

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

**AVALIAÇÃO DAS HABILIDADES SOCIAIS E VARIÁVEIS  
SOCIODEMOGRÁFICAS DE ADOLESCENTES COM E SEM  
INDICADORES DE DEPRESSÃO**

**JOSIANE ROSA CAMPOS**

São Carlos-SP  
2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

**AVALIAÇÃO DAS HABILIDADES SOCIAIS E VARIÁVEIS  
SOCIODEMOGRÁFICAS DE ADOLESCENTES COM E SEM  
INDICADORES DE DEPRESSÃO**

JOSIANE ROSA CAMPOS

Tese apresentada na Defesa, junto ao Programa de Pós Graduação em Psicologia, da Universidade Federal de São Carlos, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do título de doutora em Psicologia.

Área de Concentração: Comportamento Social e Processos Cognitivos

Orientador: Profº Drº Almir Del Prette

São Carlos-SP  
2014

**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da  
Biblioteca Comunitária/UFSCar**

C198ah Campos, Josiane Rosa.  
Avaliação das habilidades sociais e variáveis sociodemográficas de adolescentes com e sem indicadores de depressão / Josiane Rosa Campos. -- São Carlos : UFSCar, 2014.  
159 f.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal de São Carlos, 2014.

1. Psicologia. 2. Habilidades sociais. 3. Adolescentes. 4. Depressão. 5. Variáveis sociodemográficas. 6. Avaliação. I. Título.

CDD: 150 (20<sup>a</sup>)



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

COMISSÃO JULGADORA DA TESE DE DOUTORADO

Josiane Rosa Campos

São Carlos, 27/06/2014

Prof. Dr. Almir Del Prette (Orientador e Presidente)  
Universidade Federal de São Carlos/UFSCar

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Caroline Guisantes de Salvo Toni  
Universidade Estadual do Centro-Oeste / UNICENTRO

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Alessandra Turini Bolsoni Silva  
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho/ UNESP

Prof. Dr. Lucas Cordeiro Freitas  
Universidade Federal de São Carlos/UFSCar

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria de Jesus Dutra dos Reis  
Universidade Federal de São Carlos/UFSCar

Submetida à defesa em sessão pública  
realizada às 14:00h no dia 27/06/2014.

Comissão Julgadora:  
Prof. Dr. Almir Del Prette  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Caroline Guisantes de Salvo Toni  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Alessandra Turini Bolsoni Silva  
Prof. Dr. Lucas Cordeiro Freitas  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria de Jesus Dutra dos Reis

Homologada pela CPG-PPGpsi na  
\_\_\_\_\_ª Reunião no dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Deisy das Graças de Souza  
Coordenadora do PPGpsi



“Quem quiser nascer tem que destruir um mundo”.

(“Demian”, **Hermann Hesse**)

## AGRADECIMENTOS

Ao *Almir e Zilda*, pela oportunidade de aprender pesquisa e por permitirem que eu estudasse um tema que me encanta desde a minha graduação. Sinto que aprendi muito além do que imaginei aprender. Sou grata.

Às professoras de minha banca de qualificação, *Alessandra Bolsoni-Silva e Jesus Dutra dos Reis*, que acompanharam a evolução do meu trabalho, desde o meu mestrado. Sou muito grata às contribuições, críticas e sugestões. Admiro a postura enquanto membros de banca de arguir com respeito e, simultaneamente, ajudar, tornar um momento de intensa aprendizagem.

À *Alessandra Bolsoni-Silva*, que me acompanhou desde minha graduação, minha primeira orientadora. Sou grata demais por todos os ensinamentos, pelo jeito simples de abordar conteúdos complexos, pelo jeito claro de se comunicar, por sua humildade, pela doçura, sempre! São poucos os professores que podem marcar fortemente a vida de um aluno e você, marcou a minha. Para mim, você é um modelo! Com você me apaixonei por temáticas que envolviam a clínica. Sua trajetória profissional é admirável e inspiradora, sinto muito carinho por você!

Aos colegas do *Rhs*, pelo apoio, carinho e reflexões acadêmicas compartilhadas. De maneira especial à *Vanessa Romera Leme*, por revisar parte do texto da tese, e por proporcionarem conversas sobre a vida acadêmica, e sempre de forma séria, competente, confiável e amiga. À amiga *Fabiane Ferraz*, especialmente em nossos *happy hours*, onde saíram nossas melhores conversas e risadas. Esses momentos estão guardados no coração. Às novas amigas *Catharina Malcher e Dany Tatmatsu*, pelos cafés em São Carlos, sempre um prazer estar com vocês, pois esta alegria e espontaneidade que vêm do norte e nordeste, não têm preço!!!!

Às professoras de estatística, *Gleici Perdoná e Suleimy Mazin*, pela disponibilidade e atenção com as análises estatísticas, em parte desta tese.

Às colegas *Florença Justino e Leticia Le Bihan* pela ajuda na tabulação dos dados. Sem vocês, eu teria ficado extremamente exausta...sou grata demais!

Ao **Arnaldo**, meu marido, não sei se tenho palavras para expressar o que sinto...você é importante para mim há muito tempo, meu maior incentivador, minha paz, meu amor. (...) Nunca quis alguém que me prendesse, e você é a pessoa que mais me liberta todos os dias. Inclusive de mim mesma (...). Muito obrigada!

Aos meus pais, **Francisca e Valdecir**. Agradeço todo o apoio recebido e este apoio não é apenas verbal, é mais afetivo, bem emocional, é a incondicionalidade amorosa que sinto em relação a vocês. Agradeço tudo: por me darem a vida, pelos valores ensinados, pelo bom humor e jeito doidinho e divertido de vocês! Os sessentões mais joviais que conheço, meus furacões lindos! Amo!

Aos meus irmãos, **Crís e Júnior**, pela presença constante, e só por serem meus irmãos. A vida não poderia ter escolhido melhor para me dar, pela tamanha cumplicidade e amor que temos. Vocês estão guardados “du ladisquerdupeito!! Dendu meu coração! Amocêis padaná!!!

À minha eternaamiga, **Fernanda Pezzato**, sempre presente, ainda que na distância. É muito bom ter uma amiga que “ (...)contém o olhar antigo e, como sempre, singular comigo (...), Você é minha segunda irmã, a irmã que a gente escolhe. Obrigada por esta amizade tão profunda, íntima, rara e de tantos anos.

À minha amiga **Alessandra Salina**, pela amabilidade de sempre. Agradeço todos os momentos compartilhados, nossas risadas e nossas análises!!! Os momentos com você são leves, e sempre sinto que estou em “casa”. Eu sei que você já sabe, mas nunca é demais falar: tenho muito carinho por você, você é muito importante para mim! Obrigada por tudo!

De maneira especial, à **Andreza Ribeiro e Hugo Gomes**, meus amigos queridos. Penso que tudo que nos aconteceu foi um presente da vida. Estou muito feliz por tê-los encontrado em meu caminho, pessoas que gosto demais e admiro tanto e que tenho profundo carinho e respeito. Agradeço todos os nossos momentos compartilhados, sempre muito prazerosos, leves e divertidos. E claro, não me esqueço de **Juju Ribeiro Gomes**, minha princesa. Sua alegria e ingenuidade infantil foram muito preciosas para mim, em momentos que muito precisei.

À minha querida **Érica Crepaldi**, que nos chegou de maneira tão especial e que, instantaneamente, houve grande afinidade e conquistou

a todos nós. Obrigada pela alegria que você irradia, por ser tão do bem, por todo este tempo junto com a gente, pela nossa feliz parceria!

À amiga, **Camila Pereira**, por todo o tempo compartilhado. Mesmo que distante, você consegue ser muito presente e amo estar com você, pois é uma pessoa rara, dessas que temos que preservar ao lado, no coração, na memória de qualquer maneira.

Às minhas amigas, **Juliana Bissolì**, **Cíntia Hiroka**, pelos momentos de descontração, engraçados, diversão, viagens, apoio e carinho. O relaxamento e alegria proporcionados por vocês foram muito importantes durante esta trajetória. De maneira especial, à **Flávia Volta**, que me acompanhou em diversos momentos, e compartilhou suas análises profundas sobre a vida, as músicas, as poesias, companheira de corridas, caminhadas e das idas ao Chocolate com Pimenta, experimentar todas as “comidas di buteco”! Ai que delícia!!! Que esses momentos sejam eternos! É muito bom ter vocês três por perto!

Agradeço à **Fátima**, **Pinheiro**, **Fernanda** e **Clayton**, pela constante presença e carinho, por todo aconchego recebido e pelos dias deliciosos no sítio, recheados de passeios, descansos, bolos de cenoura, pão caseiro e churrascos! Eu adoro vocês, obrigada!!

De maneira muitíssimo especial, à **Teresinha Porto**, pessoa que admiro e tenho muito carinho. Você me ensinou muitas coisas das quais estão guardadas até hoje, a sete chaves! Sou profundamente grata a você!

Agradeço à disponibilidade dos **diretores das escolas** em me receber para que a pesquisa fosse realizada. De maneira especial, aos **participantes adolescentes**, por doarem seus tempos, por toda a colaboração. Sem vocês, este trabalho não teria sido possível. Grata!

À **Capes**, pelo apoio financeiro recebido.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO GERAL</b>	1
1. Adolescência	1
2. Saúde e Saúde Mental do Adolescente	6
3. Psicologia da Saúde	10
4. Depressão na Adolescência e Análise Comportamental da Depressão	13
5. Habilidades Sociais, Análise do Comportamento e Depressão na Adolescência	22
<b>MANUSCRITOS</b>	
I-Habilidades sociais e depressão na adolescência: uma revisão da literatura	31
II-Habilidades sociais de adolescentes com e sem indicadores de depressão, considerando análises de gênero.	55
III-Depressão na adolescência: habilidades sociais e variáveis sociodemográficas como fatores de risco/proteção	82
IV-Habilidades sociais de adolescentes com e sem depressão: impacto sobre grandes amostras	108
<b>DISCUSSÃO GERAL</b>	132
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	142
<b>REFERÊNCIAS</b>	147
<b>ANEXOS</b>	160

## RESUMO

Campos, J. R. (2014). *Avaliação das habilidades sociais e variáveis sociodemográficas de adolescentes com e sem indicadores de depressão*. Tese de Doutorado, Pós Graduação em Psicologia, Universidade Federal de São Carlos-UFSCar. São Carlos, SP.

As pesquisas indicam que os adolescentes que possuem indicadores de depressão apresentam muitas dificuldades em iniciar e manter relacionamentos sociais. Frequentemente, eles são rejeitados socialmente, o que produz um mal estar clinicamente relevante. A literatura aponta associações entre depressão em adolescentes e baixo repertório de habilidades sociais e, em contrapartida, adolescentes sem indicadores de depressão, apresentam maior frequência de habilidades sociais. Portanto, a presença de habilidades sociais no repertório do adolescente constitui fator de proteção e, a baixa frequência, de risco ao desenvolvimento de sintomas depressivos. No entanto, embora esta hipótese seja plausível do ponto de vista teórico, poucos são os estudos empíricos que investigaram o tema depressão na adolescência e habilidades sociais, especialmente no contexto brasileiro. Tampouco, os estudos encontrados na literatura, inseriram variáveis sociodemográficas como idade, sexo e *status* socioeconômico nas pesquisas sobre habilidades sociais e depressão na adolescência, que também são consideradas variáveis associadas aos sintomas depressivos e às habilidades sociais. Nesse sentido, o objetivo geral da presente pesquisa foi caracterizar, comparar e prever o repertório de habilidades sociais de adolescentes com e sem indicadores de depressão, considerando variáveis sociodemográficas. Esta tese é composta por quatro estudos. O primeiro estudo, de cunho teórico, revisou os últimos 20 anos da literatura científica sobre o tema habilidades sociais e depressão na adolescência. O segundo, caracterizou e comparou o repertório de habilidades sociais de 103 adolescentes com e 103 sem indicadores de depressão, considerando diferenças de sexo. O terceiro propôs um modelo de regressão logística múltipla, onde se investigou as habilidades sociais de 642 adolescentes (103 com e 539 sem indicadores de depressão) enquanto fatores de risco/proteção e o poder preditivo à indicação de depressão em adolescentes. O quarto, comparou duas amostras: uma geral (composta por 103 adolescentes com e 539 sem indicadores de depressão) e outra, não clínica (composta apenas por 539 adolescentes sem indicadores de depressão), visando verificar o impacto desse controle sobre os escores de habilidades sociais e a influência do sexo e do *status* socioeconômico sobre os resultados. Os participantes de todos os estudos empíricos tinham média de 13 anos. Os instrumentos utilizados nesses estudos empíricos foram Inventário de Habilidades Sociais para Adolescentes IHSA-Del Prette, Inventário de Depressão Infantil e Critério Brasil. Os dados foram coletados em escolas municipais de uma cidade do interior de São Paulo. Foram utilizadas análises estatísticas descritivas e inferenciais. No primeiro estudo foram encontrados 28 artigos, sendo a maioria de pesquisas empíricas, produzidas no exterior, com delineamentos pré-experimentais, ênfase em utilização de instrumentos de autorrelato, com objetivos de prever variáveis e as classes de habilidades sociais mais investigadas foram: assertividade, comunicação e abordagem afetiva. No segundo estudo, houve diferença significativamente estatística para o escore geral, nas classes autocontrole, civilidade e assertividade na amostra feminina; no caso da amostra masculina, houve diferença estatística significativa apenas para a classe desenvoltura social. No terceiro estudo, as habilidades mais frequentes de empatia e autocontrole bem como idade de 12 anos mostraram-se fatores de proteção; dificuldade nas habilidades de civilidade e sexo feminino mostraram-se fatores de risco. O modelo apresentou baixo poder preditivo. No quarto estudo, os resultados apontaram rebaixamento do escore global e das habilidades sociais de empatia e autocontrole, apenas na amostra feminina. As implicações, limitações e alcances desses dados são discutidos.

**Palavras chaves:** Depressão; Adolescentes; Habilidades sociais; Variáveis sociodemográficas

## ABSTRACT

Campos, J. R. (2014). *Sociodemographic and social skills evaluation of adolescents with and without depression indicators*. Doctoral Thesis, Postgraduate in Psychology, Federal University of São Carlos-UFSCar. São Carlos, SP.

Researches indicate that adolescents who have diagnostic or indicators of depression present many difficulties to start and maintain social relationships. Frequently, they are rejected by the society, which products a clinically relevant ill-being. The literature points associations between depression among adolescents and low repertory of social skills and, on the other hand, adolescents without depression indicators would present higher frequency of social skills. Therefore, the presence of social skills in the adolescents' repertory would constitute a protection factor, and the low frequency, risk to the development of depressive symptoms. However, although this hypothesis is plausible at the theoretical point of view, empirical studies that investigate the theme depression in adolescence and social skills are few, especially in the Brazilian context. Studies found in the literature also didn't insert socio-demographic variable like age, gender, socio-economic status at the researches about social skills and depression in adolescence, which are also considered variables associated with depressive symptoms and social skills. In this sense, the general objective of the present research was to characterize, compare and predict the social skills repertory of adolescents with and without depression indicators, considering socio-demographic variables. This thesis is composed by four studies where one of them is theoretical and the other three are empirical. The first study, of theoretical nature, reviewed the last 20 years of scientific literature on the theme of social skills and depression in adolescence. The second characterized and compared the social skills repertory of 103 adolescents with and 103 without depression indicators, considering differences in gender. The third one suggested a model of multiple logistic regression, where the social skills of 642 adolescents (103 with depression indicators and 539 without it) were investigated as protection/risk factors and the predictive power in indicating depression in adolescents. The fourth study compared two samples: a general one (composed by 103 adolescents with depression indicators and 539 without it) and another one, nonclinical (composed by just 539 adolescents without depression indicators), aiming to check the impact of this control on the social skills scores and the influence of gender and social-economic status on the results. The participants of all empirical studies were 13 years old in average. The instruments used in these empirical studies were the Inventory of Social Skills for Adolescents IHSA – Del Prette, Inventory of Infant Depression and Brazil Criteria. Data were collected at municipal schools, of a city in the interior of São Paulo state. Descriptive and inferential statistical analyses were used. In the first study were found 28 articles, the biggest part of them were empirical, done outside the country, with pre-experimental design, emphasis on the use of instruments of self-report, aiming to predict variables and categories of social skills investigated were: assertiveness, communication and approach. In the second study, there was difference significantly statistical in the general score, on the classes of self-control, civility, and assertiveness in the female sample; in the case of male sample, there was difference significantly statistical just for the categories of social resourcefulness. In the third study, the skills more frequent of empathy and self-control as well as 12 years old were shown as risk factors. The model presented low predictive power. In the fourth study, the results pointed debasement of the overall score and the social skills of empathy and self-control, just for the female sample. The implications limitations and reach of these data are discussed.

**Keywords:** Depression; Adolescents; Social Skills; Socio-Demographic Variables

## **INTRODUÇÃO GERAL**

### **Adolescência**

Atualmente, o mundo comporta cerca de 1,2 bilhão de adolescentes (UNICEF, 2011). Nove em cada dez deles vivem no mundo em desenvolvimento (UNICEF, 2011) onde os desafios educacionais, de moradia e com implicações à saúde e saúde mental são preocupantes. Muitos desses desafios constituem-se nas condições de risco sob os quais muitos adolescentes vivenciam, como por exemplo, a exposição ao aumento de violência (doméstica, de gênero, urbana, escolar), ao sexo desprotegido, relações com o tráfico de drogas (ofertas de drogas ilícitas que são obtidas sem muitas dificuldades), o que torna a condição propícia para a grande preocupação dos organismos de apoio, tais como, a Organização Mundial da Saúde, UNICEF a esse enorme contingente de indivíduos na realidade atual.

Os adolescentes, segundo a World Health Organization (WHO, 2012a), são pessoas que apresentam entre 10 e 19 anos. A UNICEF (2011) classifica o período da adolescência em duas faixas etárias como: fase inicial e fase final. A fase inicial corresponde ao período que se estende dos 10 aos 14 anos de idade. Nesse período ocorrem as mudanças físicas, seguida do desenvolvimento sexual e das características secundárias, além das mudanças neurobiológicas, como aceleração do desenvolvimento fisiológico. Os adolescentes tornam-se conscientes do seu gênero, podendo ajustar-se às normas de comportamento e são muito sensíveis às opiniões dos pares, por ainda não haver tanta clareza sobre sua identidade e, conseqüentemente, podem apresentar um padrão de enfrentar riscos e assumir comportamentos de “adultos”. A fase final da adolescência corresponde ao período de 15 aos 19 anos de idade e o cérebro continua a se desenvolver, mas as principais mudanças físicas já ocorreram. Nesse período, ainda os adolescentes são sensíveis às influências dos pares, mas

com menor frequência, e a atitude de enfrentar riscos diminui também. Ao final desse período, de maneira geral, há o ingresso no mundo do trabalho ou da universidade (UNICEF, 2011). Por outro lado, o estudo de Salvo (2010) apresentou dados que vão na direção contrária das afirmações realizadas pela UNICEF (2011). A autora identificou que os adolescentes mais jovens relataram maior frequência de comportamentos de proteção (satisfação com a vida, com a escola, comportamento assertivo) enquanto os adolescentes mais velhos alcançaram escores maiores nos comportamentos de risco (uso de álcool e tabaco, andar armado, maior tempo gasto assistindo tv ou no computador, menor satisfação com a escola).

Possivelmente, a UNICEF (2011) apresenta uma perspectiva do desenvolvimento adolescente sob uma ótica mais biológica, das influências hormonais, e os dados empíricos encontrados por Salvo (2010) apontam para a importância das contingências que se complexificam conforme há aumento de idade e, nesse sentido, conforme assinalam Williams, Holmbeck e Greenley (2002), os dois momentos da adolescência podem exigir repertórios novos e diferenciados dadas às diversas adaptações que o adolescente está exposto. De todo modo, Toni e Silhares (2013) apontam que a adolescência é um momento propício para intervenções precoces em termos de comportamentos de saúde.

Essas pesquisas indicam que, a definição da adolescência, portanto, não se pauta estritamente no conceito de idade. Em sociedades competitivas, de acordo com Schoen-Ferreira, Aznar-Farias e Silhares (2010) o período da adolescência é estendido, pois cada vez mais, é requerido do adolescente maior tempo de estudo para conseguir adentrar ao mundo do trabalho. Como bem sintetizam Formigli, Costa e Porto (2000), a adolescência começa com as mudanças corporais e terminam com a inserção social e econômica na sociedade adulta.

Como cada cultura apresenta diversas formas de organização e explicita os padrões comportamentais do adolescente que podem ser reprovados e aprovados, o período da

adolescência não é universal e pode ser construído por diversas comunidades e sociedades de maneiras diferentes (Fatusi & Hindin, 2010). Essa consideração requer, portanto, um conhecimento regional especializado sobre o modo de viver, das preocupações vivenciadas pelo adolescente, a identificação de seus recursos, bem como a identificação de suas principais dificuldades.

Para DiClemente, Ponton e Hansen (1996), a adolescência trata-se de um período de existência em que o indivíduo começa a interagir com os outros de maneira mais autônoma, sem aparentemente ter de assumir as responsabilidades da vida adulta. Essa situação implica em uma ambivalência, pois, por um lado, não lhe é exigido assumir os compromissos da vida adulta e, por outro, o padrão comportamental infantil não lhe é permitido, o que requer grandes mudanças comportamentais.

Em uma visão analítico-comportamental, Ribes citado por Gehm (2013), concebe que o desenvolvimento é a interação histórica das capacidades comportamentais no transcurso do tempo. Dessa forma, as competências comportamentais adquiridas apresentam-se como condições necessárias às aquisições de novas competências comportamentais. Nesse sentido, a história progressiva do indivíduo interfere de forma probabilística nas suas interações presentes e futuras. Essa concepção de desenvolvimento dá origem ao termo pré-requisito comportamental, sem ser associado a uma sequência imutável. Como acrescenta Toni (2013), ao se compreender o desenvolvimento como uma construção, pressupõe-se que os padrões de conduta do adolescente possivelmente foram modelados na infância. No entanto, na adolescência, estão mediados por novos ambientes.

Ainda na visão analítico comportamental, Carmo, Cunha e Costa (2009) apontam que os padrões comportamentais na adolescência devem ser analisados a partir dos três níveis de determinação do comportamento (filogenético, ontogenético e cultural), pois não é possível desconsiderar as variáveis biológicas nem as variáveis culturais. No plano biológico, fica

clara a dotação genética que pode ser expressa nas características gerais da espécie. No caso dos adolescentes, os caracteres sexuais secundários são a demarcação dessa expressão genética. O plano ontogenético se expressa a partir da sensibilidade individual às consequências imediatas do comportamento, cujo papel da modelagem é essencial na geração de repertórios e propicia a variabilidade comportamental, o que caracteriza as diferenças individuais. No plano da cultura, as práticas culturais selecionam repertórios comportamentais grupais específicos: a comunidade verbal delimita o que se espera do indivíduo, reforça determinados repertórios e pune outros, lança modelos comportamentais.

Os padrões de conduta e as mudanças comportamentais, segundo Novak e Pelaez (2004), podem ser a busca de independência em relação aos pais, ao aumento de busca de interação com os pares e o interesse por relacionamentos amorosos, e muitos comportamentos governado por regras. Acrescenta-se que as regras podem ser provenientes de vários ambientes (família, escola, pares, namorados (as)). Isto significa dizer que há múltiplas regras aprendidas e muitas delas especificam diferentes consequências e, por vezes, contraditórias. E nesse sentido, parece haver condições do aparecimento de sentimentos de mal estar nos adolescentes quando há uma menor discriminação sobre a quem e a que responder, sendo propício o aparecimento de relações conflituosas do adolescente com os outros, quanto consigo mesmo.

Importante sinalizar que nem todos os adolescentes estão expostos aos conflitos, não se trata de reafirmar a perspectiva do *storm* e *stress*, preconizada pelo psicólogo Stanley Hall. Como aponta Arnett (1999), nessa perspectiva, os problemas que porventura eram apresentados pelos adolescentes, especialmente, os comportamentos de risco, conflitos com os pais e alterações de humor foram analisados como algo intrínseco a este período de desenvolvimento, a questões estritamente hormonais, portanto, biologicamente determinados. O adolescente foi visto como naturalmente tempestuoso, tenso, rebelde, conflituoso,

impulsivo, o que ainda nos dias de hoje, não é difícil encontrar afirmações com este sentido nas mídias.

Embora esta visão seja considerada como algo do passado, pois as pesquisas nessa área tendem a contemplar variáveis contextuais que influenciam na determinação do comportamento e os resultados obtidos mostraram evidências de que os adolescentes também são capazes de expressar-se positivamente, manter relacionamentos com os pares de maneira satisfatória, são capazes de atender as demandas sociais e educacionais no meio em que estão inseridos e resolver seus problemas cotidianos, entre outras demandas, bem como serem capazes de não apresentarem comportamentos de risco (Lerner & Steinberg 2004; Silva & Murta, 2009; Sapienza, Aznar-Farias, & Silvares, 2009), Arnett (1999) faz algumas considerações a respeito da adolescência. Para o autor, nem todos os adolescentes vivenciam o “*storm e stress*”, no entanto, é justamente na adolescência, o período mais propício para o aparecimento de maiores dificuldades quando se compara a outros períodos do ciclo do desenvolvimento, pois, de fato, parte dos adolescentes está envolvida com comportamentos de risco, conflitos com os pais e podem apresentar alterações de humor, o que traz implicações a sua saúde.

A posição do autor parece pertinente, pois, embora o rumo das pesquisas sobre os adolescentes no século XXI seja na direção de identificação de seus recursos, no desenvolvimento de suas habilidades, com foco na promoção de saúde, como assinalam Senna e Dessen (2012), o agravante, segundo a WHO (2012a), é que ainda são poucos os dados científicos acumulados para a população que já se encontra no risco. Esse quadro ocorre especialmente nos países em desenvolvimento (Fatusi & Hindin, 2010), como o Brasil, por exemplo.

## Saúde e Saúde Mental do Adolescente

Por um longo tempo, a WHO considerava que os adolescentes pertenciam a um grupo com menos problemas de saúde quando comparados a outros grupos, o que refletiu no pouco investimento dos pesquisadores (Williams, Holmbeck, & Greenley, 2002). De fato, ainda que a maior parte da população adolescente pareça desenvolver-se sem maiores problemas, parte dela precisa de algum tipo de ajuda, podendo apresentar problemas de saúde física, comportamental e mental. Presume-se que esse número alcance perto dos 20% da população adolescente (WHO, 2012).

De acordo com Straub (2005), a palavra *saúde* vem de uma antiga palavra da língua alemã, e representada por palavras inglesas “*hale*” e “*whole*”, que se referem à integridade do corpo. Segundo observações dos linguistas, essas palavras derivam dos campos de batalhas medievais, em que a perda de *haleness*, ou saúde, era resultante de um grave ferimento (Straub, 2005). Atualmente, a saúde é definida pela WHO (2005) como “o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade”. Essa definição envolve, portanto, um estado positivo e multidimensional: saúde física, saúde social e saúde mental.

A saúde física, de acordo com Straub (2005) implica em ter o corpo livre de doenças, com bom sistema imunológico, cardiovascular, bons hábitos alimentares e fazer exercícios regularmente, sentidos aguçados; pressupõe que o indivíduo apresente estilos de vida saudáveis como não fumar, não beber, fazer sexo com uso de preservativo. A saúde social pressupõe apresentar habilidades interpessoais, relacionamentos significativos com a família, amigos e apoio social nos períodos de crise e problemas (Straub, 2005).

A saúde mental, por sua vez, é descrita como o estado de bem estar com o qual os indivíduos são capazes de enfrentar os estresses diários, de forma produtiva e que possa

auxiliar sua comunidade (WHO, 2005). Outra definição foi proposta por Morrison-Valfre (2005) e parece complementar à definição da WHO (2005):

“Saúde mental é a habilidade de enfrentar e adaptar-se a recorrentes tensões da vida de uma forma aceitável. Pessoas saudáveis mentalmente realizam com sucesso as atividades da vida diária, adaptando-se a mudanças, resolvendo problemas, tendo objetivos e apreciando a vida. Elas têm autoconhecimento, diretividade e responsabilidade nas suas ações (p. 1)

Embora os conceitos sejam descritos separadamente (saúde física, social, mental), pressupõe-se no presente trabalho que mente e corpo apresentam-se como uma unidade da mesma realidade, a partir de uma visão monista. Segundo a WHO (2005), tais conceitos estão intimamente relacionados e aponta que para atingir boa saúde física, mental e social é preciso considerar o papel dos determinantes sociais de saúde (DSS). Os DSS, de acordo com a WHO (2008) são as circunstâncias sob as quais as pessoas nascem, vivem, crescem, trabalham e envelhecem. Em uma definição mais completa, segundo a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco em uma determinada população.

Os fatores de risco, segundo Kazdin (1997), podem ser definidos como a presença de uma característica, de um evento ou uma vivência que aumenta a probabilidade do indivíduo ficar vulnerável e desenvolver alguma condição clínica. Por outro lado, existem os fatores que protegem e são conceituados como condições que reduzem ou atenuam influência das condições de risco presentes (Carbonell et al, 2002). Alguns determinantes de saúde e saúde mental do adolescente são apontados como fatores de risco e podem criar condições para o desenvolvimento de doenças e transtornos psicológicos.

Taylor, Repetti e Seeman (1997) realizaram uma macroanálise sobre os fatores sociais, econômicos e culturais que podem criar um ambiente de aprendizagem de comportamentos de risco ou saudáveis e atuarem como um dos preditores das ações positiva e/ou negativas à saúde. A violência na família, a baixa qualidade dos cuidados dos pais em relação aos filhos

(negligência); apresentar baixa rede de apoio social (comunidade); baixo nível socioeconômico (que influencia o baixo nível educacional, condições precárias de moradia e a baixa renda, portanto, estão expostas a maior fonte de estresses); as relações grupais (relacionamentos com os pares) (Taylor et al 1997). De acordo com Matos, Simões, Canha e Fonseca (1996), as interações promovidas nos grupos dos pares permitem a formação de opiniões e atitudes sobre os próprios indivíduos e dos outros, o que auxilia no processo de formação de identidade. Nesse sentido, os pares podem tanto apresentar comportamentos saudáveis quanto podem pressionar o adolescente a praticar comportamentos de saúde negativos como fumar, beber, consumir drogas, praticar sexo sem o uso de preservativo. Viner et al. (2012) acrescentam que as desigualdades de gênero também podem funcionar como eventos estressores e propiciar o desencadeamento de doenças e transtornos psicológicos.

O conceito de gênero, diferentemente do conceito sexo (características anatômicas que definem homens e mulheres) refere-se aos papéis socialmente construídos, comportamentos, atividades e atributos que uma determinada sociedade considera apropriado para homens e mulheres (WHO, 2002). É na adolescência que meninos e meninas começam a assumir distintos papéis de gênero, tanto no âmbito pessoal/comportamental quanto no campo do trabalho, o que lhes expõe a diferentes fatores de risco, doenças e psicopatologias (Viner et al 2012; (Zahn-Waxler, Crick, Shirliff & Woods, 2006).

Outro fator importante como um dos determinantes sociais de saúde são os fatores comportamentais (Buss & Filho, 2007). Parece haver um pressuposto de que adolescente, pode escolher em parte, a engajar-se em comportamentos de risco e/ou saudáveis (WHO, 1997; Matos et al 2006). Como por exemplo, quando a adolescente consegue negar uma relação sexual sem o uso de preservativo junto a seu parceiro, mesmo ao sentir-se pressionada, pode ser um tipo de escolha que evita consequências negativas como gravidez indesejada, transmissão de doenças

sexualmente transmissíveis. Situações dessa natureza, como se observa, envolve o desenvolvimento de habilidades de resolver problemas e repertório de habilidades sociais. O fortalecimento desse tipo de repertório é preconizado em um dos programas de saúde voltado a esta população, denominado habilidades de vida (WHO, 1997). Essa visão vai na direção sobre o que Barry e McQuen (2005) discutem em relação ao investimento do conhecimento ser pautado não apenas na redução dos problemas já existentes, mas que seja direcionado também à identificação e promoção de competências sociais, contribuindo assim, para uma visão positiva sobre a saúde e saúde mental.

A identificação dos determinantes sociais de saúde relacionados ao contexto de vida do adolescente é importante, pois eles podem criar condições para o desenvolvimento do estresse. De acordo com Reis e Rabelo (2010), sempre que um organismo identifica modificações no ambiente, potencialmente danosas ou positivas e que lhe exigiria uma grande mudança no seu responder, entra em ação uma série de alterações adaptativas com componentes hormonais, físicos, comportamentais e cognitivos. Do ponto de vista comportamental, como assinalam Taylor et al (1997), quando os recursos comportamentais são baixos, os indivíduos podem responder de forma a esquivar-se e fugir de situações difíceis, o que propicia o aparecimento de diversos problemas de saúde e saúde mental. No entanto, as habilidades adquiridas e as estratégias comportamentais podem auxiliá-los a enfrentar situações estressoras (Taylor et al, 1997).

Segundo Vila e Zakir (2003), as pessoas que tiveram uma história de se exporem às contingências favoráveis à construção de repertório de resolução de problemas e tomadas de decisão podem estar em melhores condições quando comparadas às pessoas que apresentam repertório deficitário de resolução de problemas, o que pode apresentar alto custo de resposta e contribuir para o aparecimento de respostas de estresse. Este é o chamado modelo de estresse-enfrentamento, um dos mais utilizados na explicação de desenvolvimento de

transtornos psicológicos e doenças (Moraes & Rolim, 2012, Straub, 2005; Taylor et al, 1997).

Nesse sentido, o conhecimento geral sobre os fatores que influenciam a saúde e saúde mental do adolescente parece necessário, pois, além de esclarecer sobre as variáveis contextuais sob as quais um adolescente pode ser saudável ou apresentar riscos de desenvolvimento de doenças e transtornos psicológicos, permite a identificação de quais variáveis podem ser críticas de serem inseridas na realização de pesquisas. Conseqüentemente, possibilita a compreensão de como elas se relacionam aos temas da saúde e saúde mental do adolescente. A Psicologia da Saúde reúne subsídios para a produção do conhecimento no sentido de promover saúde, bem como prevenir e tratar diversos transtornos psicológicos, como se verá a seguir.

### **Psicologia da Saúde**

Dentre os avanços da Psicologia, nesta última metade do século, destaca-se o surgimento da Psicologia da Saúde (Guimarães, 2010). De acordo com Amaral (2010), especificamente na última década, o campo tornou-se significativo com um grande número de profissionais, dos quais atuam em diversas áreas: clínicas; comunidades; hospitais; postos de saúde; centros de reabilitação; universidades. Como assinala Taylor (1995), o reconhecimento da mediação das variáveis psicossociais e sociais no processo saúde e doença foi possível, a partir das evidências clínicas e metodológicas das intervenções dos programas em psicologia. De maneira ampla, a definição da Psicologia da Saúde foi apresentada por Matarazzo (1980) como:

Um conjunto de contribuições educacionais, científicas e profissionais da disciplina da Psicologia para promoção e manutenção da saúde, a prevenção e tratamento de doenças, a identificação da etiologia e diagnóstico dos correlatos de saúde, doença e funções relacionadas, e a análise e aprimoramento do sistema e regulamentação da saúde. (p. 815).

Importante ressaltar que os conceitos de promoção e prevenção diferenciam-se entre si, embora eles se sobreponham e sejam partes da mesma realidade. Segundo Suchocka e Kovess-Masféty (2006), a promoção de saúde apresenta por objetivo aumentar o bem-estar pessoal e

coletivo, desenvolver fatores de proteção e condições à saúde. Já o conceito de prevenção de doenças baseia-se na compreensão dos riscos ou da probabilidade da pessoa se tornar doente, sendo que a efetivação de estratégias preventivas está vinculada ao índice e/ou prevalência de doenças na região em que vive uma comunidade (Souza & Grundy, 2004) e apresenta por objetivo, portanto, de eliminar ou reduzir fatores de risco a grupos vulneráveis.

As ações de promoção e prevenção como parte da atuação do psicólogo da saúde pressupõem uma preocupação com a saúde coletiva, e isso implica que os psicólogos dessa área de atuação podem também contribuir junto à Saúde Pública. Nesse sentido, como aponta Matos (2004), os objetos da Psicologia da Saúde na área das disciplinas da Saúde Pública podem ser considerados como: (a) o conhecimento sobre os determinantes dos comportamentos dos indivíduos e das diversas populações; (b) as alterações dos comportamentos, como por exemplo, a ampliação de repertórios e competências para lidar com situações estressantes; (c) a identificação das necessidades e dos recursos dos indivíduos durante os diversos estágios de vida, (d) o indivíduo em interação com diversos contextos (família, pares, escola, trabalho); (e) o estudo dos aspectos culturais e o seu impacto na saúde da população.

Um dos corpos teóricos que a Psicologia da Saúde comporta para atingir os objetivos de promoção de saúde, prevenção e tratamento de doenças e psicopatologias às diversas populações, como uma das maneiras de contribuir à saúde do indivíduo e das populações é a perspectiva do modelo biopsicossocial. O modelo biopsicossocial pressupõe que a saúde do indivíduo e/ou a sua vulnerabilidade à doença e transtornos psicológicos sejam influenciadas por variáveis biológicas, psicológicas e sociais (Straub, 2005; Rubio, 2004). Anzano, Rubio e Sánchez (2004) apontam que o modelo biopsicossocial também utiliza metodologias quantitativas, dentre outras, e apresenta como objetivo investigar comportamentos saudáveis e os de risco focalizando seu valor preditivo. Complementarmente, Kerbauy (2002) assinala que nesse modelo há uma ênfase em identificar variáveis, especialmente as culturais e sociais que podem influir nos programas de

intervenção, o que é uma evolução nos modelos de psicologia da saúde tendo implicações diretas ao tratamento.

Uma das abordagens teóricas na psicologia preocupada em promover comportamentos saudáveis, prevenir e tratar os comportamentos problemáticos ou de risco é a Análise do Comportamento que, segundo autores (Kerbauy, 2002; Moraes & Rolim, 2012) também pode ser incluída no modelo biopsicossocial, pois apresenta uma ótica de analisar comportamentos a partir da relação das variáveis biológicas (filogenéticas), psicológicas (ontogenéticas) e sociais (culturais).

Tradicionalmente, e inclusive na área da saúde, como aponta Amaral (2010), os analistas do comportamento utilizam como método preferencial o delineamento com sujeito único. No entanto, nada impede desses profissionais trabalharem com grupos (Amaral, 2010). O trabalho com grupo é especialmente importante nos contextos de saúde, por razões de custos/benefícios, rapidez do atendimento e por atingir maior número de pessoas (Amaral, 2010).

Um passo anterior às intervenções grupais é a identificação das variáveis que podem ser críticas a determinados fenômenos e que se relacionam entre si, especialmente quando se compreende pouco o objeto de estudo de interesse. Geralmente, como abordam Haynes e O'Brien (1990), uma forma de identificar estas variáveis é utilizar técnicas de modelagem estatísticas que podem estimar padrões de relações entre um conjunto grande de variáveis. Usualmente é utilizado com grandes amostras e envolve múltiplas dimensões de cada variável e coleta de dados com relatos verbais. Para os autores, as pesquisas nomotéticas podem ser úteis para identificar quais focos de avaliação mais provavelmente darão origem a análises funcionais individualizadas anteriores à intervenção.

