

Universidade Católica de Pelotas

BÁRBARA PEREIRA TERRES

OS PAPEIS SEXUAIS E A SUA RELAÇÃO COM OS ESTILOS
DEFENSIVOS NO CONTEXTO CLÍNICO DE MULHERES COM
DEPRESSÃO

PELOTAS

2014

BÁRBARA PEREIRA TERRES

OS PAPEIS SEXUAIS E A SUA RELAÇÃO COM OS ESTILOS
DEFENSIVOS NO CONTEXTO CLÍNICO DE MULHERES COM
DEPRESSÃO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento da Universidade Católica de Pelotas como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Saúde e Comportamento.

Orientador: Prof. Dr. Luciano Dias de Mattos Souza.

PELOTAS

2014

OS PAPEIS SEXUAIS E A SUA RELAÇÃO COM OS ESTILOS DEFENSIVOS NO CONTEXTO CLÍNICO DE MULHERES COM DEPRESSÃO

BANCA EXAMINADORA

.....
Prof. Dr. Luciano Dias de Mattos Souza

Presidente da banca examinadora e orientador

Doutorado em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

Professor Adjunto e Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento da
Universidade Católica de Pelotas

.....
Prof. Dr. José Augusto Evangelho Hernandez

1º Examinador

Doutor em Psicologia do Desenvolvimento pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Professor Adjunto e Subchefe do Departamento de Fundamentos da Psicologia da Universidade do
Estado do Rio de Janeiro

.....
Prof. Dr. Ricardo Azevedo da Silva

2º Examinador

Bolsista de Produtividade em Pesquisa 1D | Orientador de Doutorado

Doutorado em Ciências Médicas pela Universidade do Porto, Portugal

Professor Adjunto da Universidade Católica de Pelotas

PELOTAS/RS

2014

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer às pessoas que contribuíram para que este trabalho pudesse acontecer.

Em primeiro lugar, ao meu querido orientador, Prof. Dr. Luciano Dias de Mattos Souza, pelos ótimos encontros. Recebi muito além de orientações metodológicas, pois com seu exemplo, diplomacia, sorriso, paciência, leveza, docilidade, otimismo, tranquilidade e aceitação, possibilitou que essa fase de construção de ideias fosse ampla, agradável, rica e conjunta.

A toda a equipe da pesquisa do mestrado em Saúde e Comportamento e a todos os professores da graduação e pós-graduação da UCPel, pelo aprendizado, envolvimento, parceria e dedicação.

Aos pacientes, pela oportunidade de aprender e pensar sobre psicologia nas avaliações e na prática clínica.

Às minhas queridas colegas, Cynthia Luz Yurgel e Rose Mary Kerr de Barros, pelos enormes ouvidos, apoio, motivação, exemplo e acolhimento.

A todos os meus amigos, em especial Danilo Machado e Adrize Porto, pela amizade constante, pelo incentivo à pesquisa, pelas orientações, pelo exemplo e estímulo.

A minha amada amiga Raquel Oliveira, por sempre estar ao meu lado, apesar da distância física, e por acreditar em mim.

A toda a minha família, principalmente ao meu pai, meu porto seguro; e minha mãe, por sempre acreditar que posso ir além.

Ao Marco, pelo amor incondicional.

Ao Zen, por sempre me esperar feliz.

Sem a companhia, amor e presença de todos, não teria sido possível chegar até aqui.

*"I have many problems in my life. But my lips don't know that.
They always smile. " (Charlie Chaplin)*

SUMÁRIO

1. IDENTIFICAÇÃO	8
1.1 Título	8
1.2 Mestranda	8
1.3 Orientador	8
1.4 Instituição	8
1.5 Área do conhecimento CNPq	8
2. PROJETO DE PESQUISA	8
2.1 Introdução	8
2.2 Objetivo	14
2.3 Hipóteses	14
2.4 Revisão de Literatura	14
2.4.1 Estratégias de busca	14
2.4.2 Quadro de Revisão	15
2.4.3 Fundamentação teórica	16
2.5 Procedimentos metodológicos	18
2.5.1 Tipo de estudo	18
2.5.2 População alvo	18
2.5.3 Amostra	18
2.5.4 Coleta de dados	19
2.5.5 Instrumentos	19
2.5.6 Fluxograma	20
2.5.7 Seleção e treinamento de entrevistadores	21
2.5.8 Aspectos éticos	21
2.5.9 Estudo-piloto	22
2.5.10 Processamento e análise dos dados	22
2.5.11 Divulgação dos resultados	22
2.6 Orçamento	22
2.7 Cronograma	22
2.8 Local do estudo	23
2.9 Pessoal auxiliar	23
REFERÊNCIAS	24
ANEXOS	28
Anexo 1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	28
Anexo 2. BSRI	30
Anexo 3. DSQ-40	32

ARTIGO	38
Introdução	40
Metodologia	43
Resultados	45
Discussão	46
Considerações Finais	48
Referências.....	49
Tabela 1 – Diferenças de médias entre estilos defensivos ou defesas individuais	53
Tabela 2 – Correlação entre estilos defensivos ou defesas individuais	54

BÁRBARA PEREIRA TERRES

OS PAPEIS SEXUAIS E A SUA INTERFACE COM OS ESTILOS
DEFENSIVOS EM MULHERES COM DEPRESSÃO

Projeto de Pesquisa apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento da Universidade Católica de Pelotas como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Saúde e Comportamento.

Orientador: Prof. Dr. Luciano Dias de Mattos Souza.

PELOTAS

2014

1. IDENTIFICAÇÃO

1.1 Título

Os Papeis Sexuais e a sua Interface com os Estilos Defensivos em Mulheres com Depressão

1.2 Mestranda

Bárbara Pereira Terres

1.3 Orientador

Prof. Dr. Luciano Dias de Mattos Souza

1.4 Instituição

Programa de Pós-graduação em Saúde e Comportamento (PPGSC) da Universidade Católica de Pelotas (UCPel)

1.5 Área do conhecimento CNPq

Psicologia 70700001

2. PROJETO DE PESQUISA

2.1 Introdução:

No que se refere às pesquisas em eficácia psicoterapêutica, a melhora do paciente está diretamente ligada à remissão dos seus sintomas¹. Dentre as mudanças que ocorrem no processo terapêutico, destaca-se a utilização do tipo de mecanismo de defesa empregado. A evolução no uso dos mecanismos está relacionada à remissão ou diminuição dos sintomas, enquanto seu uso excessivo pode refletir em um fracasso terapêutico^{1,2,3}. Dessa forma, a evolução do uso dos mecanismos de defesa é um fator muito importante para a terapia, pois pode ser evidenciada em um comportamento mais adaptativo, bem como em uma dinâmica psíquica mais saudável do indivíduo^{4,5}.

