto-me à vontade	1	2	3	4
6. Sinto-me perturbado	1	2	3	4
7. Estou preocupada com possíveis infortúnios	1	2	3	4
8. Sinto-me descansado	1	2	3	4
9. Sinto-me ansioso	1	2	3	4
10. Sinto-me "em casa"	1	2	3	4
11. Sinto-me confiante	1	2	3	4
12. Sinto-me nervoso	1	2	3	4
13. Estou agitado	1	2	3	4
14. Sinto-me uma pilha de nervos	1	2	3	4
15. Estou descontraído	1	2	3	4
16. Sinto-me satisfeito	1	2	3	4
17. Estou preocupado	1	2	3	4
18. Sinto-me confuso	1	2	3	4
19. Sinto-me alegre	1	2	3	4
20. Sinto-me bem	1	2	3	4

**ESCALA DE AFETOS POSITIVOS E NEGATIVOS****PANAS**

Leia cada palavra e marque a resposta adequada no espaço anterior à palavra, de acordo com como você se sentiu nos últimos 7 dias.

**1 Muito pouco 2 Um Pouco 3 Moderadamente 4 Bastante 5 Extremamente**

\_\_\_ Confiante

\_\_\_ Irritado

\_\_\_ Alegre

\_\_\_ Arrependido

\_\_\_ Entusiasmado

\_\_\_ Nervoso

\_\_\_ Seguro

\_\_\_ Agitado

\_\_\_ Saudável

\_\_\_ Com medo

\_\_\_ Interessado

\_\_\_ Angustiado

\_\_\_ Inspirado

\_\_\_ Preocupado

\_\_\_ Agradavelmente surpreso

\_\_\_ Culpado

\_\_\_ Assustado

\_\_\_ Simpático

\_\_\_ Com nojo

\_\_\_ Animado

**ESCALA DE HAMILTON PARA AVALIAÇÃO DE DEPRESSÃO**

**Instruções:** Em cada item escolha o escore que melhor caracteriza o paciente **na última semana**. Assinale sua opção no espaço apropriado ( ). **Essa escala se baseia no julgamento do próprio paciente a não ser nas questões 8, 9 e 10 em que se baseia no comportamento observado durante a entrevista!**

**1. Humor deprimido (tristeza, desesperança, desamparo, menos valia)**

- 0 ( ) Ausente.  
 1 ( ) Sentimentos são relatados somente se perguntados.  
 2 ( ) Sentimentos são relatados espontaneamente com palavras.  
 3 ( ) Comunica estes sentimentos não verbalmente, ou seja, na expressão facial, postura, voz e a tendência ao choro.  
 4 ( ) Paciente comunica quase exclusivamente esses sentimentos, espontaneamente, tanto em seu relato verbal como na comunicação não verbal.

**2. Sentimentos de culpa**

- 0 ( ) Ausentes.  
 1 ( ) Auto-recriminação; acha que decepcionou outras pessoas.  
 2 ( ) Idéias de culpa ou ruminções sobre erros ou ações do passado.  
 3 ( ) Acha que a doença atual é um castigo; delírios de culpa.  
 4 ( ) Ouve vozes que acusam ou denunciam e/ou tem alucinações visuais ameaçadoras.

**3. Suicídio**

- 0 ( ) Ausente.  
 1 ( ) Acha que a vida não vale a pena.  
 2 ( ) Gostaria de estar morto ou qualquer cogitação sobre possível morte para si mesmo.  
 3 ( ) Idéias ou gestos suicidas.  
 4 ( ) Tentativa de suicídio  
*Qualquer tentativa séria marque 4.*

**4. Insônia inicial**

- 0 ( ) Sem dificuldade para iniciar o sono.  
 1 ( ) Queixa-se de dificuldade ocasional para conciliar o sono, ou seja, mais que meia hora.  
 2 ( ) Queixa-se de dificuldade para conciliar o sono todas as noites.

**5. Insônia intermediária**

- 0 ( ) Sem dificuldades.  
 1 ( ) Queixa-se de ficar com inquietude e perturbação durante a noite.  
 2 ( ) Acorda durante a noite – qualquer saída da cama marcar 2 (exceto para necessidades fisiológicas).

**6. Insônia terminal (final da madrugada)**

- 0 ( ) Sem dificuldade.  
 1 ( ) Acorda no final da madrugada mas, volta a dormir.  
 2 ( ) Não consegue voltar a dormir se acordar no final da madrugada ou sair da cama.