Messer (2004) também defende o uso de pesquisas nomotéticas, pois, para o autor é preciso ser sensível à diversidade e à complexidade do comportamento humano e todas as pesquisas podem contribuir na produção do conhecimento. Nesse sentido, acrescenta-se que, a

utilização de métodos estatísticos inferenciais pode tanto ser um passo inicial ao conhecimento, como também ser complementar a outros métodos e ainda, oferecer pistas de valores e comportamentos de uma cultura local, contribuindo, assim, na produção de conhecimento à área da saúde pública, uma vez que possibilita identificar as variáveis críticas acerca de um fenômeno.

A utilização dos métodos estatísticos inferenciais nas pesquisas em psicologia da saúde pode ser aplicada a muitos temas sobre saúde e saúde mental na adolescência como uma maneira de compreender como se dá a relação e a identificação das variáveis críticas de interesse do objeto de estudo. Um dos temas que necessita ser melhor compreendido e, portanto, é preciso haver produção do conhecimento científico para que se possa criar mais subsídios teóricos e empíricos e, assim, prover programas de promoção de saúde, prevenção e tratamento, conforme apontam a WHO (2012b) e a UNICEF (2011), são os transtornos depressivos na adolescência. Isto porque os adolescentes apresentam altas taxas de prevalência dentre os outros transtornos psicológicos e aproximadamente 50% deles iniciam antes da idade de 14 anos (UNICEF, 2011). Além do sofrimento experienciado pelo adolescente, apresentar depressão na adolescência pode ser um dos preditores de desenvolver depressão na adultez (Dekker et al, 2007; Bahls, 2002) e, conseqüentemente, uma carga alta de custos financeiros e sociais aos sistemas de saúde em geral (UNICEF, 2011). A seguir, serão apresentadas: (a) as principais características da depressão na adolescência; (b) algumas variáveis mais frequentemente relacionadas à depressão; (c) os modelos explicativos sobre o fenômeno, utilizando o corpo teórico da Análise do Comportamento.

### **Depressão na Adolescência e Análise Comportamental da Depressão**

A depressão na adolescência foi reconhecida em 1975 pelo National Institute of Mental Health (NIMH) (Méndez, Olivares & Ros, 2005). Em 1976, o Group for the Advancement of Psychiatry incluiu o transtorno em seu sistema diagnóstico e, em 1980, a American Psychiatric Association (APA) reconheceu formalmente, na terceira edição do

Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais, o que estimulou pesquisas sobre o tema nas duas subseqüentes décadas (Méndez, Olivares & Ros, 2005).

A World Health Organization sensibiliza os pesquisadores sobre este problema de saúde mental e fomenta muitos debates nos serviços de prevenção, promoção e tratamento (WHO, 2012c). A depressão está sendo considerada “uma crise mundial”. Isto porque a depressão afeta mais de 350 milhões de pessoas de todas as idades e em todas as comunidades, contribuindo, assim, para a morbidade mundial. Segundo a American Foundation for Suicide Prevention (AFSP), uma das maiores conseqüências de quadros depressivos é a ocorrência de suicídio. Em termos globais, de acordo com a UNICEF (2011), estima-se em 71 mil o número anual de adolescentes que cometem suicídio; e é 40 vezes maior o número de adolescentes que tentam o suicídio.

O Brasil, de acordo com Waiselfisz (2012), ocupa uma posição cômoda no contexto internacional, pois em comparação aos outros países, a taxa de suicídios de crianças e adolescentes é considerada baixa. No entanto, os índices de suicídios de adolescentes estão aumentando na maior parte das idades, o que denota um claro indicador de problemas mal resolvidos nessa população.

A depressão define-se enquanto fenômeno clínico, segundo a American Psychiatric Association (APA, 2005) quando: (1) acarreta um comprometimento ocupacional do indivíduo, dificultando e mesmo impedindo a realização de suas atividades profissionais, sociais e acadêmicas; (2) envolve um grau de sofrimento considerado pelo indivíduo como significativo, que caracteriza um período de tempo de pelo menos duas semanas; (3) não se considera depressão após perder um ente amado, pois a descrição clínica dos sintomas expressados nestas condições é considerada luto. No entanto, se os sintomas persistirem após dois meses e houver comprometimento funcional, ideação suicida, pode-se caracterizar

depressão; (4) os sintomas não são explicados por uma condição médica (por exemplo, hipotireoidismo).

Os sintomas depressivos podem ser: humor deprimido, alterações de sono e apetite, interesse ou prazer acentuadamente diminuído por todas ou quase todas as atividades, agitação ou ansiedade, fadiga, sentimentos de culpa ou inutilidade, dificuldades para tomar decisões e ideação suicida, ruminação, expressões de desamparo, desesperança, insatisfação crônica, raiva, abuso de substâncias, problemas de relacionamento social e pessoal conhecido também como *déficit* comportamental (Doughter & Hackbert, 1994/2003; Kaplan et al, 2003; APA, 2005). Para os adolescentes, há maior frequência de apresentação de comportamentos irritadiços, ao invés de expressões tristes (Bahls & Bahls, 2002).

Importante apontar que os sintomas depressivos podem ser obtidos a partir do relato do próprio adolescente, pois, segundo Méndez et al (2005); Kaplan et al (2003), nem sempre os pais identificam os pensamentos e sentimentos de seus filhos. Quanto à prevalência, de uma maneira geral, ainda não há consenso no contexto brasileiro sobre as taxas, pois os estudos apontam discrepâncias regionais (variando entre 2,1 a 59,9%), tanto em adolescentes de escolas públicas, quanto de particulares (Bahls, 2002; Baptista & Oliveira, 2004; Cruvinel & Boruchovitch, 2004; Fonseca, Ferreira, & Fonseca, 2005; Jatobá & Bastos, 2007; Souza et al, 2009).

Os fatores de risco envolvidos na depressão podem ser: (a) baixo *status* socioeconômico (Kaplan et al. 2003); (b) aumento de idade, isto é, quanto mais idade o adolescente apresenta, maior a chance de desenvolvimento de depressão (Kaplan et al. 2003); (c) sexo: as meninas são mais acometidas que os meninos (Bahls, 2002; Kazdin, 2000; Prinstein et al 2005); (d) desregulações neurobiológicas (Thase, 2009); (e) problemas de relacionamentos interpessoais (conflitos com pais, pares, rompimentos de relacionamentos) (Lewinsohn, Hops, Roberts, Seeley, & Andrews, 2000); (f) déficits de habilidades sociais

(Hammen, 2009; Segrin, 2000; Gresham, Cook, Crews, & Kern, 2004; Lewinsohn et al 2000). Alguns fatores de proteção, segundo Donald e Dower, (2002) no que se refere à depressão na adolescência podem ser: (a) bom repertório de resolução de problemas; (b) boa rede de suporte social; (c) e presença de habilidades sociais em seu repertório.

Para a Análise do Comportamento, os sintomas depressivos são produtos de contingências de reforçamento e, nesse sentido, os três níveis de seleção (filogenético, ontogenético e cultural) estão em constante interação. Conforme apontam Boas, Banaco e Borges (2012), os comportamentos problemáticos não são doenças, pois são vistos como fenômenos que apresentam causas e naturezas iguais aos demais comportamentos.

Nessa mesma direção, Ullmann e Krasner (1975) apontam que certos comportamentos podem ter sua frequência aumentada ou diminuída e, dependendo da cultura na qual o indivíduo está inserido, eles podem não ser aceitos e, conseqüentemente, trazer-lhes sofrimento significativo que o compromete funcionalmente. Dessa forma, conforme discute Gongora (2003), não há como classificar uma forma que seja anormal em si mesma, pois é preciso avaliar o contexto da emissão do comportamento, e ações como rezar, chorar, agredir, cantar, fazer sexo, por exemplo, podem ser consideradas normais ou anormais, a depender da avaliação cultural.

Embora a Análise do Comportamento apresente visão própria em relação à psicopatologia do comportamento (a partir de uma perspectiva funcional), a utilização dos termos transtornos psiquiátricos/psicológicos, diagnósticos, doenças mentais e psicopatologias (oriundos de perspectivas topográficas, biológicas, de modelos médicos) pode ser eficiente na medida em que possibilita uma comunicação e intercâmbio entre várias áreas do conhecimento, como por exemplo a psiquiatria, a agência especializada em saúde, como a Organização Mundial da Saúde, e com os pesquisadores de maneira geral (Gongora, 2003).

Além de se considerar que a utilização de tais termos com a finalidade de interlocução pode sinalizar flexibilidade comportamental do profissional e, em última instância, evitar o seu isolamento e ampliar suas redes de apoio, entende-se que seja possível uma conciliação entre as vertentes consideradas topográficas e funcionais. Embora o dado de frequência não explique por si só um fenômeno, ele é necessário na análise funcional e na realização de pesquisa de cunho avaliativo. No caso da depressão, por exemplo, Ferster (1973) apontou que o repertório de uma pessoa deprimida era parecido com o repertório de uma pessoa sem depressão, sendo a frequência o elemento distintivo. No caso dos adolescentes, qualquer um deles pode sentir-se triste, pessimista e, por vezes, evitar encontros com colegas e amigos. No entanto, a alta frequência de relatos dessa natureza pode ser um dos indicadores de depressão. Como assinala Bolsoni-Silva (2003), a descrição das topografias e das frequências de respostas oferece pistas acerca das variáveis das quais o responder é função.

Historicamente, o pioneiro a abordar a questão da depressão foi Ferster em 1965 ao apresentar o modelo operante da depressão (Dimidjian et al, 2011). O modelo explicativo da depressão descrito por Ferster (1973) centra-se na baixa frequência de comportamentos positivamente reforçados e aumento de comportamentos com função de fuga e esquivas, como sono excessivo, aumento de reclamações, isolamento social, queixas e pedidos de ajuda, e falar sobre suicídio, exceto quando pode ter função manipuladora, configura-se como a expressão máxima diante dos eventos aversivos da vida, emitidos pela pessoa deprimida. Enquanto eventos privados, há o relato de tristeza, pessimismo, desesperança, frequentemente verbalizados, como subprodutos da falta de reforçadores.

Dessa maneira, como aponta o autor, carece no repertório do indivíduo deprimido, as ações diretas diante de controles aversivos, isto é, comportar-se de forma a reduzir ou eliminar estímulos aversivos e produzir os reforçadores positivos e negativos, que propiciaria a produção de sensação de bem-estar. Portanto, predominam-se, as ações indiretas,

denominada de passividade. Na visão de Ferster (1973), os determinantes para a baixa frequência de comportamentos que podem ser positivamente reforçados são: (a) mudanças no ambiente (perda de um ente querido, mudanças de cidade, aposentadoria); (b) alto custo de resposta (é preciso comportar-se muito para obter reforço).

Posteriormente, um dos relevantes teóricos dessa área e ainda atuante até hoje é Lewinsohn. Seus estudos sobre depressão iniciaram-se em 1965, na Universidade de Oregon, nos Estados Unidos (Dimidjian et al, 2011). Para Lewinsohn (1974), os sintomas como disforia, fadiga e outros sintomas somáticos seriam produtos da baixa taxa de respostas ao reforçamento contingente positivo. Segundo o autor, três são os motivos para a obtenção da baixa taxa de respostas reforçadas positivamente: primeiro, perda na efetividade reforçadora dos eventos que anteriormente apresentavam função reforçadora; segundo, mudança de ambiente do indivíduo e os reforçadores não estariam mais disponíveis; terceiro, os reforçadores poderiam estar no ambiente, mas o indivíduo não teria habilidades para acessá-los. Dentre estas habilidades, o pesquisador focalizou as habilidades sociais, sugerindo que pessoas deprimidas apresentavam deficiências em habilidades sociais. Sobre este assunto foi levantada uma discussão entre Coyne (1976) e Lewinsohn (1974), que apresentavam hipóteses opostas sobre o papel das habilidades sociais na depressão. Para Coyne (1976) deficiências em habilidades sociais eram produtos da depressão e para Lewinsohn (1974), elas eram antecedentes da depressão.

Lewinsohn, Hoberman, Teri & Hautzinger (1985) citado por Dimidjian et al (2011) propuseram outro modelo para explicar a depressão. Nesse modelo, os fatores estressores são um dos principais componentes que a desencadeiam. A produção da depressão relaciona-se à maneira como as mudanças/estressores podem reduzir o reforçamento positivo ou aumentar o controle aversivo na vida do indivíduo. Os esforços para enfrentar as contingências estressantes e, por consequência, não conseguir removê-las poderia resultar nos sentimentos e

pensamentos considerados depressivos (fracasso, culpa, desesperança, expressões de desamparo e tristeza, ruminação) bem como disforia. Algumas variáveis do indivíduo e do ambiente poderiam influenciar como fatores de maior ou menor vulnerabilidade. As variáveis do indivíduo podem ser sensibilidade a eventos com função aversiva, baixo repertório de enfrentamento e de habilidades sociais, pertencer ao sexo feminino e aumento de idade. Uma variável ambiental pode ser o baixo *status* socioeconômico.

A depressão também foi explicada por Seligman (1977), a partir do modelo chamado de Desamparo Aprendido. Este modelo foi produzido em laboratório utilizando cães como sujeitos experimentais. Para o autor, o indivíduo aprendeu, ao longo de uma história de ser exposto frequentemente a eventos incontroláveis e com função aversiva, de que se comportar não produz reforçadores.

Ainda sobre os modelos da depressão, outros teóricos da Análise do Comportamento acrescentaram algumas explicações. Dougher e Hackbert (1994/2003) além de considerarem as funções de consequências preconizadas por Ferster e Lewinsohn, os autores analisaram os sintomas da depressão em relação aos princípios e conceitos comportamentais, como as funções respondentes, estabeledoras, e os estímulos discriminativos. Os respondentes como tristeza, frustração e cólera seriam eliciados a partir do reforço insuficiente, extinção ou punição que funcionavam como estímulos incondicionados. Sobre as funções discriminativas, os autores apontam que o controle de estímulos pode apresentar manutenção do comportamento depressivo. Mesmo que as contingências atuais da vida do indivíduo podem ter sido alteradas, os eventos correlacionados à extinção e punição evocam comportamentos de esquiva e se mantém por reforçamento negativo. Nesse sentido, o indivíduo pode perder oportunidades de obter outros reforços. A função estabeledora, enquanto alteração do valor reforçador estaria relacionada à baixa taxa de respostas e às expressões de haver perdido interesse em fazer determinadas atividades (Dougher & Hackbert, 1994/2003).

Baseado nos modelos dos teóricos de Ferster e Lewinsohn, na década de 90, Jacobson et al. (1996) propôs um tratamento analítico-comportamental da depressão para adultos, chamado de Ativação Comportamental. Este tratamento encoraja o indivíduo deprimido a realizar atividades, aumentando progressivamente a dificuldade das tarefas, juntamente a uma avaliação diária sobre a satisfação obtida contingente ao comportamento, e uma discussão sobre os problemas cotidianos encontrados, como por exemplo, as dificuldades encontradas nos relacionamentos interpessoais dos clientes. Nesse sentido, focaliza-se o desenvolvimento de habilidades sociais, especialmente comunicação e assertividade para resolução dos problemas.

Embora a Ativação Comportamental seja um tratamento empiricamente validado para adultos, conforme apontam as revisões de Cuijpers, Van Straten e Warmerdam (2007); Ekers, Richards e Gilbody (2008); Mazzucchelli, Kane e Rees (2009), Dimidjian et al (2011) e Santiago-Rivera et al (2008) chamam a atenção para que as pesquisas continuem em relação às outras populações, inclusive a população adolescente, pois uma das premissas do tratamento é a consideração de variáveis contextuais, o que implica identificar os fatores de risco e de proteção associados aos transtornos depressivos em cada cultura e fase do ciclo vital e, assim, possa-se ampliar e subsidiar o tratamento de Ativação Comportamental para adolescentes.

Como se observa, parte dos pressupostos das teorias analíticas comportamentais da depressão está relacionada às interações sociais. Conforme sintetizam Becker, Heimberg e Bellack (1987), boa parte dos reforços positivos mais importantes para as pessoas é de natureza interpessoal, como também, boa parte de reforços não sociais, depende do comportamento interpessoal do indivíduo. Embora os autores tenham apresentado essas premissas na década de 80, elas parecem ser atuais. As variáveis interpessoais, especificamente as habilidades sociais, aparecem de maneira explícita nos modelos

explicativos analítico-comportamentais da depressão que, de maneira geral, apresentam como premissa o modelo de estresse-enfrentamento, descrito anteriormente. Conforme é visto no tratamento prescrito sobre depressão, na Ativação Comportamental em adultos, o desenvolvimento de habilidades de enfrentamento e de habilidades sociais aparece como uma das estratégias utilizadas para aumentar o contato com contingências reforçadoras positivas como alternativa aos comportamentos de fuga e esquiva diante de eventos com função aversiva (estressores). O pressuposto é que um repertório socialmente habilidoso oportuniza a obtenção de ajuda, afeto e aprovação. Enfim, apresentar repertório de habilidades sociais parece funcionar como um dos fatores protetivos, assim como o baixo repertório pode funcionar com fator de risco ao desenvolvimento dos transtornos depressivos.

Além dos fatores do indivíduo/comportamentais, como as habilidades sociais, por exemplo, outras variáveis contextuais se observa na literatura encontrada, tais como, fatores econômicos, (*status* socioeconômico), culturais (questões relacionadas ao gênero). Dessa maneira, investir em estudos que especifiquem aos fatores econômicos (*status* socioeconômico), culturais (diferenças de gênero) e os fatores do indivíduo/comportamentais (idade e relacionamentos interpessoais, especialmente habilidades sociais) em populações adolescentes com indicadores de depressão parece contribuir, de maneira significativa, para suprir parte da lacuna da literatura da área.

Adicionalmente, pode-se propor também a realização de estudos com a população adolescente sem indicação de depressão que avaliem e estabeleçam a relação entre as variáveis supracitadas. Pesquisas dessa natureza podem ser importantes, pois oferecem dados sobre como esta população se comporta e assim, permite identificar seus possíveis recursos, bem como suas possíveis dificuldades que, em última instância, auxiliam na compreensão de parte das variáveis que estão presentes em adolescentes que não apresentam este tipo de

sofrimento, contribuindo, assim, à promoção da saúde. A seguir, será abordado o tópico Habilidades Sociais, Análise do Comportamento e Depressão na Adolescência.

### **Habilidades sociais, Análise do Comportamento e Depressão na Adolescência**

O campo teórico prático das habilidades sociais apresenta diversas abordagens da psicologia que explicam os principais conceitos da área e, conseqüentemente, interferem nas intervenções, como a Teoria de Aprendizagem Social, influenciada pelos trabalhos de Bandura; das abordagens cognitivo-comportamentais e da Análise do Comportamento (Del Prette & Del Prette, 1999).

Na perspectiva da Análise do Comportamento, as habilidades sociais são classes de comportamentos sociais do repertório do indivíduo (Del Prette & Del Prette, 2005) e trata-se de um construto que infere nas relações funcionais entre as respostas de duas ou mais pessoas em interação, isto é, a resposta de uma pessoa pode funcionar como antecedente ou conseqüente para a resposta da outra (Del Prette & Del Prette, 2012/2010). Bolsoni-Silva e Carrara (2010) apontam que as habilidades sociais funcionam como operante verbal quando favorecem a conseqüenciação de respostas por uma comunidade verbal e, assim, adquirir função de mando e tato.

Del Prette e Del Prette (2005) assinalam que apresentar um bom repertório de habilidades sociais pode contribuir para a competência social, mas pode não ser suficiente. Para os autores, os dois termos não são sinônimos. A competência social é a capacidade de a pessoa agir, pensar e sentir de maneira articulada para atingir seus objetivos pessoais, gerando conseqüências positivas para si e às pessoas de seu entorno (Del Prette & Del Prette, 2005). O termo apresenta sentido avaliativo e é definido pela funcionalidade e coerência do desempenho social. A funcionalidade é definida pelos efeitos do comportamento: (a) alcançar os objetivos imediatos; (b) manter ou melhorar a qualidade dos relacionamentos; (c) manter e melhorar a autoestima (Del Prette & Del Prette, 2005).

Como todo comportamento, as habilidades sociais são aprendidas desde a infância junto à família, à escola, à vizinhança e possuem uma determinação cultural (Del Prette & Del Prette, 2009). A cultura apresenta o papel de definir o que é esperado em termos comportamentais, em diversos contextos e leva em consideração as características sociodemográficas do indivíduo como idade, sexo, *status* socioeconômico e papéis sociais (Del Prette & Del Prette, 2009). Isso significa dizer que determinados comportamentos podem ser aceitos em um contexto, enquanto outros não, portanto, habilidades sociais também apresentam um caráter situacional (Del Prette & Del Prette, 2009).

Nesse sentido, quando o indivíduo foi exposto a um ambiente restritivo, de poucas estimulações de interações sociais, a aquisição do repertório de habilidades sociais pode ficar comprometida, o que acarreta em *déficits* comportamentais (Del Prette & Del Prette, 2001; Bolsoni-Silva, 2002). Os *déficits*, segundo McFall (1982) são inferidos a partir da baixa frequência de determinados comportamentos ou até mesmo ausência deles esperados em uma situação ou tarefa. Para Del Prette e Del Prette (2005), os *déficits* podem ser de aquisição, fluência e desempenho.

Segundo Del Prette e Del Prette (2005), os *déficits* de aquisição dizem respeito a não aprendizagem do comportamento. Os de fluência, por sua vez, os comportamentos são emitidos, mas com proficiência inferior à esperada diante das demandas ambientais. Os problemas de comportamento, falhas no reforçamento, falta de modelos de interação, dificuldade de discriminação e ansiedade excessiva podem ser fatores que contribuem para a proficiência inferior. Nos *déficits* de desempenho o comportamento ocorre, mas em uma baixa frequência. Os fatores que influenciam a baixa frequência nos *déficits* de desempenho são os mesmos descritos para os *déficits* de fluência. Gresham (2009) aponta que operações motivadoras podem estar envolvidas. Os *déficits*, quando acentuados, podem ser associados a

pior qualidade de vida, de relacionamentos interpessoais, problemas de saúde geral e de aparecimento de transtornos psicológicos (Del Prette & Del Prette, 2002, 2005, 2006).

O interesse da Psicologia por questões que abordam o processo de socialização e a importância do relacionamento interpessoal enquanto fatores protetores ou de risco à saúde mental e desenvolvimento não é algo novo. De acordo com Trower, Bryant e Argyle (1978), uma baixa competência social pode produzir isolamento social que, por seu turno, auxilia na produção de transtornos psicológicos. Por outro lado, outros determinantes podem produzir transtornos psicológicos, que, por sua vez, afetam o desempenho social do indivíduo, tornando-o com baixo repertório de competência social. Conseqüentemente, ao sentir-se isolado socialmente, institui-se outra fonte de estressor à vida do indivíduo. A premissa é de que ao promover ampliação do repertório social, o isolamento social diminui e o estresse pode ser reduzido o que implica, em última instância, na diminuição da probabilidade de desenvolver transtornos psicológicos ou mantê-los. `

Desse modo, o campo teórico prático das habilidades sociais pode contribuir na promoção de boa saúde mental, prevenir e tratar os transtornos psicológicos. Segundo Kazdin (1993) e Taylor et al (1997), no campo da saúde mental, as interações sociais percebidas como satisfatórias pelos indivíduos e habilidades de enfrentamento diante das situações estressantes são conceitos importantes, atuando como fatores protetivos. Possivelmente, o repertório de habilidades sociais pode favorecer na formação das redes sociais de apoio, um importante fator de proteção (OMS, 2005), que, conseqüentemente, auxilia o indivíduo que está diante de situações com função aversiva a enfrentá-las e a adaptar-se a recorrentes tensões da vida de uma forma aceitável, conforme está prescrito na definição de saúde mental por Morrison-Valfre (2005).

Além disso, de acordo com Del Prette e Del Prette (2009), as pessoas socialmente competentes podem desenvolver melhores relações sociais, apresentam maior satisfação e

motivação pessoal e, como apontam Del Prette, Rocha, Silvaes e Del Prette (2012), as habilidades sociais favorecem o acesso a outros fatores de proteção ao adolescente, como participar de atividades extracurriculares, fazer amizades e, conseqüentemente, aumentar a autoestima.

O pressuposto, portanto, é que, quanto mais amplo for o repertório de habilidades sociais do adolescente, maior a chance de obtenção de reforçadores positivos, esquivar/fugir ou auxiliar no enfrentamento de contingências com função aversiva. Como aponta Campos (2010), apresentar bom repertório de habilidades sociais contribui para que o adolescente sinta-se socialmente aceito, que, por sua vez, colabora-se para que haja adaptação do indivíduo enquanto sobrevivência da espécie e da cultura, pois a literatura aponta que as pessoas deprimidas sentem-se muito sozinhas, sem rede de apoio, o que aumenta a probabilidade de ser um dos fatores que antecedem as tentativas de suicídio.

Esta questão é particularmente importante quando se trata da população adolescente que está em condições de desenvolver depressão ou já apresenta o diagnóstico de depressão, pois as dificuldades de estabelecer relacionamentos sociais são bem documentadas na literatura e, por conseqüência, ocorre o isolamento social (Garber, 2006, Gresham, et al, 2004). Por outro lado, a presença de bom repertório de habilidades sociais pode auxiliar o adolescente a lidar com possíveis situações de risco e evitar o engajamento em comportamentos nocivos à saúde e ter acesso a reforçadores positivos.

No contexto brasileiro Del Prette e Del Prette (2009) elegeram seis classes de habilidades que podem ser importantes ao repertório social do adolescente: empatia, autocontrole, civilidade, assertividade, abordagem afetiva e desenvoltura social. As subclasses de cada uma das classes estão expostas abaixo:

- Empatia refere-se aos comportamentos de observar, prestar atenção, ouvir e demonstrar interesse pelo outro, reconhecer e inferir sentimentos do interlocutor,

compreender a situação, demonstrar respeito às diferenças, expressar compreensão pelo sentimento do outro, oferecer ajuda e compartilhar.

- Autocontrole requer ao reconhecimento e nomeação das emoções próprias e dos outros, falar sobre emoções e sentimentos, acalmar-se, tolerar frustrações, expressar emoções positivas e negativas. Não significa deixar de expressar estes sentimentos, mas fazê-los de maneira socialmente competente.
- Civilidade: cumprimentar pessoas, despedir-se, usar expressões como: por favor, obrigado, desculpe, com licença, fazer e responder perguntas, chamar as pessoas pelo nome, fazer pequenas gentilezas.
- Assertividade: expressar sentimentos negativos (raiva e desagrado), falar sobre as próprias qualidades e defeitos, concordar ou discordar de opiniões, fazer e recusar pedidos, lidar com críticas e gozações, pedir mudanças de comportamento, negociar interesses conflitantes, defender os próprios direitos, resistir à pressão dos colegas.
- Abordagem afetiva: envolve comportamentos de expressão de interesse afetivo ao outro, como apresentar-se a esta pessoa, convidar pessoas para sair, fazer um programa ou atividade, fazer perguntas pessoais, dizer o que agrada/desagrada em relação a carinhos recebidos.
- Desenvoltura social: são comportamentos que requer exposição social e conversação, apresentar a grupos de trabalho, conversar sobre sexo com os pais, pedir informações, explicar tarefas a colegas, conversar com pessoas de autoridade.

Foi considerando a necessidade de avaliar o repertório de habilidades sociais de adolescentes com indicadores de depressão que Campos (2010), em sua dissertação de mestrado, analisou o repertório de habilidades sociais de 75 meninas e 28 meninos, separando a amostra por sexo e realizando a análise por gênero, além de estabelecer relações entre as habilidades sociais e *status* socioeconômico. O estudo de Campos (2010) foi importante, pois

permitiu produzir conhecimento sobre o repertório de habilidades sociais de adolescentes com indicadores de depressão, identificando semelhanças e diferenças referentes ao sexo. No entanto, esta é uma temática vasta, pouco explorada, e é preciso continuar os estudos, refinar os métodos para melhor compreender o fenômeno.

Isto porque, como visto anteriormente, as habilidades sociais apareceram nos modelos explicativos de depressão como um dos repertórios que pode auxiliar o adolescente a enfrentar contingências com função estressante, o que diminui a chance de desenvolver depressão. Por outro lado, quando a instalação dos sintomas depressivos for inevitável, a presença de um repertório de habilidades sociais pode auxiliar na remissão desses sintomas e ampliar as formas de resolução de problemas, remover ou diminuir os aversivos e obter reforçadores positivos.

Considerando a necessidade de identificar comportamentos preditivos para poder auxiliar, futuramente, em pesquisas que focalizam a promoção de saúde, a prevenção e o tratamento no que se refere à socialização nos transtornos depressivos e, por outro lado, considerando a importância de investir na produção de conhecimento relativa a uma visão mais positiva de saúde, o que implica, nesse caso, em identificar como se comporta socialmente adolescentes que não apresentam indicadores de depressão, a presente pesquisa consiste na continuidade do trabalho de Campos (2010).

Para além de descrever e avaliar o repertório social do adolescente com indicadores de depressão, como feito por Campos (2010), realizar uma análise da literatura sobre a temática, acrescentar métodos comparativos e preditivos que também contemplem amostras com participantes sem indicadores de depressão, propicia na ampliação da compreensão das variáveis habilidades sociais (variáveis individuais), considerando as relações com as seguintes variáveis sociodemográficas: econômicas (nível socioeconômico); as individuais

(idade, sexo), que são apontadas pela literatura como determinantes sociais de saúde relacionadas aos transtornos depressivos na adolescência.

Nesse sentido, as perguntas que norteiam a presente pesquisa são: quais são os principais estudos referentes ao tema habilidades sociais e depressão na adolescência, no que concerne às categorias bibliográficas, objetivos e amostra, método e resultados? Há diferenças e semelhanças de repertório de habilidades sociais de adolescentes com e sem indicadores de depressão, considerando o sexo? Quais possíveis habilidades sociais e variáveis sociodemográficas atuam como fatores de risco e proteção e qual o poder preditivo do modelo, a partir da inserção dessas variáveis? Qual o impacto em uma amostra obtida por conveniência, em relação à mesma amostra, porém, sem os participantes com indicadores de depressão e qual o impacto desse controle sobre os escores de habilidades sociais e a influência do sexo e do *status* socioeconômico sobre os resultados?

Em suma, a tese apresenta algumas hipóteses, relativas aos estudos empíricos, quais sejam: (a) os adolescentes sem indicadores de depressão apresentam maior frequência de repertório de habilidades sociais quando comparados aos adolescentes com indicadores de depressão e as diferenças expressam-se quando se considera o sexo; (b) algumas classes de habilidades sociais e variáveis sociodemográficas podem atuar como fatores de risco/proteção à indicação de depressão na adolescência e o modelo apresentar resposta positiva à predição de sintomas depressivos; (c) as amostras grandes de adolescentes, obtidas por conveniência, podem apresentar escores rebaixados de habilidades sociais, especialmente no caso das meninas, por apresentar um maior percentual de participantes com indicadores de depressão. Pressupõem-se, também relações positivas entre habilidades sociais e *status* socioeconômico.

Frente ao exposto, o objetivo geral da pesquisa foi caracterizar, comparar e prever o repertório de habilidades sociais de adolescentes com e sem indicadores de depressão, considerando variáveis sociodemográficas. Os objetivos específicos foram: (a) Revisar os

últimos 20 anos das publicações em periódicos sobre depressão na adolescência em sua relação com habilidades sociais, focalizando características bibliográficas, objetivos, métodos e resultados dos estudos disponíveis na literatura; (b) Caracterizar e comparar o repertório de adolescentes com e sem indicadores de depressão, considerando o sexo; (c) Investigar possíveis classes de habilidades sociais e variáveis sociodemográficas que podem ser fatores de risco e proteção à indicação de depressão na adolescência, bem como avaliar o valor preditivo do modelo; (d) Comparar uma amostra geral de adolescentes, obtida por conveniência (com participantes com e sem indicadores de depressão), em relação à mesma amostra, porém, sem participantes com indicadores de depressão, visando verificar o impacto desse controle sobre os escores de habilidades sociais e a influência do sexo e do *status* socioeconômico sobre os resultados.

Para responder às perguntas de pesquisa e atingir os objetivos propostos, a presente pesquisa apresenta quatro manuscritos, que estão na sequência desta introdução. Cada um deles apresenta problemas independentes e objetivos específicos, como se verá adiante. O primeiro manuscrito, de caráter teórico, é denominado: Habilidades sociais e depressão na adolescência: uma revisão da literatura. O segundo, Habilidades sociais de adolescentes com e sem indicadores de depressão, considerando o sexo. O terceiro: Depressão na adolescência: habilidades sociais e variáveis sociodemográficas como fatores de risco/proteção e o quarto: Habilidades sociais de adolescentes com e sem depressão: impacto sobre grandes amostras.

As características metodológicas dos estudos estão especificadas em cada um dos manuscritos e adianta-se que, nos estudos empíricos foram utilizados métodos estatísticos inferenciais, descritivos, comparativo e preditivo, com delineamento transversal e o procedimento de coleta de dados foi o relato verbal. A escolha desse método de pesquisa e do autorrelato foi decorrente das perguntas realizadas, como forma de compreender o comportamento de grandes amostras e identificar variáveis que estão relacionadas ao

fenômeno depressão na adolescência, no contexto brasileiro. A análise dos dados, de maneira geral, foi realizada a partir da interlocução com a Análise do Comportamento e sua visão de desenvolvimento, do campo teórico-prático das Habilidades Sociais, da Psicologia da Saúde/Saúde Mental. Compreende-se neste trabalho que o diálogo entre esses campos teóricos e de atuação é importante, uma vez que os dados obtidos podem trazer implicações e contribuições para cada um deles.

Após o quarto manuscrito, haverá uma discussão geral e as considerações finais do conjunto de dados obtidos neste trabalho. A seguir, seguem os manuscritos.

Campos, J.R., Del Prette, A., & Del Prette, Z. A. P. (no prelo). Habilidades sociais e depressão na adolescência: uma revisão de literatura. *Acta Comportamentalia*.

## RESUMO

A presente pesquisa teve por objetivo realizar uma revisão de literatura sobre o tema depressão na adolescência e habilidades sociais, em termos de características bibliográficas, metodológicas e de resultados dos artigos completos disponíveis para download. As bases de dados consultadas foram: Lilacs, PsycINFO, Scielo, MEDline, Redalyc, Web of Science e Gale, cobrindo o período de 1990 a 2012. Os artigos encontrados foram lidos na íntegra, descritos e analisados, a partir de um protocolo que abrangeu as seguintes categorias: Bibliografia, Objetivos e Amostra, Método e Resultados. Foram encontrados 28 artigos, sendo a maioria de pesquisas empíricas, produzidas no exterior, com delineamentos pré-experimentais, uso de instrumentos de autorrelato, objetivos de prever variáveis e predominando o foco nas classes de habilidades sociais de assertividade, comunicação e abordagem afetiva. A conclusão apontou para a necessidade de pesquisas com essa temática, visando contribuir na identificação das habilidades sociais que constituem fatores de proteção à depressão dessa população e cujos déficits podem ser fatores de risco.

Palavras-chaves: depressão, habilidades sociais, adolescentes, revisão de literatura, transtornos mentais.

## ABSTRACT

This research aimed to review on the theme depression in adolescence and social skills considering the identification of characteristics of the bibliography, method and studies' results found. The databases consulted in order to do the research were Lilacs, PsycINFO, Scielo, MEDline, Redalyc, Web of Science and Gale, covering the period 1990 to 2012. The articles met were read entirely, described and analyzed, from a protocol that included the following categories: Bibliography, Objective and Method, Results. Twenty-eight articles were found, the biggest part of the empirical searches, conducted abroad, with pre-experimental designs, emphasizing the use of self-report instruments, aiming the prediction of variables and, among the classes of social skills investigated, the assertiveness, communication and affectionate approach appeared more frequently. The conclusion pointed to the need of research with this theme, aiming to contribute in the identification of the Social Skills that constitute protection factors to depression of this population and which deficits can be risk factors.

Keywords: depression, social skills, adolescents, literature review, mental disorders.

A depressão é um dos transtornos psicológicos mais prevalentes na adolescência e é considerada um dos preditores do suicídio, o que a torna um assunto de Saúde Pública (American Foundation for Suicide Prevention; UNICEF, 2011). O tema depressão tem recebido considerável atenção dos pesquisadores, observando-se alta produção científica também no Brasil, como apontou a revisão dos artigos publicados em periódicos brasileiros, realizada por Ferreira (2011). Contudo, de acordo com essa revisão, a maioria dos estudos focalizou os aspectos fisiológicos, em detrimento dos comportamentais, e há uma menor produção científica com a população adolescente, quando comparada a outras populações estudadas.

O estudo de revisão nacional de Bennetti, Ramires, Schneider, Rodrigues, & Tremarin (2007) encontrou resultados semelhantes sobre a saúde mental do adolescente, apontando os transtornos depressivos como os mais investigados pela Medicina, porém não pela Psicologia. A prioridade dos estudos na disciplina médica tem sido a de identificar comorbidades associadas a manifestações clínicas da depressão e avaliar intervenções farmacológicas. Adicionalmente, os dados encontrados por Ferreira (2011) e Bennetti et al. (2007) foram condizentes com a recomendação da UNICEF (2011) sobre a urgência de pesquisas que esclareçam melhor os fatores que determinam e mantêm os comportamentos depressivos do adolescente, de modo a se criar condições para o planejamento de intervenções preventivas e de tratamento também nos países em desenvolvimento.

Os sintomas da depressão do adolescente são parecidos com os do adulto: agitação ou ansiedade, fadiga, sentimentos de culpa ou inutilidade, dificuldades para tomar decisões, ideação suicida, ruminação, expressões de desamparo, desesperança, insatisfação crônica, problemas de relacionamento social (APA, 2005). No entanto, os adolescentes podem também apresentar comportamentos explosivos ao invés de apenas retraimento e tristeza (Bahls & Bahls, 2002). A depressão é um tema complexo que demanda explicações e

intervenções multicausais (Ferro, Aguayo & Monteiro, 2006), considerando os vários determinantes associados ao seu surgimento, manutenção e recorrência. De acordo com Cossío e Jiménez (2007) esses fatores poderiam ser: endócrinos (aumento de cortisol e diminuição do hormônio de crescimento); neurológicos (diminuição da produção do hormônio serotonina); hereditários (pais com histórico de depressão); culturais (conflitos familiares, preferência por atividades isoladas, como videogames e televisão); e psicológico/comportamentais (experiências repetidas de fracasso, baixo repertório de habilidades sociais). De acordo com Dimidjian, Barrera, Martell, Muñoz, & Lewinsohn (2011), variáveis sociodemográficas, como sexo feminino, idade avançada e *status* socioeconômico baixo, podem também aumentar a vulnerabilidade ao aparecimento de transtornos depressivos.

Independente dos determinantes que ocasionam e mantêm a depressão em adolescentes, uma questão que chama atenção diz respeito às dificuldades de relacionamentos (Gresham, Cook, Crews & Kern, 2004). Frequentemente, os adolescentes deprimidos são rejeitados pelos pares e apresentam dificuldades na interação com familiares e professores (Warnes, Sheridan, Geske & Warner, 2005) bem como de rendimento acadêmico (Malecki & Elliot, 1999).