A conceituação dos mecanismos de defesa do ego talvez seja a mais valiosa contribuição da psicanálise ao postular que os mecanismos de defesa inconscientes protegem o indivíduo de emoções, ideias e ações dolorosas⁶. Freud estabeleceu que tudo aquilo que é percebido inicialmente como sintoma, pode também, estar relacionado a um potencial processo de cura, quando, por exemplo, tal sintoma é trazido à consciência, no processo terapêutico⁷.

Durante um período de mais de 40 anos, ele buscou compreender e identificar a maioria dos mecanismos de defesa que se conhece até hoje e definir propriedades importantes acerca do

conceito¹. De acordo com a teoria psicanalítica, assim, esses mecanismos funcionam em um nível inconsciente buscando manter a homeostase do ego, afastando conflitos - de origem intrapsíquica, interpessoal ou estressores ambientais - da consciência⁷.

Nessa perspectiva, estudos empíricos mais recentes mostram que há um crescente interesse no estudo dos mecanismos de defesa em diferentes patologias humanas. Tal interesse abrange teóricos de diversas linhas: os psicólogos cognitivos confirmaram a existência dos processos inconscientes, já os psicólogos do desenvolvimento, da personalidade e de psicólogos sociais encontraram evidências para os mecanismos de defesa que explicam o funcionamento psicológico⁸⁻¹¹.

Cramer, ao longo de mais de 20 anos, vem realizando várias pesquisas a respeito do tema mecanismos de defesa, relacionando-os a diversos temas de interesse psicológico. Essa autora compilou diversas investigações que resultou em "*The seven pillars of defense mechanisms*" (Os sete pilares dos mecanismos de defesa)⁷. Um desses pilares ressalta que as defesas fazem parte do funcionamento normal do indivíduo, conforme descrito anteriormente por Ana Freud, sendo que o uso de defesas mais maduras prediz um comportamento mais adaptativo^{3,4}.

O termo mecanismos de defesa é usado para descrever também comportamentos que visam conciliar os impulsos internos com as demandas externas do indivíduo. Seria impossível tirar conclusões a partir de um mecanismo isolado, portanto, eles foram agrupados e chamados de estilos defensivos¹².

Assim, os estilos defensivos podem identificar aspectos do estágio de desenvolvimento da personalidade, associar os mecanismos aos transtornos psiquiátricos ou nível de maturidade psíquica e ainda compreender melhor os fenômenos mentais e o funcionamento egóico¹². Os estilos estão arranjados ao longo de um *continuum*, de defesas imaturas a maduras e são utilizadas independente da existência de psicopatologia¹³.

O estudo dos mecanismos de defesa do ego, dessa forma, tem servido como indicativo do modo típico de um indivíduo lidar com os conflitos¹⁴. Além disso, por ser uma importante dimensão da estrutura de personalidade do indivíduo, tornou-se o primeiro conceito psicanalítico a ser reconhecido pelo DSM-IV com a proposta de um eixo diagnóstico para futuros estudos¹⁴.

A possibilidade de as terapias terem um efeito diferente na alteração dos mecanismos de defesa tem sido colocada como uma questão crucial nas pesquisas, pois um maior nível dos mecanismos de defesa pode ser preditor de uma melhor aliança terapêutica, entre outros fatores, permitindo-nos analisar se há evidências empíricas para essas alterações².

Além disso, há dados emergentes relacionando o uso intenso de mecanismos de defesa ao término prematuro da terapia e da baixa adesão a vários tratamentos médicos, o que pode ter implicações para qualquer profissional de saúde, o que faz com que este seja um assunto de muito interesse para a prática clínica³.

A modificação dos sintomas é uma das justificativas para a eficácia no tratamento terapêutico, como já comentado, por isso é importante compreender por que a mudança do sintoma ocorreu¹. Algumas mudanças psicológicas, entre elas as dos estilos defensivos, podem estar associadas com tal melhora. Há evidências sobre o benefício terapêutico intensivo e a diminuição das defesas imaturas, com a conseqüente diminuição de alguns sintomas psiquiátricos¹.

Devido a essas evidências, a relação entre os mecanismos de defesa e os transtornos psiquiátricos tem sido estudada por muitos anos¹⁵. Alguns teóricos propõem que os mecanismos estão diretamente relacionados aos diagnósticos psiquiátricos, outros teorizam que eles são aspectos da personalidade que funcionam de forma independente^{15,16}. Pode-se concluir que o diagnóstico se refere aos sintomas e ao comportamento patológico, enquanto as defesas estão relacionadas à forma como as pessoas lidam com uma situação, consciente ou inconscientemente¹⁵.

Algumas pesquisas, buscando entender melhor as influências dos mecanismos nos transtornos, encontraram que as defesas imaturas diferenciam os controles dos pacientes com transtornos psiquiátricos, além de discriminar os pacientes deprimidos dos pacientes com transtorno do pânico e obsessivo, por exemplo¹⁷.

Tratando-se do transtorno depressivo, mais especificamente, alguns pesquisadores o relacionam como sendo uma reação a uma perda real ou imaginária e que pode estar relacionada com os mecanismos de defesa^{18,19}. Aqueles com depressão, mediarão os conflitos de diversas formas, incluindo voltar sua raiva para os outros ou para si próprio, punindo-se com um sentimento de desesperança, buscando ajuda e rejeitando-a ou ainda agindo sem considerar as conseqüências²⁰.

O uso maciço de defesas imaturas nesses pacientes serve, também, para provocar reações negativas nos outros, resultando em um ciclo de autoperpetuação da sintomatologia depressiva²¹. Os mecanismos de defesa, nesse sentido, modificam-se com a melhora dos sintomas depressivos, assim, há um declínio no uso das defesas imaturas, sem alteração das defesas neuróticas e maduras²².

A respeito do mesmo transtorno, em análises de base populacional, a depressão atinge a prevalência de 10% e a incidência de 2% na população. A prevalência é alta, independente do local, do instrumento utilizado e dos períodos de tempo para os quais a prevalência se aplica, o que motiva a grande produção científica em torno da doença²³. No município de Pelotas, local em que será realizado o atual trabalho, destacou-se que as prevalências de sintomas depressivos foram elevadas e foi encontrado que os indivíduos do sexo feminino, de idade avançada, fumantes e obesos mostraram-se associados à maioria dos desfechos²³.