**7. Trabalho e atividades**

- 0 ( ) Sem dificuldades.  
 1 ( ) Pensamentos e sentimentos de incapacidade, fadiga ou fraqueza relacionados a atividades, trabalho ou passatempos. (*"Faz as coisas mas sem vontade"*)  
 2 ( ) Perda de interesse em atividades, passatempos ou trabalho relatado diretamente pelo paciente ou indiretamente, por meio de falta de iniciativa, vacilação (*sente que precisa se forçar para trabalhar ou desenvolver atividades*).  
 3 ( ) Redução do tempo gasto em atividades ou queda de produtividade. *Marque 3 se não ocupa pelo menos três horas/dia em atividades (trabalho ou passatempos), exceto as de rotina.*  
 4 ( ) parou de trabalhar devido à depressão. *Marque 4 se o paciente não desenvolve atividades além das de rotina ou deixa de executá-las sem ajuda.*

**8. Retardo (lentificação do pensamento e discurso, dificuldade de concentração, diminuição da atividade motora)**

- 0 ( ) Pensamento e discurso normal.  
 1 ( ) Discreta lentificação durante a entrevista.  
 2 ( ) Óbvia lentificação durante a entrevista.  
 3 ( ) Entrevista difícil devido à lentidão.  
 4 ( ) Estupor.

**9. Agitação**

- 0 ( ) Nenhuma.  
 1 ( ) Inquietude.  
 2 ( ) Brinca com as mãos ou cabelos, etc.  
 3 ( ) Movimenta-se, não consegue sentar-se quieto durante a entrevista.  
 4 ( ) Retorce as mãos, rói unhas, puxa cabelos, morde lábios.

**10. Ansiedade psíquica**

- 0 ( ) Sem problemas.  
 1 ( ) Tensão e irritabilidade subjetivas.  
 2 ( ) Preocupação excessiva com trivialidades.  
 3 ( ) Atitude apreensiva aparente na fisionomia ou no discurso.  
 4 ( ) Medos expressos espontaneamente.

**11. Ansiedade acompanhada de sintomas somáticos (concomitantes fisiológicos da ansiedade: GI: boca seca, flatulência, indigestão, diarreia, cólicas, eructação; CV: palpitação, cefaléias. Resp.: hiperventilação, suspiros; sudorese ter que urinar frequentemente)**

"Durante um episódio de ansiedade, o(a) Sr(a) costuma ter os sintomas..."

- 0 ( ) Ausente.  
 1 ( ) Leve: Sintomas menores relatados quando inquirido.  
 2 ( ) Moderado: Paciente descreve espontaneamente sintomas não incapacitantes.  
 3 ( ) Grave: Maior número e frequência que 2; acompanhado de estresse subjetivo e prejudica o funcionamento normal.  
 4 ( ) Incapacitante: Numerosos sintomas, persistentes ou incapacitantes na maior parte do tempo; ataques de pânico.

**12. Sintomas relacionados ao apetite e sistema digestivo.**

- 0 ( ) Nenhum.  
 1 ( ) Perda de apetite, mas come sem necessidade de encorajamento. Peso no abdome.  
 2 ( ) Dificuldades para comer sem encorajamento ou insistência e/ou necessita de laxantes ou medicação constantemente para sintomas gastrointestinais (como náusea, indigestão, flatulência, constipação, etc).

**13. Sintomas físicos em geral**

- 0 ( ) Nenhum.  
 1 ( ) Peso ou lassidão em membros, costas ou cabeça e/ou Dores nas costas, cabeça ou musculares e/ou perda de energia e fadigabilidade.  
 2 ( ) Marque 2 para qualquer sintoma bem definido.

**14. Sintomas genitais (perda da libido, distúrbios menstruais)**

- 0 ( ) Ausentes ou informação insuficiente.  
 1 ( ) Leves: redução da libido ou desempenho sexual insatisfatório; tensão pré-menstrual leve.  
 2 ( ) Graves: desinteresse ou impotência; tensão pré-menstrual grave.

**15. Hipocondria**

- 0 ( ) Ausente.  
 1 ( ) Auto-observação (corporal) aumentada.

- 2 ( ) Preocupação excessiva com a saúde.  
 3 ( ) Queixas frequentes, pedidos de ajuda, etc.  
 4 ( ) Delírio hipocondríaco.