Os problemas interpessoais quase sempre estão associados a outros como: baixa autoestima, depressão, apatia, ataques de raiva com extrema violência, fobias e doenças psicossomáticas. Alguns autores sugeriram que parte dessas dificuldades interpessoais pode ser devida a déficits de habilidades sociais e à baixa competência social (Gresham et al., 2004; Trower, Bryant & Argyle; 1978). Para Trower, Bryant e Argyle (1978) uma baixa competência social pode levar o jovem ao isolamento social e, em alguns casos, reverter-se em transtornos psicológicos. Por outro lado, eventos com função aversiva podem produzir transtornos psicológicos que, por seu turno, afetam o desempenho social do indivíduo,

caracterizando a baixa competência social. Pressupõe-se que, ao promover a ampliação do repertório social, diminui o isolamento social e, conseqüentemente o estresse, reduzindo a probabilidade de desenvolver e manter transtornos psicológicos (Trower, Bryant & Argyle, 1978).

A competência social é definida, por Del Prette e Del Prette (2001; 2005), como a capacidade do indivíduo articular pensamentos, sentimentos e ações em função dos seus objetivos, das demandas situacionais e da cultura, produzindo conseqüências favoráveis a si e para as pessoas de seu entorno. Esses autores definem as habilidades sociais como classes de comportamentos sociais do repertório do indivíduo, valorizadas pelo contexto e requeridas para a competência social (Del Prette & Del Prette, 2001; 2012). Essas habilidades, aprendidas, são fundamentais para maximizar a taxa de reforçamento positivo e negativo, além de minimizar a frequência de comportamentos que podem ser punidos ou ignorados (Libert & Lewinsohn, 1973). Por isso, déficits de habilidades sociais, tanto da criança quanto do adolescente, além de comprometerem a qualidade de vida nas fases seguintes do desenvolvimento, podem aumentar a probabilidade de desenvolvimento de transtornos psicológicos (Del Prette & Del Prette, 2005).

Conforme o modelo explicativo proposto por Lewinsohn (1974), por dificultarem a sociabilidade e aumentarem a probabilidade de isolamento social, os déficits em habilidades sociais constituiriam uma condição facilitadora da depressão. Historicamente, as investigações científicas nessa perspectiva iniciaram-se na década de 70. Hersen, Eisler, Alford e Agras (1973) constataram que a baixa taxa de reforços sociais poderia ser um dos determinantes desse transtorno psicológico. De acordo com Lewinsohn (1974) e Libert e Lewinsohn (1973), os déficits de habilidades sociais estão associados à reduzida probabilidade de obtenção de reforços positivos e a uma maior probabilidade de tornar as pessoas aversivas aos demais, dois componentes de um círculo vicioso de evitação e

isolamento social que reduz ainda mais a taxa de reforçamento positivo. Para Ferster (1973), pioneiro na explicação dos sintomas depressivos sob a perspectiva da Análise do Comportamento, a depressão se define basicamente como subproduto da baixa taxa de reforçadores, uma vez que o indivíduo se engaja, com menor frequência, em comportamentos positivamente reforçados e, com maior frequência, em comportamentos de fuga e esquiva social, o que eventualmente se traduz em queixas, reclamações e pedidos de ajuda. Esse autor lembra que o indivíduo depressivo teve uma longa história de aprendizagem de um repertório costumeiramente rotulado como deprimido, que concorre com modos de interação mais efetivos com as demais pessoas de seu convívio.

Segundo a posição de Lewinsohn (1974), os padrões de comportamento da pessoa deprimida seriam determinados por déficits de habilidades sociais, portanto, um fator de risco para o desenvolvimento dos transtornos depressivos. No entanto, é importante reconhecer que essa explicação não é consensual. Posição contrária foi manifestada por Coyne (1976), em seu modelo interacional, que situava a depressão como variável independente, que afetava o desempenho nas interações sociais. Para o autor, os comportamentos deprimidos (humor negativo, queixas, reclamações, expressão de sentimentos de angústia), apresentados por pessoas com depressão, gerariam rejeição dos outros. Sendo assim, os deprimidos apresentariam raras oportunidades de interação, pois poucas pessoas estariam dispostas a interagir com eles. Nesse sentido, a baixa frequência de comunicar-se ocorreria em função de um contexto, sendo, portanto, secundários os déficits de habilidades sociais.

A partir da explicação de Lewinsohn (1974), Segrin (1990) realizou uma metanálise da literatura, buscando reunir evidências sobre a relação entre déficits de habilidades sociais e depressão. O estudo pretendeu determinar a magnitude da relação entre déficits de habilidades sociais e depressão e se baseou em medidas de autorrelato e de observação, estas denominadas pelo autor de componentes comportamentais das habilidades sociais, tais como:

gestos, sorrisos, contato visual e velocidade da fala. A revisão de Segrin (1990) focalizou 51 estudos realizados com base em autorrelato, observação por pares e avaliação dos componentes comportamentais. Os resultados apontaram que, nos estudos de autorrelato, havia uma forte relação entre déficits de habilidades sociais e depressão, o que não ocorria nos estudos com medidas de observação por pares e avaliação dos componentes comportamentais de habilidades sociais. Em alguns estudos, os juízes conseguiram discriminar os participantes deprimidos, a partir da observação, porém, em outros não.

De maneira geral, Segrin (1990) concluiu que existia uma relação, ainda que modesta, entre *déficits* de habilidades sociais e depressão nas diversas populações que foram objeto dos estudos analisados. Em resumo, parte dos estudos encontrados apresentaram associações entre habilidades sociais e depressão, porém, outra parte, não. No entanto, o pesquisador fez ressalvas quanto à generalização dos resultados obtidos, dada a pequena quantidade de artigos analisados, sugerindo a realização de novos estudos. Adicionalmente e diante dos dados de que, em estudos de autorrelato, os deprimidos tendiam a se avaliar como socialmente inabilidosos, ao passo que, em estudos de observação por pares e avaliação dos componentes comportamentais, os observadores pouco discriminavam as diferenças comportamentais entre deprimidos e não deprimidos, Segrin (1990) sugeriu que as pesquisas deveriam apresentar múltiplas formas de avaliação (autorrelato e observação), de maneira combinada, para que se compreendesse melhor os dados discrepantes, identificados em sua análise.

Na década seguinte, Segrin (2000) realizou uma análise do tipo “revisão narrativa” sobre a associação entre *déficits* de habilidades sociais e depressão. Parte dos objetivos desse estudo visou identificar evidências empíricas que subsidiassem as hipóteses de Lewinsohn ou de Coyne, analisando estudos de intervenção que utilizaram variados instrumentos de avaliação, como autorrelato e observação. O foco das pesquisas foi dirigido a avaliações de habilidades sociais mais amplas ou molares (tais como comunicação, assertividade) e

componentes moleculares (como tom de voz, contato visual, entonação, expressão facial) em diversas populações, bem como à efetividade de intervenções. Os principais resultados apontaram que: (a) o treino de habilidades sociais apresentava eficácia em grupos de pessoas deprimidas; (b) os déficits de habilidades sociais estavam presentes na população deprimida. Quanto ao questionamento sobre se habilidades sociais funcionavam como variável independente ou dependente, um conjunto de estudos confirmou a hipótese de Lewinsohn, porém, outro conjunto apontava na direção da hipótese de Coyne. Diante disso, o autor chegou a algumas conclusões importantes. Quando se trata de um déficit crônico no repertório, é possível que ele funcione como variável independente. Nos demais casos, os *déficits* de habilidades sociais podem ser variável dependente da depressão, uma vez que este transtorno psicológico pode suprimir qualquer resposta, principalmente de natureza social. Uma terceira hipótese do pesquisador foi a de que os déficits de habilidades sociais poderiam funcionar como fator de vulnerabilidade a algumas condições de estresse. Nesses casos, os déficits não teriam status causal nem consequencial em relação aos transtornos depressivos, mas um bom repertório de habilidades sociais poderia auxiliar o indivíduo no enfrentamento de problemas associados à depressão.

Foram encontradas evidências desse postulado no estudo empírico de Segrin e Flora (2000) que identificaram os déficits de habilidades sociais como fatores de vulnerabilidade ao desenvolvimento de depressão e ansiedade social em estudantes universitários. Os estudantes com repertório deficiente de habilidades sociais apresentavam maior frequência de comportamentos depressivos e de ansiedade, diante de situações estressantes.

As revisões dos estudos empíricos possibilitaram verificar a magnitude da relação *déficits* de habilidades sociais e depressão, em diversas populações e ensejaram diversas explicações sobre essa relação. No entanto, tais revisões não especificaram as populações analisadas, levando Segrin (2000) a sugerir novos estudos, principalmente com adolescentes,

hipotetizando que as habilidades sociais poderiam ser mais cruciais nesse período de desenvolvimento do que posteriormente.

Compartilhando essa premissa de Segrin (2000) e, para além de identificar a magnitude e o tipo de relação existente entre habilidades sociais e depressão na adolescência, entende-se como importante mapear as principais características (bibliográficas, de objetivos, metodológicas e de resultados) dos estudos com adolescentes, que focalizaram essa relação. Essa proposta vai ao encontro das sugestões de Segrin (1990; 2000), e das revisões de Bolsoni-Silva et al (2006) e Fumo, Manolio, Bello e Hayashi (2009), mostrando a escassez de pesquisas brasileiras sobre depressão e habilidades sociais, especialmente junto a adolescentes. Um mapeamento dos estudos publicados em periódicos poderia ampliar a visibilidade do conhecimento disponível sobre a relação entre essas variáveis e estimular novas pesquisas voltadas para a prevenção e o tratamento de depressão de adolescentes.

Em síntese, as considerações anteriores sugerem a importância de investimento no tema das habilidades sociais e depressão na adolescência e, particularmente, do conjunto de conhecimentos que vêm sendo produzidos nessa temática. Este artigo apresenta uma revisão das publicações em periódicos sobre depressão na adolescência em sua relação com habilidades sociais, focalizando características bibliográficas, objetivos, métodos e resultados dos estudos disponíveis para download na literatura.

## MÉTODO

### *Procedimento de coleta de dados*

O corpus do presente estudo foi constituído de artigos publicados no período de 1990 (data do primeiro artigo que atendeu aos critérios de busca) a 2012 localizados nas bases de dados *Lilacs*, *PsycINFO*, *Scielo*, *MEDline/Pubmed*, *Redalyc*, *Web of Science* e *Gale*. As palavras chave utilizadas e cruzadas foram: *intervention*, *depression*, *adolescents*, *social skills*, *training social skills*, *social competence*, *assertiveness*, *empathy* and *romantic*

*competence, skills interpersonal, interpersonal functioning, social interaction*. Os descritores utilizados são coerentes com os conceitos do campo das habilidades sociais, de acordo com Del Prette e Del Prette (2009). Os critérios de inclusão dos artigos foram: (a) participantes de ambos os sexos; (b) publicações na língua portuguesa, inglesa e espanhola; (c) foco em diagnóstico e/ou indicadores de depressão, podendo ou não estar associado às comorbidades mais frequentes presentes na população adolescente como transtornos de ansiedade e de conduta, tal como destacado na literatura (Bahls, 2002; Choe, Emslie, & Mayes, 2012; Goodyer & Cooper, 1993) (d) artigos completos e disponíveis para download; (e) idade dos participantes de 10 a 19 anos, conforme critério estabelecido pela Organização Mundial da Saúde para definir adolescência; (f) nos artigos de intervenção, as habilidades sociais aparecerem como principal variável de investigação e/ou como componentes dos programas desenvolvidos; (g) artigos publicados em periódicos entre janeiro 1990 a dezembro de 2012. Os critérios de exclusão dos artigos foram: (a) estudos farmacológicos; (b) outros diagnósticos (síndromes, doenças); (c) objetivos de associar as variáveis habilidades sociais, depressão e adolescência a outras variáveis (educação de pais, abuso sexual, divórcio, problemas conjugais, vício em internet, gravidez na adolescência, doenças sexualmente transmissíveis; necessidades educativas especiais).

#### *Procedimento de Análise de Dados*

Primeiramente foram lidos todos os títulos e resumos dos artigos encontrados e aplicados os critérios de inclusão e exclusão. Em relação às pesquisas incluídas, os artigos foram lidos na íntegra, descritos e analisados com base em um protocolo que abrangeu as categorias especificadas na Tabela 1.

Tabela 1. Categorias, itens e subitens de análise dos trabalhos selecionados.

CATEGORIAS	ITENS	SUBITENS DE AGRUPAMENTO
<b>1. Dados Bibliográficos</b>	Base de dados	<i>PsycINFO; MEDLINE; Lilacs; Scielo; Redalyc; Gale; Web of Science</i>
	Local e país	Nacional; Internacional
	Tipo de artigo	Conceitual e Empírico
	Ano de publicação	1990-1995; 1996-2000; 2001-2006; 2007-2012
	Quantidade de autores	Um; Dois; Três; Quatro ou mais autores
<b>2. Objetivos e amostra</b>	Objetivos	Caracterizar variáveis; Correlacionar variáveis; Avaliar efetividade de intervenção; Predizer variáveis; Revisão Bibliográfica; Descrição de procedimento; Relato de caso
	Tamanho da amostra	1 adolescente; 2 a 30; 31-100; 101-500; 501-1000; Acima de 1000 adolescentes
	Idade dos adolescentes	10-14; 15-19; 10-19 anos
	Sexo dos adolescentes	Somente Feminino; Somente Masculino, Feminino e Masculino
	Análise por Gênero Status sócio-econômico	Não faz; Faz Baixo; Médio; Alto; Não especificado; Não Compreensível
<b>3. Método</b>	Delineamento	Pré-experimental; Experimental; Quase Experimental <sup>1</sup>
	Procedimento de coleta	Observação; Relato; Relato e Observação
	Tratamento dos dados	Estatístico descritivo; Estatístico Inferencial; Qualitativo; Estatístico Descritivo e Inferencial
<b>4. Resultados</b>	Estudos de caracterização	Apresentam déficits de HS; Apresentam bom repertório de HS
	Estudos de correlação	Negativa; Positiva, Sem correlação
	Pesquisas de intervenção	Efeitos parcialmente positivos; Efeitos totalmente positivos; Efeitos negativos; Sem efeito
	Pesquisas de predição	Alta; Moderada; Baixa; Nula; Houve associação entre variáveis
	Pesquisas de relato de caso	Efeitos Positivos; Efeitos Negativos
Habilidades sociais alvo	Assertividade; Empatia; Abordagem afetiva; Competência social; Habilidades Sociais Gerais; Habilidades Sociais Não Verbais; Autocontrole; Comunicação	

<sup>1</sup>Conforme classificação de Campbell e Stanley (1979).

Todos os artigos incluídos foram analisados conforme os itens e subitens das categorias da Tabela 1. Esses dados foram organizados em uma planilha do software *SPSS 19*.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O levantamento inicial gerou 2.141 estudos que, após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão (com base no título e resumo), resultaram em 28 artigos. Os resultados produzidos em cada uma das categorias são apresentados a seguir.

### 1. Dados Bibliográficos

A Tabela 2 apresenta os dados bibliográficos obtidos na análise dos do corpus deste estudo.

*Tabela 2.* Itens e subitens da categoria Dados Bibliográficos dos 28 artigos identificados ao longo dos anos de 1990 a 2012.

ITENS	SUBITENS	1990-1995	1996-2000	2001-2006	2007-2012	TOTAL
<b>Bases de dados</b>	<i>PsychoInfo</i>	0	0	0	3	3
	<i>Medline</i>	1	0	2	7	<b>10</b>
	<i>PsychoInfo + Medline</i>	1	0	1	4	6
	<i>Web of Science</i>	0	0	2	3	5
	<i>PsychoInfo + Medline + Web of Science</i>		0	2	1	4
	<i>Gale</i>	0	0	0	0	0
	<i>Scielo</i>	0	0	0	0	0
	<i>Lilacs</i>	0	0	0	0	0
	<i>Redalyc</i>	0	0	0	0	0
<b>Tipo de artigo</b>	Empírico	3	0	7	17	<b>27</b>
	Teórico	0	0	0	1	1
<b>Local / país</b>	EUA	2	0	4	12	<b>18</b>
	Canadá	1	0	0	0	1
	Holanda	0	0	1	1	2
	Austrália	0	0	2	2	4
	Israel	0	0	0	1	1
	Alemanha	0	0	0	1	1
	Noruega	0	0	0	1	1
<b>Quant. de autores</b>	1 autor	1	0	0	1	2
	2 autores	0	0	1	6	7
	3 autores	0	0	4	4	8
	4 ou mais autores	2	0	2	7	<b>11</b>

A base de dados que mais reuniu artigos com esta temática foi a *MEDLINE/PUBMED*, seguida da *Web of Science e PsychoInfo*. Hipotetiza-se que o tema depressão, além de ser interesse da Psicologia, foi alvo de investigação também de outras áreas da saúde como

Medicina, Enfermagem e Saúde Coletiva, caracterizando um interesse multidisciplinar e interdisciplinar. O mesmo ocorreu com a base *Web of Science*, especializada em indexar resumos com todas as áreas do conhecimento. Em relação à *PsychoInfo*, este resultado era esperado, por se tratar de uma base especializada nos assuntos da Psicologia.

Os artigos deste corpus foram em sua maioria de pesquisas empíricas (somente um teórico) e a maior produção científica ocorreu a partir de 2007, portanto, recentemente. É possível que essa concentração em artigos empíricos reflita a prioridade dos periódicos em publicações dessa natureza sendo as elaborações teóricas comumente apresentadas em livros ou coletâneas e, posteriormente, de forma muito resumida nos artigos empíricos.

Observou-se também que, ao longo dos anos, houve maior frequência de publicações com quatro ou mais autores, o que sugere maior interesse e intercâmbio entre pesquisadores em abordarem o tema. Em relação ao local de produção, os EUA apresentaram maior número de publicações. Esse dado se justifica considerando a maior tradição desse país no estudo da depressão, sob a perspectiva das habilidades sociais (Del Prette & Del Prette, 1999). Chamou a atenção que nenhum estudo conduzido no Brasil sobre a referida temática foi encontrado nas bases de dados utilizadas, o que aponta para a necessidade de desenvolvimento de futuras pesquisas no contexto brasileiro, conforme constataram Bolsoni-Silva et al. (2006) e Fumo et al. (2009). Os dados também são condizentes com os achados de Ferreira (2011) sobre a baixa produção científica no Brasil referente ao tema depressão e, em particular, sobre a população adolescente, quando comparada a outras populações.

## **2. Objetivos e Amostra**

A Tabela 3 apresenta os resultados da categoria Objetivos e Amostra dos artigos selecionados.

Tabela 3. Itens e subitens da categoria Objetivos e Amostra para os artigos identificados ao longo de 1990 a 2012.

ITENS	SUBITENS	1990-1995	1996-2000	2001-2006	2007-2012	TOTAL <sup>2</sup>
<b>Objetivos</b>	Caracterizar variáveis	1	0	2	0	3
	Correlacionar variáveis	0	0	0	2	2
	Avaliar efetividade de intervenção	2	0	3	4	9
	Predizer variáveis	0	0	2	9	11
	Efetuar Revisão Bibliográfica	0	0	0	1	1
	Descrever procedimento	0	0	0	1	1
	Relato de caso	0	0	0	1	1
<b>Tamanho da amostra</b>	01 adolescente	0	0	0	1	1
	02 a 30 adolescentes	1	0	0	0	1
	31 a 100 adolescentes	1	0	3	5	9
	101 a 500 adolescentes	1	0	3	7	11
	501 a 1000 adolescentes	0	0	1	1	2
Mais de 1000 adolescentes	0	0	1	2	3	
<b>Idade</b>	10-14 anos	0	0	5	6	11
	15-19 anos	3	0	2	6	11
	10-19 anos	0	0	0	5	5
<b>Sexo</b>	Feminino	0	0	1	6	7
	Feminino e Masculino	3	0	5	9	17
	Não Especificado	0	0	1	2	3
<b>Análise de gênero</b>	Não faz	2	0	5	12	20
	Faz	1	0	2	4	7
<b>Status socioeconômico</b>	Baixo	0	0	0	2	2
	Médio	0	0	3	1	4
	Alto	0	0	0	0	0
	Baixo e Médio	1	0	1	2	4
	Baixo, Médio e alto	0	0	1	0	1
	Não Especificado	1	1	2	10	14
	Não Compreensível	1	0	0	1	2

Em relação aos objetivos, todas as categorias estão contempladas, com menor ênfase nos estudos de revisão bibliográfica, descrição de procedimento e estudo de caso, que somente apareceram no último período. Na categoria Amostra, em relação ao tamanho, a maioria dos estudos apresentou entre 100 e 500 participantes, seguida dos estudos com 31 a 100 participantes. Estes achados são condizentes com os objetivos dos estudos, mais frequentemente voltados para a avaliação de programas de intervenção (com amostras menores) e para a investigação de correlação e predição entre as variáveis (com amostras

<sup>2</sup>A quantificação total dos itens: amostra, idade, sexo, análise de gênero e *status* socioeconômico corresponde aos 27 artigos empíricos encontrados nesta revisão.

maiores). Considerando a escassez da produção científica no contexto brasileiro sobre o referido tema, seriam bem vindas as pesquisas sob todos esses eixos.

Com relação ao sexo dos participantes, a maioria dos estudos contemplou a amostra mista de respondentes do sexo masculino e feminino, mas não realizou análises diferenciadas por gênero. Essa diferenciação pode ser de fundamental importância, pois conforme sinalizam Essau, Lewinsohn, Seeley e Sasagawa (2010), um dos dados mais consistentes na literatura sobre depressão na adolescência diz respeito à diferença de gênero, o que pode influenciar na socialização do adolescente (Cyranski, Frank, Young & Shear, 2000). As informações obtidas nos estudos que analisam separadamente as amostras por sexo poderiam ampliar a compreensão das relações entre depressão e socialização na adolescência e apontariam, possivelmente para o refinamento de programas de prevenção, promoção e tratamento direcionados a essa população.

No que se refere à idade predominante das amostras investigadas, os estudos parecem equilibrados em proporção, pois uma parte deles prioriza a fase inicial da adolescência (10-14 anos), a outra parte, o período seguinte (15-19 anos) e apenas cinco estudos investigaram a idade de 10 a 19 anos. Em termos de pesquisa, essa separação se justifica, pois as contingências vivenciadas pelos adolescentes podem ser diferentes, nas distintas faixas etárias. Por outro lado, seria interessante a realização de estudos que contemplassem adolescentes de 10 a 19 anos e comparassem as habilidades sociais para testar diferenças no desenvolvimento em relação a esse repertório. Quanto ao item *status* socioeconômico, é importante observar que a maioria dos estudos não especificou esta característica de sua amostra. Considerando que esta é uma variável associada à vulnerabilidade para o desenvolvimento dos transtornos depressivos (Dimidjian et al, 2011), futuros estudos poderiam acrescentá-la para realizar análises adicionais potencialmente relevantes nesse sentido.

### 3. Método

A Tabela 4 apresenta os resultados da categoria Método dos artigos selecionados no corpus deste estudo.

*Tabela 4.* Itens e subitens da categoria Método para os 28 artigos identificados ao longo de 1990 a 2012.

ITEM	SUBITEM	1990-1995	1996-2000	2001-2006	2007-2012	TOTAL
<b>Delineamento</b>	Experimental	1	0	3	4	9
	Quase Experimental	2	0	0	1	3
	Pré-Experimental	0	0	4	11	<b>15</b>
<b>Procedimento coleta</b>	Relato	3	0	5	16	<b>25</b>
	Relato+Observação	0	0	2	0	2
<b>Tratamento dos dados</b>	Descritivo e Inferencial	3	0	7	15	<b>25</b>
	Qualitativo	0	0	0	1	2

Quanto ao delineamento, pode-se observar que a maior parte dos estudos apresentou delineamento pré-experimental. O instrumento de coleta de dados mais utilizado foi o autorrelato e o tratamento de dados mais frequente foi o estatístico inferencial. Contrariamente à revisão de Segrin (1990), os estudos sobre habilidades sociais e depressão na adolescência não priorizam múltiplas formas de avaliação. Futuros estudos poderiam acrescentar diversos métodos (relato e observação) para contrastar e comparar os dados obtidos.

### 4. Resultados dos estudos empíricos

A Tabela 5 apresenta os resultados das pesquisas relacionados aos tipos de estudos e habilidades sociais.

*Tabela 5.* Principais resultados das pesquisas relacionados às classes de objetivos e de habilidades sociais (HS), com a respectiva quantidade de estudos sob cada uma delas.

<b>TIPO DE ESTUDO</b>	<b>RESULTADOS E N ESTUDOS</b>	<b>HS E ESTUDOS</b>
Caracterização	Adolescentes deprimidos têm déficits de HS (3)	HS Não Verbais (1) Autocontrole/Assertividade(1) Competência social (1)
Estudos de correlação	Relacionamentos negativos entre variáveis (2)	Comunicação (1) Abordagem Afetiva (1)
Pesquisas de intervenção	Efeitos parcialmente positivos (4)	Comunicação (2) Assertividade (1) Comunicação / Assertividade (1)
	Efeitos totalmente positivos (1)	Comunicação (1)
	Sem efeito (4)	Comunicação /Assertividade (2); Assertividade (2)
Predição	Predição baixa e moderada (3)	Abordagem afetiva (1) HS gerais (2)
	Houve associação entre variáveis (8)	Competência social (1) Abordagem afetiva (6) Habilidades sociais gerais (1)
Relato de caso	Positivo (1)	Comunicação (1)

Como se observa na Tabela 5, os estudos de caracterização e de correlação apresentam resultados condizentes com a hipótese de que adolescentes deprimidos apresentam déficits de habilidades sociais. Os resultados obtidos na presente revisão foram concordantes com os de Segrin (1990/2000) quanto aos déficits de habilidades sociais como características de pessoas deprimidas, pelo menos em estudos de autorrelato (Segrin, 1990), o que também pode ser aplicado à população adolescente. Os estudos de avaliação de efetividade de intervenção, no entanto, condizem apenas parcialmente com os da revisão de Segrin (2000) que encontrou, majoritariamente, intervenções efetivas envolvendo treino de habilidades sociais. Na presente revisão, parte dos estudos informou efetividade total ou parcial e, parte deles não apresentou efetividade. Importante ressaltar que, em alguns programas de intervenção, as habilidades sociais eram componentes do tratamento, o que dificulta identificar os possíveis procedimentos não efetivos. No entanto, a análise sugere que estudos de intervenção devam continuar a ocorrer, uma vez que não há consenso na literatura sobre a efetividade das

mesmas e que tais estudos deveriam assegurar a fidedignidade dos resultados investindo em avaliações multimodais.

As habilidades sociais alvos de programas de intervenção focam principalmente as de comunicação e assertividade. Quanto aos estudos de predição, todos identificaram associações entre habilidades sociais e depressão, e a classe majoritariamente investigada foi a de abordagem afetiva. A maioria dos instrumentos investigou especificamente os relacionamentos afetivos na adolescência e nenhum estudo utilizou um instrumento que contemplasse a ampla gama de habilidades sociais, o que poderia ser corrigido em estudos futuros.

Ainda quanto à avaliação dos estudos preditivos, apenas dois estudos tiveram como objetivo identificar a capacidade de discriminação dos modelos testados, ambos revelando predição moderada, o que segue a conclusão de Segrin (1990). Apesar de ter encontrado apenas dois estudos com este objetivo, é possível que a hipótese de Segrin (2000) e Segrin e Flora (2000) também se aplique à população adolescente: os déficits de habilidades sociais não causam a depressão, porém, quando os adolescentes apresentam um repertório elaborado de habilidades sociais, isto pode auxiliá-lo no enfrentamento de problemas diários e protegê-lo de desenvolver o transtorno. Sugere-se a importância de futuros estudos para novos testes dessas hipóteses.

Em relação às habilidades sociais, observa-se, na Tabela 5, que as classes que apareceram com maior frequência nos estudos desta revisão, foram as de assertividade (7 artigos), comunicação (5 artigos) e abordagem afetiva (7 artigos). No entanto, como já referido, não há consenso na literatura sobre o conceito de habilidades sociais e suas classes e algumas pesquisas utilizam o termo habilidades sociais como sinônimo de competência social, o que dificulta conclusões sobre isso. No caso desse levantamento, por exemplo, por ser utilizada a categorização de Del Prette e Del Prette (2009), referente às habilidades sociais

dos adolescentes, os estudos voltados para o tema da abordagem afetiva (especificamente, o relacionamento romântico) e depressão na adolescência foram incluídos. No entanto, embora os estudos especifiquem várias habilidades que compõem a abordagem afetiva ou o relacionamento romântico, como frequentemente observado na literatura, nos deste corpus, elas não foram denominadas de habilidades sociais. O mesmo ocorre com a classe de habilidade social denominada de comunicação, sobre a qual também não há consenso e que, na classificação de Del Prette e Del Prette (2009), poderia corresponder às habilidades sociais de civilidade e desenvoltura social. Já a classe assertividade, por sua vez, parece ser a mais “clássica”, pois aparece nos estudos sobre transtornos psicológicos e relacionamentos interpessoais desde a década de 70 (Wolpe, 1973, 1978; Lazarus, 1972) e também está presente em diversos instrumentos de autorrelato que se propõem a investigar habilidades sociais.

## CONCLUSÃO

Considerando o conjunto dos estudos da presente revisão, verificou-se que parte deles é composta por pesquisas exploratórias (estudos de predição), com delineamentos pré-experimentais e parte, evidencia uma fase avançada, com delineamentos experimentais e com objetivos de testar programas de intervenção, tanto de natureza preventiva quanto de tratamento, como destacados anteriormente. No entanto, verificou-se que as variáveis depressão e habilidades sociais apresentam expressões e especificidades comportamentais de acordo com o contexto cultural vivenciado pelo adolescente, o que implica em dificuldade de generalização dos dados obtidos nesses estudos, produzidos em países com contextos e culturas diferentes, para o contexto brasileiro. Portanto, as investigações deveriam ser aceleradas no contexto brasileiro que, por suas características sociodemográficas, pode trazer resultados bastante diferenciados tanto sobre o repertório de habilidades sociais dos adolescentes como sobre sua associação com a depressão.

Dessa forma, posteriores pesquisas poderiam incluir as variáveis sociodemográficas, consideradas de contexto, juntamente com as habilidades sociais de adolescentes com indicadores de depressão, pois, ao serem mapeadas e compreendidas, novas variáveis de risco e proteção podem ser identificadas, aumentando a probabilidade de se estruturar tratamentos eficazes e de se investir em prevenção de doenças e promoção de saúde. Interessante observar que, embora essas variáveis sejam apontadas como relevantes na investigação do tema depressão e habilidades sociais, poucos estudos focalizaram esses aspectos, o que revela uma lacuna de conhecimento. Dentre tais variáveis, é importante destacar também a necessidade de diferenciar as questões de gênero, especialmente considerando-se a maior prevalência da depressão em mulheres (Dimidjian, et al 2011).

Os autores reconhecem uma limitação importante do presente estudo. As buscas priorizaram artigos e/ou resumos publicados em periódicos disponíveis para download. A busca em outras fontes tais como dissertações, teses e capítulos de livros, aumentaria a probabilidade de encontrar mais pesquisas referentes ao tema. No entanto, não se pretende, com os dados aqui apresentados, extrair evidências conclusivas indiscutíveis, e sim de apresentar de uma estimativa e um panorama das tendências investigativas da área.

A partir dessa revisão sobre os estudos que focalizaram habilidades sociais, depressão e adolescência, algumas questões poderiam fazer parte de um programa de pesquisa, tais como: Os adolescentes deprimidos ou com indicadores de depressão apresentam mais semelhanças ou mais diferenças de repertório de habilidades sociais quando comparados a adolescentes sem depressão? Como se apresentam as diferenças de habilidades sociais quanto às análises de gênero? Há classes de habilidades sociais cujos déficits podem ser preditivos do desenvolvimento de transtornos depressivos? Quais classes de habilidades sociais poderiam funcionar como fatores de proteção e quais, quando deficitárias, funcionariam como fatores de risco? Como as diferentes variáveis sociodemográficas se relacionam com a depressão e as

habilidades sociais, em populações com e sem indicadores de depressão? Dada a importância dessas questões, relativas a uma população que tem recebido pouca atenção no que se refere ao eixo temático do comportamento social e depressão, especialmente no contexto brasileiro, entende-se que pode ser muito relevante o investimento futuro em pesquisas nessa direção.

### REFERÊNCIAS

- American Foundation for Suicide Prevention (AFSP). Disponível em: [http://www.afsp.org/index.cfm?fuseaction=home.viewPage&page\\_id=05147440-E24EE376-BDF4BF8BA6444E76](http://www.afsp.org/index.cfm?fuseaction=home.viewPage&page_id=05147440-E24EE376-BDF4BF8BA6444E76). Acessado em setembro de 2012.
- American Psychiatric Association (APA) (2005). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4ª ed. (DSM-IV). Washington, D. C.
- Bahls, S. C. (2002). Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. *Jornal de Pediatria*, 78(5), 359-366.
- Bahls, S. C, & Bahls, F.R.C. (2002). Depressão na adolescência: Características clínicas. *Interação em Psicologia*, 6(1), 49-57.
- Benetti, S.P.C., Ramires, V.R.R., Schneider, A.C., Rodrigues, A.P. G, & Tremarin, D. (2007). Adolescência e saúde mental: Revisão de artigos brasileiros publicados em periódicos nacionais. *Cadernos de Saúde Pública*, 26 (6),1237-1282.
- Bolsoni-Silva, A.T., Del Prette, Z. A.P., Del Prette, G., Montagner, A. R., Bandeira, M., & Del Prette, A. (2006). A área das habilidades sociais no Brasil: Uma análise dos estudos publicados em periódicos. In: M. Bandeira; Z.A.P. Del Prette, & A. Del Prette(Orgs.), *Estudos sobre habilidades sociais e relacionamento interpessoal* (pp.1-45). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Campbell, D.T.,& Stanley, J.C. (1979). *Delineamentos experimentais e quase experimentais de pesquisa*. São Paulo: EPU/EDUSP.

- Choe, J.C., Emslie, G.J., & Mayes, T.L (2012). Depression: *Child and Adolescent. Psychiatric Clinics of North America*, 21(4), 807-829.
- Cyranowski, J.M., Frank, E., Young, E., & Shear, K. (2000). Adolescent onset of the gender difference in lifetime rates of major depression. *Archives of General Psychiatry*, 57(1), 21-27.
- Coyne, J.C (1976). Depression and the responses of others. *Journal of Abnormal Psychology*, 85 (2), 186-193.
- Del Prette, A. & Del Prette, Z.A.P (2009). *Inventário de Habilidades Sociais Para Adolescentes (IHSA-Del-Prette): Manual de aplicação, apuração e aplicação*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Del Prette, A., & Del Prette, Z. A. P. (2001). *Psicologia das relações interpessoais. Vivências para o trabalho em grupo*. Petrópolis: Vozes.
- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2012). Social skills and behavior analysis: Historical proximity and new issues. *Perspectivas em Análise do Comportamento*, 1(2), 104-115.
- Del Prette, Z. A. P. & Del Prette, A (2005). *Psicologia das habilidades sociais na infância: Teoria e prática*: Petrópolis: Vozes.
- Del Prette, Z. A. P. & Del Prette, A. (1999). *Psicologia das habilidades sociais: Terapia e educação*. Petrópolis: Vozes.
- Dimidjian, S., Barrera, M., Martell, C. , Muñoz, R.F., & Lewinsohn, P.M (2011). The origins and current status of behavioral activation treatments for depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7(1), 1-38.
- Elliott, S. N., & Gresham, F. M. (2008). *Social skills improvement system-intervention guide*. Minneapolis, MN: Pearson Assessments.
- Essau, C.A., Lewinsohn P. M, Seeley J. R., & Sasagawa, S. (2010). Gender differences in the developmental course of depression. *Journal of Affective Disorders*, 127(1-3), 185-90.

- Ferreira, V.R.T. (2011). Perfil dos artigos sobre depressão em periódicos brasileiros. *Revista de Psicologia da IMED*, 3(1), 476-486.
- Ferro, G. R., Aguayo, L. V., & Montero, V. M. C (2006) Application of functional analytic psychotherapy: Clinical analysis of a patient with depressive disorder. *The Behavior Analyst Today*, 7 (1) 1-18.
- Ferster, C. B. (1973). A functional analysis of depression. *American Psychologist*, 28, 857-870.
- Fumo, V. M. S., Manolio, C. L., Bello, S., & Hayashi, M. C. P. I. (2009). Produção científica em habilidades sociais: Estudo bibliométrico. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 11(2), 246-266.
- Goodyer I, Cooper P. J. A. (1993) Community study of depression in adolescent girls II. The clinical features of identified disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 163(1), 374-380.
- Gresham, F. M., Cook, C. R., Crews, S. D., & Kern, L. (2004). Social skills training for children and youth with emotional and behavioral disorders: Validity considerations and future directions. *Behavioral Disorders*, 30(1), 32-46.
- Hankin, B. L., & Abramson, L. Y. (2001). Development of gender differences in depression: An elaborated cognitive vulnerability-transactional stress theory. *Psychological Bulletin*, 127(1), 773-796.
- Hersen, M, Eisler, D., Alford, G. S., & Agras, W. S. (1973). Effect of token economy on neurotic depression: An experimental analysis. *Behavior Therapy*, 4(1), 382-397.
- Lazarus, A.A. (1972). *Clinical Behavior Therapy*. New York: Brunner/Mazel, INC.
- Lewinsohn, P. M. (1974). Clinical and theoretical aspects of depression. In: K. S. Calhoun, H. E. Adams, & H.M. Mitchell (Orgs.), *Innovative treatment methods of psychopathology*(pp. 63-120). New York: Wiley.

- Libet, J.M, & Lewinsohn, P.M. (1973).Concept of social skill with special reference to the behavior of depressed persons. *Journal Consulting Clinical Psychology*,40(2), 304-312.
- Malecki, C. K., & Elliott, S. N. (1999). Adolescents' ratings of perceived social support and its importance: Validation of the Student Support Scale. *Psychology in the Schools*, 36(1), 473–483.
- Rodríguez de Cossío, A.& Granada Jiménez, O. (2007). Transtornos depresivos em la infancia y adolescencia. *Revista Clínica de Medicina de Família*, 1(6), 270-276.
- Segrin, C. (1990). A meta-analytic review of social skill deficits in depression. *Communication Monographs*, 52(1), 292–308.
- Segrin, C (2000). Social skills deficits associated with depression. *Clinical Psychology Review*, 20(3), 379–403.
- Segrin, C., Flora, J. (2000). Poor social skills are a vulnerability factor in the development of psychosocial problems. *Human Communication Research*, 26(3), 489-514.
- UNICEF (2011). Saúde mental do adolescente: Um desafio urgente para pesquisas e investimentos. Situação mundial da infância. Retirado em 5 de fevereiro de 2013 em:[http://www.unicef.org/brazil/pt/br\\_sowcr11web.pdf](http://www.unicef.org/brazil/pt/br_sowcr11web.pdf)
- Trower, P., Bryant, B., & Argyle, M. (1978).*Social skills and mental health*.London: Methuen.
- Warnes, E. D., Sheridan, S. M., Geske, J., & Warnes, W. A. (2005). A contextual approach to the assessment of social skills: Identifying meaningful behaviors for social competence. *Psychology in the Schools*, 42(2), 173–187.
- Wolpe, J. (1973). *The practice of behavior therapy*.New York, Pergamon.

Campos, J. R., Del Prette, A., & Del Prette, Z. A P. (a ser submetido). Habilidades sociais de adolescentes com e sem indicadores de depressão, considerando o sexo.