A proporção de distribuição de duas mulheres para um homem nas taxas de prevalência de depressão maior é amplamente descrita e produto de estudos bem conduzidos, entretanto, permanecem muitas incertezas em aspectos fundamentais desse tema²⁴.

Afirma-se que a psicoterapia, por exemplo, é muito eficaz no tratamento para a depressão e ela parece reduzir o risco de recaída, mesmo após sua reincidência²⁵. Por outro lado, os estudos raramente focam-se na relação entre o sexo e a eficácia do tratamento para a depressão²⁶.

O sexo do indivíduo, pode constituir uma características que modifique a etiologia e manutenção do transtorno depressivo em homens e mulheres Assim, a causa da depressão em mulheres pode ser diferente em contraste com os homens, o que também vem sendo pouco estudado²⁶.

Nesse sentido, sabe-se que homens e mulheres respondem de forma diferente à terapia, reforçando o fato de que os clientes necessitam de abordagens diferentes para que sejam maximizados os ganhos terapêuticos^{27,28}.

Ao longo de um ano de terapia intensiva, por exemplo, sabe-se que os pacientes diminuem o uso geral das defesas, apresentando diferenças entre os sexos. Tal diminuição ocorre igualmente nos sintomas clínicos, com conseqüente melhora das relações interpessoais¹.

Os mecanismos de defesa são de difícil acesso e podem ser identificados, entre outras formas, pelo método clínico, através da observação do comportamento do paciente¹⁸. Homens e mulheres também demonstram diferenças na organização defensiva durante situações de conflito²⁹. Além de diferirem no uso de defesas particulares, é também possível que as mesmas defesas tenham implicações diferentes em homens e mulheres^{1,30}.

As defesas direcionadas para o exterior, que externalizam os conflitos e os afetos caracterizam mais os homens, auxiliando na compreensão de alguns comportamentos que podem ser culturalmente associados aos homens. Enquanto as defesas que envolvem uma modificação da realidade interna, que dirigem a agressividade para o interior (contra si próprio) são mais características das mulheres, o que parece estar diretamente associado aos sintomas depressivos, como comentado anteriormente^{20,30, 31}.

Há também estudos realizados sobre o uso de mecanismos de defesa específicos e suas relações com outros aspectos da personalidade. Evidenciando, assim, alguns conceitos da teoria psicanalítica- da qual esses mecanismos se originaram- através de estudos empíricos³⁰.

Tais trabalhos mostram, por exemplo, que à medida que uma criança se torna cognitivamente capaz de decifrar o funcionamento de uma defesa, essa defesa se torna menos útil, e uma nova, cognitivamente mais complexa e ainda não compreendida, toma o seu lugar³⁰. Comprovando, assim, que os mecanismos de defesa se modificam ao longo do tempo e reforçam a ideia de que diferentes defesas emergem da proeminência de diferentes pontos do desenvolvimento⁴.

Existem diversos tipos de diferença entre os sexos quanto a manifestações depressivas, como aspectos epidemiológicos, biológicos, sociais e psicológicos²⁵. O sexo, dessa forma, pode influenciar diretamente os mecanismos de defesa, como podemos observar e os primeiros estudos desenvolvidos nesse contexto, o consideravam como uma variável individual, apenas de natureza

biológica. Assim, procuravam detectar as diferenças de comportamentos, traços e habilidades entre homens e mulheres³².

As limitações de tal abordagem levaram à adoção de um novo paradigma, que passou a conceber o gênero como uma variável de personalidade e, portanto, de natureza psicológica, responsável por diferenças individuais nos atributos que definem um papel masculino ou feminino³³.

Além do mais, as percepções do sexo e o papel cultural das atitudes e dos comportamentos vêm sendo relacionados a aspectos da personalidade e às expectativas nos tratamentos, mas pouco ainda se sabe sobre em termos de efeitos terapêuticos²⁶. É muito provável, dessa forma, que a atitude do terapeuta perante as diferenças de gênero afete a habilidade dele de desenvolver uma relação de trabalho e concomitantemente, restringir a disponibilidade de recursos para o tratamento àqueles que sejam objetos de preconceito do terapeuta²⁶.

Importante destacar, igualmente, que os terapeutas que possuem uma visão não tradicional dos papéis sexuais podem promover mais mudanças e satisfação nas suas pacientes mulheres do que aqueles que mantêm uma visão mais tradicional de gênero³⁴.

Com relação ao gênero, Sandra Bem afirma que, durante o curso do desenvolvimento, a criança aprende a distinguir os atributos, as atitudes e os comportamentos que a sociedade vincula ao seu sexo biológico, formando um esquema de gênero que contém as associações prescritas como apropriadas ao seu próprio sexo^{35,36}. Tal esquema é o responsável pelo modo como as novas informações sobre o gênero são processadas, levando o indivíduo a avaliar, adequar suas preferências e atitudes a seu autoesquema^{35,36}.

Os indivíduos esquemáticos, quanto ao gênero, desenvolvem, portanto, uma forte tipificação sexual caracterizada pela aquisição de traços, comportamentos e atitudes congruentes com as expectativas socioculturais a respeito da masculinidade e feminilidade^{35,36}. Por outro lado, os indivíduos não esquemáticos tornam-se não tipificados sexualmente, isto é, não sofrem a influência dos estereótipos sexuais prescritos culturalmente^{35,36}.

A mesma autora considera a masculinidade e a feminilidade como dimensões do autoconceito que se encontram intimamente associadas, respectivamente, aos papéis de gênero masculino e feminino prescritos pelas normas socioculturais³¹. Assim, os atributos de personalidade que definem a masculinidade e a feminilidade encontram-se intimamente relacionados a constructos psicológicos, que pressupõe a manifestação de atitudes, de preferências e de comportamentos característicos deste papel. Ou seja, a tipificação no autoconceito de gênero conduz à tipificação sexual de atitudes, preferências e comportamentos, à medida que os atributos de personalidade que definem a masculinidade e feminilidade são, por si só, capazes de predizer os demais aspectos do gênero³¹.

Os estudos sobre os papéis sexuais, acompanhados pelas mudanças culturais observadas nos papéis masculino e feminino, lançaram as bases para o desenvolvimento do modelo bifatorial³¹.