**16. Perda de peso (avale A ou B)**

**A.** De acordo com o paciente.

- 0 ( ) Nenhum.  
 1 ( ) Provável emagrecimento associada à doença atual.  
 2 ( ) Perda de peso indubitável (de acordo com o paciente).

**B.** Com base em medidas semanais.

- 0 ( ) Menos de 0,5 Kg de perda de peso na semana.  
 1 ( ) Mais de 0,5 Kg de perda de peso na semana.  
 2 ( ) Mais de 1 Kg de perda de peso na semana.

**17. Crítica**

- 0 ( ) Reconhece estar deprimido e doente ou não estar deprimido esta semana.  
 1 ( ) Reconhece estar com sintomas de depressão, mas atribui estes sintomas à má alimentação, ao clima, ao excesso de trabalho, ao vírus, à necessidade de descanso, etc.  
 2 ( ) Nega estar com depressão.

**MADRS - (MONTGOMERY-ASBERG DEPRESSION RATING SCALE)**

Para cada item, selecione e circule o número apropriado. 1,3 e 5 são notas intermediárias. **Pergunte nas duas últimas semanas ou na última semana se a avaliação for semanal.** *Esta escala se baseia no julgamento do avaliador durante a entrevista junto com o julgamento do paciente! Avaliar o exame psíquico do paciente e o relato destes sintomas em sua vida)*

**1. TRISTEZA APARENTE (exame psíquico)**

Representa desânimo, tristeza e desespero, (mais que um simples abatimento transitório) **refletidos na fala, expressão facial e postura.** Avaliar pela profundidade e incapacidade para se animar (*é o exame psíquico do humor: ressonância, modulação e tônus*)

- 0 ( )- nenhuma tristeza
- 1 ( )
- 2 ( )- aparentemente abatido mas anima-se ocasionalmente
- 3 ( )
- 4 ( )- parece triste e infeliz o tempo todo
- 5 ( )
- 6 ( )- tristeza e desânimo extremos e persistentes

**2. TRISTEZA RELATADA (conteúdo)**

Representa o **humor vivenciado, subjetivamente, sem considerar se o mesmo se reflete na aparência ou não.** Inclui humor deprimido, desânimo, tristeza e o sentimento de desamparo e desesperança. Avaliar de acordo com a intensidade, duração e extensão com as quais o humor é influenciado pelos eventos. Exaltação do humor é avaliada como zero neste item (*intensidade da tristeza e das valências negativas do afeto*).

- 0 ( )- tristeza ocasional pode ocorrer em determinadas circunstâncias
- 1 ( )
- 2 ( )- sentimento predominante de tristeza, mas anima-se em certas ocasiões.
- 3 ( )
- 4 ( )- sentimentos persistentes de tristeza ou desesperança. O humor é ainda influenciado por circunstâncias externas
- 5 ( )
- 6 ( )- experiência persistente de miséria ou desânimo extremo

**3. TENSÃO INTERIOR (sintomas de ansiedade)**

Representa sentimentos de **desconforto indefinido, irritabilidade, confusão interna, tensão mental próxima ao pânico, apreensão e angústia.** Avaliar de acordo com a intensidade, frequência, duração e com a extensão da necessidade de apoio pelo entrevistador. Distinguir de tristeza (1,2), preocupação (a) e tensão muscular (b). (*avalia sintomas de ansiedade - observar também na entrevista se há necessidade de reassseguramento, nervosismo que se expressa pelo choro e tensão*).

- 0 ( )- tranquilo; tensão interior fugaz
- 1 ( )
- 2 ( )- sentimentos ocasionais de irritação e desconforto indefinidos
- 3 ( )
- 4 ( )- sentimentos persistentes de tensão interior, ou pânico intermitente, o qual o paciente somente consegue controlar com alguma dificuldade.
- 5 ( )
- 6 ( )- apreensão ou angústia insuperáveis; pânico incontrolável.

**4. ALTERAÇÃO DO SONO**

Representa a **experiência subjetiva de redução da duração ou profundidade do sono** em comparação com o padrão pessoal do próprio paciente em condições sadias. (*avalia a quantidade e qualidade do sono*)

- 0 ( )- dorme como sempre o fez
- 1 ( )
- 2 ( )- dificuldade leve em conciliar o sono ou sono discretamente reduzido, leve ou interrompido
- 3 ( )
- 4 ( )- sono reduzido ou interrompido, pelo menos por duas horas
- 5 ( )
- 6 ( )- menos que duas ou três horas de sono

**5. DIMINUIÇÃO DO APETITE**

Representa o sentimento de **perda do apetite** em comparação com o período em que estava bem.