## RESUMO

Os estudos sobre depressão evidenciam sua crescente prevalência em adolescentes e seu impacto sobre a qualidade das relações interpessoais, bem como diferenças entre o sexo masculino e feminino. No entanto, ainda não há consenso na literatura em relação às semelhanças e diferenças dos repertórios sociais de adolescentes com e sem indicação de depressão, considerando o sexo. A proposta do estudo foi caracterizar e comparar o repertório de habilidades sociais de adolescentes com e sem indicadores de depressão, considerando o sexo. Participaram da pesquisa 75 meninas e 28 meninos com indicadores de depressão (grupo subclínico) e 74 meninas e 29 meninos sem indicadores de depressão (grupo não clínico). O Inventário de Depressão Infantil e Inventário de Habilidades Sociais para Adolescentes (IHSA-Del Prette) foram utilizados. Os dados foram analisados com o teste *qui-quadrado* e verificou-se que, nos indicadores de frequência, no caso das meninas, houve diferenças estatisticamente significativas entre os grupos para o escore geral de habilidades sociais, Autocontrole, Civilidade e Assertividade, com vantagem para o grupo não clínico. No caso dos meninos, houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos para Desenvolvimento Social, com vantagem para o grupo não clínico. Nos indicadores de dificuldade, também houve diferenças estatisticamente significativa entre os grupos, para ambos os sexos. As limitações e implicações do estudo são discutidas.

Palavras-chaves: depressão, habilidades sociais, adolescentes, gender

## ABSTRACT

Studies about depression show its growing prevalence among adolescents and its impact on the quality of the interpersonal relationships, as well as differences between feminine and masculine genders. However, there is no consensus yet in the literature regarding the similarities and differences of the social repertoires of adolescents with and without indication of depression, considering the gender. This study's proposal was to identify and compare the repertoire of social skills of adolescents with and without indicators of depression, making gender analyses. Seventy-five girls and 28 boys with indication of depression (subclinical group) and seventy-four girls and twenty-nine boys without indication of depression (non-clinical group) participated in the search. The Inventory of Children Depression and the Inventory of Social Skills for Adolescents (HISA-Del Prette) were used. The data were analyzed with the chi-squared test and it was verified that, in the indicators of frequency, in the case of the girls, there were statistically significant differences between the groups on the general score of social skills, Self-control, Civility and Assertivity, with advantage for the non-clinical group. In the case of the boys, there was statistically significant difference between the groups for Social Development, with advantages for the non-clinical group. In the indicators of difficulty, there were also statistically significant differences between the groups, on both genders. The limitations and implications of the study are discussed.

Keywords: depression, social skills, adolescents, sex

A depressão na adolescência é um tema que instiga muitos pesquisadores há três décadas. Como aponta Hammen (2009), o interesse pela temática da depressão aparece por variadas razões: atinge milhões de adolescentes (especialmente as meninas), está associada a diversos problemas encontrados nesse período de desenvolvimento, como envolvimento com drogas e abuso de álcool, gravidez precoce, problemas de saúde, transtornos de ansiedade e de alimentação, baixo rendimento acadêmico e suicídio. Tanto o diagnóstico de depressão, como os indicadores de depressão na adolescência podem predizer a depressão do adulto (Ferguson & Woodward, 2002; Ferguson Horwood, Ridder & Beautrais, 2005). Evidentemente, o impacto negativo sobre a saúde do adolescente produz sofrimento ao próprio adolescente, à sua família, à comunidade escolar e também acarreta prejuízo econômico, com implicações à saúde pública.

Os sintomas presentes nos transtornos depressivos são, segundo a American Psychiatric Association (APA, 2005), fadiga, insônia ou excesso de sono, falta de concentração, falta ou excesso de apetite, agitação ou retardo psicomotor, baixa atividade sexual, pensamentos de morte ou suicídio, sentimentos de tristeza e, no caso do adolescente, pode manifestar-se também com comportamentos agressivos, irritadiços, ao invés de expressões tristes (Bahls & Bahls, 2002; Hale, Van Der Valk, Engels e Meeus, 2005; Rudolph, 2009; APA, 2005). Cabe salientar que os sintomas podem variar de cultura para cultura, para meninos e meninas (Poli, Sbrana, Marcheschi & Mais, 2003). Importante sinalizar que a maior prevalência desses sintomas ocorre nas meninas (APA, 2005) que para os meninos.

Conforme a APA (2005), os sintomas precisam estar presentes ao menos por duas semanas consecutivas para o estabelecimento do diagnóstico. As dificuldades de estabelecer relacionamentos sociais positivos também estão presentes nesse transtorno (Dougher & Hackbert, 1994/2003), pois a presença de sintomas depressivos traz muitos prejuízos à rotina

do adolescente e produz um mal estar considerado clinicamente relevante (Méndez, Olivares & Ros, 2005).

Os transtornos depressivos podem ser explicados a partir da ótica da Análise do Comportamento. Como apontam Dougher e Hackbert (1994/2003), a baixa frequência de respostas de interação social, engajamento em atividades, alimentação, atividade sexual e o aumento na frequência de respostas de fuga e esquivas, como queixas, choro e irritabilidade, descritas por Ferster, Culbertson e Boren (1977), seriam produzidas por determinadas contingências de reforçamento. Essas seriam de baixa densidade de reforçamento, extinção, punição, reforço dos comportamentos de manifestação de sofrimento, funções discriminativas, respondentes e estabelecidas (Dougher & Hackbert, 1994/2003).

Além das explicações existentes na psicologia, de acordo com Rudolph (2009), parece existir uma vulnerabilidade biológica. Segundo Cruvinel e Boruchovitch (2014), nessa perspectiva, os estudos privilegiam os aspectos genéticos e bioquímicos da depressão. Os participantes, majoritariamente são os adultos, irmãos gêmeos, filhos adotivos e filhos de pais depressivos. Por outro lado, investiga-se a influência de fatores bioquímicos da depressão, como a alteração dos neurotransmissores nas mudanças de humor.

Essa vulnerabilidade pode ser ativada pelos contextos sociais e psicológicos estressantes e, como apontam Juruena, Marques, Mello e Mello (2007), bioquímica e fisiologia não estão desligadas de nossas experiências. Segundo os autores, atualmente é amplamente aceito que o estresse psicológico pode alterar respostas fisiológicas adaptativas, com aumento da secreção adrenocortical de hormônios, especialmente cortisol. De acordo com a American Medical Association (2002), cinquenta por cento das pessoas deprimidas apresentam excesso de cortisol em seu sangue. Quando a depressão desaparece, os níveis de cortisol voltam ao normal. Nesse sentido, os eventos estressantes podem ser importantes determinantes da depressão.

Os eventos estressantes que funcionam como gatilhos para o desencadeamento da depressão na adolescência envolvem perdas, privações e punições, tais como: violência, pobreza extrema, rejeição dos pares, isolamento, perda de suporte social (WHO, 2012; Gresham, Cook, Crews & Kern, 2004), pais depressivos (Rodríguez de Cossío & Granada Jiménez, 2007), perda parental, separação dos pais, privação de comida, abrigo e amor (Tofoli, Baes, Martins & Juruena, 2011). Hammen (2009) acrescenta que alguns contextos interpessoais como conflitos/perdas amorosas e dificuldade de relacionamento entre os pares também podem constituir-se em eventos estressantes de vida para muitos adolescentes, desencadeando sintomas depressivos para as meninas, mas não para os meninos.

Particularmente, nessa perspectiva, Rudolph (2002) hipotetiza que as meninas são mais sensíveis aos relacionamentos interpessoais que os meninos. A autora concluiu, em seus estudos, que a sensibilidade está em reagir negativamente aos conflitos com pares e pais e que a experiência crônica de relacionamentos rompidos ou conflituosos podem produzir sentimentos de desesperança, desamparo e tristeza em quadro que pode evoluir para o desenvolvimento de transtornos depressivos. Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Rudolph, Ladd e Dinella (2007), que analisou as diferenças de sexo e sua influência na depressão na percepção da qualidade das amizades e aceitação pelos pares. As meninas deprimidas percebem-se rejeitadas pelos pares e dizem ter número reduzido de amigos, enquanto os meninos, não.

As diferenças comportamentais sociais parecem também ocorrer em adolescentes com desenvolvimento considerado saudável. Os meninos tendem a mostrar sentimentos de bem-estar, ações assertivas e de resolução de problemas quando comparados às meninas (Zahn-Waxler et al, 2006). Root e Denham (2010) discutem que, em culturas ocidentais, a expressão de tristeza em meninos pode ser julgada negativamente por pares da mesma idade. Dessa maneira, como sinaliza Galambos, Almeida e Petersen (1990), há uma pressão social para

emitir certos comportamentos e, outros não. Pode-se pressupor então que, em parte das culturas ocidentais, os meninos pouco expressam seus sentimentos, especialmente, os de tristeza. As explicações vão no sentido de como a cultura modela e ensina homens e mulheres a reconhecer, expressar suas emoções (Nolen-Hoeksema, 2012; Root & Denham, 2010).

Como se observa, a literatura sobre socialização e depressão na adolescência aponta diferenças entre os sexos. As diferenças residem desde a expressão de sentimentos, comportamentos assertivos, resolução de problemas, à presença de relacionamentos interpessoais satisfatórios em meninos e meninas. Para alguns autores, essas variáveis apresentam papéis de fatores de risco e proteção no campo da saúde mental (Kazdin, 1993; Aragão, Vieira, Alves & Santos, 2009). Na mesma direção, Cicchetti e Rogosch (2002) apontam que as competências desenvolvidas no período da adolescência podem influenciar como os adolescentes respondem aos riscos e aos problemas. Um dos aportes teóricos que pode contribuir para esta questão é o campo teórico-prático das habilidades sociais.

As habilidades sociais, conforme Del Prette e Del Prette (2005) são diferentes classes de comportamentos sociais do repertório do indivíduo que contribuem para a competência social do indivíduo. A competência social é um construto de caráter avaliativo e pressupõe a articulação do pensar, sentir e agir em função de alcançar objetivos pessoais e de atender demandas da situação e da cultura, sem, no entanto, prejudicar outras pessoas favorecendo, assim, relacionamentos interpessoais satisfatórios (Del Prette & Del Prette, 2005). Para a população adolescente, Del Prette e Del Prette (2009a) identificaram empiricamente seis classes de habilidades sociais relevantes: empatia, autocontrole, civilidade, assertividade, abordagem afetiva e desenvoltura social. Para os autores, essas classes facilitam o acesso dos adolescentes aos reforçadores sociais. Del Prette e Del Prette (2009a) destacam ainda que o repertório de habilidades sociais é diferente entre meninos e meninas e destacam que a

aprendizagem dessas habilidades é influenciado pela cultura sendo que, na fase inicial da adolescência (12-14 anos), as meninas apresentam repertório social mais elaborado que os meninos.

O pressuposto de que a presença de um repertório elaborado de habilidades sociais constitui-se em fator de proteção (Del Prette & Del Prette, 2009a), pois auxiliam na produção do bem-estar e no enfrentamento de situações estressantes (Segrin, Hanzal, Donnerstein, Taylor & Domschke, 2007; Segrin & Flora, 2000), tem como contraponto que a ausência ou o *déficit* de tais habilidades podem constituir fator de risco para o desenvolvimento e manutenção de transtornos depressivos (Segrin et al, 2007; Del Prette & Del Prette, 2005).

Foi considerando os comportamentos sociais de adolescentes deprimidos que alguns estudos realizaram análises de sexo. Parte desses estudos identificaram diferenças quanto à variável sexo. O estudo de Reed (1994) avaliou, em um programa de intervenção para adolescentes de 14 a 19 anos, o desenvolvimento de competências sociais e comportamento assertivo. Para os meninos, ao desenvolverem as competências sociais e comportamento assertivo, os sintomas de depressão desapareceram. Por outro lado, os sintomas depressivos permaneceram nas meninas e não houve desenvolvimento do comportamento assertivo. O autor hipotetizou que, naquela cultura, as meninas, ao expressarem assertividade poderiam ter seus comportamentos punidos. Avaliando os comportamentos não verbais em meninos e meninas, média de 13 anos, com indicadores de depressão, Van Beek, Van Dolderen e Demon Dubas (2006) concluíram que meninas e meninos com indicadores de depressão sorriem menos e mantêm menos contato visual com o interlocutor, quando comparadas ao grupo sem indicadores de depressão. O estudo de Shulman, Walsh, Weisman e Schelyer (2009) investigou a associação entre qualidade de relacionamentos amorosos e sintomas depressivos em meninos e meninas, e os resultados encontrados foram que, para as meninas, a baixa

qualidade de relacionamentos amorosos e pouca intimidade estavam associadas aos sintomas depressivos, mas esse dado não se confirmou para os meninos.

Por outro lado, parte dos estudos, não encontraram diferenças entre os sexos. A pesquisa de Ha et al (2012) averiguou se resolução de conflitos estava associada aos sintomas depressivos de adolescentes considerando o tempo de relacionamentos amorosos em meninos e meninas. Os resultados apontaram que os sintomas depressivos de meninos e meninas estavam associados ao estilo negativo de resolução de conflitos nos dois grupos, e que não houve diferenças estatisticamente significativas entre eles. O estudo de La Greca e Harrison (2005) investigou relacionamentos de amizades entre os pares românticos de meninos e meninas de 14 a 19 anos. Segundo as autoras, os adolescentes que relataram apresentar relacionamentos sociais com os pares e de relacionamento amorosos conflituosos apresentaram mais sintomas depressivos. No entanto, não houve diferença estatisticamente significativa entre os sexos.

No contexto brasileiro, Campos (2010) avaliou o repertório de habilidades sociais, no indicador de frequência e dificuldade, de 103 adolescentes com indicadores de depressão, média de 13 anos, considerando o sexo. A amostra era composta por 28 garotos e 75 garotas. Os principais resultados encontrados foram: a) as meninas relataram apresentar repertório *deficitário* em todas as classes de habilidades sociais (empatia, autocontrole, civilidade, assertividade, abordagem afetiva e desenvoltura social); b) os meninos relataram apresentar a classe autocontrole com um repertório bom e elaborado de habilidades sociais e as classes de desenvoltura social e civilidade, como *deficitárias*. A hipótese dos achados foi na direção de que as adolescentes com indicadores de depressão do sexo feminino poderiam apresentar comportamentos agressivos e os adolescentes com indicadores do sexo masculino, poderiam apresentar maior retraimento social.

Nota-se, a partir dos estudos encontrados que, todos tratam de relações interpessoais, mas nenhum deles denomina comunicação, comportamentos não verbais, relacionamentos românticos, assertividade como classes de habilidades sociais, com exceção do de Campos (2010). No entanto, segundo a classificação de Del Prette e Del Prette (2009a, 1999), comunicação, assertividade, habilidades de abordagem afetiva, comportamentos não verbais são componentes comportamentais e não verbais das habilidades sociais, o que torna pertinente a inclusão desses estudos.

Quanto aos resultados obtidos nessas pesquisas, observa-se também que não há consenso na literatura a respeito das diferenças e semelhanças do repertório social em meninos e meninas com indicadores de depressão: parte dos estudos encontrou diferenças entre os sexos e parte deles encontrou semelhanças. Nesse sentido, mais pesquisas precisam ser realizadas, especialmente no contexto nacional, ainda carente de investigações dessa natureza. A pesquisa de Campos (2010) permitiu mapear o repertório de habilidades sociais de adolescentes com indicadores de depressão, considerando análises de gênero. No entanto, seria importante que um grupo de comparação fosse extraído do mesmo contexto para se investigar a influência das habilidades sociais no repertório em adolescentes com e sem indicadores de depressão. Adicionalmente, a proposição de um delineamento comparativo parece pertinente, pois, como se observou na literatura encontrada, com exceção do estudo de Van Beek et al (2006), os estudos apresentaram amostras homogêneas. Deste modo, embora teoricamente seja plausível que adolescentes com indicadores de depressão apresentem repertório deficitário de habilidades sociais quando comparados aos adolescentes sem indicadores de depressão, poucos são os estudos empíricos, na população adolescente que confirmaram a hipótese, sobretudo, no contexto brasileiro.

Considerando, portanto, a necessidade de melhor compreender as diferenças de repertório de habilidades sociais em adolescentes com e sem indicadores de depressão, bem

como as possíveis diferenças entre os sexos, a presente pesquisa busca ampliar os resultados prévios de Campos (2010) e tem como objetivos caracterizar e comparar o repertório de habilidades sociais de adolescentes com e sem indicadores de depressão, considerando análises entre os sexos.

## MÉTODOS

### *Aspectos éticos*

A pesquisa foi consentida pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de São Carlos (CEP/UFSCar), sob o parecer de nº110/2009 e em cumprimento às normas éticas do Conselho Nacional de Saúde (Resolução 196/96).

### *Participantes*

Utilizando método correlacional com desenho transversal, a amostra, selecionada por conveniência, foi composta por 206 participantes, média de 13 anos, distribuídos em dois grupos: 103 adolescentes (28 meninos, 75 meninas) com indicadores de depressão (grupo subclínico), média de 13,04 anos,  $D.P=0,791$ ; 103 adolescentes (29 meninos, 74 meninas) sem indicadores de depressão (grupo não clínico), média de 13,10,  $D.P= 0.811$ . Os participantes responderam ao Inventário de Depressão Infantil (Kovacs, 1992). A partir dos critérios do instrumento para incluir ou excluir indicação à depressão, foi possível a formação dos dois grupos. O grupo não clínico foi extraído de uma amostra de 539 participantes, também sem indicadores de depressão. Nesse processo buscou-se também emparelhar os grupos conforme os critérios de seleção da amostra: idade, sexo, *status* socioeconômico (S.E). A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas dos dois grupos.

*Tabela 1. Características sociodemográficas dos grupos: subclínico e não clínico.*

Variáveis		Subclínico		Não Clínico	
		Frequência Absoluta	%	Frequência Absoluta	%
Gênero	Feminino	75	72,8	74	71,8
	Masculino	28	27,2	29	28,2
Idade	12 anos	30	29,1	29	28,2
	13 anos	39	37,9	35	34
	14 anos	34	33	39	37,9
Média (DP)		13,04 (0.791)		13,10 (0.811)	
Escolaridade	6ª série	34	33	28	27,2
	7ª série	45	43,7	53	51,5
	8ª série	24	23,3	22	21,4
S.E	A1	3	2,9	0	
	A2	10	9,7	9	8,7
	B1	17	16,5	22	21,4
	B2	40	38,8	37	35,9
	C	32	31,1	35	34,0
	D	1	1		

### *Instrumentos*

Inventário de Habilidades Sociais de Adolescentes (IHSA- Del Prette, 2009a). É um instrumento constituído por 38 itens que especificam demandas do desempenho interpessoal de adolescentes de 12 a 17 anos, de diferentes interlocutores (familiares, amigos, pessoas de autoridade, colegas, parceiros afetivo-sexuais e desconhecidos), em diferentes contextos (família, amizade, escola, namoro, lazer). Os itens apresentam dois indicadores: frequência e dificuldade. O respondente deve assinalar em cada item: a frequência a qual emite o comportamento e o quão é difícil apresentar a reação indicada. O instrumento produz um escore geral e escores em seis fatores: F1-Empatia, F2-Autocontrole, F3-Civilidade, F4-Assertividade, F5-Abordagem Afetiva e F6-Desenvoltura Social. Foram encontrados índices de consistência interna satisfatórios em seu estudo de validação nos indicadores de frequência: Escore total=0,89; F1-Empatia=0,82 F2-Autocontrole=0,72; F3-Civilidade=0,75; F4-Assertividade=0,67; F5-Abordagem Afetiva=0,69; F6-Desenvoltura Social=0,61. Os valores obtidos no indicador dificuldade foram: Escore total=0,90; F1-Empatia=0,86; F2-

Autocontrole=0,86; F3-Civilidade=0,75; F4-Assertividade=0,72; F5-Abordagem Afetiva=0,67; F6-Desenvoltura Social=0,51.

Para a amostra desse estudo foram avaliados os índices de consistência interna (coeficiente *alpha* de Cronbach) em todas os fatores, nos indicadores de frequência e dificuldade. Os valores obtidos no indicador de frequência foram: Escore total=0,90; F1-Empatia=0,78; F2-Autocontrole=0,73; F3-Civilidade=0,80; F4-Assertividade=0,66; F5-Abordagem Afetiva=0,70; F6-Desenvoltura Social=0,63. Os valores obtidos no indicador dificuldade foram: Escore total=0,93; F1-Empatia=0,88; F2-Autocontrole=0,79; F3-Civilidade=0,88; F4-Assertividade=0,79; F5-Abordagem Afetiva=0,58; F6-Desenvoltura Social=0,53. O instrumento apresentou indicadores psicométricos aceitáveis também no teste-reteste e é recomendado pelo Conselho Federal de Psicologia.

Inventário de Depressão Infantil (Children Depression's Inventory-CDI). Trata-se da versão brasileira adaptada do original norte americano por Kovacs (1992), que visa o rastreamento de sintomas depressivos na população infantil e do adolescente. O instrumento apresentou índice satisfatório de consistência interna ( $\alpha = 0,85$ ), demonstrando a confiabilidade do inventário (Wathier, Dell'Aglio & Bandeira, 2008). Para a amostra desse estudo também foi confirmada a consistência interna do instrumento ( $\alpha = 0,85$ ). O inventário é composto por 27 itens com três alíneas cada, pontuáveis como 0 ponto (ausência de sintoma), 1 (presença do sintoma) e de 2 (sintoma grave). A pontuação máxima que pode ser atingida é de 54 pontos. O ponto de corte para indicação à depressão é de 16 pontos para crianças de 7 a 12 anos e de 19 pontos, para a faixa etária de 13 a 17 anos.

Critério Brasil (CCEB)-(Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, 2003). O instrumento estima o poder de compra dos consumidores e é utilizado para classificar a população economicamente. A divisão é baseada no sistema de pontos e distribui as classes sociais em A1,

A2, B1,B2, C, D e E (<http://www.abep.org/novo/Content.aspx?ContentID=301>, recuperado em 20, maio, 2009).

#### *Procedimento de coleta de dados*

A coleta de dados ocorreu em três escolas públicas municipais de uma cidade do interior de São Paulo. A pesquisa foi autorizada pela Secretaria Municipal de Educação da cidade e após o seu consentimento, a pesquisadora aplicou os instrumentos em adolescentes de três escolas municipais, de uma cidade do interior de São Paulo. A participação dos adolescentes só poderia ser feita mediante a entrega do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual deveria ser previamente assinado pelos pais ou responsáveis.

#### *Análise dos dados*

Os dados do CDI, do IHSA-Del Prette, CDI e do Critério Brasil foram alocados em uma planilha do *software* SPSS 19 (*Statistical Package for Social Sciences*) para *Windows*. Os dados obtidos do IHSA-Del Prette (2009a) foram computados de acordo com as instruções do manual. Com base nos percentis, para o indicador de frequência são estabelecidas cinco classes: repertório deficitário = abaixo do percentil 25; médio inferior = de 26 a 35; bom repertório = 36 a 65; repertório elaborado = 66 a 75; altamente elaborado = 76 a 100. Para os escores de dificuldade, as classes indicam o custo de resposta e/ou ansiedade no desempenho das habilidades: baixo: percentis abaixo de 35; médio = percentis de 36 a 65; alto = 66 a 100. Segundo Del Prette e Del Prette (2009), o indicador dificuldade diz respeito ao custo subjetivo de resposta sentido pelo respondente ao emitir o comportamento social. Os escores do CDI foram obtidos a partir das somas dos pontos de cada item respondido e foi possível codificar os participantes com indicadores de depressão como grupo 1 (subclínico) e os participantes sem indicadores de depressão como grupo 0 (não clínico).

Posteriormente, foi feito o tratamento dos *missings* pelo método E.M (expectation-maximization). Posteriormente, realizou-se o teste de Komolgorov-Smirnov para avaliar a

normalidade da amostra. Como não ocorreu distribuição normal, os dados foram analisados com estatística não paramétrica. Para avaliar as comparações entre as frequências das classes de habilidades sociais nos indicadores de frequência e dificuldade dos grupos subclínicos e não clínicos, considerando o sexo, foi utilizado o teste estatístico Qui-quadrado de independência  $r \times 2$ . Para todos os resultados foi adotado um nível de significância de 5% ( $p \leq 0,05$ ).

## RESULTADOS

A Tabela 2 apresenta os resultados das comparações do repertório de habilidades sociais de adolescentes com indicadores de depressão (grupo subclínico) e sem indicadores de depressão (não clínico) das respondentes do sexo feminino, nos indicadores de frequência.

*Tabela 2.* Caracterização e comparação entre os grupos não clínico e subclínico das percentagens obtidas das respondentes do sexo feminino no indicador geral e nos seis fatores de frequência do repertório de habilidades sociais.

Fatores	Grupos Femininos	Frequência Repertório de Habilidades Sociais (%)					Teste $\chi^2$
		Abaixo média inferior	Médio inferior	Bom repertório	Elaborado	Altamente elaborado	
Escore Geral	Não Clínico	33,8	9,5	29,7	13,5	13,5	12,225*
	Subclínico	58,7	10,7	16	4	10,7	
F1-Empatia	Não clínico	32,4	20,3	24,3	13,5	9,5	-
	Subclínico	45,3	17,3	21,3	10,7	5,3	
F2-Autocontrole	Não Clínico	32,4	9,5	21,6	16,2	20,3	11,92*
	Subclínico	60	8	12	8	12	
F3-Civilidade	Não Clínico	23	13,5	27	9,5	27	9,598*
	Subclínico	38,7	12	29,3	10,7	9,3	
F4-Assertividade	Não Clínico	27	16,2	37,8	5,4	13,5	13,784*
	Subclínico	53,3	5,3	25,3	8	8	
F5-Ab.Afetiva	Não Clínico	44,6	16,2	20,3	2,7	16,2	
	Subclínico	53,3	9,3	24	5,3	8	
F6-Desenv.Social	Não Clínico	40,5	9,5	35,1	5,4	9,5	
	Subclínico	56	4	20	4	16	

$p \leq 0,05$

Como se observa na Tabela 2, o teste *Qui-quadrado* indica para o sexo feminino que existe diferença estatisticamente significativa entre os grupos no Indicador Geral de habilidades sociais, no F2-Autocontrole, F3-Civilidade e F4-Assertividade, sendo que o grupo

não clínico apresenta melhor repertório de habilidades sociais. Verifica-se também, em uma análise qualitativa que, situou-se na média inferior ou abaixo dela em F1-Empatia e F5-Abordagem afetiva pela maioria das respondentes do sexo feminino do grupo não clínico.

Na amostra masculina, o teste *Qui-quadrado* indica que existe diferença estatisticamente significativa entre os grupos ( $\chi^2= 9,749$ ;  $p= 0,045$ ) apenas no F6 de Desenvoltura social. Na análise qualitativa, a maioria dos participantes de ambos os grupos relatam apresentar repertório bom, elaborado e altamente elaborado, no escore total, F1-Empatia, F2-Autocontrole e F-4 Assertividade. Concluindo, os escores dos respondentes do sexo masculino do grupo subclínico se assemelham, de maneira geral, aos escores dos respondentes do mesmo sexo do grupo não clínico. A Tabela 3 apresenta a comparação entre os grupos não clínico e subclínico quanto às percentagens dos respondentes do sexo feminino e masculino, nos fatores de dificuldade do repertório de habilidades sociais.

Tabela 3. Comparação entre os grupos não clínico e subclínico quanto às percentagens obtidas dos respondentes do sexo feminino e masculino, para o escore geral e nos seis fatores de dificuldade do repertório de habilidades sociais.

Fatores	Sexo	Grupos	Dificuldade Repertório de Habilidades Sociais			Teste x <sup>2</sup>
			Baixo custo	Médio custo	Alto custo	
Escore Geral	F	Não Clínico	51,4	24,3	24,3	12,406*
	F	Subclínico	24	32	44	
	M	Não Clínico	44,8	31,1	24,1	-
	M	Subclínico	28,6	21,4	50	
F1-Empatia	F	Não Clínico	43,2	24,4	32,4	8,235*
	F	Subclínico	21,3	32	46,7	
	M	Não Clínico	31	27,6	41,4	-
	M	Subclínico	28,6	14,3	57,1	
F2-Autocontrole	F	Não Clínico	54,1	35,1	10,8	13,151*
	F	Subclínico	38,7	25,3	36	
	M	Não Clínico	51,7	24,2	24,1	-
	M	Subclínico	28,6	32,1	39,3	
F3-Civilidade	F	Não Clínico	39,2	21,6	39,2	12,387*
	F	Subclínico	14,7	22,6	62,7	
	M	Não Clínico	34,5	24,1	41,4	-
	M	Subclínico	32,1	3,6	64,3	
F4-Assertividade	F	Não Clínico	40,5	31,1	28,4	-
	F	Subclínico	29,3	28,3	42,4	
	M	Não Clínico	48,3	27,6	24,1	6,992*
	M	Subclínico	21,4	21,4	57,1	
F5-Abordagem Afetiva	F	Não Clínico	44,6	40,5	14,9	-
	F	Subclínico	36	38,7	25,3	
	M	Não Clínico	62,1	17,2	20,7	6,444*
	M	Subclínico	28,6	32,1	39,3	
F6-Desenvoltura Social	F	Não Clínico	43,2	31,1	25,7	12,225
	F	Subclínico	37,3	30,7	32	
	M	Não Clínico	55,2	17,2	27,6	-
	M	Subclínico	32,1	28,6	39,3	

- $p < 0,05$

Os dados da Tabela 3 permitem observar que há diferença estatisticamente significativa entre os grupos subclínico e não clínico das respondentes do sexo feminino no Escore Geral de Habilidades Sociais, no F1-Empatia, no F2-Autocontrole, no F3- Civilidade (as respondentes do grupo não clínico relatam baixo custo de resposta quando comparadas às respondentes do grupo subclínico que relatam apresentar alto custo de resposta). Para a

amostra masculina, o teste *Qui-quadrado* indica que há diferença estatisticamente significativa entre os grupos subclínico e não clínico, no F4-Assertividade e F5-Abordagem Afetiva.

## DISCUSSÃO

A presente pesquisa se propôs a caracterizar e comparar o repertório de habilidades sociais em adolescentes com e sem indicadores de depressão, considerando análise entre os sexos. Uma análise global das comparações apontou que houve maiores diferenças significativas nas amostras femininas, nos indicadores de frequência, no escore geral de habilidades sociais e para as classes autocontrole, civilidade e assertividade: as adolescentes sem indicadores de depressão apresentaram melhor repertório de habilidades sociais quando comparado às adolescentes com indicadores de depressão. De uma maneira geral, os resultados são condizentes com os pressupostos teóricos analíticos comportamentais de que pessoas deprimidas ou em risco de desenvolver depressão relatam apresentar baixo engajamento em interações sociais (Dougher & Hackbert, 1994/2003), especialmente dos relatos das respondentes do sexo feminino. Adicionalmente, é possível que os respondentes com indicadores de depressão fiquem mais sob controle de uma autoavaliação negativa, conforme aponta Segrin (1990).

No que respeita às respondentes do sexo feminino houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos subclínico e não clínico no repertório de autocontrole e assertividade, com vantagem para o grupo não clínico. Esse dado suscita duas hipóteses. A primeira é que seja possível que as respondentes do sexo feminino do grupo subclínico possam apresentar um repertório considerado agressivo para resolução de problemas quando comparada às adolescentes sem indicadores, o que vai à direção da hipótese levantada por Campos (2010), em seu estudo com amostra de adolescentes com indicadores de depressão. A expressão de comportamentos com função agressiva, irritáveis e explosivos parece fazer parte

da sintomatologia depressiva em adolescentes, conforme apontam Bahls (2002), APA (2005). Por outro lado, não se descarta uma segunda hipótese de haver um repertório inassertivo/passivo e, em alguns momentos, as adolescentes com indicadores de depressão possam apresentar baixo autocontrole. No entanto, essas duas hipóteses precisam ser melhor investigadas em pesquisas futuras. O maior repertório social das adolescentes sem indicadores de depressão nessas classes pode aumentar a chance de haver maior repertório de resolução, conforme aponta Kazdin (1993) e influenciar como as adolescentes respondem aos riscos Cicchetti e Rogosch (2002).

A classe civilidade também foi apontada como significativamente diferente entre os grupos subclínico e não clínico. As adolescentes do grupo subclínico apresentaram repertório na média inferior e abaixo dela em comparação com as respondentes do sexo feminino do grupo não clínico, que apresentaram repertório bom, elaborado e altamente elaborado. Esta classe contempla habilidades sociais de cumprimento, apresentar-se aos outros, despedir-se, elogiar, por exemplo.

Embora à primeira vista este repertório possa parecer simples, ele pode ser pré-requisito em uma cadeia comportamental longa de interação, como fazer e manter amizade, iniciar uma abordagem afetiva. Uma situação hipotética é da adolescente que chega à sua sala de aula e não cumprimenta os colegas, pede coisas e não agradece, vai embora e não se despede. A probabilidade de ficar isolada pode ser alta, se tais comportamentos forem emitidos com muita frequência e, em outros contextos de interação. Esta suposição parece condizer sobre o que Gresham et al (2004) apontam em relação às dificuldades do adolescente deprimido em manter relações interpessoais satisfatórias, pois além do afastamento das pessoas de seu convívio, as poucas oportunidades de interação podem ser aversivas para os demais, gerando rejeição social.

Em relação ao grupo não clínico da amostra feminina e em uma análise qualitativa dos dados, observou-se que a maioria das respondentes apresentou repertório na média inferior e abaixo dela nas classes F1-Empatia e F5-Abordagem afetiva. Esses dados poderiam ser melhor investigados em pesquisas futuras, pois, como apontam Del Prette e Del Prette (2009a), as habilidades de empatia constituem-se uma das classes em que os adolescentes apresentam facilidades de aquisição. Quanto às habilidades de abordagem afetiva também poderia ser alvo de futuras pesquisas, pois parece esperado que na faixa etária investigada, as adolescentes já iniciem os contatos de natureza amorosa.

Quanto ao indicador de dificuldade as respondentes do sexo feminino nos grupos subclínico e não clínico, houve diferença estatisticamente significativa no escore geral, e nas habilidades de empatia, autocontrole e civilidade. Isso significa que as respondentes do grupo subclínico podem apresentar muita dificuldade nas interações sociais quando comparadas às respondentes do grupo não clínico. Del Prette e Del Prette (2006) apontam que há um custo subjetivo, o que sugere que a dificuldade relatada pode estar relacionada a questões motivacionais ou ao pouco acesso às contingências de aprendizagem das habilidades sociais. Futuras pesquisas poderiam investigar o que torna difícil a emissão desses comportamentos.

As análises comparativas do repertório de habilidades sociais dos respondentes do sexo masculino, mostrou diferenças nos grupos subclínico e não clínico para o indicador de frequência apenas para a habilidade de desenvoltura social. Uma vez que esta classe diz respeito à exposição social e conversação (Del Prette & Del Prette, 2009a), o dado sugere que os meninos do grupo subclínico apresentaram maior retraimento social quando comparados aos meninos do grupo não clínico. Esta hipótese foi levantada por Campos (2010) no seu estudo de amostra homogênea de respondentes do sexo masculino com indicadores de depressão e os dados dessa pesquisa também parecem ir nessa direção.

Interessante observar também que a comparação dos respondentes do sexo masculino dos grupos subclínico e não clínico sugere que há mais semelhanças entre os repertórios de habilidades sociais no escore geral, nas habilidades de empatia, autocontrole e assertividade. Ambos os grupos relataram apresentar repertório bom, elaborado e altamente elaborado de habilidades sociais nessas classes. Esse dado não corrobora à premissa de que adolescentes com indicadores de depressão apresentam predominantemente repertório deficitário de habilidades sociais. Parece que os dados da presente pesquisa vão na direção das conclusões de Hammen (2009) e Rudolph (2009) de que as questões sobre relacionamentos interpessoais constituem uma variável importante, presente nos transtornos depressivos, especialmente para as meninas, mas não para os meninos.

Diante das considerações de Root e Denham (2010) e de Galambos, Almeida e Petersen (1990), de que em culturas ocidentais, a expressão de tristeza em meninos pode ser julgada negativamente por pares da mesma idade e que há uma pressão social para emitir certos comportamentos, é possível hipotetizar que: (a) os respondentes do sexo masculino do grupo subclínico podem ter estado sob esse controle de expectativas culturais supracitadas; (b) apresentaram baixa discriminação dos próprios comportamentos e sentimentos ao responder o instrumento, portanto, menor autoconhecimento, uma vez que possivelmente esta prática, na cultura masculina, tende a ser punida ou pouco valorizada. Por outro lado, não se descarta a hipótese levantada por Rudolph (2002) de que os meninos podem reagir mais positivamente em seus relacionamentos interpessoais, ainda que estejam apresentando sintomas depressivos. No entanto, futuros estudos, do tipo qualitativo, poderiam investigar melhor essa questão.

No indicador dificuldade, houve diferença estatisticamente significativa no grupo subclínico e não clínico para os respondentes do sexo masculino nas habilidades de assertividade e abordagem afetiva. Interessante observar que no indicador de frequência de

assertividade, não houve diferença estatística entre o grupo subclínico e não clínico, e se constatou repertório bom, elaborado e altamente elaborado da classe assertividade nos dois grupos. Este repertório de enfrentamento é relatado como emitido, porém, acompanhado de sentir muita dificuldade pelos respondentes com indicadores de depressão, o que sugere que futuras pesquisas possam abordar esta questão com maior detalhamento.

Diante de todo o exposto, no que concerne às análises por gênero, os dados dos adolescentes do grupo subclínico e não clínico, portanto, expressam diferenças comportamentais entre os respondentes do sexo feminino e masculino. Enquanto o repertório das respondentes do sexo feminino dos grupos subclínico e não clínico é claramente distinto entre si, o mesmo não ocorre quando se compara respondentes do sexo masculino dos grupos subclínico e não clínico, cujos dados de relato evidenciou predominantemente, repertórios sociais semelhantes.

## **CONCLUSÃO**

As análises globais da presente pesquisa confirmaram a premissa teórica de que adolescentes sem indicadores de depressão apresentam maior repertório de habilidades sociais quando comparados aos adolescentes com indicadores de depressão. Esta análise é particularmente mais relevante no caso das respondentes do sexo feminino, pois houve maior diferença estaticamente significativa entre os grupos subclínico e não clínico no escore geral, e nas classes autocontrole, civilidade e assertividade, no indicador de frequência, quando se compara com os respondentes do sexo masculino que obteve diferença estatisticamente significativa apenas na classe de desenvoltura social, no indicador de frequência. As diferenças entre os grupos também ocorreram nos indicadores de dificuldade, pois os grupos não clínicos relataram apresentar menor custo subjetivo de resposta quando comparado aos grupos subclínicos que relataram maior custo subjetivo de resposta.

A hipótese de que as respondentes do sexo feminino expressarem-se de forma agressiva sob condição de sintomas depressivos pode ser especialmente importante para a realização de diagnósticos de depressão ou indicação de sofrimento da adolescente, uma vez que as diferenças de repertórios de habilidades sociais são claras entre os dois grupos, o que pode ser tomado como uma contribuição do presente estudo. Por outro lado, análise distinta ocorre em relação aos respondentes do sexo masculino do grupo subclínico, que parecem apresentar maior retraimento social, uma vez que as habilidades sociais de comunicação (desenvoltura social) foram relatadas como mais deficitárias.

Dessa maneira, dado que o repertório social de adolescentes com e sem indicadores de depressão do sexo masculino é amplamente indiferenciado, os indicadores dos comportamentos sociais são mais sutis, o que pode dificultar a realização de avaliação em relação aos meninos. Outra contribuição do estudo foi a identificação de quais são as classes de habilidades sociais significativas no repertório comparativo dos dois grupos, o que pode ser um primeiro passo para identificar quais são as variáveis controladoras desses comportamentos, em futuros estudos. Futuramente, a investigação poderia continuar com participantes na adolescência em fases posteriores, pois ainda não se tem claro quais são as semelhanças e diferenças de adolescentes com e sem indicadores de depressão nessa população.