Uma vez que concebe a masculinidade e a feminilidade como duas dimensões independentes, que se encontram presentes ao mesmo tempo no indivíduo, em maior ou menor grau³⁷.

Desde os anos 70 vem surgindo um novo conceito na pesquisa sobre feminilidade e masculinidade: a ideia de que homens e mulheres podem possuir características semelhantes, com o ressurgimento do termo androginia, que teve sua origem na mitologia clássica e literatura (*andro*=masculino, *ginia*=feminino), representando um traço de personalidade que combina estereótipos femininos e masculinos³⁸. O conceito de androginia, então, designa um tipo particular de personalidade, denota a integração da masculinidade e da feminilidade em um mesmo indivíduo e estes seriam mais flexíveis e livres no desempenho dos papéis de gênero. Desta forma, sendo capazes de exibir comportamentos masculinos, femininos ou ambos, de acordo com o que fosse mais apropriado a cada situação³¹.

O ajustamento psicológico e o relacionamento interpessoal são as duas maiores áreas associadas à pesquisa em papéis sexuais³¹. Bem anunciou a ideia de que a maioria das pessoas bem ajustadas é andrógina, o que contrasta com o modelo anterior de congruência, ou seja, homens masculinos e mulheres femininas compondo a maioria da população bem ajustada³¹. Alguns estudos apontam a possibilidade de que homens e mulheres saudáveis têm atributos comuns sobre seus papéis sexuais³¹.

A androginia e a masculinidade foram encontradas relacionadas a uma saúde mental mais positiva³⁹. A depressão em mulheres de meia-idade, por exemplo, está relacionada ao grau de aceitação dessas mulheres ao seu papel feminino tradicional, o que corrobora com a hipótese de que o papel sexual, sendo uma variável também psicológica e mais abrangente do que apenas o sexo biológico, influencia mais diretamente na saúde mental⁴⁰.

No Brasil, especificamente, além das pesquisas envolvendo o transtorno depressivo, os papéis sexuais e os mecanismos de defesa também são de interesse dos pesquisadores nos últimos anos, pois eles vêm sendo estudados, porém, separadamente em instrumentos de coleta de informações sobre tais temas. O *Bem Sex Role Inventory* (BSRI)³¹ classifica os indivíduos quanto ao seu papel sexual: feminino, masculino, andrógino ou indiferenciado e foi reavaliado em 2009⁴¹. Já o *Defense Style Questionnaire* (DSQ-40)⁴³ acessa os derivados conscientes dos mecanismos de defesa, dividindo-os em: defesas maduras, neuróticas e imaturas; validado no Brasil em 2004⁴².

Nas leituras sobre o tema, evidenciaram-se lacunas tais como a ausência de estudos que relacionassem os papéis sexuais e os mecanismos de defesas das pessoas, especialmente, em acometidas por Transtorno Depressivo Maior. Além disso, ressalta-se que pesquisas acerca dos papéis sexuais estão imbricadas pela dimensão cultural na qual o indivíduo vive, o que reforça a necessidade da utilização de um instrumento atual e de preferência validado em uma amostra da mesma região que será investigada.

Torna-se relevante, portanto, a realização de estudos nacionais que possam contribuir para um melhor entendimento da complexa rede de associações que se estabelecem entre os papéis sexuais e suas influências diretas nos processos da saúde mental. Compreendendo-se o papel sexual do indivíduo e suas implicações no seu comportamento e funcionamento psicodinâmico, expressos através dos mecanismos de defesa, pode-se buscar compreender também sua influência no processo terapêutico e nas diferentes manifestações dos sintomas depressivos.

2.2 Objetivo

Relacionar os papéis sexuais feminino, masculino, andrógino e indiferenciado com os estilos defensivos maduro, neurótico e imaturo em pacientes diagnosticados com Transtorno Depressivo Maior.

2.3 Hipóteses

Os pacientes que desempenham mais papéis sexuais andróginos apresentarão maior uso de estilo defensivo maduro.

As mulheres que apresentarem mais características do papel sexual tipicamente feminino utilizarão mais estilos defensivos imaturos do que as mulheres com características do papel sexual tipicamente masculino e andrógino.

2.4 Revisão de Literatura

2.4.1 Estratégias de busca

As buscas foram realizadas nas bases de dados PubMed, BIREME e algumas referências dos artigos encontrados. A estratégia de busca está descrita na tabela a seguir:

Base de dados	Descritores	Artigos Encontrados	Incluídos no estudo
Pubmed	<i>(defensive style or defense mechanisms) and (gender role or sex role)</i>	15159	2
BIREME	<i>(defensive style or defense mechanisms) and (gender role or sex role)</i>	28	0
Google Acadêmico	(estilos defensivos ou mecanismos de defesa ou DSQ-40) e (papéis sexuais ou gênero) (defensive style or	12900	4

	defense mechanisms) and (gender role or sex role)		
--	---	--	--

2.4.2 Quadro de Revisão

Estudo	Delineamento e amostra	Metodologia (Instrumentos)	Resultados	Comentários
Maltby J, DayL (48)	Transversal N=103 mulheres e 80 homens	DSQ-40 e BSRI	A masculinidade foi associada com <i>acting out</i> ($r=.29$; $p<0.01$) e cisão ($r=.34$; $p<0.01$); feminilidade com idealização ($r=.4$; $p<0.01$)	Havia mais mulheres do que homens na amostra. O estudo não faz menção ao grupo das defesas.
Petraglia et al. (29)	Transversal N=247 mulheres e 58 homens	DSQ-60 e ODF (<i>Overall Defensive Functioning</i>)	Homens tiveram maiores escores para repressão $F(1,47)$: $F=15.78$; $p<.001$, sublimação $F=4.40$; $p<.05$, desvalorização do outro $F=12.1$; $p<.001$, onipotência $F=22.37$; $p<.001$, fantasia $F=5.55$; $p<.05$, intelectualização $F=13.10$; $p<.001$, cisão $F=6.63$; $p<.01$ e isolamento $F=24.49$; $p<.001$ e as mulheres para afiliação $F=7.45$; $p<.01$.	Havia bem mais mulheres do que homens na amostra, não evidencia papéis sexuais e também não analisa os tipos de defesas utilizadas.
Cramer P (45)	Estudo Longitudinal A amostra são os indivíduos que já haviam sido avaliados em diferentes fases do desenvolvimento N=70 homens e 85 mulheres	DMM (<i>Defense Mechanism Manual</i>), e CAQ (<i>California Adult Q-sort</i>).	Entre os sexos, a projeção foi mais usada que a negação $t(154) = 8.39$; $p<.001$ e mais frequente que a identificação $t(154) = 7.81$; $p<.001$. No geral, os homens tiveram maiores escores.	Os mecanismos de defesa e o gênero não é o objetivo principal deste artigo.
Cramer P (1)	Ensaio clínico	TAT (<i>thematic</i>)	No geral, as análises	A amostra é dividida em