- 0 ( )- apetite normal ou aumentado
- 1 ( )
- 2 ( )- apetite discretamente reduzido
- 3 ( )
- 4 ( )- nenhum apetite, a comida não tem sabor, precisa esforçar-se para comer

- 5 ( )  
6 ( )- precisa ser forçado a comer, recusa alimentação

#### 6. DIFICULDADE DE CONCENTRAÇÃO

Dificuldades em organizar o pensamento, chegando a uma **falta de concentração** incapacitante. Avaliar de acordo com a intensidade, frequência e grau da incapacidade resultante. Distinguir de falhas de memória (c) e distúrbios formais do pensamento (d) e de *sintomas de (hipo)mania*. Avaliar *latência de resposta, atenção diminuída e a própria falta de concentração*.

- 0 ( )- nenhuma dificuldade para se concentrar  
1 ( )  
2 ( )- dificuldades eventuais para organizar o próprio pensamento  
3 ( )  
4 ( )- dificuldades de concentração e articulação dos pensamentos que interferem com leitura ou conversação  
5 ( )  
6 ( )- falta de concentração incapacitante

#### 7. INIBIÇÃO MOTORA (*sintomas anérgicos*)

Representa dificuldade ou lentidão para iniciar ou desempenhar atividades cotidianas. Distinguir de indecisão (e) e fadigabilidade (f). *Semelhante à pergunta 7 do Hamilton e não à 8!*

- 0 ( )- raramente alguma dificuldade para iniciar atividades; nenhuma lentificação  
1 ( )  
2 ( )- dificuldades para iniciar as atividades  
3 ( )  
4 ( )- dificuldades para iniciar atividades rotineiras simples que são somente desempenhadas com muito esforço  
5 ( )  
6 ( )- inércia completa; incapaz de iniciar qualquer atividade sem auxílio.

#### 8. INCAPACIDADE DE SENTIR (*anedonia e contenção do afeto*)

Representa a experiência subjetiva de **interesse reduzido** pelo ambiente, ou **pelas atividades que normalmente dão prazer**. A capacidade de **reagir com emoção adequada** às circunstâncias ou pessoas está reduzida. **Distinguir de inibição motora (7)**. *Avalia anedonia E dificuldade em demonstrar sentimentos*.

- 0 ( )- interesse normal pelo ambiente ou pelas pessoas  
1 ( )  
2 ( )- capacidade reduzida em apreciar seus interesses habituais; capacidade reduzida para sentir raiva  
3 ( )  
4 ( )- perda do interesse pelo ambiente; perda dos sentimentos pelos amigos ou conhecidos  
5 ( )  
6 ( )- a experiência de estar emocionalmente paralisado, incapacidade de sentir raiva ou pesar e uma completa ou mesmo dolorosa falta de sentimentos por parentes próximos e amigos.

#### 9. PENSAMENTOS PESSIMISTAS

Representa pensamentos de culpa, inferioridade, pecado, auto-reprovação, remorso e ruína. "*Cognição depressiva*"

- 0 ( )- nenhum pensamento pessimista  
1 ( )  
2 ( )- idéias flutuantes de falha, auto-reprovação ou auto-depreciação.  
3 ( )  
4 ( )- auto-acusações persistentes, ou idéias definidas, porém ainda racionais, de culpa ou pecado.  
5 ( )  
6 ( )- delírio de ruína, remorso e pecado irredimível; auto-acusações absurdas.

#### 10. PENSAMENTOS *de morte e SUICIDAS*

Representa o sentimento de que a vida não vale a pena ser vivida, que uma morte natural seria bem-vinda, pensamentos suicidas e preparativos para o suicídio. Tentativas de suicídio não deverão por si mesmas influenciar a avaliação.

- 0 ( )- aprecia a vida ou a aceita como ela é  
1 ( )  
2 ( )- cansado da vida, pensamentos suicidas transitórios.  
3 ( )  
4 ( )- muito melhor seria se morresse, pensamentos suicidas são freqüentes e o suicídio é considerado como uma possível solução, mas sem planos específicos ou intenções.  
5 ( )  
6 ( )- planos explícitos de suicídio quando houver uma oportunidade, prepara-se ativamente para o suicídio