O presente estudo apresenta limitações. A primeira diz respeito à amostra ser composta a partir de indicadores e não do diagnóstico de depressão. É possível que se obtenha outros resultados com adolescentes diagnosticados como deprimidos. A segunda é referente ao tamanho reduzido da amostra, principalmente, do sexo masculino, o que dificulta a generalização dos dados. A terceira é em relação ao tipo de estudo, pois é um mapeamento de características de socialização de adolescentes com e sem indicadores de depressão, não oferece, portanto, explicações causais sobre como as questões interpessoais influenciam nos

transtornos depressivos na adolescência. A quarta limitação é que o presente estudo baseou-se na análise de indicadores de autorrelato de habilidades sociais, o que pode ter duas implicações. A primeira é que o autorrelato é mais vulnerável à desejabilidade social, razão porque Del Prette e Del Prette (2009b) recomendam a avaliação multimodal desse repertório, ou seja, com diferentes instrumentos e procedimentos. A outra implicação é que as habilidades sociais constituem condições necessárias, mas não suficiente para a obtenção da competência social, como enfatizam Del Prette e Del Prette (2001). Nesse sentido, ainda que os resultados constituem uma aproximação inicial à competência social desses adolescentes, novos estudos são requeridos.

### REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association (APA, 2005). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4a.ed. (DSM-IV). Washington, D. C.
- American Medical Association (2002). *Guia essencial da depressão*. Editora: Aquariana.
- Aragão, E.I.S., Vieira, S.S., Alves, M.G.G., Santos, A.F (2009). Suporte social e estresse: Uma revisão da literatura. *Psicologia em foco*, 2 (1),79-90.
- Bahls, S. C(2002). Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. *Jornal de Pediatria*, 78 (5), 359-66.
- Bahls, S. C, & Bahls, F. R. C. (2002). Depressão na adolescência: Características clínicas. *Interação em Psicologia*, 6,49-57.
- Campos, J. R (2010). *Habilidades sociais de adolescentes com indicadores de depressão: Considerando fatores de gênero e socioeconômicos*. Dissertação de mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal de São Carlos.
- Cicchetti, D., & Rogosch, F. A. (2002). A developmental psychopathology perspective on adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 6-20.
- Cruvinel, M. & Boruchovitch, E (2014). *Compreendendo a depressão infantil*. Editora: Vozes.

- Del Prette, A & Del Prette, Z.A.P (2009). *Inventário de habilidades sociais para adolescentes (IHSA-Del Prette): Manual de aplicação, apuração e aplicação*. Casa do Psicólogo.
- Del Prette, Z.A.P & Del Prette, A (2009b). Avaliação de habilidades sociais: bases conceituais, instrumentos e procedimentos. Em Z.A.P Del Prette, & A. Del Prette (Orgs.). *Psicologia das habilidades sociais: diversidade teórica e suas implicações*. Editora: Vozes.
- Del Prette, Z.A.P & Del Prette, A (1999). *Psicologia das habilidades sociais: Teoria e educação*. Editora: Vozes.
- Del Prette, Z. A. P & Del Prette, A (2005). *Psicologia das habilidades sociais na infância: Teoria e prática*. Petrópolis: Vozes.
- Dougher, M. J. & Hackbert, L. (1994/2003). Uma explicação analítico- comportamental da depressão e o relato de um caso utilizando procedimentos baseados na aceitação. *Revista Brasileira Terapia Comportamental Cognitiva*, 5, 167-184.
- Ferguson, D. M., Woodward, L. J (2002). Mental health, educational and social role outcomes of adolescents with depression. *Archives General Psychiatry*, 59, 225–231.
- Ferguson, D. M, Horwood, L. J, Ridder, E. M, Beautrais, A. L (2005). Subthreshold depression in adolescence and mental health outcomes in adulthood. *Archives General Psychiatry*, 62, 66–72.
- Ferster, C. B; Culbertson, S. & Boren, M. C. P (1977). *Princípios do Comportamento*. (M.I.R, Silva, Trad). São Paulo: Hucitec.
- Galambos, N. L., Almeida, D. M., & Petersen, A. C. (1990). Masculinity, femininity, and sex role attitudes in early adolescence : Exploring gender intensification. *Child Development*, 61, 1905-1914.

- Gresham, F. M., Cook, C. R., Crews, S. D. & Kern, L. (2004). Social skills training for children and youth with emotional and behavioral disorders: Validity considerations and future directions. *Behavioral Disorders*, 30(1), 32-46.
- Ha, T., Overbeek, G., Cillessen, A. H. N., & Engels, R. C. M. E. (2012). A longitudinal study of the associations among adolescent conflict resolution styles, depressive symptoms, and romantic relationship longevity. *Journal of Adolescence* 35, 1247–1254
- Hammen, C (2009). Adolescent depression: Stressful interpersonal contexts and risk for recurrence. *Current Directions in Psychological Science*, 18, 200-204.
- Hale, W. W., Van Der Valk, I., Engels, R., Meeus, W. (2005). Does perceived parental rejection make adolescents sad and mad? The association of perceived parental rejection with adolescent depression and aggression. *Journal of Adolescent Health*, 36, 466-474.
- Kazdin, A. E. (1993). Adolescent mental health: Prevention and treatment programs. *American Psychologist*, 48, 127-141.
- La Greca, A. M & Harrison, H. M. (2005). Adolescent peer relations, friendships, and romantic relationships: Do they predict social anxiety and depression? *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34, 49–61.
- Kovacs, M. (1992). *The Children's Depression Inventory, CDI*. Manual Multi-Health Systems, Inc. Toronto.
- Juruena, M. F., Marques, A. H., Mello, A. F., & Mello, M. F. (2007). A paradigm for understanding and treating psychiatric illness. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29, S1-S2
- Méndez, F. X; Olivares, J. & Ros, M. C. (2005). Características clínicas e tratamento da depressão na infância e adolescência. Em: V. E. Caballo & M. A. Simón (Orgs.). *Manual de Psicologia Clínica Infantil e do Adolescente – Transtornos Gerais* (pp. 139-185). São Paulo: Livraria Santos.

- Nolen-Hoeksema, S (2012). Emotion regulation and psychopathology: the role of gender. *Annual Review of Clinical Psychology*, 8,161-187.
- Poli, P., Sbrana, B., Marcheschi, M., & Masi, G. (2003). Self-reported depressive symptoms in a school sample of italian children and adolescents. *Child Psychiatry HumanDevelopment*, 33, 209-226.
- Reed, M. K. (1994). Social skills training to reduce depression in adolescents.*Adolescence*, 29, 114, 293-302.
- Rodríguez de Cossío, A. & Granada Jiménez, O. (2007). Transtornos depresivos en la infancia y adolescencia. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 1 (6),270-276.
- Root, A. K.,& Denham, S. A. (2010). The role of gender in the socialization of emotion: Key concepts and critical issues. In A. Kennedy Root & S. A. Denham (Eds.).*The role of gender in the socialization of emotion: Key concepts and critical issues. New Directions for Child and Adolescent Development*, 128, (pp.1–9). San Francisco: Jossey-Bass.
- Rudolph, K. D. (2002). Gender differences in emotional responses to interpersonal stress during adolescence.*Journal of Adolescent Health*, 30 (Supp.), 3–13
- Rudolph, K. D., Ladd, G., & Dinella, L. (2007).Gender differences in the interpersonal consequences of early-onset depressive symptoms.*Merrill-Palmer Quarterly*, 53, 461-488.
- Rudolph, K. D (2009).Adolescent depression.In I. H. Gotlib., C. L. Hammen (EDs), *Handbook of depression*. (pp. 444-466). New York: The Guilford Press.
- Segrin, C., Flora, J. (2000). Poor social skills are a vulnerability fator in the development of psychosocial problems. *Human Communication Research*, 26, 489-514.
- Segrin, C., Hanzal, A., Donnerstein, C., Taylor, M. & Domschke, T (2007). Social skills, psychological well-being and the mediating role of perceveid stress. *Anxiety, Stress and Coping*, 20, 321-329.

- Shulman, S & Walsh, S. D., Weisman, O., & Schelyer, M. (2009). Romantic contexts, sexual behavior, and depressive symptoms among adolescent males and females. *Sex Roles*, 61, 850–863.
- Tofoli, S. M. C., Baes, C. V. W., Martins, C. M. S., Juruena, M (2011). Early life stress, HPA axis, and depression. *Psychology & Neuroscience*, 4, 2, 229 – 234.
- Van Beek, Y., Van Dolderen. M. S. M, Demon Dubas, J. J. S (2006). Gender-specific development of nonverbal behaviours and mild depression in adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 47 (12), 1272-1283.
- Wathier, J. L, Dell'aglio, D. D, E Bandeira, D. R (2008). Análise fatorial do Inventário de Depressão Infantil (CDI) em amostra de jovens brasileiros. *Avaliação Psicológica*. 7, 1, 75-84.
- World Health Organization (2012). *Adolescent mental health: mapping actions of nongovernmental organizations and other international development organizations*. Geneva.
- Zahn-Waxler, C., Crick, N. R., Shirtcliff, E. A., & Woods, K. E. (2006). The origins and development of psychopathology in females and males. In: D. Cicchetti & D.J Cohen (Org). *Developmental psychopathology: Theory and methods* (pp. 76-138). New York: John Wiley & Sons.

### **Agradecimentos**

Os autores gostariam de agradecer aos participantes e aos diretores das escolas.

Este trabalho foi financiado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), com bolsa de doutoramento atribuída à primeira autora.

Campos, J.R., Del Prette, A., & Del Prette, Z. A. P. (no prelo). Depressão na adolescência: habilidades sociais e variáveis sociodemográficas como fatores de risco/proteção. *Revista Estudos e Pesquisas em Psicologia*.

## RESUMO

Habilidades sociais e algumas variáveis sociodemográficas têm sido apontadas como fatores de risco/proteção que podem ser preditivas da depressão em adolescentes. No entanto, ainda não se tem claro quais classes de habilidades e quais variáveis sociodemográficas seriam críticas nessa relação. Este trabalho teve por objetivo investigar quais dessas variáveis podem ser fatores de risco ou proteção da depressão na adolescência, bem como avaliar o poder preditivo de um modelo que inclui essas variáveis. Participaram 642 adolescentes, média de 13 anos, 103 com e 539 sem indicadores de depressão. Os dados, coletados com o Inventário de Habilidades Sociais para Adolescentes (IHSA-Del-Prette), o Inventário de Depressão Infantil (CDI) e o Critério Brasil (CCEB), foram analisados por regressão logística múltipla. Habilidades mais frequentes de empatia e autocontrole bem como idade de 12 anos revelaram-se fatores de proteção; dificuldade nas habilidades de civilidade e sexo feminino mostraram-se fatores de risco. O modelo avaliado apresentou baixo poder preditivo. As implicações dos resultados são discutidas.

Palavras-chaves: habilidades sociais, depressão, adolescentes, fatores de risco/proteção; predição.

## ABSTRACT

Social skills and socio-demographic variables have been identified as risk/protective factors that may be predictive of adolescent depression. However, it is not yet clear which classes of social skills and which socio-demographic variables which would be critical in this relation. This study had as aim the investigation of which of these variables could be risk or protection factors of depression in adolescence, as well as evaluate the predictive power of a model that includes these variables. Participated 642 adolescents (mean age=13 years), 103 with and 539 without depression indicators. The data, collected with the Social Skills Inventory for Adolescents (IHSA-Del-Prette), the Children's Depression Inventory (CDI) and the Criterion Brazil (CCEB), were analyzed by multiple logistic regression. Most common skills of empathy and self-control as well as age of 12 years proved protective factors; difficulty in the skills of civility and feminine gender were shown to be risk factors. The model evaluated had low predictive power. The implications of the results are discussed.

Keywords: social skills, depression, adolescence, risk/protection factors, prediction

Ainda que o grupo populacional de adolescentes possa ser considerado saudável, quando comparado a outros grupos, até 20% dessa população é suscetível às condições negativas à saúde, o que suscita uma preocupação por parte de agências especializadas em saúde pública, como a World Health Organization (2012). Segundo a WHO (2012), dentre os transtornos psicológicos existentes nessa população, o Transtorno Depressivo é retratado na literatura como um dos mais prevalentes. No Brasil, os estudos de rastreamento de sintomas depressivos foram realizados e encontraram uma sintomatologia depressiva variando entre 5% a 20% (Bahls, 2002; Reppold,&Hutz, 2003). A WHO (2012) ainda aponta que a diversidade cultural provinda dos dados existentes na literatura dificulta um consenso avaliativo sobre os programas utilizados. Nesse sentido, busca sensibilizar os pesquisadores a produzirem conhecimento local, para que as necessidades de saúde mental dos adolescentes sejam suficientemente atendidas.

Os sintomas depressivos em adolescentes são parecidos com os do adulto: agitação ou ansiedade, fadiga, sentimentos de culpa ou inutilidade, dificuldades para tomar decisões, ideação suicida, ruminação, expressões de desamparo, desesperança, insatisfação crônica, retraimento social. Diferentemente do adulto, ao invés de manifestar tristeza, os adolescentes apresentam maior frequência de comportamentos irritadiços e explosivos (Rudolph, 2009; APA, 2005). Os sintomas devem persistir por duas semanas consecutivas, e acompanhados de sofrimento clinicamente relevante ou com prejuízos na área social, ocupacional.

O caráter multicausal e a complexidade do fenômeno depressão são consensos na literatura, isto é, nem sempre existe um fator específico e predeterminante para desencadear, desenvolver ou manter esse quadro. Geralmente, há um grande número de variáveis sociais, psicológicas e biológicas consideradas fatores de risco, tais como: prévio histórico de depressão de um dos pais, viver em famílias consideradas disfuncionais, baixa educação dos pais, eventos estressantes frequentes, pouco suporte social, problemas na escola e de saúde,

baixo desempenho acadêmico, ser do sexo feminino e baixo repertório de enfrentamento e de habilidades sociais (Baptista, 1999; Campos, Del Prette & Del Prette, no prelo).

Embora existam inúmeras teorias explicativas a respeito do fenômeno depressão, como por exemplo, as cognitivas, psicanalíticas e fenomenológicas, no presente estudo compreende-se a depressão sob o prisma de uma visão analítico comportamental. Ferster, Culbertson e Boren (1977) foram pioneiros na análise do problema da depressão sob essa perspectiva. Eles entendiam que os sintomas depressivos seriam decorrentes, em parte, de padrões comportamentais associados a uma história de punição, extinção ou baixas taxas de reforçamento, que gerariam a diminuição da frequência de comportamentos e respostas de fuga e esquiva dos eventos sociais. Dougher e Hackbert (1994/2003) também acrescentam que a persistente punição, falta de reforço ou falha repentina de reforçamento poderiam produzir sentimentos de raiva, frustração, tristeza e cólera, que são respondentes correlatos desses processos.

As pessoas deprimidas, em geral, relatam sentir-se cansadas e apresentam falta de interesse e dificuldade para realizar várias atividades, o que pode gerar baixa taxa de respostas (Lejuez, Hopko, Acierno, Daughters & Pagoto 2011). Mais recentemente, Boas, Banaco e Borges (2012) sugerem vários motivos para a dificuldade em obter reforçadores ou eliminar e atrasar aversivos: repertório deficitário, falha de controle discriminativo e dificuldade em relação à intensidade (excesso ou insuficiência) da resposta, que não produz a consequência esperada. De acordo com Dougher e Hackbert (1994/2003), a falta de interesse pode ser função de operações motivadoras: alguns eventos perdem a função reforçadora e o sentimento de prazer associados.

Parte das atividades que são suprimidas e/ou realizadas em baixa frequência refere-se às interações sociais. No caso dos adolescentes deprimidos, estudos têm mostrado que eles relatam muitas dificuldades para desenvolver e manter relacionamentos interpessoais

satisfatórios (Garber, 2006). A dificuldade de estabelecer essas relações, por sua vez, pode configurar-se como um dos determinantes e mantenedores dos transtornos depressivos, pois há perda de reforçadores, tais como ajuda, afeto e aprovação social. Nolan, Flynn e Garber (2003) acrescentam, ainda, que frequentemente eles são rejeitados pelos pares de sua convivência. No entanto, como aponta Rudolph (2009) e Segrin (2000), poucos estudos examinaram esta questão, especialmente no início da adolescência. Essa constatação está de acordo com a literatura que aponta para o baixo repertório de habilidades sociais como um dos fatores de risco que contribui para as dificuldades nos relacionamentos interpessoais, presentes nos relatos de adolescentes deprimidos (Segrin, 2000; Gresham, Cook, Crews & Kern, 2004).

### **Habilidades Sociais e Depressão**

As habilidades sociais são definidas como classes de comportamentos sociais presentes no repertório do indivíduo que possuem alta probabilidade de produzir consequências reforçadoras para o indivíduo e para as demais pessoas (Del Prette & Del Prette, 2010/2012) e que são requeridas para um desempenho socialmente competente (Del Prette & Del Prette, 2009). A competência social, por sua vez, é um construto avaliativo do desempenho em uma tarefa de interação social que requer articulação de várias habilidades sociais de modo a produzir melhor efeito no sentido de atingir objetivos, melhorar/manter a autoestima dos envolvidos, equilibrar reforçadores e manter/ampliar os direitos humanos (Del Prette & Del Prette, 2001).

Para a população adolescente, Del Prette e Del Prette (2009) identificaram empiricamente no contexto brasileiro seis classes de habilidades sociais de grande importância: autocontrole, civilidade, empatia, assertividade, abordagem afetiva e desenvoltura social. Por definição, estas classes de habilidades sociais, quando presentes no repertório, podem auxiliar os adolescentes a apresentar desempenhos socialmente

competentes, ou seja, que levem a maior satisfação e a relações sociais satisfatórias. Para Segrin e Flora (2000), um indivíduo que apresenta baixo repertório de habilidades sociais pode apresentar vulnerabilidade para desenvolver transtornos psicológicos, entre eles a depressão ao passo que apresentar bom repertório de habilidades sociais facilita o enfrentamento de eventos estressantes que, de maneira geral, funcionam como gatilhos para o desenvolvimento de transtornos depressivos.

O início da adolescência parece ser um momento em que os contextos interpessoais vivenciados pelos adolescentes assumem essencial importância, uma vez que os relacionamentos com os pais se modificam, adquirindo um padrão bastante diferentes dos da infância. Além disso, novas formas são exigidas para se relacionar com os outros adultos. Esta é, também, a etapa de estabelecimentos dos primeiros relacionamentos afetivos/sexuais (Novak & Pelaez, 2004). Pode-se supor que estes momentos são críticos para a expansão de contatos sociais, o que requer habilidades sociais novas para prover redes sociais, resolver problemas diários e tomar decisão com maior autonomia. Paralelamente, é provável que uma parcela dos adolescentes possa estar exposta a condições estressantes e de risco para o aparecimento de transtornos depressivos (Hammen, 2009), tais como facilidade de obtenção de drogas (cigarros, bebidas alcoólicas, drogas ilícitas), dificuldade para realizar sexo com segurança, como sinaliza o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2009), dificuldade de relacionamentos com os pares e afetivos (Davila, 2008) e pais que apresentam práticas parentais inadequadas (Soenens, Park, Vansteenkiste, & Mouratidis 2012).

Tanto as demandas interpessoais próprias dos adolescentes, como as condições e comportamentos de risco, também prováveis nessa etapa podem requerer um repertório elaborado de habilidades sociais. Em ambos os casos, as habilidades sociais podem se configurar como um fator de proteção para um desenvolvimento saudável e com menor

chance de apresentar transtornos. E, em sentido oposto, os déficits seriam fator adicional de risco.

### **Depressão, Habilidades Sociais e Fatores Preditivos: Relatos de Pesquisas**

A literatura mostra estudos que investigaram relações entre habilidades sociais e transtornos psicológicos na adolescência, tanto de natureza correlacional como preditiva. Em estudos correlacionais, por exemplo, Del Prette, Rocha, Silvaes e Del Prette (2012), encontraram que indicadores de depressão estavam significativamente correlacionados com dificuldade em habilidades sociais, tanto no escore geral como nas classes específicas de assertividade e autocontrole. Em outros estudos, as habilidades sociais e/ou competência social foram identificadas como variáveis preditivas de depressão na adolescência (Ward, Sylva & Gresham, 2010; Ross, Shochet, & Bellair, 2010; de Lee, Hankin, & Mermelstein, 2010; Nilsen et al, 2013). Nesses estudos, verificou-se predição baixa ou moderada entre baixo repertório de habilidades sociais e indicadores de depressão, porém tal repertório era avaliado de maneira geral, não sendo especificadas quais classes poderiam ser preditivas à sintomatologia depressiva na adolescência. De todo modo, estudos de predição, especialmente focalizados nas classes de habilidades sociais enquanto possíveis preditores, não foram encontrados no contexto brasileiro.

### **Habilidades sociais e Variáveis Sociodemográficas**

Além das habilidades sociais, algumas variáveis sociodemográficas (sexo feminino, idade e baixo *status* socioeconômico) são apontadas na literatura (Dimidjian et al., 2011), como possíveis fatores de vulnerabilidade ao aparecimento de transtornos depressivos. Considerando que tais variáveis podem ser associadas aos sintomas depressivos, cada uma delas é abordada a seguir.

*Status* socioeconômico. Alguns estudos internacionais indicam que baixo *status* socioeconômico está relacionado negativamente ao desenvolvimento de sintomas

depressivos em adolescentes (Fortenberry, 2003; Wight, Botticello & Aneshensel, 2006). Como apontam Mash e Graham (2005), o impacto das desvantagens econômicas deriva-se do fato de que é uma variável composta que inclui muitas outras influências negativas como, baixa escolaridade, baixo nível de emprego, recursos limitados e exposição à violência fora e dentro da residência. No contexto brasileiro, foi encontrado somente o estudo de Avanci, Assis e Oliveira (2008) que investigou o papel preditor do *status* socioeconômico sobre a depressão em adolescentes de 11 a 19 anos de idade e o resultado encontrado não confirmou esse poder preditivo, ainda que tenha tido amostra heterogênea em termos de classes sociais.

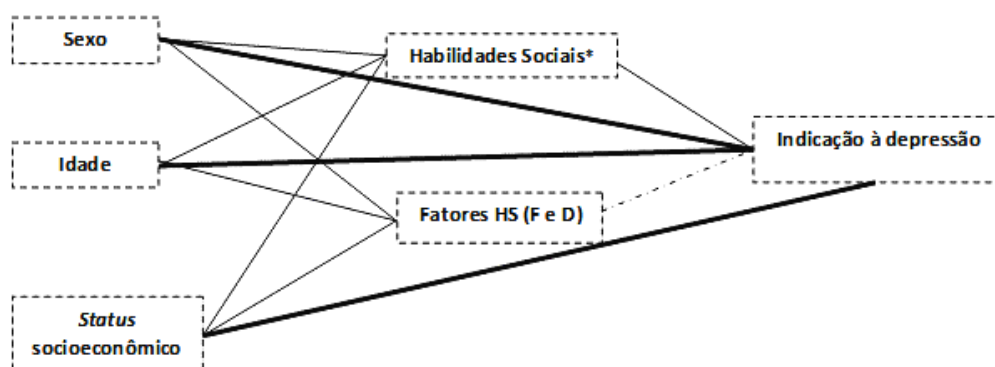
Idade. Um dos achados mais consistentes é que a prevalência dos transtornos depressivos aumentam com a idade (Méndez, Olivares & Ros, 2005). Rudolph (2009) aponta que os transtornos se iniciam a partir dos 12 -15 anos e continuam a aumentar entre os 15-18 anos (Galambos, Leadbeater, & Barker, 2004). De acordo com Kazdin et al (1997), a idade é uma variável que pode demarcar mudanças na vida do adolescente. Essas mudanças, por sua vez, podem ser um fator de estresse (Moraes & Rolim, 2012) a exigir novas respostas adaptativas. Nesse sentido, parece ser importante incluir esta variável nos estudos de predição, pois esse dado, bastante claro quanto à indicação de depressão, carece ainda de investigações para diferentes faixas etárias.

Sexo/Gênero. Outro achado bastante consistente é referente ao sexo. Os transtornos depressivos incidem numa proporção de duas meninas para um menino (APA, 2005). Como aponta Garber (2006), o sexo não é considerado uma variável passível de mudanças, mas pode influenciar fatores de risco proximais, como as diferenças de resposta ao estresse e os níveis dos neurotransmissores.

Como assinalam Kosterman et al (2010), o investimento de pesquisas sobre os fatores de risco e proteção envolvidos na indicação de depressão na adolescência, pode ser muito útil para programas preventivos e de promoção de saúde. Considerando a importância de

identificar possíveis fatores protetores e de risco relacionados à indicação de depressão na adolescência, e de suprir as lacunas da literatura sobre isso, o presente estudo teve por objetivo investigar quais habilidades sociais e variáveis sociodemográficas podem ser fatores de risco ou proteção da depressão na adolescência, bem como avaliar o poder preditivo de um modelo que inclui essas variáveis, utilizando a regressão logística múltipla.

A figura 1 apresenta o modelo que reúne variáveis documentadas na literatura (linhas pretas contínuas), algumas delas retestadas neste estudo (em negrito), bem como as classes de habilidades sociais (tracejadas), nos indicadores de frequência (F) e dificuldade (D), enquanto possíveis preditores da depressão na adolescência, ainda não suficientemente investigados. Ressalta-se que o presente estudo foi baseado em indicadores e não em diagnóstico de depressão.



**Figura 1.** Modelo de relações a serem testadas neste estudo: variáveis sociodemográficas (sexo, idade, *status* socioeconômico) e os seis fatores de habilidades sociais (HS), nos indicadores de frequência (F) e dificuldade (D) como possíveis preditores de depressão em adolescentes.

## MÉTODOS

### *Participantes*

A amostra foi composta por 642 adolescentes de três escolas públicas municipais de uma cidade do interior de São Paulo, de aproximadamente 620 mil habitantes. A coleta de dados foi autorizada pela Secretária Municipal de Educação da cidade e foi selecionada por

conveniência. Dessa amostra 103 adolescentes apresentavam indicadores de depressão (Grupo Subclínico) e 539 adolescentes sem indicadores de depressão (Grupo Não Clínico). A Tabela 1 descreve as características sociodemográficas da amostra.

*Tabela 1.* Características sociodemográficas das amostras do grupo subclínico e não clínico em termos de frequência absoluta (FA) e relativa (FR).

Variáveis	Grupo Sublínico			Grupo Não Clínico	
	Níveis	F. A	F.R	F. A	F.R
Sexo	Feminino	75	72,8	250	46,4
	Masculino	28	27,2	289	53,6
Idade	12 anos	30	29,1	101	18,7
	13 anos	39	37,9	210	39,0
	14 anos	34	33	228	42,3
Média (DP)		13,04 (0,791)		13,2 (0,746)	
Escolaridade	6ª série	34	33	104	19,3
	7ª série	45	43,7	273	50,6
	8ª série	24	23,3	162	30,1
S.S.E*	A1	3	2,9	2	0,4
	A2	10	9,7	54	10
	B1	17	16,5	148	27,5
	B2	40	38,8	194	36
	C	32	31,1	137	25,4
	D	1	1	4-	0,7

### *Instrumentos*

Inventário de Habilidades Sociais Para Adolescentes (IHSA-Del-Prette, 2009). É um instrumento de autorrelato, referenciado à norma, destinado à população adolescente de 12 a 17 anos de idade e permite avaliar o seu repertório de habilidades sociais em um conjunto de situações interpessoais cotidianas, com diferentes interlocutores (familiares, desconhecidos, pares, autoridades, parceiros afetivos-sexuais) e em distintos contextos: (família, amizade, escola, namoro, lazer). A avaliação do repertório de habilidades sociais é feita com base em indicadores de frequência e dificuldade. O indicador de frequência pontua o quanto o adolescente se comporta de determinada maneira em uma situação. O indicador de dificuldade pontua o quanto é difícil se comportar da maneira descrita no item e refere-se ao custo subjetivo relatado pelo respondente. O instrumento produz um escore geral e escores em

fatores: F1-Empatia, F2-Autocontrole, F3-Civildade, F4-Assertividade, F5-Abordagem Afetiva e F6-Desenvoltura Social. Na pesquisa de validação do instrumento (Del Prette & Del Prette, 2009), os índices de consistência interna do instrumento (coeficiente *alpha* de Cronbach), nos indicadores de frequência foram: Escore total=0,89; F1=0,82 F2=0,72; F3=0,75; F4=0,67; F5=0,69; F6=0,61. Os valores obtidos no indicador dificuldade são: Escore total=0,90; F1=0,86; F2=0,75; F3=0,83; F4=0,72; F5=0,67; F6=0,51. O instrumento apresentou indicadores psicométricos aceitáveis também no teste - reteste (Del Prette & Del Prette, 2009) e é recomendado pelo Conselho Federal de Psicologia.

Inventário de Depressão Infantil (*Children Depression's Inventory-CDI, Kovacs, 1992*).

Trata-se da versão brasileira de um instrumento produzido nos Estados Unidos e muito empregado em nosso meio para rastrear sintomas depressivos de crianças e adolescentes, de sete a dezessete anos. A adaptação apresentou um Alfa de Cronbach de 0,85, demonstrando boa consistência interna (Wathier, Dell'Aglio & Bandeira, 2008). Cada item deve ser pontuado com 0 (ausência de sintoma), 1 (presença do sintoma) de 2 (sintoma grave), gerando uma pontuação máxima de 54 pontos. No presente estudo, foi utilizado o ponto de corte de 16 pontos a adolescentes de 12 anos e de 19, para a faixa etária de 13 a 17 anos.

Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB, IBOPE/ABEP, 2013). Trata-se de um instrumento que classifica o nível socioeconômico, a partir de uma pontuação baseada em itens que avaliam a posse de bens de consumo duráveis, instrução do chefe da família e outros fatores, como a presença de empregados domésticos. A pontuação obtida distribui as classes sociais em A1, A2, B1, B2, C, D e E (<http://www.abep.org/novo/Content.aspx?ContentID=301>, recuperado em 20, maio, 2009).

#### *Procedimento de coleta de dados*

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de São Carlos (CEP/UFSCar), sob o parecer de nº144/2009-231120011/2009-24 e em cumprimento às

normas éticas do Conselho Nacional de Saúde (Resolução 196/96). Após o consentimento da Secretaria Municipal de Educação e da administração das escolas públicas municipais, a primeira autora entrou em contato com os adolescentes e por meio dos quais obteve de seus pais a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A pesquisadora explicou aos adolescentes que o objetivo da pesquisa era conhecer seus pensamentos, sentimentos e comportamentos sociais. Após a entrega do TCLE assinado pelos pais e/ou responsáveis, a coleta ocorreu nas salas de aula, de forma coletiva, conduzida pela pesquisadora e na presença do professor de cada sala. Os adolescentes responderam sozinhos aos instrumentos, em um tempo médio de 45 minutos.

#### *Análise dos dados*

Primeiramente, foi realizada a análise dos *missings* tratados pelo método E.M. (*expectation-maximization*). Posteriormente, foram avaliados os índices de consistência interna (coeficiente *alpha* de Cronbach) do IHSA-Del-Prette para a amostra deste estudo, nos indicadores de frequência e dificuldade. Os valores obtidos no indicador de frequência foram: Escore total=0,91; F1=0,82; F2=0,74; F3=0,79; F4=0,71; F5=0,70; F6=0,63. Os valores obtidos no indicador dificuldade foram: Escore total=0,93; F1=0,87; F2=0,76; F3=0,87; F4=0,79; F5=0,65; F6=0,51. Em relação ao CDI também foi realizada a análise de consistência interna, com base no coeficiente *Alfa* de Cronbach e foi encontrado um valor de 0,81.

Para investigar possíveis fatores de risco e proteção entre as habilidades sociais (IHSA-Del-Prette) e variáveis sociodemográficas (ambos tomados como variáveis independentes) sobre os indicadores de depressão (CDI, variável dependente), utilizou-se a análise regressão logística múltipla, no programa SAS 9.0 (SAS Inst., Cary, Estados Unidos), pelo comando *procedure logistic*. A pontuação total obtida na escala CDI permitiu separar a amostra em dois grupos: adolescentes com (subclínico) e sem (não clínico) indicadores de depressão (variável

dicotômica). Dessa maneira, o grupo subclínico assumiu valor 1 (sucesso) e o grupo não clínico assumiu valor 0 (insucesso).

As variáveis independentes possivelmente associadas à indicação de depressão foram os fatores de habilidades sociais do IHSA-Del-Prette, tanto nos indicadores de frequência quanto de dificuldade, considerados como variáveis contínuas: empatia, autocontrole, civilidade, assertividade, abordagem afetiva e desenvoltura social. As variáveis sociodemográficas foram sexo e idade, consideradas variáveis *dummy*, e o *status* socioeconômico, considerado como variável contínua.

Precedendo às análises, foi avaliada a presença de multicolinearidade (VIF - *Variance Inflation Factor*). A adequação do modelo ajustado foi avaliada pelo teste de *Hosmer-Lemeshow* a medida da capacidade do modelo discriminar os participantes com indicação de depressão (grupo subclínico), comparado com os participantes sem indicação de depressão (grupo não clínico) foi avaliada pela área sob a curva ROC, de especificidade e sensibilidade. A especificidade refere-se à probabilidade de um indivíduo ser classificado como saudável (insucesso), quando de fato o é. A sensibilidade refere-se à probabilidade de um indivíduo ser classificado como doente (sucesso), quando realmente está doente.

Antes de inserir as variáveis no modelo, foram realizadas análises individuais para observar a significância estatística das variáveis independentes em relação à dependente. Todas as variáveis apresentaram relações significativas com os indicadores de depressão, com exceção do fator *Desenvoltura Social* e do *status* socioeconômico. Decidiu-se incluir todas as variáveis no modelo, pois, segundo Hosmer e Lemeshow (2000), tal como sugerem vários epidemiologistas com interesse metodológico, com intuito de eliminar variáveis de confusão (uma variável que está associada tanto com a variável resposta quanto com a variável independente).

Posteriormente, as variáveis que apresentaram associação estatisticamente significativa (em torno de 20%,  $p < 0,20$ ) com os indicadores de depressão, foram incluídas nas análises multivariadas subsequentes. *Odds Ratios* (OR) foram estimados a partir da regressão logística múltipla. Segundo Bland e Altman (2000), *odds* é uma razão entre probabilidades, isto é, a probabilidade do evento ocorrer dividida pela probabilidade do evento não ocorrer. Os *odds ratios* foram utilizados para avaliar os fatores de risco e de proteção associados à indicação de depressão. Quando os valores estão abaixo da unidade (um; 1), a variável é fator de proteção e quando os valores estão acima da unidade (um; 1), a variável é fator de risco.

## RESULTADOS

Primeiramente verificou-se que as variáveis não apresentaram multicolinearidade significativa quando mensurado pelo VIF (*Variance Inflation Factor*), uma vez que nenhuma delas apresentou valores superiores a 0,90 (Marôco, 2011). A Tabela 2 apresenta a estimativa do modelo das variáveis independentes e o *odds ratios* ajustado.

*Tabela 2.* Estimativas do modelo ajustado para variáveis independentes e odds ratios ajustados.

Variáveis independentes	Estimativa	Erro Padrão	OR	(IC95)%	Wald $\chi^2$	P-valor
Intercept	-0.6943	0.5885			1.3917	0.2381
Sexo feminino	1.4399	0.2658	4.220	2.507-7.105	29.3529	.0001
Idade 12 anos	-0.7762	0.3041	0.460	0.254-0.835	6.5149	0.0107
Idade 14 anos	-0.3638	0.2750	0.695	0.405-1.191	1.7509	0.1858
Empatia (F)	-0.0323	0.0158	0.968	0.939-0.999	4.1574	0.0415
Autocontrole (F)	-0.0618	0.0202	0.940	0.904-0.978	9.3770	0.0022
Civilidade (D)	0.1003	0.0298	1.105	1.043-1.172	11.3629	0.0007
Assertividade (D)	-0.0402	0.0301	0.961	0.906- 1.019	1.7869	0.1813
Abordagem Afetiva(D)	0.0521	0.0286	1.053	0.996- 1.114	3.3220	0.0684

Como se observa na Tabela 2, a análise de regressão múltipla identificou cinco variáveis associadas à indicação de depressão. Observando os valores de OR (*odds ratio*) e seus intervalos de confiança (de 95%), nota-se que a variável sexo feminino (OR= 4.220; IC95%=2,507-7,105) e o fator civilidade no indicador de dificuldade (OR = 1.105; IC95% = 1,043; 1,172) são fatores de risco, uma vez que quanto maior a pontuação nesta variável maior a chance de apresentar indicadores de depressão. A variável idade de 12 anos (OR=0,460; IC95%=0,254-0,835), bem como as habilidades de empatia (OR=0.968; IC95%=0.939-0.999) e de autocontrole (OR=0,940; IC95%= 0,904-0,978), nos indicadores de frequência, são fatores de proteção, uma vez que quanto maior a pontuação nesta variável menor a chance de apresentar indicação à depressão.

O modelo final estimado se mostrou adequado de acordo com a estatística de *Hosmer-Lemeshow* ( $\chi^2 = 9.8814$ ;  $p = 0,27$ ), e a medida da capacidade do modelo discriminar os participantes com a característica de interesse (com indicação de depressão) versus participantes sem a característica de interesse (sem indicação de depressão), avaliada pela área sob a curva ROC foi  $c=0,77$  que, segundo Hosmer e Lemeshow (2000), apresenta poder discriminante aceitável. Na Tabela 3, segue-se o percentual de indivíduos identificados corretamente pelo modelo, com os valores de especificidade e sensibilidade.

*Tabela 3.* Percentual de indivíduos identificados corretamente pelo modelo.

Observado	Predito		
	Não clínico	Clínico	Percentual Correto
Grupo não clínico	531	8	98,5
Grupo clínico	89	14	13,6
<b>Percentual Global</b>			<b>84,9</b>

Como se observa na Tabela 3, o modelo classifica corretamente 98,5% os participantes classificados como saudáveis (insucesso), apresentando, portanto, alta especificidade; por outro lado, o modelo classifica corretamente apenas 13,6% os participantes classificados com

indicadores de depressão (sucesso), apresentando baixa sensibilidade e, portanto, baixo poder preditivo (Marôco, 2011).

## DISCUSSÃO

O presente estudo buscou identificar classes específicas de habilidades sociais e variáveis sociodemográficas que poderiam ser fatores de risco ou proteção da depressão na fase inicial da adolescência e se seriam preditivas desse transtorno, com base em indicadores de depressão. Foram inseridas no modelo seis classes de habilidades sociais: empatia, autocontrole, civilidade, assertividade, abordagem afetiva e desenvoltura social, nos indicadores de frequência e dificuldade e as variáveis sociodemográficas idade, sexo e *status* socioeconômico.

Utilizando a análise de regressão logística múltipla, verificou-se como fatores de proteção a frequência de habilidades de empatia e autocontrole e uma idade mais nova (12 anos em relação a 13 ou 14) e, como fatores de risco, a dificuldade relatada em relação a habilidades de civilidade e ser do sexo feminino. Constatou-se que o poder preditivo do modelo (curva ROC) foi aceitável, embora com alta especificidade e baixa sensibilidade (Marôco, 2011). Em outras palavras, o modelo classificou corretamente 98,5% dos participantes como saudáveis, ou seja, alta especificidade em excluir esses indivíduos do grupo com indicador de depressão, mas classificou corretamente apenas 13,6% dos participantes com indicadores de depressão, ou seja, mostrou baixa sensibilidade em termos de poder preditivo.