	e follow-up (antes e depois de 15 meses de terapia intensiva) N=45 mulheres e 45 homens	<i>apperception test</i>), escalas de sintomas de <i>Strauss-Harder e Fairweathe</i> , e avaliação psicodinâmica feita por 2 juízes.	indicaram diminuição no uso de defesas após 15 meses de terapia intensiva $F(1,86) = 5.19; p < .02$. O uso das defesas por gênero também foi significativo $F(1,86) = 4.62; p < .03$. Em quatro grupos, três deles mostraram diferença, sendo maior no grupo de mulheres, $r = .56; p < .001$.	mulheres e homens analíticos (mais dependentes) e introjetivos (mais autocríticos). Os mecanismos analisados são apenas negação, projeção e identificação.
Watson DC (46)	Transversal N= 635 universitários canadenses e 388 australianos, sendo 395 mulheres e 240 homens	DSQ-40	Foram comparados 240 mulheres e 240 homens para verificar a relação das defesas e sexo, houve diferença entre os sexos: repressão $F(1,43) = 21.59; p < .001$, pseudo altruísmo $F(1,432) = 14.3; p < .001$ e isolamento $F(1,432) = 39.93; p < .001$. Houve diferença também no fator imaturo $F(1,629) = 15.90; p < .001$ e maduro $F(1,629) = 9.24; p < .001$. Houve também inter-relações significativas nas mulheres.	O estudo é o melhor delineado por apresentar o mesmo número de homens e mulheres e analisa os estilos defensivos

2.4.3 Fundamentação teórica

Pesquisas indicam que a identidade do papel de gênero é uma boa preditora do ajustamento psíquico⁴³. Destaca-se que crianças e adultos masculinos e andróginos têm uma maior autoestima, enquanto indivíduos mais femininos pensam sobre si próprios de uma forma mais pobre⁴³. Mulheres femininas, além do mais, apresentam maiores dificuldades de se ajustarem psiquicamente⁴³.

Na mesma perspectiva, uma mulher tipificada feminina é alguém mais cooperativa, dependente e submissa, enquanto alguém tipificado masculino age mais como um líder, sendo agressivo e assertivo, estando mais atrelado a uma maior deseabilidade social⁴⁴.

Já em uma pessoa andrógina, as características estão mais relacionadas às circunstâncias e, portanto, são considerados mais flexíveis, pois ela não está limitada pelos esquemas de gênero⁴⁴.

Os papéis sexuais, ao serem relacionados com as defesas, tiveram valores significativos em uma amostra de 103 mulheres e 80 homens. A masculinidade foi associada com *acting out* e cisão, que são defesas imaturas, enquanto a feminilidade foi associada à idealização que é uma defesa neurótica⁴⁵. Nesse caso, os homens utilizariam defesas mais regressivas.

A maioria dos trabalhos relaciona as defesas ao sexo feminino e masculino, o que é um tanto limitador, quando comparado ao gênero, como vem sendo ressaltado. Em um estudo mais recente, com instrumentos mais atuais de avaliação acerca das defesas, os homens tiveram maiores escores para repressão, sublimação, desvalorização do outro, onipotência, fantasia, intelectualização, cisão e isolamento e as mulheres apenas tiveram escores significativos para afiliação, o que prediz que homens utilizam maior quantidade de defesas do que as mulheres²⁹. A mulher utilizar mais “afiliação” significa que a mulher procura mais a ajuda das outras pessoas quando necessita, o que pode se justificar pelo fato de ela usar mais defesas que estão voltadas para fora de si mesmas, como foi destacado .

Cramer possui vários achados acerca do tema mecanismos de defesa e em uma de suas pesquisas longitudinais foi evidenciado que entre os sexos, a projeção foi mais usada que a negação e mais frequente que a identificação. Enquanto, no geral, os homens tiveram maiores escores, o que corrobora os achados do artigo citado anteriormente, com a ideia de que homens usam mecanismos mais imaturos⁴⁵. Em outra investigação da mesma autora com um delineamento diferente foi analisado a mudança do uso das defesas após 15 meses de terapia intensiva indicando uma diminuição no uso das defesas geral¹. O uso de defesas por gênero também foi significativo e em entre quatro grupos, três deles mostraram diferença, sendo esta maior no grupo de mulheres, o que indica que mulheres utilizam mais defesas do que os homens¹.

Por fim, em outro artigo sobre os mecanismos de defesa, foram comparados 240 mulheres e 240 homens para verificar a relação das defesas e do sexo, também houve diferença entre os sexos na repressão, pseudoaltruísmo e isolamento. Houve diferença também no fator imaturo e maduro. Além disso, houve também inter-relações significativas nas mulheres⁴⁶.

Percebe-se que, em sua maioria, foram utilizados estudos relacionando os mecanismos de defesa e os estilos defensivos ao sexo biológico, em função da escassez de trabalhos atuais sobre o tema papéis sexuais e as defesas. No entanto, não foram encontrados estudos no Brasil sobre os papéis sexuais (ou mesmo sobre o sexo biológico) e sua relação com os estilos defensivos - em

indivíduos com ou sem transtornos psiquiátricos - levando em conta as mudanças culturais que influem no construto e avaliação dos papéis sexuais.

2.5 Procedimentos metodológicos

2.5.1 Tipo de estudo:

Transversal, aninhado a um ensaio clínico “Processo Terapêutico, Fatores Psicossociais e Biológicos em Psicoterapias para Depressão” que objetiva avaliar a eficácia e efetividade de modelos breves de intervenção para o tratamento da Depressão. Esse está sendo desenvolvido desde julho de 2012 com previsão de funcionamento até julho de 2014.

2.5.2 População alvo:

Todas as pessoas que procurarem atendimento na Clínica Psicológica de Universidade Católica de Pelotas (UCPel) ou que forem encaminhadas por outros serviços serão convidadas a participar do estudo maior supracitado. Assim como, as pessoas que já participam anteriormente de outras pesquisas desenvolvidas pela UCPel serão convidadas a comparecer na Clínica Psicológica mencionada. Todos esses indivíduos passarão por uma avaliação psicológica estruturada através da *Mini International Neuropsychiatric Interview (Mini-Plus)*⁴⁷.