Os resultados mostram que algumas classes de habilidades sociais podem ser tomadas como fatores de proteção à depressão na adolescência e que déficits ou dificuldades em apresentá-las pode constituir fator de risco, corroborando com outros estudos (Ward, Sylva & Gresham, 2010; Ross, Shochet, & Bellair, 2010; de Lee, Hankin & Mermelstein, 2010; Nilsen et al, 2013). Por outro lado, a baixa sensibilidade do poder preditivo se alinha ao estudo de

Ross, Shochet e Bellair (2010). Tais dados podem sinalizar que, embora os déficits de habilidades sociais estejam associados a indicadores de depressão na adolescência, possivelmente eles não predizem a indicação de depressão. Os dados são, portanto, coerentes com a hipótese de Segrin e Flora (2000), de que as habilidades sociais podem auxiliar no enfrentamento de situações estressantes, porém, os antecedentes estressantes podem apresentar maior peso preditivo.

Em relação à classe empatia como fator de proteção, é possível que os adolescentes com maior frequência de comportamento empático criem condições mais favoráveis às relações de amizade e intimidade, estabelecendo maior rede de apoio, o que facilita a obtenção de ajuda e afeto e, conseqüentemente, proteção contra sintomas depressivos e perda de reforçadores. Por outro lado, a baixa frequência de comportamento empático, como sinaliza o estudo de Schreiter, Pijnenborga, e Ro (2013) com a população adulta, pode sinalizar mal estar e presença de sintomas depressivos. Em concordância com os autores, possivelmente, esses indivíduos estariam mais sob controle de seus próprios sentimentos/pensamentos negativos e dolorosos que sob controle das pessoas ao seu redor, ou de preocupação com o outro.

Referente à frequência de habilidades de autocontrole, como fator de proteção, algumas considerações são necessárias. A literatura aponta que, frequentemente, eventos estressantes aumentam a probabilidade de desenvolvimento de transtornos depressivos (Hammen, 2009). Apresentar comportamentos de autocontrole significa também uma aprendizagem de exposição e tolerância a sentimentos negativos (tristeza, raiva, frustração) e, possivelmente, escolha de cursos de ações menos danosos à saúde. Esta questão pode ajudar a esclarecer, por exemplo, o que Kazdin (1993) aponta em relação à existência de condições de risco na adolescência e ao papel das estratégias de enfrentamento enquanto proteção ao desenvolvimento de transtornos psicológicos.

Mesmo reconhecendo-se que um repertório pobre de habilidades de autocontrole não é a única variável associada aos transtornos depressivos na adolescência, parece importante inseri-lo no planejamento de programas de prevenção e promoção de saúde junto aos adolescentes, à família, à escola, especialmente, no contexto onde foi realizada a pesquisa, como preconiza a WHO (2012). Alguns estudos de intervenção realizados com adolescentes sustentam essa análise e apontam eficácia de desenvolver o repertório de autocontrole, como um dos componentes do tratamento, que resultou em redução dos sintomas depressivos (Stark, Brookman, & Frazier, 1990; Lewinshon, Clarke, Hops & Andrews, 1990) bem como para a importância do autocontrole em outros programas de intervenção voltada para a saúde do adolescente (Etscheidt, 1991; Eddy, Reid, & Fetrow, 2000). Entende-se que o ensino de estratégias de autocontrole contribui para o autoconhecimento das emoções, dos sentimentos e do próprio padrão comportamental operante frente às situações consideradas possivelmente estressantes.

Quanto à dificuldade em habilidades sociais de civilidade (no indicador de dificuldade) como um fator de risco, outras considerações são necessárias. O relato de sentir dificuldade em mostrar-se gentil e atender às normas de convívio social parece ser comum em pessoas que apresentam indicadores de depressão (Lejuez et al., 2011; Dougher & Hackbert, 1994/2003). Essa dificuldade pode ser função de um repertório pobre, por falhas no controle discriminativo e de intensidade da resposta (Boas et al., 2012). O relato pode também, segundo Dougher e Hackbert (1994/2003), estar sob controle de variáveis motivadoras, como a perda de prazer e de função reforçadora dos eventos de vida. Além de uma análise ontogenética, é importante uma análise cultural em relação às habilidades de civilidade. Ferriss (2002) alerta para os modelos de comportamento de não civilidade oferecidos pela mídia moderna, como forma sensacionalista de divulgar e impactar notícias, que podem trazer consequências muito negativas à formação de padrões comportamentais nos indivíduos,

incitando a violência. Em outra análise cultural, Sherman (2005) aponta que a cultura atual estimula o jovem à satisfação imediata dos seus desejos, o que pode levar a comportamentos não desejáveis.

No contexto brasileiro, apresentar-se a um grupo de pessoas, cumprimentar os outros e despedir-se, parecem ser habilidades críticas de socialização, como revela o presente estudo. Dessa maneira, a baixa frequência dessa classe de habilidades sociais pode favorecer a rejeição pelos colegas e aumentar a probabilidade de ser excluído de grupos, gerando sentimentos de baixa autoestima. O dado parece esclarecer, de alguma maneira, o que a literatura aponta sobre as dificuldades dos adolescentes deprimidos em iniciar e manter relacionamentos interpessoais (Garber, 2006; Nolan et al., 2003) e o isolamento característico das pessoas deprimidas (APA, 2005; Rudolph, 2009). Nesse sentido, parece válido o investimento em programas de prevenção, promoção ou tratamento que focalize não apenas as habilidades de civilidade, mas a classe geral de comunicação de modo a ampliar o repertório social do adolescente. Conforme Del Prette e Del Prette (2005), as habilidades de comunicação são importantes também como pré-requisitos para outras, mais complexas, como as de assertividade, por exemplo.

Quanto às variáveis sociodemográficas, a idade de 12 anos apareceu como fator de proteção (em relação a 13 ou 14 anos) e ser do sexo feminino, como fator de risco. Adolescentes mais novos apresentam menor probabilidade de desenvolver transtornos depressivos, portanto, menor idade como fator protetivo era esperada e, é consistente com a literatura (Méndez, Olivares & Ros, 2005; Rudolph, 2009; Galambos, Leadbeater, & Barker, 2004). Da mesma forma, a vulnerabilidade feminina para a depressão é bem documentada na literatura (APA, 2005; Garber, 2006). Como ocorrem em outros transtornos na infância e na adolescência, as duas variáveis, sexo e idade, podem estar relacionadas (Marsh & Grasham, 2005).

Contrariamente às expectativas e em concordância com o estudo de Avanci, Assis e Oliveira (2008), a variável *status* socioeconômico nesta amostra não apresentou associação com os indicadores de depressão. Isso pode ter ocorrido porque os dois grupos apresentavam características amostrais bastante homogêneas. Por outro lado, no estudo de Avanci, Assis e Oliveira (2008), as características amostrais eram heterogêneas e também não houve predição.

Os dados encontrados não podem ser comparados, em toda sua extensão, a outros estudos, considerando, principalmente os objetivos da investigação. Dessa maneira, o presente estudo parece contribuir, mais no contexto brasileiro, no sentido de identificar quais classes de habilidades sociais seriam potenciais fatores de proteção e de risco à depressão na fase inicial da adolescência, conjuntamente às variáveis sociodemográficas dessa população e no sentido de situar o poder preditivo do modelo.

O presente estudo apresenta algumas limitações. Uma delas foi a não inserção de outras variáveis, além das habilidades sociais do adolescente, como por exemplo, suporte social, desempenho acadêmico, problemas de saúde, eventos estressantes frequentes (Baptista, 1999), o que possivelmente tornaria o modelo mais completo. Tal inserção implicaria no uso de métodos estatísticos mais sofisticados, como o *Path Analysis*, que poderia ser explorado em futuros estudos, no contexto brasileiro. De uma maneira geral, embora os achados desse trabalho possam sugerir alguns fatores de risco e proteção da depressão na adolescência, pertinentes à socialização, os autores reconhecem a complexidade do fenômeno depressão e a necessidade de ampliar a investigação para os inúmeros determinantes envolvidos nesses transtornos, especialmente na fase inicial da adolescência.

## REFERÊNCIAS

American Psychiatric Association (APA, 2005). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4a.ed. (DSM-IV). Washington, D. C.

- Avanci, J. Q., Assis, S. G., & Oliveira, R. V. C (2008). Sintomas depressivos na adolescência: Estudo sobre fatores psicossociais em amostra de escolares de um município do Rio de Janeiro, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, 24(10), 2334-2346.
- Bahls, S. C. (2002). Epidemiology of depressive symptoms in adolescents of a public school in Curitiba, Brazil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24, 63-67.
- Baptista, M.N (1999). Fatores de risco na depressão. Em: M.N & F.B Assumpção Júnior (Orgs). *Depressão na Adolescência: Uma visão multifatorial*. (pp. 31-40). São Paulo: EPU.
- Bland, J. M., & Altman, D. G (2000). The odds ratio. *Education and debate*, 320, 1468.
- Boas, D. L. O. V., Banaco, R. A., & Borges, N. B. (2012). Discussões da análise do comportamento acerca dos transtornos psiquiátricos. Em N. B. Borges, F. A. Casas. *Clínica analítico-comportamental: Aspectos teóricos e práticos* (pp. 95-101). Porto Alegre: Artmed.
- Campos, J.R., Del Prette, A., & Del Prette, Z.A.P (no prelo). Habilidades sociais e depressão na adolescência: Uma revisão da literatura. *Acta Comportamentalia*.
- Davila, J. (2008). Depressive symptoms and adolescent romance: Theory, research, and implications. *Child Development Perspectives*, 2(1), 26–31.
- Del Prette, A., & Del Prette, Z. A. P (2009). *Inventário de habilidades sociais para adolescentes (IHSA-Del Prette): Manual de aplicação, apuração e aplicação*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Del Prette, Z.A.P., & Del Prette, A. (2001). *Psicologia das habilidades sociais: Terapia e educação*. Petrópolis: Vozes.
- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2010/2012). Social skills and behavior analysis: Historical proximity and new issues. *Perspectivas em Análise do Comportamento*, 1(2), 104-115 (English version of a Portuguese paper, originally published in 2010).

- Del Prette, Z. A. P. ., Rocha, M. M., Silvaes, E. F .M., Del Prette, A.(2012).Social skills and psychological disorders. *Universitas Psychologica*, 11(3), 941-955.
- Dimidjian, S., Barrera, M., Martell, C., Muñoz, R. F., & Lewinsohn, P. M. (2011). The origins and current status of behavioral activation treatments for depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 1-38.
- Dougher, M. J., & Hackbert, L. (1994/2003).Uma explicação analítico-comportamental da depressão e o relato de um caso utilizando procedimentos baseados na aceitação. *Revista Brasileira Terapia Comportamental Cognitiva*, 5(2), 167-184.
- Eddy,J. M.,Reid,J.B.,& Fetrow, R. A.(2000).An elementary school- based prevention program targeting modifiable antecedents of youth delinquency and violence: Linking the Interests of Families and Teachers (LIFT). *Journal of Emotional & Behavioral Disorders*, 8(3), 165-176.
- Etscheidt, S. (1991). Reducing aggressive behavior and improving self-control: A cognitive-behavioral training program for behaviorally disordered adolescents. *Behavioral Disorders*, 16(2), 107-115.
- Ferriss,A. L. (2002).Studying and measuring civility: A framework, trends, and scale. *Sociological Inquiry*, 72(3),376-392.
- Ferster, C. B., Culbertson, S., & Boren, M. C. P (1977). *Princípios do Comportamento*. (M. I. R, Silva, Trad.). São Paulo: HUCITEC.
- Fortenberry, J. D. (2003). Socioeconomic status, schools, and adolescent depression: Progress in the social epidemiology of adolescent health. *The Journal of Pediatrics*, 143(4), 427-429.
- Galambos, N. L., Leadbeater, B. J., & Barker, E. T. (2004). Gender differences in and risk factors for depression in adolescence: A four-year longitudinal study. *International Journal of Behavioral Development*, 28, 16-25.

- Garber, J. (2006). Depression in children and adolescents linking risk research and prevention. *American Journal of Preventive Medicine, 31*(6), 104-125.
- Gresham, F. M., Cook, C. R., Crews, S.D., & Kern, L. (2004). Social skills training for children and youth with emotional and behavioral disorders. *Behavioral Disorders, 30*(1), 32–46.
- Hammen, C (2009). Adolescent depression stressful interpersonal contexts and risk for recurrence. *Current Directions in Psychological Science, 18*(4), 200-204.
- Hosmer, D., & Lemeshow, S (2000). Applied logistic regression. New York, New York: John Wiley & Sons.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE (2009). *Pesquisa Nacional da Saúde do Escolar-PeNSE*. Ministério da Saúde. Rio de Janeiro, RJ.
- Kazdin, A. E. (1993). Adolescent mental health: Prevention and treatment programs. *American Psychologist, 48*(2), 127-141.
- Kazdin, A. E., Kraemer, H. C., Kessler, R. C., Kupfer, D. J., & Offord, D. R. (1997). Contributions of risk-factor research to developmental psychopathology. *Clinical Psychology Review, 17*, 375-406.
- Kosterman, R., Hawkins, J. D., Mason, W. A., Herrenkohl, T. I., Lengua, L. J., & McCauley, E. (2010). Assessment of behavior problems in childhood and adolescence as predictors of early adult depression. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 32*(1), 118-127.
- Kovacs, M. (1992). *The Children's Depression Inventory, CDI Manual* Multi-Health Systems, Inc. Toronto. John Seeley
- Lee, A., Hankin, B. L., & Mermelstein, R. J. (2010). Perceived social competence, negative social interactions and negative cognitive style predict depressive symptoms during adolescence. *Journal Clinical Child Adolescent Psychology, 39*(5), 603–615.

- Lejuez, C. W., Hopko., D.R., Acierno., R., Daughters., S. B., & Pagoto, S. L. (2011). Year revision of the brief Behavioral Activation treatment for depression: Revised. *Treatment Manual Behavior Modification*, 35(2) 111-161.
- Lewinsohn, P.M., Clarke, G.N., Hops, H. & Andrews, J. (1990). Cognitive-behavioral treatment for depressed adolescents. *Behavior Therapy*, 21,385-401.
- Marôco, J. (2011). *Análise Estatística Com o SPSS STATISTICS*. Editor: Report Number.
- Marsh, E. J., & Graham, S. A. (2005).Classificação e tratamento da psicopatologia infantil. In: V. E. Caballo & M. A. Simón (Orgs.). *Manual de Psicologia Clínica Infantil e do Adolescente: Transtornos Gerais* (pp. 29-56). São Paulo: Livraria Santos.
- Méndez, F. X., Olivares, J., & Ros, M. C. (2005). Características clínicas e tratamento da depressão na infância e adolescência. Em: V. E. Caballo & M. A. Simón (Orgs.), *Manual de Psicologia Clínica Infantil e do Adolescente: Transtornos Gerais* (pp. 139-185). São Paulo: Livraria Santos.
- Moraes, A. B. A., & Rolim, G. S. (2012). Algumas reflexões analítico-comportamentais na área da psicologia da saúde. Em N. B. Borges, F. A. Cassas. *Clínica analítico-comportamental: Aspectos teóricos e práticos* (pp. 287-293). Porto Alegre: Artmed.
- Nilsen, W., Karevold, E., Roysamb, E., Gustavson, K., & Mathiesen, K. S. (2013). Social skills and depressive symptoms across adolescence: Social supports a mediator in girls versus boys. *Journal of Adolescence*, 36(1), 11-20.
- Nolan, S. A., Flynn, C., &Garber, J. (2003).Prospective relations between rejection and depression in young adolescents. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(4), 745-755.
- Novak, G., & Peláez, M. (2004). *Child and adolescent development: A behavioral systems approach*. Thousand Oaks (CA): Sage Publications.

- Reppold, C. T., & Hutz, C.S. (2003). Prevalência de indicadores de depressão entre adolescentes no Rio Grande do Sul. *Avaliação Psicológica*, 2(2), 175-184.
- Ross, A. G., Shochet I. M., & Bellair, R.(2010). The role of social skills and school connectedness in preadolescent depressive symptoms. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 39(2), 269-75.
- Rudolph, K. D. (2009). Adolescent depression. In: I. H. Gotlib., & C. L. Hammen (Eds.), *Handbook of Depression* (pp. 444-466). New York: The Guilford Press.
- Schreier, S., Pijnenborg, G.H.M., & Rot, M. (2013). Empathy in adults with clinical or subclinical depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 150, 1–16.
- Sherman, N. (2005). Of manners and morals. *British Journal of Educational Studies*, 53(3), 272-289.
- Segrin, C (2000). Social skills deficits associated with depression. *Clinical Psychology Review*, 20(3), 379–403.
- Segrin, C., & Flora, J. (2000). Poor social skills are a vulnerability factor in the development of psychosocial problems. *Human Communication Research*, 26(3), 489-514.
- Soenens, B., Park, S. Y., Vansteenkiste, M., & Mouratidis, A. (2012). Perceived parental psychological control and adolescent depressive experiences: A cross-cultural study with Belgian and South-Korean adolescents. *Journal of Adolescence*, 35(2), 261-272.
- Stark, K. D., Brookman, C, S., & Frazier, R. (1990). A comprehensive school-based treatment program for depressed children. *School Psychology Quarterly*, 5(2), 111-140.
- Ward, S., Sylva, J., & Gresham, F. M. (2010). School-based predictors of early adolescent depression. *School Mental Health*, 2(3), 125-131.
- Wathier, J. L., Dell'aglio, D. D. E., & Bandeira, D. R. (2008). Análise fatorial do Inventário de Depressão Infantil (CDI) em amostra de jovens brasileiros. *Avaliação Psicológica*, 7(1), 75-84.

Wight, R. G., Botticello, A. L., & Aneshensel, C. S. (2006). Socioeconomic context, social support, and adolescent mental health: A multilevel investigation. *Journal of Youth and Adolescence*, 35 (1), 109-120.

World Health Organization (2012). *Adolescent mental health: mapping actions of nongovernmental organizations and other international development organizations*. Genebra.

### **Agradecimentos**

Os autores gostariam de agradecer aos participantes e aos diretores das escolas.

Este trabalho foi financiado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior(CAPES), com bolsa de doutoramento atribuída à primeira autora.

Campos, J. R., Del Prette, A., & Del Prette, Z. A. P (a ser submetido). Habilidades sociais de adolescentes com e sem depressão: impacto sobre grandes amostras.

## RESUMO

Estudos sobre depressão na adolescência mostram sua prevalência em torno de 20% na população geral, maior no sexo feminino, e sua associação com déficits de habilidades sociais e menor *status* socioeconômico. Levanta-se a hipótese de que, como as amostras obtidas por conveniência apresentam um percentual de participantes com indicadores de depressão, este percentual pode rebaixar os escores de habilidades sociais, especialmente das meninas. Este estudo comparou uma amostra geral de adolescentes (642 participantes) em relação à mesma amostra, porém sem os participantes com indicadores de depressão (539 participantes), de idade de 12 a 14 anos, buscando-se verificar o impacto desse controle. Os participantes foram avaliados com o IHSA-Del-Prette, o Inventário de Depressão Infantil (CDI) e o Critério Brasil. Os resultados confirmaram a hipótese somente na amostra feminina, com rebaixamento do escore global e das habilidades sociais de empatia e de autocontrole. Limitações e implicações desses resultados para a pesquisa e prática são discutidas.

Palavras-chaves: adolescentes, depressão, habilidades sociais

## ABSTRACT

Studies about depression in adolescence present its prevalence in approximately 20% of the general population, greater for females, and its association with deficits of social skills and smaller socioeconomic status. Raises the hypothesis that, as the samples obtained by convenience present a percentage of participants with depression indicator, this percentage may have decreased the scores of social skills, specially the girls ones. This study compared a general sample of adolescent (642 subjects) in relation with the same sample, but without the participants with depression indicators (539 subjects), age 12 to 14 years, aiming the verification of the impact of this control. The participants were evaluated with the IHSA-Del-Prette, the Inventory of Infant Depression (CDI) and the Brazil Criterion. The results confirmed the hypothesis just at the female sample, with the decreasing of the global score and the social skills of empathy and self-control. Limitations and implications of these results for search practice are discussed.

Keywords: adolescents, depression, social skills

Atualmente se reconhece uma prevalência de depressão na adolescência, em torno de 20 %, como preconiza a World Health Organization (WHO, 2012). Estudos focalizando variáveis sociodemográficas relacionadas à incidência de depressão mostram que ela pode ser maior em meninas (Bahls & Bahls, 2002; Avanci, Assis & Oliveira, 2008) e em adolescentes com menor nível socioeconômico (Fortenberry, 2003). Campos (2010) avaliou uma amostra de 642 adolescentes, de 12 a 14 anos, nos quais identificou 103 (ou seja, 16%) com indicadores depressão, sendo que destes 75 (72,8%) eram meninas.

A partir dos anos 80 e 90, estudos sobre depressão em adolescentes constataram que estes apresentavam sintomas similares aos dos adultos (Méndez, Olivares & Ros, 2005), como fadiga, tristeza, irritabilidade, dificuldades de apetite (excesso ou falta), sono, dificuldades de relacionamentos interpessoais (Kaplan, Sadock, & Grebb, 2003). A depressão pode ser caracterizada como a diminuição na frequência de certos comportamentos e aumento de outros com função de fuga-esquiva, como por exemplo, queixas, reclamações frequentes, choro (Ferster, 1973). Como a adolescência é um período de mudanças importantes nos relacionamentos interpessoais, esse padrão pode afetar drasticamente a qualidade desses relacionamentos e, por essa via, gerar um ciclo vicioso que compromete ainda mais a saúde dessa população.

Pesquisando padrões interativos de adolescentes deprimidos, alguns pesquisadores (Campos, 2010; Fine, Forth, Gilbert, & Haley, 1991; Reed, 1994, Saldanã, Del Prette, Del Prette, Gasca, & Treviño, 2006; Young, Mufson, & Davies, 2006) levantaram a hipótese de que apresentam déficits de habilidades sociais. Efetivamente, estudos do campo teórico-prático das habilidades sociais também têm produzido conhecimentos relevantes para a compreensão dos correlatos interpessoais de diferentes transtornos psicológicos e para o planejamento de programas de prevenção e promoção de saúde do adolescente em geral (Del Prette & Del Prette, 2009a; Murta, Del Prette, Nunes & Del Prette, 2006; Gaspar, 2008).

De acordo com Del Prette e Del Prette (2006), as habilidades sociais “são diferentes classes de comportamentos sociais do repertório de um indivíduo que contribuem para a competência social, favorecendo um relacionamento saudável e produtivo com as demais pessoas” (p. 31). Para os autores (Del Prette & Del Prette, 2006; 2010/2012), um desempenho é considerado socialmente competente quando, mantendo coerência entre pensamentos, sentimentos e ações, articula esses componentes de forma bem sucedida em resposta às demandas pessoais e das diferentes situações sociais, apresentando, então, alta probabilidade de gerar consequências reforçadoras para o indivíduo e para seus interlocutores. Del Prette e Del Prette (2010/2012) entendem que um bom repertório de habilidades sociais é condição necessária, ainda que não suficiente, para a competência social. No contexto da adolescência, Del Prette e Del Prette (2009b) definiram empiricamente, em estudo psicométrico, seis classes de habilidades sociais importantes para atender às demandas por eles vivenciadas nas relações com pais, amigos, autoridades, desconhecidos, irmãos: empatia, autocontrole, civilidade, assertividade, abordagem afetiva e desenvolvimento social.

Conforme a literatura da área, as habilidades sociais são aprendidas e aprimoradas ao longo da vida, dependendo das condições ambientais. O contexto social e cultural tem influência sobre a aquisição e funcionalidade das habilidades sociais, o que foi detalhado por Del Prette e Del Prette (1999) em termos das dimensões cultural, situacional e pessoal das habilidades sociais, entendidas como níveis que se articulam e se influenciam mutuamente. As características pessoais que afetam ou são afetadas pelo repertório de habilidades sociais podem incluir variáveis originalmente determinadas pela genética (por exemplo, sexo, inteligência, predisposições para saúde ou doença), mas que são criticamente alteradas ou reconstruídas pelo ambiente e a cultura (por exemplo, valores familiares, práticas parentais, disponibilidade de escolarização, saneamento básico etc.). Adicionalmente, há como variáveis estritamente ambientais, como a condição socioeconômica, que estabelecem

condições favoráveis ou desfavoráveis à estimulação, ao desempenho e à aprendizagem de comportamentos, incluindo os de habilidades sociais ao longo do desenvolvimento (Del Prette & Del Prette, 2009b; Bandeira, Rocha, Freitas, Del Prette & Del Prette, 2006; Gerk-Carneiro, Dias, Nyaradi, & Aquino, 2000).

Uma das variáveis originalmente determinadas pela genética e que são alteradas pelo ambiente, destaca-se o sexo. Embora meninos e meninas apresentem características anatômicas que os definem como tais, sabe-se que as diferenças comportamentais entre homens e mulheres claramente começam a ocorrer desde cedo (Afifi, 2007). As explicações em geral reconhecem o papel da cultura em modelar diferencialmente o repertório social de ambos (Nolen-Hoeksema, 2012). Tomando como base a amostragem geral normativa, obtida por conveniência, Del Prette e Del Prette (2009b) encontraram que, considerando indicadores de frequência, as meninas de 12 a 14 anos apresentavam maiores escores de habilidades sociais que os meninos da mesma idade, no escore total e nas subescalas: empatia, autocontrole, civilidade e assertividade; nos indicadores de dificuldade, os resultados também foram mais favoráveis às meninas, que apresentaram menor escore no resultado geral e nas habilidades de empatia, civilidade e assertividade. (Del Prette & Del Prette, 2009b). Em uma amostra geral de 12 a 17 anos, Comodo (2012) encontrou diferenças significativas no repertório geral e nas habilidades de empatia e civilidade, com desvantagem para os meninos. Resultados semelhantes foram encontrados no estudo português de Monteiro (2011): as meninas apresentaram vantagem no escore total e nas habilidades de empatia, porém há também resultados contraditórios nos escores de empatia, maior para meninas (Chow, Holly & Duane, 2013; Wolfer, Cortina & Jürgen, 2012) ou para meninos (McMahon, Wernsman & Parnes, 2006). Os estudos citados foram conduzidos com amostras gerais, sem controle de possíveis transtornos psicológicos dos participantes. Pode-se, portanto, supor que incluam um percentual de participantes que apresentam problemas ou transtornos, correspondentes à

prevalência esperada. No caso específico da depressão não diagnosticada em adolescentes, o estudo anterior de Campos (2010) permite esperar que cerca de 20 por cento dos participantes apresentariam indicadores de depressão.

No caso das diferenças socioeconômicas, os resultados de Del Prette e Del Prette (2009b), com a população geral de adolescentes, apontaram correlações positivas, ainda que muito baixas, entre classe social e habilidades sociais da amostra, nos indicadores de frequência e dificuldade. Os autores fazem uma ressalva quanto aos resultados, pois houve uma quantidade baixa de participantes de indivíduos das classes D e E (Del Prette & Del Prette, 2009b).

Quanto à relação entre habilidades sociais e depressão, a revisão efetuada por Campos, Del Prette e Del Prette (no prelo) identificou 28 estudos sobre habilidades sociais e depressão em adolescentes. Alguns poucos estudos testaram a hipótese de déficits de habilidades sociais na depressão, usando grupos comparativos de adolescentes. Goldstein, Miklowitz e Mullen (2006), com 18 adolescentes deprimidos (diagnóstico de depressão bipolar) e 18 não deprimidos, ambos com média de 15 anos, mostrou que os adolescentes sem o diagnóstico apresentavam melhor repertório global e de habilidades de autocontrole e assertividade quando comparados ao grupo com diagnóstico. Importante apontar que o estudo apresentou uma análise dos dados geral e não houve objetivos de analisar o gênero e nem o nível socioeconômico. Campos, Del Prette e Del Prette (2014), comparou duas amostras de 103 adolescentes cada, com idade de 12 a 14 anos, uma com e outra sem indicadores de depressão e realizou análises de gênero. Nesse estudo, houve diferenças estatisticamente significativas nos grupos subclínico (com indicadores de depressão) e não clínico (sem indicadores de depressão) para as meninas no escore geral de habilidades sociais, autocontrole, civilidade e assertividade, com vantagem para o grupo não clínico, no indicador de frequência. Para o indicador de dificuldade, também houve diferenças no escore geral de habilidades sociais, nas

classes de empatia, autocontrole e civilidade, sendo o grupo não clínico relatar baixo custo de resposta. Para a amostra masculina, houve diferença estatisticamente significativa apenas para a classe desenvoltura social, no indicador de frequência, com vantagem para o grupo não clínico. No indicador de dificuldade, as diferenças entre os grupos ocorreram para as classes assertividade e abordagem afetiva, sendo o grupo não clínico relatar com baixo custo de resposta.

Os estudos referidos apoiam a hipótese de que a depressão, e mesmo indicadores de depressão, podem ser associados a déficits de habilidades sociais em adolescentes, especialmente do sexo feminino. Essa relação aponta para a potencial importância do controle de indicadores de depressão, quando se estabelece dados normativos sobre habilidades sociais de adolescentes. Pode-se, portanto, levantar a hipótese de que amostras grandes de adolescentes, obtidas por conveniência, por apresentarem um percentual de participantes com indicadores de depressão, estabelecem escores rebaixados de habilidades sociais, especialmente no caso de mulheres. Contra essa hipótese, pode-se supor também que, em amostras grandes, as características de uma proporção pequena de respondentes (no presente caso, em torno de 16%) não sejam suficientes para alterar significativamente os valores amostrais normativos. Ou, ainda, que características diversificadas de subamostras acabem se compensando sem maior impacto sobre tais dados. No entanto, mesmo se reconhecendo a dificuldade de controlar todas as variáveis em amostras de conveniência, essas hipóteses têm implicações sobre o estabelecimento de normas em estudos avaliativos de habilidades sociais e podem ser tomadas como uma questão empírica de interesse, tanto para a avaliação de habilidades sociais como para a avaliação da depressão e, em ambos os casos, para as implicações desses estudos. Assim, considerando esses aspectos, o presente estudo teve como objetivo comparar uma amostra geral de adolescentes (642 participantes), obtida por conveniência, em relação à mesma amostra, porém sem participantes com indicadores

depressão (539 participantes), visando verificar o impacto desse controle sobre os escores de habilidades sociais e a influência do sexo e do *status* socioeconômico sobre os resultados. O estudo visa também discutir as diferenças de sexo e realizar análises de gênero no repertório de habilidades sociais, associadas à depressão, em termos de suas implicações para a prevenção e saúde mental.

## MÉTODO

### *Questões éticas*

A pesquisa obteve a aprovação do Comitê de Ética da Universidade Federal de São Carlos (CEP/UFSCar), sob o parecer de nº110/2009 e em cumprimento às normas éticas do Conselho Nacional de Saúde (Resolução 196/96).

### *Participantes*

A ideia inicial era comparar os resultados de amostra sem indicadores de depressão, com os dados da amostra normativa do IHS-Del-Prette (Del Prette & Del Prette, 2009b). No entanto, visando um maior controle de outras variáveis, optou-se por uma alternativa menos usual que foi a de comparar uma amostra geral (sem controle de indicadores de depressão) com amostra similar, composta apenas pelos sujeitos da amostra geral que não apresentaram indicadores de depressão (não clínica), tratando-se as duas como amostras independentes. Assim, este estudo foi realizado com duas subamostras: uma com 539 participantes sem indicadores de depressão (grupo não clínico), sendo 250 do sexo feminino (46,4%) e 289 do sexo masculino (53,6%); e outra com 642 participantes (grupo geral), composta pelos mesmos participantes, acrescidos de 103 adolescentes com indicadores de depressão (75 adolescentes do sexo feminino e 28 do sexo masculino), totalizando, 325 do sexo feminino e 317 do sexo masculino. Os indicadores de depressão foram avaliados por meio do Inventário de Depressão Infantil (Children Depression's Inventory, CDI).

Tabela 1. Características sociodemográficas dos dois grupos da amostra.

Grupos e variáveis		Grupo Não Clínico		Grupo Geral	
		Feminino	Masculino	Feminino	Masculino
Idade	12 anos	45(18,0%)	5 (19,4%)	66(20,3%)	65(20,5%)
	13 anos	103(41,2%)	107(37%)	132(40,6%)	117(36,9%)
	14 anos	102(40,8%)	123(43,6%)	127(39,1%)	135(42,6%)
	Total	250	289	317	325
	Média	13,23	13,24(0,75)	13,19	13,22(0,76)
	(DP)	(0,73)		(0,74)	
Escolaridade	6ª série	44(17,6%)	60(20,8%)	69(21,2%)	69(21,8%)
	7ª série	128(50,0%)	148 (51,2%)	157(48,3%)	161(50,8%)
	8ª série	81(32,4%)	81(28%)	99(30,5%)	87(27,11%)
Nível Socioeconômico	A1	-	-	3(9%)	2(0,6%)
	A2	24(9,6%)	9,6(10,4%)	33(10,2%)	31(9,8%)
	B1	74(29,6%)	29,6(25,6%)	89(27,4%)	76(24%)
	B2	98(39,2%)	39,2(33,2%)	126(38,8%)	108(34,1%)
	C	53(21,2%)	21,2(29,1%)	72(22,2%)	97(30,6%)
	D	1(0,4%)	3(0,1%)	2 (0,6%)	3(0,9%)

### *Instrumentos*

Inventário de Habilidades Sociais de Adolescentes (IHSA-Del-Prette, Del Prette & Del Prette, 2009b). O instrumento apresenta 38 itens que avaliam comportamentos sociais de adolescentes de 12 a 17 anos, em diferentes contextos (família, amigos, colegas, desconhecidos, pessoas de autoridade, parceiros afetivo-sexuais). O respondente deve informar qual a frequência (indicador de frequência) e o quanto é difícil (indicador de dificuldade) apresentar a reação especificada. O instrumento apresenta seis fatores, nos dois indicadores: F1 Empatia, F2-Autocontrole, F3-Civilidade, F4-Assertividade, F5-Abordagem Afetiva, F6-Desenvoltura Social. O instrumento apresenta propriedades aceitáveis de validade e precisão, sendo recomendado pelo Conselho Federal de Psicologia.

Inventário de Depressão Infantil (Children Depression's Inventory, CDI), cuja versão brasileira foi adaptada do original de Kovacs (1992). O CDI que rastreia os sintomas depressivos na população infantil e de adolescente, com pontos de corte para a faixa etária de 12 a 17 anos. O ponto de corte é de 16 pontos para crianças de 7 a 12 anos e de 19 pontos, para a faixa etária de 13 a 17 anos.

Critério Brasil (CCEB, Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, 2003). Avalia os bens de consumo e o nível educacional do chefe de família e classifica a população economicamente, a partir da estimação do poder de compra de consumidores, nas classes em A1, A2, B1, B2, C, D e E (<http://www.abep.org/novo/Content.aspx?ContentID=301>, recuperado em 20, maio, 2009).

#### *Procedimento de coleta de dados*

Após o consentimento da Secretaria Municipal de Educação para realizar a pesquisa em escolas municipais, os instrumentos foram aplicados pela primeira autora, de forma coletiva, em salas de aulas. A participação dos respondentes era mediante a entrega do TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) autorizado pelos pais ou responsáveis.

#### *Análise de dados*

As respostas dos participantes foram inseridas no software SPSS para *Windows*, versão 19 e foram computados o escore geral e os escores e das cinco subclasses do IHSA-Del-Prette (2009b), para os indicadores de frequência e dificuldade. Também foram inseridos os dados do Critério Brasil, de acordo com as instruções. Os dados dos respondentes com e sem indicadores de depressão foram codificados como um único grupo (geral) e os dados dos respondentes sem indicadores de depressão foram replicados e codificados como grupo não clínico. Para a análise no presente estudo, os dois grupos foram tratados como independentes. A partir daí foram efetuadas comparações entre os dois grupos (teste t de *Student*, para amostras independentes) considerando inicialmente todos os respondentes e, depois, analisando-se separadamente a

amostra masculina e a feminina. As análises focalizaram os escores de habilidades sociais e o nível socioeconômico, adotando-se um nível significância de 5% ( $p \leq 0,05$ ).

## RESULTADOS

As análises sobre o nível socioeconômico não apontaram diferenças estatisticamente significativas entre os respondentes do grupo geral e não clínico, nem mesmo quando se comparou separadamente as amostras feminina e masculina.

Em relação aos escores de habilidades sociais, obtidos com o IHSA-Del-Prette, foi feita uma análise inicial das duas amostras, sem considerar as diferenças de sexo. Verificou-se que não houve diferenças entre elas, ou seja, considerando-se conjuntamente os dois sexos, o controle dos respondentes com indicadores de depressão, não produziu diferenças estatisticamente significativas em amostragem mais ampla.

A análise separada dos dois grupos, comparando-se as diferenças de sexo em cada um deles, mostrou diferenças, apresentadas na Tabela 2, onde se manteve somente os dados com diferenças significativas.

*Tabela 2.* Dados descritivos e inferenciais na análise das diferenças de sexo para os grupos geral e não clínico.

Escore	Sexo	Grupo Geral						Grupo Não Clínico					
		N	Média	DP	t	df	p	N	Média	DP	t	df	p
F-Escore Total	F	325	93,74	24,14	2,02	640	,043	250	98,28	21,38	3,62	537	,000
	M	317	89,40	29,81	2,02			289	90,10	29,62	3,70		
F1-Empatia	F	325	29,20	7,62	3,85	640	,000	250	30,52	6,475	5,21	537	,000
	M	317	26,58	9,54	3,84			289	26,77	9,651	5,35		
F3-Civildade	F	325	18,41	4,91	3,96	640	,000	250	19,06	4,26	4,77	537	,000
	M	317	16,70	5,98	3,95			289	16,92	5,91	4,88		
F4-Assertividade	F	325	18,76	5,91	2,24	640	,025	250	19,68	5,35	3,66	537	,000
	M	317	17,64	6,73	2,24			289	17,73	6,79	3,72		
F5-Abordagem afetiva	F	325	11,12	5,24	-2,19	640	,029						
	M	317	12,10	6,04	-2,18								
D1-Empatia	F	325	9,22	8,01	-,824	640	,039	250	8,21	7,44	-2,36	537	,018
	M	317	10,30	9,26	-,824			289	9,91	9,05	-2,39		

A Tabela 2 apresenta somente os dados descritivos e inferenciais dos escores que foram estatisticamente significativos. Os resultados mostraram que, no grupo geral, as diferenças de sexo ocorreram principalmente para o indicador de frequência, com as meninas apresentando médias maiores que os meninos no escore total e nas habilidades de Empatia, Civilidade e Assertividade e os meninos apresentando maiores médias nas habilidades de Abordagem afetiva. Esses dados são similares aos obtidos na amostra normativa do IHSA-Del-Prette (Del Prette & Del Prette 2009b) em relação ao indicador de frequência, exceto que, na normativa, as meninas apresentaram superioridade também nas habilidades de autocontrole e não se diferenciaram nas de Abordagem afetiva e Desenvoltura social. Outra diferença em relação aos dados da amostra normativa ocorreu para o indicador de dificuldade, maior para os meninos nas habilidades de Empatia, enquanto que na normativa apresentaram maior dificuldade também no escore geral e nas habilidades de Civilidade e Assertividade.

Na comparação entre os sexos do grupo não clínico (ou seja, sem os respondentes com indicadores de depressão) as meninas apresentaram maiores médias no escore total, nas habilidades de Empatia, Civilidade, Assertividade; os meninos, por outro lado, apresentaram maiores médias no indicador de dificuldade de Empatia. Na habilidade de Abordagem afetiva, não houve diferenciação entre os sexos.

Nas comparações entre os dois grupos, efetuadas separadamente para cada sexo, não se verificou diferenças no indicador de dificuldade para nenhum dos escores do IHSA-Del-Prette. Os dados obtidos na amostra feminina, para o indicador de frequência, são apresentados na Tabela 3.

*Tabela 3.* Dados descritivos e inferenciais das duas amostras do sexo feminino nos escores de habilidades sociais para o indicador de frequência.

Escores	Grupos	N	Média	DP	t	p
Escore Geral	Não clínico	250	98,28	21,38	-2,35	0,019*
	Geral	325	93,74	24,14		
F1-Empatia	Não clínico	250	30,52	6,47	-2,23	0,026*
	Geral	325	29,2	7,62		
F2-Autocontrole	Não clínico	250	17,86	6,18	-2,06	0,039*
	Geral	325	16,73	6,79		
F3-Civilidade	Não clínico	250	19,06	4,26	-1,67	0,094
	Geral	325	18,41	4,91		
F4-Assertividade	Não clínico	250	19,68	5,35	-1,92	0,054
	Geral	325	18,76	5,91		
F5-Abordagem Afetiva	Não clínico	250	11,64	5,18	-1,18	0,236
	Geral	325	8,66	5,24		
F6- Desenvoltura Social	Não clínico	250	10,33	4,31	-1,17	0,241
	Geral	325	9,8	4,51		

Como se observa na Tabela 3, no caso das respondentes do sexo feminino, foram verificadas diferenças estatisticamente significativas, no indicador de frequência, entre os grupos geral e não clínico para o escore geral de habilidades sociais e para os escores das classes de empatia e autocontrole, com maiores médias para o grupo não clínico. Observa-se também uma tendência à significância no escore do Fator 4-Assertividade. A Tabela 4 apresenta os dados descritivos e inferenciais dos respondentes do sexo masculino, no indicador de frequência, para o escore geral e para os escores das seis subescalas.

*Tabela 4.* Dados descritivos e inferenciais das duas amostras do sexo masculino nos escores de habilidades sociais para o indicador de frequência.

Escores	Grupos	N	Média	DP	t	p
Escore Geral	Não clínico	289	90,10	29,62		
	Geral	317	89,40	29,81	-0,29	0,771
F1-Empatia	Não clínico	289	26,77	9,65		
	Geral	317	26,58	9,54	-0,24	0,807
F2-Autocontrole	Não clínico	289	16,87	7,38		
	Geral	317	16,7	7,39	-0,96	0,777
F3-Civilidade	Não clínico	289	16,92	5,91		
	Geral	317	16,7	5,98	-4,55	0,649
F4-Assertividade	Não clínico	289	17,73	6,79		
	Geral	317	17,64	6,73	-1,69	0,866
F5-Abordagem Afetiva	Não clínico	289	12,15	5,9		
	Geral	317	12,10	6,04	0,12	0,905
F6-Desenvoltura Social	Não clínico	289	9,87	4,75		
	Geral	317	9,72	4,88	-3,99	0,69

Observa-se, na Tabela 4, que as médias dos respondentes do sexo masculino dos grupos geral e não clínico não se diferenciaram significativamente, para nenhum dos escores de habilidades sociais.

## DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo não produziram diferenças estatisticamente significativas entre o grupo geral (sem controle de indicadores de depressão) e o não clínico (excluídos os respondentes com indicadores de depressão), quando se tomou o conjunto dos respondentes de ambos os sexos. No entanto, quando se comparou, em cada grupo, as diferenças de sexo, foram verificadas particularidades da presente amostra em relação à

normativa, o que apoia a opção metodológica de comparar duas amostras que diferiam apenas em relação a conter ou não respondentes com indicadores de depressão.

Na comparação entre os dois grupos deste estudo, tomando-se separadamente a amostra feminina e a amostra masculina, as diferenças do grupo geral e não clínico permitiram verificar o impacto dos indicadores de depressão, maior e mais negativo sobre a amostra feminina. Em outras palavras, apoiam a hipótese deste estudo, de que amostras que contenham respondentes com indicadores de depressão, especialmente do sexo feminino, podem apresentar escores de habilidades sociais mais baixos e, tal como mostra o estudo, em particular, os escores de empatia e autocontrole.

Em relação ao nível socioeconômico, os resultados não indicaram impacto sobre a amostra não clínica nem sobre a amostra geral, mesmo quando se avaliou separadamente os respondentes do sexo masculino e feminino. Pode-se, portanto, inferir que, pelo menos nessa faixa etária, as demandas para habilidades sociais e o repertório desses adolescentes de diferentes condições socioeconômicas sejam razoavelmente similares. Ou ainda, que a variabilidade amostral, em relação ao nível socioeconômico, não foi suficiente na presente amostra para captar esse efeito. Reitera-se, no entanto, as ressalvas realizadas por Del Prette e Del Prette (2009b) de que nem todas as classes sociais foram contempladas de forma equilibrada na amostra normativa, dificultando uma conclusão mais segura a respeito dessa questão e apontando-se para novos estudos com controle mais sistemático dessa variável.

Em relação às habilidades sociais, as diferenças encontradas no escore geral e nos escores das subclasses de empatia e de autocontrole, para o indicador de frequência, mas não para o de dificuldade, parecem sugerir uma maior sensibilidade desse indicador para respondentes dessa faixa etária, especialmente para aqueles que já apresentam sinais de depressão. Não se trata de afirmar que esses respondentes não apresentem dificuldade, em termos de ansiedade ou custo de resposta no desempenho de habilidades sociais (Del Prette

&Del Prette, 2009b), mas que possivelmente este dado seja mais uniformemente avaliado por adolescentes dessa faixa etária. Trata-se de uma suposição a ser melhor investigada em estudos futuros.

Considerando as habilidades sociais, as diferenças verificadas são compatíveis com outros estudos que também tem indicado um desenvolvimento mais precoce das meninas em habilidades sociais (Del Prette & Del Prette, 2009b), explicando sua superioridade no início da adolescência em relação aos meninos da mesma idade. Esse resultado já havia sido encontrado por Campos, et al (2014), na comparação entre duas amostras desse estudo, com igual tamanho, comparando o repertório de adolescentes com e sem indicadores de depressão. Os respondentes do sexo masculino apresentaram mais semelhanças e quase nenhuma diferença entre os repertórios, com exceção da classe de desenvoltura social. Uma ressalva importante é que a amostra clínica continha apenas 28 participantes do sexo masculino com indicadores de depressão e a amostra não clínica mais que o dobro de adolescentes masculinos, diferença que pode afetar o poder estatístico da análise efetuada.

O presente estudo mostrou diferença, na amostra feminina, especificamente nas habilidades de autocontrole e de empatia. Esse dado vai ao encontro do pressuposto de que as diferenças entre os sexos refletem o papel da cultura, ao modelar diferentemente comportamentos sociais em homens e mulheres (Afifi, 2007; Nolen-Hoeksema, 2012). As habilidades de empatia estão intimamente ligadas às gentilezas, ao cuidado com o outro, de identificação de diversos sentimentos das pessoas ao seu redor, ao início de estabelecimento de uma comunicação, de uma relação de amizade. Trata-se de um conjunto de aquisições que são bastante valorizadas, em nossa cultura e são objetos de investimento familiar, maior para as meninas do que para os meninos desde a infância. A classe autocontrole, por sua vez, como afirma Skinner (1953/2000), está relacionada ao manejo de conflitos de contingências, que sinalizam, concomitantemente, reforço positivo e negativo, ou seja, diferentes consequências.

Em outras palavras, trata-se de escolhas entre consequências de curto e longo prazo que requerem uma resposta autocontrolada, que é parte da cadeia comportamental de resolução de problemas e auxilia na provisão de reforçadores.

Os resultados sugerem que as respondentes do sexo feminino parecem ter melhores condições para resolução de seus problemas, de maneira a gerir conflitos sem prejudicar-se ou prejudicar o outro, uma vez que, de maneira geral, as classes empatia e autocontrole já estão bem instaladas em seus repertórios. Esse dado está de acordo com alguns estudos (Hammen, 2009; Kazdin, 1993) que apontam um bom repertório de habilidades sociais como fator que contribui para o adolescente resolver seus problemas diante de situações estressantes e, portanto, como fator de proteção para transtornos depressivos. Esse repertório instrumentaliza o adolescente a ter opções de escolha diante de situações de risco (Gaspar, 2008), o que aumenta, provavelmente, a chance de escolher estilos de vida saudáveis e, conseqüentemente, melhores condições de saúde e saúde mental. Certamente, identificar os contextos sob as quais as adolescentes que apresentem bons indicadores de saúde mental vivem, pode ser objetos de investigações futuras, de modo a se identificar, com maior precisão, os antecedentes do comportamento indicadores de bem estar.

## **CONCLUSÕES**

Os resultados do presente estudo apresentam implicações metodológicas e práticas relevantes para futuras investigações e para programas de saúde destinados a adolescentes. Em ambos os casos, reconhece-se que os dados obtidos podem ser de difícil comparação com os da literatura existente dada a variabilidade metodológica, e mesmo teórica, já referida anteriormente.

Não obstante possíveis limitações, a implicação metodológica imediata dos resultados do presente estudo é apontar para a importância de prover os manuais de testes com informações sobre as variáveis controladas e não controladas nas amostras utilizadas para o

estabelecimento de padrões normativos. Os resultados também sinalizam para a importância de amostragens probabilísticas que de fato distribuam, de forma aleatória, os indicadores conhecidos em relação à prevalência para a população geral. De todo modo, considera-se importante reconhecer que a falha em apontar diferenças estatisticamente significativas para a amostra masculina pode ter sido influenciada pelo pequeno número amostral de adolescentes com indicadores de depressão no grupo geral.

As implicações práticas estão relacionadas especialmente aos resultados sobre o repertório de habilidades sociais uma vez que não houve diferenças estatisticamente significativas para os indicadores de dificuldade no desempenho de habilidades sociais e no *status* socioeconômico. A análise apontou que as respondentes do sexo feminino do grupo não clínico apresentam melhores médias de habilidades sociais no escore geral e nos escores de empatia e autocontrole, repertórios que podem ser importantes na promoção de saúde da adolescente. Esses dados podem subsidiar o planejamento de programas cujo objetivo seja prevenir doenças e/ou promover saúde de adolescentes, especialmente em postos de saúde, clínicas-escola situadas em cursos de graduação de psicologia ou em programas universais desenvolvidos em escolas, por psicólogos escolares. Essa proposta é coerente com o investimento dos órgãos mundiais de saúde (WHO, 2012; Unicef, 2011) em avaliar e promover os recursos pessoais e, em particular, a competência social de adolescentes enquanto alternativa para prevenção de seus transtornos psicológicos e a promoção de sua saúde mental (Senna & Dessen, 2012; Spence & Matos, 2000; Stenberg & Lerner, 2004).

Os dados também sinalizam a importância de intervenções diferenciadas por sexo, dadas às diferenças encontradas. Em termos de pesquisa, pode-se sugerir a estudos futuros focalizados na identificação de antecedentes e consequentes de comportamentos sociais correspondentes às subclasses de cada classe de habilidade social, no contexto do adolescente. Essa análise é importante também para uma avaliação mais ampla da competência social dos

adolescentes, de ambos os sexos, uma vez que permita identificar consequências de curto e médio prazo que indicam ou sugiram a funcionalidade do desempenho em tarefas de interação social (Del Prette & Del Prette, 2010/2012).

Foram reconhecidas algumas limitações do presente estudo, a serem revistas em outras pesquisas. Uma delas refere-se à distribuição das classes socioeconômicas contempladas na amostragem, o que permitirá conclusões mais seguras sobre a influência dessa variável. Outra, importante, refere-se à distribuição dos adolescentes do sexo masculino com indicadores de depressão, o que pode requerer uma amostragem mais ampla e, *a posteriori*, uma redução aleatória das respondentes do sexo feminino com tais indicadores, uma vez que a prevalência é maior para elas (Bahls & Bahls, 2002; Avanci, et al 2008). Enfim, como a amostra foi extraída de uma cidade de aproximadamente 620 mil habitantes do interior de São Paulo, generalizações devem ser feitas com cautela, considerando essa característica. O Brasil é um país imenso e possui muitas culturas e subculturas que podem apresentar variações nos padrões sociais dos adolescentes, bem como múltiplas diferenças comportamentais entre os sexos.

## REFERÊNCIAS

- Afifi, M. (2007). Gender differences in mental health. *Singapore Medical Journal*, 48 (5), 385-391.
- Avanci, J. Q., Assis, S. G., & Oliveira, R. V. C (2008). Sintomas depressivos na adolescência: Estudo sobre fatores psicossociais em amostra de escolares de um município do Rio de Janeiro, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, 24 (10), 2334-2346.
- Bahls, S. C, & Bahls, F. R. C. (2002). Depressão na adolescência: Características clínicas. *Interação em Psicologia*, 6 (1), 49-57.

- Bandeira, M., Rocha, S. S., Freitas, L. C. Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2006). Habilidades sociais e variáveis sociodemográficas em estudantes do ensino fundamental. *Psicologia em Estudo*, 11 (3), 541-549.
- Campos, J. R. (2010). *Habilidades sociais de adolescentes com indicadores de depressão: Considerando fatores de gênero e socioeconômicos*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de São Carlos-UFSCar, São Carlos, SP.
- Campos, J. R., Del Prette, A., & Del Prette, Z. A .P. (no prelo). Habilidades sociais e depressão na adolescência: Uma revisão da literatura. *Acta Comportamental*.
- Campos, J. R., Del Prette, A., & Del Prette, Z. A. P (2014). *Habilidades sociais de adolescentes com e sem indicadores de depressão, considerando análises de gênero*. Manuscrito não publicado, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, Brasil.
- Chow, C. M., Holl, R & Duane, B, (2013). The mediating role of interpersonal competence between adolescents' empathy and friendship quality: A dyadic approach. *Journal of Adolescence* 36 (1), 191–200.
- Comodo, C. N. (2012). *Intergeracionalidade das habilidades sociais entre pais e seus filhos adolescentes*. Dissertação de Mestrado, Pós Graduação em Psicologia, Universidade Federal de São Carlos-UFSCar, São Carlos, SP.
- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (1999). *Psicologia das habilidades sociais: terapia e educação*. Petrópolis: Vozes.
- Del Prette, Z. A. P & Del Prette, A (2006). *Psicologia das habilidades sociais na infância: teoria e prática*. Petrópolis: Vozes.
- Del Prette, A., & Del Prette, Z. A. P. (2009a). *Adolescência e fatores de risco: a importância das habilidades sociais educativas*. In: V. G. Haase, F. O. Ferreira, & F. J. Penna, (Orgs.), *Aspectos biopsicossociais da saúde na infância e adolescência* (pp. 503-522). Belo Horizonte: Coopmed.

- Del Prette, A & Del Prette, Z. A. P (2009b). *Inventário de habilidades sociais para adolescentes (IHSA-Del Prette): manual de aplicação, apuração e aplicação*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Del Prette, Z. A. P. & Del Prette, A. (2010/2012). Social skills and behavior analysis: Historical proximity and new issues. *Perspectivas em Análise do Comportamento*, 1(2), 104-115 (English version of a português paper, originally published in 2010).
- Ferster, C. B. (1973). A functional analysis of depression. *American Psychologist*, 28, 857-870.
- Fine, S., Forth, A., Gilbert, M., Haley, G. (1991). Group therapy for adolescent depressive disorder: A comparison of social skills and therapeutic support. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 30, 79-85.
- Fortenberry, J.D (2003). Socioeconomic status, schools, and adolescent depression: Progress in the social epidemiology of adolescent health. *The Journal of Pediatrics*, 143, 427-429.
- Gaspar, T. (2008) Promoção do bem-estar na adolescência: Impacto do estatuto socioeconômico e do estatuto migrante. *Análise Psicológica*, 2 (XXVI), 256-279.
- Gerk-Carneiro, E. G. P., Dias, R. D., Nyaradi, N. O., & Aquino, S. M. C. (2000). Habilidades sociais e cognitivas em estudantes universitários brasileiros. *Revista Galego Portuguesa de Psicologia e Educação*, 4 (6), 689-697.
- Goldstein, T. R., Miklowitz, D. J., & Mullen, K. (2006). Social skills knowledge and performance among adolescents with bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 8, 350-361.
- Hammen, C. (2009). Adolescent depression stressful interpersonal contexts and risk for recurrence. *Current Directions in Psychological Science*, 18, 200-204.
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J., & Grebb, J. A. (2003). *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. Porto Alegre: Artes Médicas.

- Kazdin, A. E. (1993). Adolescent mental health: Prevention and treatment programs. *American Psychologist*, 48 (2), 127-141.
- Kovacs, M. (1992). *The Children's Depression Inventory, CDI Manual* Multi- Health Systems, Inc. Toronto.
- McMahon, S. D., Wernsman, J., Parnes, A. L. (2006). Understanding prosocial behavior: The impact of empathy and gender among African American adolescents, *The Journal of Adolescents Health*, 39, 135-137.
- Méndez, F. X., Olivares, J. & Ros, M. C. (2005). Características clínicas e tratamento da depressão na infância e adolescência. In V. E. Caballo & M. A. Simón (Orgs.). *Manual de Psicologia Clínica Infantil e do Adolescente – Transtornos Gerais* (pp. 139-185). São Paulo: Livraria Santos.
- Monteiro, M. J. M (2011). Competências para a vida em adolescentes: Avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde e da competência social. Dissertação de Mestrado, Pós Graduação em Psicologia da Educação. Universidade de Algarve, Gambelas, Portugal.
- Murta, S. G., Del Prette, A., Nunes, F.C., & Del Prette, Z. A. P. (2006). *Problemas en la adolescencia: Contribuciones del entrenamiento en habilidades sociales*. In: J. C. Salamanca (Ed.), *Manual de intervención psicológica para adolescentes: Ámbito de la salud y educativo* (Unidade 1, Cap. 2) Colombia (Bogotá): PSICOM Editores.
- Nolen-Hoeksema, S. (2012). Emotion regulation and psychopathology: The role of gender. *Annual Review of Clinical Psychology*, 8, 161-187.
- Reed, M. K. (1994). Social skills training to reduce depression in adolescents. *Adolescence*, 29 (114), 293-302.
- Saldaña, M. R. R., Del Prette, Z. A. P., Del Prette, A., Gasca, A., & Treviño, L. R. R. L. (2006). *Entrenamiento en habilidades sociales para reducir indicadores depresivos en*

- adolescentes mexicanos* In: L.A. Oblitas (Org.), *Manual de Psicología Clínica y de la Salud Hospitalaria* (Cap. 48). Colombia (Bogotá): PSICOM Editores.
- Senna, S. R. C. M.; Dessen, M. A. (2012). Contribuições das teorias do desenvolvimento humano para a concepção contemporânea da adolescência. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 28 (1) 101-108.
- Skinner, B.F. (2000). *Ciência e comportamento humano*. Tradução de J. C. Todorov e R. Azzi. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1953).
- Spence, S., & Matos, M. (2000). Intervenções preventivas com crianças e adolescentes. In M.Matos, C. Simões, & S. Carvalhosa (Orgs). *Desenvolvimento de competências de vida na prevenção do desajustamento social*. Lisboa: IRS/MJ.
- Steinberg, L., & Lerner, R. M. (2004). The scientific study of adolescence: A brief history. *The Journal of Early Adolescence*, 24, 45-54.
- UNICEF, (2011). Saúde mental do adolescente: um desafio urgente para pesquisas e investimentos. Situação mundial da infância. Retirado em 5 de fevereiro de 2013 em [http://www.unicef.org/brazil/pt/br\\_sowcr11web.pdf](http://www.unicef.org/brazil/pt/br_sowcr11web.pdf)
- Young, J. F., Mufson, L., & Davies, M. (2006). Efficacy of Interpersonal Psychotherapy-Adolescent Skills Training: An indicated preventive intervention for depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 1254–1262. doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01667.x
- Wolfer, R., Cortina, K. S & Jürgen, J. (2012). Embeddedness and empathy: How the social network shapes adolescents' social understanding. *Journal of Adolescence* 35 (5), 1295–1305.
- World Health Organization, (2012). *Adolescent mental health: Mapping actions of nongovernmental organizations and other international development organizations*. Geneva

**Agradecimentos**

Os autores gostariam de agradecer aos participantes e aos diretores das escolas.

Este trabalho foi financiado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior(CAPES), com a bolsa de doutoramento atribuída à primeira autora.

## DISCUSSÃO GERAL

O presente estudo apresentou como objetivo geral caracterizar, comparar e prever o repertório de habilidades sociais de adolescentes com e sem indicadores de depressão, considerando variáveis sociodemográficas (sexo, idade, *status* socioeconômico). Os objetivos específicos foram: (a) realizar uma revisão bibliográfica do tema habilidades sociais e depressão na adolescência; (b) caracterizar e comparar o repertório de adolescentes com e sem indicadores de depressão, considerando o sexo; (c) investigar possíveis classes de habilidades sociais e variáveis sociodemográficas que podem atuar como fatores de risco/proteção e avaliar o modelo preditivo dessas variáveis à indicação de depressão na adolescência; (d) comparar uma amostra geral grande de adolescentes, em relação à mesma amostra, porém, sem os participantes com indicadores de depressão, para verificar o impacto desse controle nos escores de habilidades sociais e a influência do sexo e do *status* socioeconômico sobre os resultados.

Para alcançar tais objetivos, a presente tese foi apresentada em formato de quatro manuscritos, cada qual com seu problema de pesquisa, portanto, independentes uns dos outros. O primeiro manuscrito foi denominado Habilidades sociais e depressão na adolescência: uma revisão da literatura; o segundo, Habilidades sociais de adolescentes com e sem indicadores de depressão, considerando o sexo; o terceiro, Depressão na adolescência: habilidades sociais e variáveis sociodemográficas como fatores de risco/proteção; o quarto, Habilidades sociais de adolescentes com e sem indicadores de depressão: impacto sobre grandes amostras.

Os quatro manuscritos foram construídos a partir da interlocução com a Análise do Comportamento e sua visão de desenvolvimento, com o campo teórico prático das Habilidades Sociais e com a Psicologia da Saúde e Saúde Mental. A Análise do Comportamento foi utilizada para compreender o contexto desenvolvimental sob o qual o

repertório comportamental do adolescente se constrói e identificação de suas principais necessidades. Adicionalmente, a ótica analítico-comportamental auxiliou na compreensão do fenômeno depressão. Como bem sintetizam Becker, Heimberg e Bellack (1987), o que há de comum nas explicações analítico-comportamentais em relação à temática depressão é que boa parte dos reforços positivos provém das relações interpessoais ou que, grande quantidade de reforços não sociais depende do comportamento interpessoal do indivíduo, o que pressupõe ligações com as habilidades sociais. Nesse sentido, os laços teóricos e empíricos são estabelecidos entre a Análise do Comportamento e do campo teórico das Habilidades Sociais. Uma vez que o tema depressão na adolescência é alvo de análise e discussão dos órgãos de saúde pública, dada sua alta prevalência e, que as habilidades sociais são apontadas como um dos fatores de proteção para amenizar/ prevenir o problema, e/ou promover saúde, os campos da Psicologia da Saúde/Saúde Mental também foram apropriados. Dada à ressalva conceitual sobre o termo saúde mental, compreende-se que a interlocução desses diferentes campos do conhecimento precisou ocorrer, a fim de refletir sobre a temática de forma mais ampla, além de estabelecer os possíveis alcances do estudo.

Na presente seção, serão retomados os principais resultados de cada manuscrito e suas implicações e, posteriormente, análises globais e os possíveis desdobramentos dos dados obtidos.

### **Manuscrito I:**

#### **Habilidades sociais e depressão na adolescência: uma revisão da literatura.**

Este estudo teve por objetivo realizar uma revisão sobre o tema depressão na adolescência e habilidades sociais considerando a identificação das características bibliográficas, metodológicas e de resultados dos estudos encontrados. A busca foi realizada nas bases de dados *Lilacs*, *PsycINFO*, *Scielo*, *MEDline/Pubmed*, *Redalyc*, *Web of Science e Gale*. Como resultados, foram encontrados 28 artigos, sendo a maioria de estudos empíricos

e um teórico, produzidos no exterior e nenhuma produção nacional, identificados pelas bases *MEDLINE/PUBMED*, *Web of Science* e *PsychoInfo*, majoritariamente. Predominou-se uma quantidade de quatro ou mais autores nesses estudos. Os delineamentos, em sua maioria, foram pré-experimentais, utilizando instrumentos de autorrelato, com objetivos de realizar predições entre as variáveis e avaliar programas de intervenções. De maneira equilibrada, investigou-se o período da adolescência de 10-14 anos a 15-19 anos e, poucos estudos investigaram o período de 10 a 19 anos. Os estudos, de maneira geral, especificaram as amostras por sexo, porém, não realizaram análises diferenciadas por gênero e, tampouco, identificaram o *status* socioeconômico das amostras. Nos estudos analisados, o poder das predições foi de baixo à moderado e as intervenções apresentaram resultados parcialmente positivos e parcialmente efeitos negativos. As classes de habilidades sociais mais investigadas foram assertividade, comunicação e abordagem afetiva.

A partir dos dados obtidos nessa revisão, algumas considerações foram realizadas. A primeira delas é a dificuldade de compreender e identificar um consenso entre os dados, uma vez que cada estudo utilizou arcabouços teóricos metodológicos diferenciados. A segunda consideração foi a identificação de que as análises de gênero foram pouco realizadas e o *status* socioeconômico pouco mencionado. Dado que estas são variáveis documentadas na literatura (Dimidjian et al, 2011; Garber, 2006; Wight, Botticello, & Aneshensel, 2006) como relacionáveis aos sintomas depressivos, seria importante a proposição de estudos que as contextualizassem. Portanto, notou-se que esta variabilidade teórica-metodológica, a escassez de estudos nacionais e a necessidade de inserir as variáveis como sexo e *status* socioeconômico, como objetos de investigação, culminou no surgimento de algumas perguntas de pesquisa e proposições de novos estudos, como se verá a seguir.

Considerando que a literatura encontrada nesse estudo de revisão apontou o baixo repertório de habilidades sociais de adolescentes com indicadores de depressão ou

diagnosticado como deprimido, o pressuposto é que adolescentes sem esses indicadores apresentariam maior repertório de habilidades sociais. No entanto, observou-se que, embora tal pressuposto pudesse ser plausível, poucos estudos tiveram o objetivo de comparar repertórios de habilidades sociais de adolescentes com e sem indicadores de depressão. Nesse sentido, seriam necessários dados empíricos para identificar possíveis semelhanças e diferenças desses repertórios em amostras consideradas subclínicas e não clínicas. Além disso, as análises de sexo são recomendadas pela literatura de depressão na adolescência, pois ainda que a prevalência seja maior para as meninas (APA, 2005), as questões de socialização referente a meninas e meninos com e sem indicadores de depressão não são claras. Dessa forma, a opção metodológica de comparar repertórios de habilidades sociais de adolescentes com e sem indicadores de depressão, considerando o sexo é recomendada. Essa proposta implicou na construção do segundo manuscrito, cujos principais resultados serão retomados no próximo tópico.

Outra questão de pesquisa decorrente dessa revisão de literatura foi a proposição de um estudo para identificar se as classes de habilidades sociais conjuntamente às variáveis sociodemográficas (idade, sexo, *status* socioeconômico), funcionavam como fatores de risco e/ou proteção à indicação de depressão e, avaliar o poder preditivo do modelo que incluiu essas variáveis, a partir do uso da regressão logística múltipla. Os estudos encontrados que realizaram predições basearam-se em teorias e métodos variados, o que dificultou a obtenção do consenso a respeito da resposta dessa pergunta de pesquisa. Dessa forma, não foi possível identificar generalização dos dados encontrados, sobretudo, no contexto brasileiro.

Uma última questão decorrente do estudo de revisão referiu-se à hipótese de que os adolescentes com indicadores de depressão apresentam déficits de habilidades sociais, principalmente as meninas. A partir desse raciocínio, os adolescentes sem indicadores de depressão poderiam apresentar maior repertório de habilidades sociais, como verificado no

Manuscrito II. No entanto, os escores rebaixados de adolescentes de uma amostra subclínica poderiam alterar de maneira significativa os escores de habilidades sociais de uma população geral? Existem diferenças quanto ao sexo? Quais as implicações para escolhas metodológicas de futuros estudos? Tais questões foram respondidas no Manuscrito IV.

A seguir, os principais resultados do Manuscrito II.

## **Manuscrito II**

### **Habilidades sociais de adolescentes com e sem indicadores de depressão, considerando o sexo**

O objetivo deste estudo foi caracterizar e comparar o repertório de habilidades sociais de adolescentes com e sem indicadores de depressão, considerando o sexo. Os principais resultados obtidos apontaram que as meninas do grupo subclínico apresentaram um repertório de habilidades sociais mais empobrecido quando comparado às meninas do grupo não clínico, tanto no escore geral quanto, nas classes autocontrole, civilidade e assertividade (nos indicadores de frequência). Adicionalmente, as diferenças entre esses grupos também ocorreram nos indicadores de dificuldade. A comparação do grupo subclínico com o grupo não clínico da amostra masculina, por seu turno, apontou diferença estatisticamente significativa apenas na classe desenvoltura social, do indicador de frequência. Houve diferenças estatisticamente significativas para o indicador de dificuldade.

Uma questão emergente a partir desses dados consistiu na reflexão de que é bastante comum na literatura científica, os pesquisadores priorizarem a investigação de psicopatologias com maior prevalência em determinado sexo, pois como aponta Kistner (2009) tais diferenças são bem consolidadas. Por exemplo, no caso da depressão, a prevalência é maior nas meninas (APA, 2005) que para os meninos e este dado se mantém para a população adulta, entre homens e mulheres. Nesse sentido, as pesquisas sobre o tema depressão são prioritariamente voltadas para elas. No entanto, pode-se incorrer no risco de

negligenciar uma pequena parcela que vivencia as dificuldades, como no caso dos meninos diagnosticados ou com indicadores de depressão. Futuros estudos poderiam, também, focar com maior atenção à população masculina inserindo inclusive, variáveis culturais.

Frequentemente, no cotidiano das pessoas, observa-se que a depressão é associada ao fracasso, falta de força de vontade para vencer os problemas e, muitos, sentem vergonha do que está sentindo e, conseqüentemente, ocultam seus sentimentos e não procuram ajuda profissional. A World Health Organization (2012 d) lançou um vídeo, denominado “*I had a black dog, his name was depression*”, cujo conteúdo ilustra esta problemática e apresenta concepções alternativas para desmitificar este estigma social negativo. Esta percepção é particularmente plausível nas sociedades ocidentais, muitas delas, permeadas pelo machismo (Nolen-Hoeksema & Girgus, 1994). Alguns dados de pesquisas subsidiam a hipótese de uma possível negligência científica frente à depressão em homens, pois ainda que as mulheres sejam mais propensas a desenvolverem depressão, verificou-se na grande São Paulo que o maior índice de suicídios ocorre entre os homens (Bando, Brunoni, Fernandes, Benseñor, & Lotufo, 2012). Sendo a depressão um dos fatores de risco ao suicídio (American Foundation for Suicide Prevention; UNICEF, 2011), parece haver uma cultura de que diante de dificuldades, são poucos os homens que procuram ajuda profissional. Nesse sentido, futuras pesquisas poderiam não apenas replicar o presente estudo, com amostra masculina maior, para confirmar ou refutar os dados, mas também identificar as melhores estratégias para uma atuação mais efetiva no âmbito da Saúde Pública.

Futuros estudos poderiam manter a investigação de habilidades sociais e análises de sexo, porém, acrescer algumas variáveis mais proximais apontadas como antecedentes ou relacionadas à baixa socialização e depressão na adolescência, quais sejam, práticas parentais, relacionamento com pares, rompimentos de relacionamentos (Kaslow, Brown, & Mee, 1994; Lewinsohn, Hops, Roberts, Seeley, & Andrews, 2000), especificando os contextos, o que

pode tornar mais eficaz o planejamento de intervenções. Além disso, embora a literatura (Zahn-Waxler, Shirtcliff, & Marceau, 2008; Rudolph, 2009) aponte para uma série de explicações sobre diferenças entre os sexos existentes em adolescentes deprimidos, tais como variáveis biológicas, culturais e ontológicas, não foram localizados estudos que as contemplem conjuntamente.

Uma vez respondida a pergunta sobre as diferenças e semelhanças entre os repertórios de habilidades sociais de adolescentes com e sem indicadores de depressão, considerando análises de gênero, uma questão subsequente emerge. Quais das classes de habilidades sociais avaliadas conjuntamente às variáveis sociodemográficas podem ser fatores de risco e de proteção? Qual o poder de predição desse modelo? As respostas e implicações dessa pesquisa encontram-se no Manuscrito III

### **Manuscrito III**

#### **Depressão na adolescência: habilidades sociais e variáveis sociodemográficas como fatores de risco/proteção**

O estudo ora relatado teve por objetivo investigar quais habilidades sociais e variáveis sociodemográficas poderiam ser fatores de risco ou proteção à indicação de depressão na adolescência, bem como avaliar o poder preditivo de um modelo que inclui essas variáveis, utilizando a regressão logística múltipla. Os resultados encontrados foram que as habilidades sociais de empatia, autocontrole (indicadores de frequência), e idade de 12 anos apresentam-se como fatores de proteção e civilidade (indicador de dificuldade) e sexo feminino, fatores de risco. Embora o modelo tenha apresentado alta especificidade, classificando corretamente 98,5% os participantes sem indicação de depressão, o poder preditivo do modelo foi baixo, uma vez que o modelo classificou apenas 13,6% dos participantes com indicação de depressão, portanto, houve baixa sensibilidade (Marôco, 2011).

Em outras palavras, o estudo apontou que, dentre o referencial teórico adotado, as classes de empatia e autocontrole (indicador de frequência), quando presentes no repertório do adolescente, podem aumentar a chance de protegê-lo de apresentar sintomas depressivos (fatores de proteção). Já a classe dificuldade de civilidade, quando presente em maior frequência no relato do adolescente, maior a chance de apresentar sintomas depressivos (fator de risco). Os fatores sociodemográficos, sexo feminino apareceu como fator de risco e idade de 12 anos comparada à idade de 14 anos, como fator de proteção. O baixo valor preditivo do modelo considerando as variáveis avaliadas é condizente com a literatura (Ross, Shochet & Bellair, 2010).

A baixa predição sugere que na adolescência inicial, as habilidades sociais não são as variáveis mais cruciais como indicadores de depressão. No entanto, possivelmente, com o avançar da idade, elas ganham maior peso preditivo, uma vez que os adolescentes mais velhos apresentam maiores chances de se engajar em comportamentos de risco, como aponta o estudo de Salvo (2010), e aumentando, portanto, a probabilidade de desenvolvimento de transtornos depressivos. Contudo, pesquisas futuras poderiam replicar este estudo com adolescentes na faixa final da adolescência verificando essa hipótese.

Nesse sentido, reitera-se a hipótese de Segrin e Flora (2000) de que no caso da depressão, os déficits de habilidades sociais poderiam apresentar-se como fator de vulnerabilidade a algumas condições de estresse, não apresentando, portanto, nem papel causal e nem consequencial aos transtornos depressivos. No entanto, em futuros estudos, essa hipótese poderia ser testada, a partir da inclusão de outras variáveis, além das habilidades sociais, como por exemplo, práticas parentais e eventos estressores do contexto de vida do adolescente. Possivelmente, a proposta de Lewinsohn, Hoberman, Teri & Hautzinger (1985) citado por Dimidjian et al (2011) de que os fatores estressores são um dos principais componentes que desencadeiam a depressão e os fatores individuais (no caso, as habilidades

sociais, idade) poderiam funcionar como fator de vulnerabilidade ou de proteção à depressão seja mais plausível. Novos estudos, portanto, poderiam testar essa hipótese utilizando o método da modelagem de equações estruturais.

O avanço desse estudo consistiu na identificação dos fatores de risco e proteção referente às habilidades sociais na depressão em adolescentes. Como foi observado na revisão realizada (Manuscrito I), enquanto alguns países desenvolvidos propuseram programas de intervenção e avaliaram sua efetividade, o Brasil ainda carece de estudos dessa natureza, o que traz prejuízos em termos de produção de conhecimento e de tecnologias comportamentais. Parece que o ônus também é sentido pela própria população adolescente em que, ao menos 20% dela (WHO, 2012b), pode apresentar sinais de depressão e, pouco se faz a respeito, pois os próprios profissionais quase não dispõem de dados de sua cultura local, como preconiza os órgãos mundiais de saúde (Unicef, 2011; WHO, 2012b), o que limita a proposta de intervenções direcionadas e especializadas.

Pode-se dizer que outro avanço desta investigação foi o de identificar essas classes de habilidades sociais que podem ser críticas na depressão na adolescência, a partir de um referencial teórico de habilidades sociais utilizando um instrumento validado para a população adolescente, e com amplo leque de classes de habilidades sociais identificadas empiricamente por Del Prette e Del Prette (2009). A identificação dessas classes de habilidades sociais pode ter implicações à prática clínica, na medida que serve de alerta ao profissional de saúde mental, levando-o a reflexão sobre quais classes de habilidades sociais podem ser foco de intervenção, mas certamente, aliada à utilização de análises funcionais, não perdendo o caráter idiossincrático das avaliações.

Neste manuscrito, o que chama a atenção é que os fatores protetores, como empatia, autocontrole são essenciais na idade de 12 anos. Como o desenvolvimento ocorre em um contínuo e, de acordo com Toni (2013), pressupõe-se que os padrões de conduta do

adolescente possivelmente foram modelados na infância, essas classes de habilidades sociais podem ser importantes de serem desenvolvidas na educação infantil, tanto no contexto escolar, como no familiar.

Sugere-se que este estudo seja replicado para que se possa, futuramente, identificar de forma consistente, quais classes são as habilidades sociais cruciais nessa problemática e, dessa maneira, criar condições para o investimento de pesquisas de intervenção e promoção de saúde. Distintamente ocorre com a depressão no adulto, pois sabe-se que as classes assertividade e comunicação constituem-se em um consenso e já fazem parte do tratamento validado empiricamente, a Ativação Comportamental Jacobson et al. (1996).

O Manuscrito IV, último dessa tese, abordará questões com implicações principalmente metodológicas, como se verá a seguir.

#### **Manuscrito IV**

#### **Habilidades sociais de adolescentes com e sem indicadores de depressão: impacto sobre grandes amostras**

Este estudo teve como objetivo comparar duas amostras: uma geral (composta por 103 adolescentes com e 539 sem indicadores de depressão) e outra, não clínica (composta apenas por 539 adolescentes sem indicadores de depressão), visando verificar o impacto desse controle sobre os escores de habilidades sociais e a influência do sexo e do *status* socioeconômico sobre os resultados. O estudo visou também discutir as diferenças de sexo e no repertório de habilidades sociais, associadas à depressão, em termos de suas implicações para a prevenção e saúde mental. Os principais resultados apontaram que: (a) em relação ao *status* socioeconômico não houve diferenças estatisticamente significativas entre os respondentes do grupo geral e não clínico, considerando ou não separadamente as amostras masculina e feminina; (b) na comparação entre os sexos nos grupos clínicos e geral houve diferenças estatisticamente significativas apenas na amostra feminina nos escores de empatia

e autocontrole: o grupo geral (que contém participantes com indicadores de depressão) apresentou escores menores de habilidades quando comparado ao grupo não clínico.