Os critérios para inclusão dos participantes neste estudo serão: os sujeitos diagnosticados com Transtorno Depressivo Maior pela Mini-Plus, ter idade entre 18 e 60 anos e aptos ou capazes de responder às questões dos instrumentos.

O critério de exclusão de participantes da presente pesquisa é apresentar risco de suicídio moderado ou grave pela escala citada.

2.5.3 Amostra:

Tipo conveniência. Estima-se que serão avaliados em torno de 200 indivíduos com Transtorno Depressivo Maior de julho de 2012 a junho de 2013.

A estimativa do tamanho da amostra desta pesquisa baseou-se em um estudo que utilizou os mesmos instrumentos de pesquisa e apresentou no grupo de homens universitários. O escore de masculinidade foi associado nas subescalas atuação ($r=0,29$) e cisão ($r=0,34$) do DSQ-40. Neste mesmo estudo, o grupo de mulheres apresentou o escore de feminilidade associado na subescala de idealização ($r=0,40$) do DSQ-40⁴⁸.

Considerando as magnitudes de efeito das correlações citadas, $\alpha= 0,05$ e $\beta= 0,10$, será necessária a participação de 75 mulheres e 113 homens para a realização da presente investigação. Destaca-se que o estudo supracitado estabelece a associação entre os papéis sexuais e os estilos

defensivos, entretanto, nem este e outros manuscritos, relacionaram tais papéis e estilos em pacientes com depressão⁴⁹.

2.5.4 Coleta de dados:

A coleta dos dados será realizada no momento das avaliações psicológicas individuais, com duração média de uma hora e meia, na Clínica Psicológica da UCPel. Tais avaliações psicológicas dos participantes do estudo subsidiarão seu encaminhamento ou não para a psicoterapia. A presente investigação ocorrerá na avaliação inicial dos processos psicoterapêuticos.

2.5.5 Instrumentos:

Serão utilizados quatro instrumentos para a coleta de dados.

Um questionário geral com itens sociodemográficos e comportamentais assim como a entrevista estruturada Mini-Plus. Ela será utilizada na avaliação psicológica de entrada no Ambulatório de Pesquisa e Extensão em Saúde Mental (APESM).

Esse questionário geral contém itens sobre situação atual de relacionamento conjugal, ocupação / trabalho, religiosidade, nível sócio econômico, atividade física, doenças clinicamente significativa (auto-referidas), histórico de tratamento (psicossociais ou farmacológicos), história familiar de transtornos mentais.

A escala *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI-Plus) trata-se de uma entrevista padronizada breve, de duração em torno de 25 a 45 minutos, compatível com os critérios de sinais e sintomas do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV) e da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)^{50,51}. Esse instrumento é utilizado na prática clínica e na pesquisa em atenção primária e em psiquiatria, destinado à avaliação aprofundada dos transtornos mentais ao longo da vida. Na clínica e na pesquisa em psiquiatria explora sistematicamente todos os critérios de inclusão e de exclusão e a cronologia de 23 categorias diagnósticas do DSM-IV⁴⁷. O Mini-Plus foi validado no Brasil e revelou satisfatória a confiabilidade interna do instrumento, apresentando sensibilidade $\geq 0,64$, especificidade $\geq 0,71$, valor preditivo negativo $\geq 0,84$ e valor preditivo positivo $\geq 0,6$. Para a presente pesquisa, o MINI-plus será usado para diagnosticar apenas o episódio depressivo maior⁴⁷.

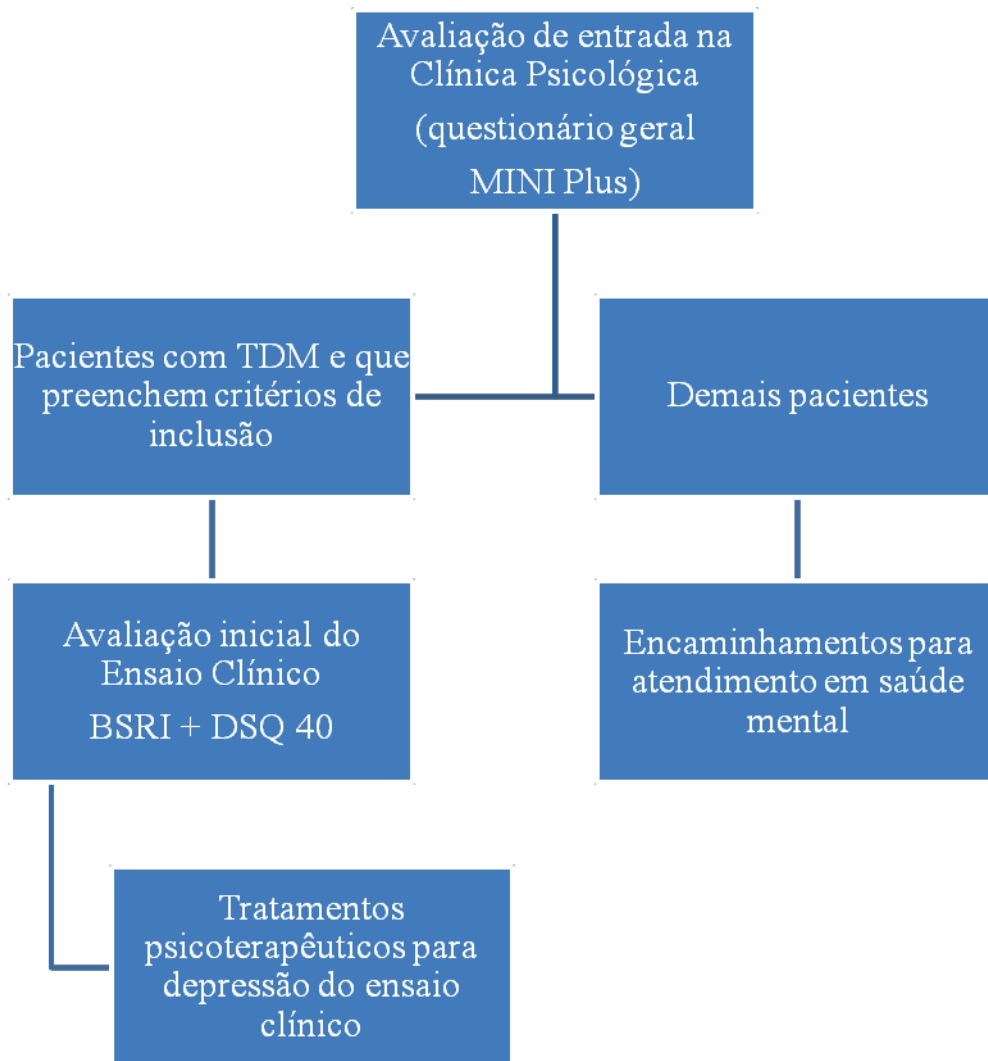
Uma vez diagnosticado o Transtorno Depressivo Maior, o paciente será encaminhado ao ensaio clínico maior citado anteriormente. Na avaliação inicial deste, serão administrados BSRI e DSQ-40.