Três são as maiores implicações desse estudo. A primeira diz respeito à provisão de manuais de testes que contenham informações de estudos com variáveis controladas e não controladas. A segunda, aponta para a importância de amostragens probabilísticas que distribuam, aleatoriamente, os indicadores conhecidos em relação à prevalência para a população geral. Outra implicação é manter a opção metodológica realizando análises por gênero, uma vez que os dados confirmam as diferenças de comportamentos sociais de ambos os sexos.

Os dados apontaram também que o indicador de frequência do IHSA-Del Prette (2009) parece apresentar maior sensibilidade aos adolescentes dessa faixa etária, principalmente para quem já apresenta indicação à depressão em detrimento do indicador de dificuldade.

Em uma análise global, o presente estudo reitera, de certa forma, os pressupostos apresentados nos estudos anteriores no que diz respeito às análises de sexo e reafirma que as classes de habilidades sociais empatia e autocontrole, no indicador de frequência, parecem ser de suma importância na população adolescente que já se encontra no risco de desenvolver depressão e, conseqüentemente, as apontam, como variáveis individuais como um dos focos para a promoção de saúde mental do adolescente.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os estudos aqui relatados contribuíram com a produção de conhecimento no contexto brasileiro e atingiu os objetivos propostos. O conjunto de dados obtidos nesta tese por meio de delineamento comparativo e preditivo apontou para algumas semelhanças nos estudos empíricos que, em última instância, auxiliou em algumas compreensões do tema depressão na adolescência, habilidades sociais e variáveis sociodemográficas, como se verá a seguir.

A primeira delas é que, de fato, ao trabalhar com essa temática, parece de fundamental importância separar a amostra por sexo; a segunda, é que dentre todas as classes de habilidades sociais que apareceram no estudo, as de empatia e autocontrole apareceram com maior frequência, na amostra feminina, mas não para a masculina, o que sugere que se constituem como habilidades críticas no desenvolvimento do adolescente nesta fase inicial, e possuem papel de fatores de proteção. Portanto, bom repertório empático e de autocontrole em meninas pode sugerir ser um indicador de bem estar, e estar relacionado à promoção de saúde. Por outro lado, quando o repertório é baixo, pode sugerir presença de sintomas depressivos, alta exposição a eventos com função aversiva.

A terceira diz respeito à socialização que, parece ser afetada na depressão, especialmente para as meninas, mas não para os meninos, o que é condizente com a literatura (Rudolph, 2009; Hammen, 2009), pois eles apresentaram repertório social quase que indistintos de meninos sem indicadores de depressão. A quarta é que, de fato, o repertório de habilidades sociais de adolescentes com indicadores de depressão apresenta-se como mais empobrecido quando comparado ao de adolescentes sem indicadores de depressão, especialmente para as meninas. A quinta, confirmaram-se associações entre as variáveis (indicação de depressão, habilidades sociais e variáveis sociodemográficas), podendo ser, portanto, fatores de risco e proteção. No entanto, déficits de habilidades sociais e variáveis sociodemográficas apresentaram baixo poder preditivo à indicação de depressão em adolescentes. Nesse sentido, embora as habilidades sociais devam continuar ser parte de investigações, outras variáveis podem apresentar maior poder preditivo e precisam ser encontradas, no contexto dessa população. A sexta, é que na amostragem do presente estudo, *status* socioeconômico apareceu como variável não associada à indicação à depressão em adolescentes, o que não confirma a hipótese de haver uma associação negativa.

As limitações dos estudos empíricos precisam ser consideradas para que se analise o alcance dos dados obtidos. Primeira, os estudos não apresentaram amostragem representativa da população, portanto, dificulta-se a generalização dos dados obtidos. Segunda, o pequeno número de participantes é ainda menor para a amostra masculina com indicadores de depressão, o que requer a proposição de novos estudos com amostras que apresentem maior poder estatístico. Terceira, houve uma distribuição não homogênea dos participantes quanto ao *status* socioeconômico, o que sugere que em futuros estudos, esta falha possa ser sanada. Quarta, utilizou-se medidas estritamente de autorrelato. Sugere-se que para uma avaliação mais ampla, futuros estudos possam utilizar medidas de observação e diferentes informantes, como destacam Del Prette e Del Prette (2009). Quinta, os estudos apresentaram delineamento transversal, o que focaliza apenas, um momento no tempo (Cozby, 2006) e não possibilita estabelecer relações causais no que concerne às variáveis focos de investigação desse estudo. Embora estudos dessa natureza sejam relevantes, pois pesquisas transversais auxiliam na provisão de uma avaliação/diagnósticos rápidos, a temática dessa pesquisa comporta vários tipos de estudos: longitudinal, caso-controle, coorte, ensaios clínicos, de campo. Compreende-se que a variabilidade metodológica possibilite melhores alcances do fenômeno. Sexta, os estudos contemplaram apenas variáveis distais. Futuros estudos poderiam investigar variáveis mais proximais. Sétima, consiste nos participantes apresentarem indicadores de depressão e não o diagnóstico clínico de depressão. Possivelmente, a avaliação dessas mesmas variáveis investigadas neste estudo de uma população reconhecidamente clínica, poderia trazer dados adicionais.

Referidas as limitações dos presentes estudos, futuros estudos poderiam investir em ampliar as variáveis investigativas, como por exemplo: (a) investigar como os pais interagem com seus filhos adolescentes que apresentam indicação à depressão e quais são as semelhanças e diferenças de práticas educativas quanto às análises de sexo comparando com

as percepções que os próprios adolescentes têm das práticas educativas de seus pais; (b) buscar semelhanças e diferenças de habilidades sociais de adolescentes com e sem indicadores de depressão considerando seu nível socioeconômico, como por exemplo, avaliar e comparar os acessos aos bens culturais e habilidades sociais de adolescentes pertencentes às classes C e D; (c) compreender como os adolescentes com e sem indicadores de depressão relacionam-se socialmente com seus pares, no contexto escolar, a partir do uso de diferentes informantes e de observação direta; (d) habilidades sociais de adolescentes com e sem indicadores de depressão considerando grupos étnicos distintos; (e) uma vez que as meninas apresentam maior prevalência na depressão na adolescência (APA, 2005), identificar quais são as variáveis críticas (biológicas, comportamentais, culturais) que contribuem com maior peso para a depressão nesse período do desenvolvimento. Como estas variáveis interagem ao longo do tempo? Tal tipo de pesquisa sugere parcerias interdisciplinares entre pesquisadores psiquiatras e psicólogos; (f) outro estudo que poderia ser encaminhado seria a continuidade de investigar a população masculina. Ainda que a prevalência entre os meninos seja baixa (APA, 2005), uma pequena parcela apresenta sintomas de depressão. Nesse sentido, seria pertinente investigar quais são os fatores estressantes que desencadeiam indicação de depressão neles. Tentar responder a pergunta: por que as habilidades sociais não são afetadas para eles, no percurso do aparecimento dos sintomas depressivos?; (g) Futuras pesquisas também poderiam propor programas de intervenção com essa população, pois ainda não há consenso sobre a sua eficácia e efetividade, como já visto anteriormente, no Manuscrito I.; (h) identificar e comparar habilidades sociais e estabelecer relações entre eventos estressores, depressão de adolescentes do sexo feminino e masculino. Quais são esses eventos que apresentam função de gatilho para o desenvolvimento da depressão na adolescência entre os sexos? Quais são as relações desses eventos com as habilidades sociais desses adolescentes? Como se observa, investigar habilidades sociais e depressão na adolescência, bem como as

variáveis relacionadas a este fenômeno, configura-se um amplo campo de pesquisa, em que se têm mais perguntas que respostas, dada à escassez desse tipo de conhecimento em contexto brasileiro.

Os achados desses estudos têm potenciais implicações para a prática clínica, no contexto escolar e na saúde pública para prevenção, promoção de saúde e tratamento de adolescentes com indicadores de depressão. Entretanto, os profissionais de saúde precisam estar cientes de que os déficits de habilidades sociais associados aos sintomas depressivos, especialmente nas meninas, podem interferir diretamente na qualidade das relações com os pares e com a família. Por outro lado, não se pode perder de vista de investigar possíveis dificuldades interpessoais dos pais e pares que, muitas vezes acompanham a depressão na adolescência (Baptista, 1999). Desenvolver as habilidades e competências sociais em adolescentes é importante, pois os instrumentalizam a apresentar certo poder de escolha e auxiliá-los a optar por caminhos menos danosos à sua saúde (WHO, 1997; Matos et al 2006). No entanto, cabe ao profissional da saúde ser cuidadoso no sentido de avaliar e julgar as habilidades sociais e competências sociais do adolescente, durante suas análises idiossincráticas. Como apontam Ullman e Krasner (1975) e Gongora (2003) avaliar competências sociais pode ser extremamente difícil, uma vez que os contextos mudam frequentemente; por haver conflitos entre os comportamentos esperados em diferentes contextos; porque as respostas exigidas podem exigir discriminações muito sutis e variadas.

Por fim, sugere-se que para além de focalizar os aspectos comportamentais e individuais, investigações científicas poderiam ser ampliadas aos fatores sociais, econômicos, culturais e políticos que influenciam tanto a ocorrência de sintomas depressivos do adolescente, em uma avaliação conjunta.

## REFERÊNCIAS

- Amaral, V. L. A. R (2010). Novos desafios e problemas no ensino na área de comportamento e saúde. In: R.R Kerbauy (Orgs). *Comportamento e Saúde: Explorando alternativas*, (pp 11-15). Santo André, SP: ESETec-Editores Associados.
- American Foundation for Suicide Prevention (AFSP). Disponível em: [http://www.afsp.org/index.cfm?fuseaction=home.viewPage&page\\_id=05147440-E24E-E376-BDF4BF8BA6444E76](http://www.afsp.org/index.cfm?fuseaction=home.viewPage&page_id=05147440-E24E-E376-BDF4BF8BA6444E76). Acessado em setembro de 2012.
- American Psychiatric Association (APA, 2005). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4a.ed. (DSM-IV). Washington, D. C.
- Anzano, S. M., Rubio, J. M. L & Sánchez, I. M. H. (2004). Peculiaridades metodológicas de la psicología de la salud. In: J.M.L. Rubio., S.M.Anzano., Jimenez, S.B., Regañã, A.B., Sánchez, I.M.H (Orgs), *Psicología de la Salud y de la Calidade de Vida* (pp 97-130 ). Editora Uoc: Barcelona.
- Arnett, J. J. (1999). Adolescent storm and stress, reconsidered. *American Psychologist*, 54 (5), 317-326.
- Bahls, S. C (2002). Epidemiologia de sintomas depressivos em adolescentes de uma escola pública em Curitiba, Brasil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24, 63-67.
- Bahls, S. C, & Bahls, F. R. C. (2002).Depressão na adolescência: Características clínicas. *Interação em Psicologia*, 6,49-57.
- Bando, D. H., Brunoni, A. R., Fernandes, T. G.,Benseñor, I. M., &Lotufo, P. A (2012). Suicide rates and trends in São Paulo, Brazil, according to gender, age and demographic aspects: A join point regression analysis. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 34(3), 286-293.

- Baptista, M. N (1999). Fatores de risco na depressão. In: M.N & F.B Assumpção Júnior (Orgs). *Depressão na Adolescência: Uma visão multifatorial*. (pp. 31-40). São Paulo: EPU.
- Baptista, M. N., & Oliveira, A. A. (2004). Sintomatologia de depressão e suporte familiar em adolescentes: um estudo de correlação. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 14 (3), 58-67.
- Barry, M. & McQueen, D. (2005). The Nature of Evidence and its Use in Mental Health Promotion. In H. Herrman, S. Saxena, & R. Moodie (Eds.), *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice*, (pp. 108-118). Geneva: World Health Organization.
- Becker, R. E., Heimberg, R. G., & Bellack, A. S. (1987). *Social skills training treatment for depression*. New York: Pergamon Press.
- Boas, D.L. O. V., Banaco, R. A., & Borges, N. B (2012). Discussões da análise do comportamento acerca dos transtornos psiquiátricos. In N. B. Borges, F. A. Casas. *Clínica analítico-comportamental: Aspectos teóricos e práticos* (pp 95-101). Porto Alegre: Artmed.
- Bolsoni-Silva, A. T. (2002). Habilidades sociais: breve análise da teoria e da prática à luz da análise do comportamento. *Interação em Psicologia*, 6(2), 233-242.
- Bolsoni-Silva, A. T. (2003). *Habilidades Sociais Educativas, variáveis contextuais e problemas de comportamento: Comparando pais e mães de pré-escolares*. Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP.
- Bolsoni-Silva, A. & Carrara, K. (2010). Habilidades Sociais e Análise do Comportamento: Compatibilidades e dissensões conceitual-metodológicas. *Psicologia em Revista*, 16 (2), 330-350.

- Buss, P. M., & Filho, A. P. (2007). A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 17, 77-93.
- Campos, J. R. (2010). *Habilidades sociais de adolescentes com indicadores de depressão: considerando fatores de gênero e socioeconômicos*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de São Carlos-UFSCar, São Carlos, SP.
- Carbonell, D. M., Reinherz, H. Z., Giaconia, R. M., Stashwick, C. K., Paradis, A. D., & Beardslee, W. R. (2002). Adolescent protective factors promoting resilience in young adults at risk for depression. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 19, 393-412.
- Carmo, J. S., Cunha, L. O & Costa, E. C. P (2009). Adolescência, adolescentes, indivíduos que se comportam: Uma leitura a partir de pressupostos analíticos-comportamentais. In: R. C. Wielenska (Org). *Sobre Comportamento e Cognição: desafios, soluções e questionamentos*. Santo André: ESETec.
- Coyne, J. C (1976). Depression and the responses of others. *Journal of Abnormal Psychology*, 85 (2), 186-193.
- Cozby, P. C (2006). *Métodos de pesquisa em ciências do comportamento*. Editora Atlas: São Paulo.
- Comissão nacional sobre os determinantes sociais da saúde (CNDSS). *Determinantes Sociais da Saúde ou Por que alguns grupos da população são mais saudáveis que outros?* Recuperado em setembro de 2012: [http://www.determinantes.fiocruz.br/chamada\\_home.htm](http://www.determinantes.fiocruz.br/chamada_home.htm)
- Couto, M. C., Duarte, C. S, & Delgado, P. G (2008). Child mental health and Public Health in Brazil: Current situation and challenges. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 30 (4), 390-8.
- Cruvinel, M., & Boruchovitch, E. C. (2004). Sintomas depressivos, estratégias de aprendizagem e rendimento escolar de alunos do ensino fundamental. *Psicologia em Estudo*, 9, 369-378.

- Cuijpers, P., Van Straten, A. & Warmerdam, L. (2007). Behavioral activation treatments of depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 27(3), 318-26.
- Dekker, M. C., Ferdinand, R.F., Van Lang N.D., Bongers, I.L, Van der Ende, J., & Verhulst, F.C. (2007). Developmental trajectories of depressive symptoms from early childhood to late adolescence: Gender differences and adult outcome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(7), 657–666.
- Del Prette, A Del & Prette, Z. A. P. (2001). *Psicologia das relações interpessoais. Vivências para o trabalho em grupo*. Petrópolis: Vozes.
- Del Prette, A & Del Prette, Z. A .P (2009). *Inventário de habilidades sociais para adolescentes (IHSA-Del Prette): Manual de aplicação, apuração e aplicação*. Casa do Psicólogo.
- Del Prette, Z.A.P. & Del Prette, A (1999). *Psicologia das habilidades sociais: Terapia e educação*. Petrópolis: Vozes.
- Del Prette, Z. A. P. & Del Prette, A. (2002). Transtornos psicológicos e habilidades sociais. In H. J. Guilhardi, M. B. B. Madi, P. P. Queiroz, & M. C. Scoz (Orgs.), *Sobre comportamento e cognição: Contribuições para a construção da teoria do comportamento*, (pp. 377-386). Santo André: ESETec.
- Del Prette, Z. A. P. & Del Prette, A. (2005). *Psicologia das habilidades sociais na infância: Teoria e prática*. Petrópolis: Vozes.
- Del Prette, Z. A. P. & Del Prette, A. (2006). Psicologia educacional, forense e com adolescente em risco: Prática na avaliação e promoção de habilidades sociais. *Avaliação Psicológica*, 5, 99-104.
- Del Prette, Z. A. P. & Del Prette, A. (2010/2012). Social skills and behavior analysis: Historical proximity and new issues. *Perspectivas em Análise do Comportamento*, 1(2), 104-115 (English version of a português paper, originally published in 2010).

- Del Prette, Z. A. P., Rocha, M. N.; Silvaes, E. N. & Del Prette, A. (2012). Social Skills and Psychological Disorders: Converging and criterion- related validity for YSR and IHSADel- Prette in Adolescents at Risk. *Universitas Psychologica*. Bogotá, Colombia, *11*(3), 907-922.
- Diclemente, R., Hansen, W. & Ponton, L. (1996). Adolescents at risk: A generation in jeopardy. In: D.R. Hansen & Ponton, L. (Ed), *Handbook of adolescent health risk behavior* (pp 1-4). New York: Plenum Press.
- Dimidjian, S., Barrera, M., Martell, C., Muñoz, R. F. & Lewinsohn, P. M (2011). The origins and current status of Behavioral Activation treatments for depression. *Annual Review of Clinical Psychology*. *7*, 1-38.
- Donald M., & Dower J. (2002). Risk and protective factors for depressive symptomatology among a community sample of adolescents and young adults. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, *26*(6), 555-62.
- Dougher, M. J. & Hackbert, L. (1994/2003). Uma explicação analítico - comportamental da depressão e o relato de um caso utilizando procedimentos baseados na aceitação. *Revista Brasileira Terapia Comportamental Cognitiva*, *5*, 167-184.
- Ekers, D., Richards, D. & Gilbody, S. (2008). A meta-analysis of randomized trials of behavioural treatment of depression. *Psychological Medicine*, *38*(5), 611–23.
- Fatusi, A. O. & Hindin, M.J. (2010). Adolescents and youth in developing countries: Health and development issues in context. *Journal of Adolescence*. *33*(4):499-508.
- Ferster, C. B. (1973). A functional analysis of depression. *American Psychologist*, *28*, 857-. 870.
- Fonseca, M. H. G., Ferreira, R. A., & Fonseca, S. G. (2005). Prevalência de sintomas depressivos em escolares. *Pediatria*, *27*, 223-32.

- Formigli, V. L. A., Costa, M. C. O & Porto, L. A (2000). Avaliação de um serviço de atenção integral à saúde do adolescente, *Caderno Saúde Pública*, 16 (3), 831-41.
- Garber, J. (2006). Depression in children and adolescents linking risk research and prevention. *American Journal of Preventive Medicine*, 31 (6), 104-125.
- Gehm, T. P. (2013). *Reflexões sobre o estudo do desenvolvimento na perspectiva da Análise do Comportamento*. Dissertação de Mestrado, Universidade São Paulo, SP.
- Gongora, M. A. N. (2003). Noção de psicopatologia na análise do comportamento. In C.E. Costa, J.C. Luzia & H.H.N. Sant'Anna (Orgs). *Primeiros passos em análise do comportamento e cognição* (pp. 93-109). Santo André: ESETec.
- Gresham, F. M., Cook, C. R., Crews, S. D. & Kern, L. (2004). Social skills training for children and youth with emotional and behavioral disorders: Validity considerations and future directions. *Behavioral Disorders*, 30 (1), 32-46.
- Gresham, F. M. (2009). Análise do comportamento aplicada às habilidades sociais. In A. Del Prette & Z. A. P. Del Prette (Orgs.), *Psicologia das habilidades sociais: Diversidade teórica e suas implicações*, (pp.17-66). Petrópolis: Vozes.
- Guimarães, S. S. (2010). Psicologia da Saúde e doenças crônicas. In: R.R Kerbauy (Orgs). *Comportamento e Saúde: Explorando alternativas*, (pp 25-41). Santo André, SP: ESETec-Editores Associados.
- Hammen, C. (2009). Adolescent depression stressful interpersonal contexts and risk for recurrence. *Current Directions in Psychological Science*, 18 (4), 200-204.
- Haynes, S. N., & O' Brien, W. O. (1990). Functional analysis in behavior therapy. *Clinical Psychology Review*, 10, 649-668.
- Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P. A., Addis, M. E., Koerner, K., Gollan, J. K., Gortner, E., & Prince, S. E. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral

- treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64 (2), 295-304.
- Jatobá, J. V. N., & Bastos, O. (2007). Depressão e ansiedade em adolescentes de escolas públicas e privadas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 56 (3), 171-179
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J., & Grebb, J. A. (2003). *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. (7ª Ed). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kaslow, N. J., Brown, R. T., & Mee, L. L. (1994). Cognitive and behavioral correlates of childhood depression: a developmental perspective. In W. M. Reynolds & H. F. Johnston (Eds.). *Handbook of depression in children and adolescents* (pp. 97-121). New York: Plenum Press.
- Kazdin, A. E. (1993). Adolescent mental health: Prevention and treatment programs. *American Psychologist*, 48, 127-141.
- Kazdin, A. E., Kraemer, H. C., Kessler, R. C., Kupfer, D. J., & Offord, D. R. (1997). Contributions of risk-factor research to developmental psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 17, 375-406.
- Kazdin, A. E. (2000). *Psychotherapy for children and adolescents: Directions for research and practice*. Oxford University Press.
- Kerbauy, R. R (2002). Comportamento e saúde: Doenças e desafios. *Psicologia Usp*, 13, 11-28.
- Kistner, J. (2009). Sex differences in child and adolescent psychopathology: An introduction to the special section. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 38(4), 453-459.
- Lerner, R. M., & Steinberg, L. (2004). The scientific study of adolescent development: Past, present, and future. In R. M. Lerner & L. Steinberg (Eds.), *Handbook of adolescent psychology* (2nd ed., pp.1-12). New Jersey, NJ: John Wiley & Sons.

- Lewinsohn, P. M. (1974). *Clinical and theoretical aspects of depression*. In: K. S. Calhoun, H. E. Adams, & H.M. Mitchell (Orgs.), *Innovative treatment methods of psychopathology* (pp. 63-120). New York: Wiley.
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., Seeley, J. R., Klein, D. N. & Gotlib, I. H. (2000). Natural course of adolescent major depressive disorder in a community sample: Predictors of recurrence in young adults. *American Journal of Psychiatry*, 157 (10), 1.584-1.591.
- Marôco, J. (2011). *Análise Estatística com o SPSS STATISTICS*. Editor: Report Number.
- Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, 35, 807-817.
- Matos, M. G., Simões, L., Canha, L., & Fonseca, S. (1996). *Saúde e estilos de vida nos jovens portugueses*. Aventura Social e Saúde/Faculdade de Motricidade Humana.
- Matos, M.G. (2004). Psicologia da saúde, saúde pública e saúde internacional. *Análise Psicológica*, 22 (3), 449-462.
- Matos, M. G., Simões, C., Silva, M., Tomé, G., Gaspar, T., Diniz, J., & Equipa do Aventura Social (2006). *Indicadores de Saúde dos Adolescentes Portugueses*. Lisboa: Aventura Social e Saúde/Faculdade de Motricidade Humana.
- Mazzucchelli, T, Kane, R. & Rees, C. (2009). Behavioral Activation treatment of depression in adults: A meta-analysis and review. *Clinical Psychology Science and Practice*, 16, 383–411.
- McFall, R. M. (1982). A review and reformulation of the concept of social skills. *Behavioral Assessment*, 4, 1-33.
- Méndez, F. X., Olivares, J. & Ros, M. C. (2005). Características clínicas e tratamento da depressão na infância e adolescência. Em: V. E. Caballo & M. A. Simón (Orgs.). *Manual de Psicologia Clínica Infantil e do Adolescente – Transtornos Gerais* (pp. 139-185). São Paulo: Livraria Santos.

- Messer, S. B. (2004). Evidence-based practice: Beyond empirically supported treatments. *Professional Psychology: Research and Practice*, 35 (6) 580–588.
- Moraes, A. B. A. & Rolim, G.S (2012). Algumas reflexões analíticos-comportamentais na área da psicologia da saúde. In N. B.Borges, F.A. Cassas. *Clínica analítico-comportamental: aspectos teóricos e práticos* (pp 287-293). Porto Alegre: Artmed.
- Morrison-Valfre, M. (2005). *Foundations of mental health care*. Oregon: Mosby Elsevier.
- Nolen-Hoeksema, S & Girgus, J. S (1994). The emergence of gender differences in depression during adolescence. *Psychological Bulletin*, 115(3), 424-443.
- Novak, G & Peláez, M (2004). *Child and adolescent development: A Behavioral Systems Approach*. Sage Publications.
- Poli, P., Sbrana, B., Marcheschi, M., & Masi, G. (2003). Self-reported depressive symptoms in a school sample of italian children and adolescents. *Child Psychiatry HumanDevelopment*, 33, 209-226.
- Prinstein, M. J., Borelli, J. L., Cheah, C. S., Simon, V.A., & Aikins, J.W. (2005). Adolescents girls interpersonal vulnerability to depressive symptoms: Alongitudinal examination of reassurance-seeking and peer relationships. *Journal Abnormal Psychology*, 114 (4), 676-88.
- Reis, M. J. D.& Rabelo, L. Z (2010). Fibromialgia e estresse: Explorando relações. *Temas em Psicologia (Ribeirão Preto)*, 18 (2), 399-414.
- Rocha, M.M., & Silvaes, E. F. M. (2010). Competências de jovens brasileiros: Fator de proteção para problemas comportamentais. Em *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*. Universidade do Minho: Portugal.
- Ross, A. G., Shochet I. M., & Bellair, R.(2010). The role of social skills and school connectedness in preadolescent depressive symptoms. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 39(2), 269-75.

- Rubio, J. M. L (2004). Fundamentos de la psicología de la salud. In: J.M.L. Rubio., S.M.Anzano., Jimenez, S.B., Regañã, A.B., Sánchez, I.M.H (Orgs), *Psicología de la Salud y de la Calidade de Vida* (pp 15-40). Editora Uoc: Barcelona.
- Rudolph, K.D (2009). Adolescent depression. In I. H. Gotlib., & C. L. Hammen (Eds.), *Handbook of depression* (pp. 444-466). New York: The Guilford Press.
- Salvo, C. G. (2010). Práticas educativas parentais e comportamentos de proteção e risco à saúde em adolescentes. Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP.
- Santiago-Rivera, A., Kanter.J. W., Benson, G. Derose, T. Illes, R., & Reyes, W. (2008). Behavioral activation as alternative treatment approach for latinos with depression. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 45, 173–85.
- Sapienza, G.,Aznar-Farias, M. & Silvares, E. F. M. (2009). Competência Social e práticas educativas parentais em adolescentes com alto e baixo rendimento acadêmico. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22(2), 208-213.
- Schoen-Ferreira, T. H., Aznar-Farias, M. & Silvares, E. F. M (2010). Adolescência através dos séculos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26 (2), 227-234.
- Segrin, C. (2000). Social skills deficits associated with depression. *Clinical Psychology Review*,20 (3), 379–403.
- Segrin, C., & Flora, J. (2000). Poor social skills are a vulnerability fator in the development of psychosocial problems. *Human Communication Research*, 26(3), 489-514.
- Seligman, M. E. P. (1977). *Desamparo: Sobre depressão, desenvolvimento e morte*. São Paulo: HUCITC-EDUSP.
- Senna, S. R. C. M.; Dessen, M. A. (2012). Contribuições das teorias do desenvolvimento humano para a concepção contemporânea da adolescência. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 28, 101-108.

- Silva, M. P., & Murta, S. G. (2009). Treinamento de habilidades sociais para adolescentes: Uma experiência no Programa de Atenção Integral à Família. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 22, 1-8.
- Souza, E. M. & Grundy, E. (2004). Promoção da saúde, epidemiologia social e capital social: Inter-relações e perspectivas para a saúde pública. *Cadernos de Saúde Pública*, 20 (5), 1.354- 1.360.
- Souza, L. D. M., Silva, R. S., Godoy, R. V., Cruzeiro, A. L. S., Faria, A. D., Pinheiro, R. T., Horta, B. L. & Silva, R. A (2009). Sintomatologia depressiva em adolescentes iniciais: Estudo de base populacional. *Jornal Brasileiro Psiquiatria*, 57 (4), 261-266.
- Straub, R. O (2005). *Psicologia da Saúde*. Porto Alegre: Artmed
- Suchocka, A., & Kovess-Masféty, V. (2006). Promotion et prevention en santé mentale chez les très jeunes enfants: Revue de la littérature. *Annales Médico-Psychologiques*, 164, 183-194.
- Taylor, S.E (1995). *Health psychology*. New York: McGraw-Hill.
- Taylor, S. E., Repetti, R. L., & Seeman, T. (1997). Health psychology: What is an unhealthy environment and how does it get under the skin? *Annual Review of Psychology*, 48, 411-447.
- Thase, M.E. (2009). Biological aspects of depression. In: Gotlib I. H, & C. L Hammen (Eds), *Handbook of depression (pp 187-21 )*. New York: Guilford Press.
- Toni, C. G. S (2013). *Práticas educativas parentais e comportamento do adolescente*. Editora Prottexto: Curitiba.
- Toni, C.G. S., & Silveiras, E.F. M. (2013). Práticas educativas parentais e comportamentos de saúde e risco na adolescência: Um modelo preditivo. *Revista Psicologia Argumento*, 31 (74), 457-471.

- Trower, P., Bryant, B. & Argyle, M. (1978). *Social skills and mental health*. London: Methuen.
- Ullmann, L.P & Krasner, L (1975). *A psychological approach to abnormal behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- UNICEF (2011). Adolescência: uma fase de oportunidades. Recuperado em setembro de 2012: [http://www.unicef.org/brazil/pt/br\\_sowcr11web.pdf](http://www.unicef.org/brazil/pt/br_sowcr11web.pdf)
- Vila, E.M. & Zakir, N.S (2003). Tratamento de estresse: desenvolvimento de habilidades de enfrentamento. In: C.G. Almeida (Org), *Intervenções em grupo: estratégias psicológicas para a melhoria da qualidade de vida* (pp-123-142), Campinas, SP: Papirus.
- Viner, R.M., Ozer, E.M., Denny, S., Marmot, M. Resnick, M., Fatusi, A., Currie, C. (2012). Adolescence and the social determinants of health. *The Lancet*, 379, 1641-1652.
- Waiselfisz, J.J (2012). *Mapa da violência: Crianças e adolescentes do Brasil*. Rio de Janeiro, RJ.
- Wight, R. G., Botticello, A. L., & Aneshensel, C. S. (2006). Socioeconomic context, social support, and adolescent mental health: A multilevel investigation. *Journal of Youth and Adolescence*, 35 (1), 109-120.
- Williams, P.G, Holmbeck, G.N, Greenley, R.N (2002). Adolescent health psychology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70 (3):828-42.
- World Health Organization (1997). *Life Skills Education for Children and Adolescents in Schools*. Geneva: Programme on Mental Health World Health Organization.
- World Health Organization (2002). *Gender and mental health*. Recuperado em setembro de 2012: <http://whqlibdoc.who.int/gender/2002/a85573.pdf>
- World Health Organization (2005). *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence e practice*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (2008) *Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*. Geneva.

World Health Organization (2011). *Youth and health risks*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (2012a). *Adolescent health*. Recuperado em setembro de 2012  
[http://www.who.int/topics/adolescent\\_health/en/](http://www.who.int/topics/adolescent_health/en/)

World Health Organization (2012b). *Adolescent mental health: mapping actions of nongovernmental organizations and other international development organizations*. Geneva.

World Health Organization (2012c). Día mundial de la salud mental. Recuperado em setembro de 2012  
[http://www.who.int/mediacentre/events/annual/world\\_mental\\_health\\_day/es/index.html](http://www.who.int/mediacentre/events/annual/world_mental_health_day/es/index.html)

World Health Organization (2012d) Recuperado em dezembro de 2013  
 (<http://www.youtube.com/watch?v=XiCrniLQGYc&feature=youtu.be>).

Zahn-Waxler, C., Crick, N. R., Shirtcliff, E. A., & Woods, K. E. (2006). The origins and development of psychopathology in females and males. In: D. Cicchetti & D.J Cohen (Org). *Developmental psychopathology: Theory and methods* (pp. 76-138). New York: John Wiley & Sons.

Zahn-Waxler, C., Shirtcliff, E.A. & Marceau, K. (2008). Disorders of childhood and adolescence: Gender and psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 4, 275-303.

## **ANEXOS**

**ANEXO A- Termo Consentimento Secretaria Municipal da Educação**

SECRETARIA MUNICIPAL DA EDUCAÇÃO DE RIBEIRÃO PRETO

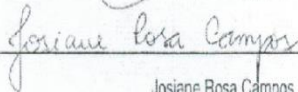
PARECER

Ribeirão Preto, 26 de janeiro de 2009.

Eu, María Débora Vendramini Durlo, Secretária da Educação - Municipal, (nome inteiro e cargo) da Secretaria Municipal da Educação, da cidade de Ribeirão Preto, autorizo a aluna de mestrado Josiane Rosa Campos, matriculada regularmente no Programa de Pós Graduação em Psicologia, na Universidade Federal de São Carlos, supervisionada pelo professor doutor Almir Del Prette, a realizar a pesquisa sobre avaliação do repertório de habilidades sociais em adolescentes com indicadores de depressão, nas escolas municipais (EMEFs) e escolas do Ensino Médio dessa cidade. Para a realização desta pesquisa, autorizo a aplicação dos inventários (para a primeira fase da pesquisa), e a aplicação das situações estruturadas (prevista para a segunda fase da pesquisa), em alunos do Ensino Fundamental correspondente às 6ª e 8ª séries e do Ensino Médio. A pesquisadora esclareceu-me sobre as medidas éticas a serem tomadas, como por exemplo, sigilo dos participantes que serão selecionados, apresentar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos pais desses participantes. Estou ciente do meu direito de obter o relatório final, assim que essa pesquisa for finalizada. A pesquisadora se compromete também a realizar uma devolutiva, também em forma de relatório, às escolas que lhe cederão espaço para a realização da coleta de dados.



(nome e Cargo)



Josiane Rosa Campos

(pesquisadora)

**ANEXO B- Inventário de Habilidades Sociais para Adolescentes (IHSA-Del-Prete)**



**ANEXO C- Inventário de Depressão Infantil**  
**(CDI)**

**INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO INFANTIL**  
**(Kovacs, 1992)**  
(Versão modificada, com exclusão da maioria dos itens)

Nome \_\_\_\_\_

Série \_\_\_\_\_

Escola: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Para cada grupo de três frases, escolha aquela que melhor descreve o seu estado nas duas últimas semanas. Importante lembrar que não existe resposta certa ou errada.

Item 1:

- Eu fico triste de vez em quando.
- Eu fico triste muitas vezes.
- Eu estou sempre triste.

Item 3:

- Eu faço bem a maioria das coisas.
- Eu faço errado a maioria das coisas.
- Eu faço tudo errado.

Item 10:

- Eu sinto vontade de chorar todos os dias.
- Eu sinto vontade de chorar quase todos os dias.
- Eu sinto vontade de chorar de vez em quando.

Item 14

- Eu tenho boa aparência.
- Tem coisas na minha aparência que eu não gosto.
- Eu me acho feio

Item 16

- Eu sempre tenho dificuldades para dormir.
- Eu, algumas vezes, tenho dificuldades para dormir.
- Eu durmo bem.

Item 17

- Eu me sinto cansado (a) de vez em quando.
- Eu me sinto cansado (a) quase sempre.
- Estou sempre cansado (a).

**ANEXO D-Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Aos pais e/ou responsáveis do (a) adolescente: \_\_\_\_\_

**Senhores pais e/ou responsáveis,**

Seu familiar está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa, cujo principal objetivo é avaliar pensamentos, sentimentos e comportamentos sociais de adolescentes. Essa pesquisa está sendo desenvolvida pela mestrandia Josiane Rosa Campos, sob orientação do professor Drº Almir Del Prette, da Universidade Federal de São Carlos. O orientador é docente há muitos anos nesta instituição e pesquisador experiente na área de relacionamentos sociais, apresentando livros e artigos publicados sobre o tema.

A participação do seu familiar consistirá em preencher três questionários: um refere-se a identificar os pensamentos e sentimentos dos adolescentes nas duas últimas semanas; o segundo refere-se a identificar de que maneira os adolescentes se comportam socialmente. O terceiro questionário é sobre as condições sociodemográficas.

O seu (sua) familiar terá o direito de retirar o consentimento, caso deseje, sem sofrer danos nenhum. Diante de quaisquer efeitos adversos ou fatos relevantes, que alterem o curso normal do estudo, a Comissão de Ética será comunicada, para assegurar aos participantes os benefícios e, desta maneira, protegê-los dos riscos.

A pesquisadora compromete-se com o sigilo das informações obtidas, isto é, o nome de seu (sua) familiar não será divulgado a ninguém. Os resultados desta pesquisa serão divulgados em revistas especializadas e eventos científicos.

Esta carta visa, portanto, solicitar sua declaração de consentimento livre e esclarecido para que seu familiar participe da presente pesquisa.

Você e seu familiar não terão nenhuma despesa por participar da mesma.

A pesquisa foi aprovada pela Secretaria da Educação, pelo Comitê de Ética da UFSCar e pela direção da escola onde seu familiar estuda.

**Declaro que entendi os termos descritos acima e ofereço o consentimento livre e esclarecido para que meu familiar participe da presente pesquisa.**

---

(assinatura pai, mãe ou responsável)

---

Josiane Rosa Campos  
(Pesquisadora do Programa de Pós Graduação em Psicologia-UFSCar)

## **ANEXO E-Parecer Comitê de Ética**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS,  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA  
Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos  
Via Washington Luís, km. 235 - Caixa Postal 676  
Fones: (016) 3351.8109 / 3351.8110  
Fax: (016) 3361.3176  
CEP 13560-970 - São Carlos - SP - Brasil  
[propo@power.ufscar.br](mailto:propo@power.ufscar.br) - <http://www.propg.ufscar.br/>

## CAAE 0735.0.000.135-09

**Título do Projeto:** Avaliação de repertório de habilidades sociais em adolescentes com indicadores de depressão

**Classificação:** Grupo III

**Procedência:** Programa de Pós-Graduação em Psicologia

**Pesquisadores (as):** Josiane Rosa Campos, Almir Dell Prette (orientador)

**Processo nº:** 23112.001163/2009-24

### Parecer Nº. 144/2009

#### 1. Normas a serem seguidas

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 - Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.3.z), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa (Item V.3) que requeiram ação imediata.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA - junto com seu posicionamento.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprobatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, item III.2.e).
- Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ e ao término do estudo.

#### 2. Avaliação do projeto

O Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (CEP/UFSCar) analisou o projeto de pesquisa acima identificado e considerando os pareceres do relator e do revisor DELIBEROU:

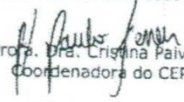
As pendências apontadas no Parecer nº.110/2009, de 04 de maio, foram satisfatoriamente resolvidas.

O projeto atende as exigências contidas na Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde.

#### 3. Conclusão:

Projeto aprovado

São Carlos, 27 de maio de 2009.

  
Prof. Dra. Cristina Paiva de Sousa  
Coordenadora do CEP/UFSCar