O *Bem Sex Role Inventory* –BSRI: permite identificar os papéis sexuais masculino, feminino, andrógino e indiferenciado. O instrumento é composto de 60 itens de adjetivos que são categorizados em masculino, feminino e neutro. Os respondentes utilizarão uma escala autoaplicável tipo Likert de sete pontos, na qual 1 indica nunca verdadeira e 7 sempre verdadeira. A

cada participante será calculada uma média na categoria masculina e feminina. A partir dessas médias será encontrada mediana da amostra que equivalerá ao ponto de corte utilizado⁵². Os participantes que apresentam escores acima do ponto de corte na categoria masculina e abaixo do ponto de corte na feminina são classificados como tipificado masculino; escores acima do ponto de corte na categoria feminina e abaixo do ponto de corte na masculina são classificados como tipificada feminina; acima do ponto de corte em ambas as categorias o indivíduo é classificado como andrógino; escores situados abaixo do ponto de corte em ambas as categorias são classificadas como indiferenciados⁵². Provavelmente em função da influência cultural do tempo e do local em que é aplicado, o instrumento foi desenvolvido em 1974, adaptado em 1983, readaptado em 1992 e reavaliado em 2009^{31,41,53,54}.

O *Defense Style Questionnaire* – DSQ – 40: a tradução, adaptação e o estudo da validação do conteúdo da escala para o português do Brasil⁴². É um instrumento que serve para aferir e monitorar a maturidade dos mecanismos defensivos do ego, através da identificação do estilo característico de como as pessoas lidam com conflitos, consciente ou inconscientemente⁵⁵. É um questionário autoaplicável de 40 questões que avaliam 20 defesas relacionadas a três estilos ou fatores: F1-imaturo (projeção, agressão passiva, atuação, isolamento, desvalorização, fantasia-autística, negação, deslocamento, dissociação, cisão e somatização); F2-maduro (sublimação, humor, antecipação, racionalização e supressão) e F3-neurótico (anulação, pseudo-altruísmo, idealização e formação reativa)⁵⁵. O sujeito responde por meio de escala Likert de nove pontos, na qual 1 indica discordo plenamente e 9 concordo plenamente⁴². Quanto aos índices de fidedignidade, o estilo imaturo revelou maior consistência ($\alpha=0,81$); maduro ($\alpha=0,68$) e neurótico ($\alpha=0,71$)^{56,57}.

2.5.6 Fluxograma



2.5.7 Seleção e treinamento de entrevistadores:

Participarão da pesquisa oito entrevistadores selecionados entre os pós-graduandos que manifestarem interesse em fazer parte da investigação e tenham graduação em Psicologia. Os entrevistadores receberão treinamento durante duas semanas (12h) para o uso dos instrumentos.

2.5.8 Aspectos éticos:

O presente projeto está associado à pesquisa maior que foi apreciada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UCPel. As pessoas a serem avaliadas assinarão um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, bem como receberão explicações sobre a pesquisa e o caráter voluntário de sua participação. Aqueles não incluídos no ensaio clínico para depressão serão encaminhados para tratamento em saúde mental em algum dos locais de atendimento vinculados à UCPel de acordo com o problema apresentado na avaliação.

REFERÊNCIAS

1. Cramer P, Blatt S J. Change in defense mechanisms following intensive treatment, as related to personality organization and gender. The concept of defense mechanisms in contemporary psychology. New York: Springer-Verlag 1993:310-320.
2. Bond M, Perry C. Long-Term Changes in Defense Styles With Psychodynamic Psychotherapy for Depressive, Anxiety, and Personality Disorders. *Am J Psychiatry* ;2004 161:1665-1671.
3. Cramer P. Defense mechanisms in psychology today. Further processes for adaptation. *Am Psychol*; 2000 55(6):637-46.
4. Cramer P. Seven Pillars of Defense Mechanism Theory .Paper presented at the Annual Meeting of the Rapaport-Klein Study Group; 2009.
5. Freud A. Ego and the mechanisms of defense. London: Hogarth press; 1937.
6. Vaillant GE. Ego Mechanisms of Defense: a guide for clinicians and researchers. Washington (USA): American Psychiatric Press; 1992.
7. Freud S. Inibições sintomas e ansiedade: edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1976 10:95-201.
8. Paulhus DL, Fridhandler B, Hayes S: Psychological defense: Contemporary theory and research. *Handbook of personality*. New York: Academic Press; 1997:544-580.
9. Cramer P. Evidence for change in children's use of defense mechanisms. *Journal of Personality*; 1997^a 65: 233-247.
10. Baumeister RF, Dale K, Sommer KL. Freudian defense mechanisms and empirical findings in modern social psychology: Reaction formation, projection, displacement, undoing, isolation, sublimation, and denial. *Journal Personality*; 1998 66: 1081-1124.
11. Lazarus RS: Fifty years of the research and theory of R. S. Lazarus: An analysis of historical and perennial issues. Mahwah, NJ: Erlbaum; 1998.
12. Bond M, Gardner ST, Christian J, Sigal JJ. Empirical study of self-rated defense styles. *Arch Gen Psychiatry*; 1983 40(3): 333-8.
13. Vaillant GE. Theoretical hierarchy of adaptive ego mechanisms: a 30-year follow-up of 30 men selected for psychological health. *Arch Gen Psychiatry* ;1971 24(2): 107-18.
14. Skodol AE, Perry JC. Should an axis for defense mechanisms be included in DSM-IV? *Comp Psiquiatri*; 1993b 34:108- 119.
15. Bond MP, Vaillant JS. An empirical study of the relationship between diagnosis and defense style. *Arch Gen Psychiatry*; 1986 43(3):285-8.
16. Laplanche J, Pontalis JB. Vocabulário de psicanálise. 11^a ed. São Paulo: Martins Fontes; 1991.
17. Bloya C. Do defense mechanisms vary according to the psychiatric disorder? *Rev Bras Psiquiatr*; 2006 28(3):179-83.

18. Pinkus L., Boncori L, Chimenti, R. Depression: A defense mechanism? First results of an attempt at clinical – experimental research. *Dynamische Psychiatrie*;1980 (13): 97-105.
19. White RW, Watt, NF. Depressive and manic disorders. In R. W. White & N. F. Watt (Eds.), *The abnormal personality* .New York: Ronald Press 1973b:479–506.
20. DeFife JA, Hilsenroth, MJ. Clinical utility of the Defensive Functioning Scale in the assessment of depression. *Journal of Nervous and Mental Disease* 2005 193:176-182.
21. Hoglend P, Perry JC. Defensive functioning predicts improvement in Major Depressive Episodes. *Journal of Nervous and Mental Diseases* 1998 186: 238–243.
22. Akkerman K, Carr VJ, Lewin T. Changes in ego defenses with recovery from depression. *J Nerv Ment Dis*; 1992 180(10): 634-8.
23. Rombaldi et al. Verificar a prevalência e os fatores associados a sintomas depressivos em uma população adulta da zona urbana do município de Pelotas, RS, Brasil *Brasil Rev. Bras*; 2010 (13).
24. DeRubeis RJ, Siegle G, Steven Dh. Cognitive therapy versus medication for depression: treatment outcomes and neural mechanisms. *Nature Reviews Neuroscience*; 2008;9: 788-796.
25. Justo LP, Calil HM. Depressão – o mesmo acometimento para homens e mulheres? ; 2006.
26. Lambert MJ, Ogles BM. The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: John Wiley & Sons. *Handbook of psychotherapy and behaviour change*; 2004.
27. Ogrodniczuk JS. Men, women, and their outcome in psychotherapy. *Psychotherapy Research*; 2006 16:452.-462.
28. Ogrodniczuk, J.S., Piper, W.E., Joyce, A.S., & McCallum, M. Effect of patient gender on outcome in two forms of short-term individual psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*; 2001 10: 69-78.
29. Petraglia J et al. Gender Differences in Self-Reported Defense Mechanisms: A Study Using the New Defense Style Questionnaire-60; 2009.
30. Cramer P. The study of defense mechanisms: Gender implications. *The psychodynamics of gender and gender role. Empirical studies in psychoanalytic theories*. Washington, DC, US: American Psychological Association; 2002 10:81-127.
31. Bem SL. The measurement of psychological androgyny. *Journal of Consulting and Clinical Psychol*; 1974 42: 155-62.
32. Deaux K. From individual differences to social categories: Analysis of a decade's research on gender. Deaux, Kay. *American Psychologist*; 1984 39(2): 105-116.
33. Ashmore RD. Sex, gender and the individual. *Handbook of personality: Theory and research*. New York: Guilford Press.; 1990 :486-526.
34. Banikiotes PG, Merluzzi TV. Impact of counselor gender and counselor sex role orientation and perceived counselor characteristics. *Journal of counseling psychology*. 1981 28(4):342-48.

35. Bem SL. Gender schema theory: A cognitive account of sex typing. *Psychological Review* 1981. 88:354-364.
36. Bem SL. Androgyny and gender schema theory: A conceptual and empirical integration. *Psychology and Gender*. Lincoln: University of Nebraska 1985 32: 179-226.
37. Ferreira MC. Identidade de gênero e atitudes sobre a mulher. *Psicol. teor. pesqui.* 1999; 15(3):249-55.
38. Hoffman RM, Borders LD. Twenty-five years after the Bem Sex-Role Inventory: A reassessment and new issues regarding classification variability. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*; 200 34:39-55.
39. Prakash J et al. Does androgyny have psychoprotective attributes? A cross-sectional community-based study; 2010.
40. Tinsley EG. *Sex Role*: SpringerDate;1984.
41. Hernandez JAE. Reavaliando o Bem Sex-Role Inventory. *Estudos de Psicologia I Campinas*; 2009 26(1):73-83.
42. Blaya C et al. Versão em português do Defense Style Questionnaire (DSQ-40) para avaliação dos mecanismos de defesa: um estudo preliminar. Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) . *Rev. Bras. Psiquiatr.* ; 2004 26 (4).
43. Rice A. Gender traits and normative/humanistic behavior. *Sociol Viewp*; 2006:25-39.
44. Mahajan P, Sharman S. Attitudes toward androgynization of roles. *Anthropologist*; 2004 6:181-83.
45. Cramer P. Personality change in later adulthood is predicted by defense mechanism use in early childhood. Department of psychology, Williams College, Williamstown(USA): *Journal of research in personality* ;2003 37:76-104.
46. Watson DC, Sinha BK. Gender, Age, and Cultural Differences in the Defense Style Questionnaire-40. University of Alberta. *Journal of clinical psychology*; 1998 54(1):67-75.
47. Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Rev Bras Psiquiatr*; 2000 22:106-15.
48. Maltby JS, Daya L. Sex role identity, attitudes toward the opposite sex and same sex, and defense style. *Journal of Genetic Psychology*; 1999 160(3): 381-83.
49. Hulley SB. *Delineando pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica*. Porto Alegre: Artmed; 2003.
- 4.0 American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4.ed. Washington: APA; 1994.
51. Organização Mundial da Saúde. *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
52. Bem SL. On the utility of alternative procedures for assessing psychological androgyny. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 1977 45 (2):196-205.

53. Oliveira, LSO: Masculinidade feminilidade androginia. Rio de Janeiro: Achiamé; 1983.
54. Hutz C, Koller S. A mensuração do gênero: uma readaptação do BSRI. *Psicol. reflex. crit.* 1992; 5:15-21.
55. Blaya C et al. Mecanismos de defesa: uso do Defensive Style Questionnaire. *Rev. bras. psicoter.* 2003 (1):67-80.
56. Blaya C. Tradução, adaptação e validação do Defensive Style Questionnaire (DSQ-40) para o português brasileiro. (Dissertação de Mestrado). Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul - Curso de Pós-Graduação em Psiquiatria; 2005.
57. Andrews G, Singh M, Bond, M. The Defense Style Questionnaire. *Journal of Nervous and Mental Disease*; 1993 181(4):246-56.

ANEXOS

Anexo 1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Informações sobre o estudo ao participante

Esta folha informativa tem o objetivo de fornecer a informação suficiente para quem considerar participar neste estudo. Ela não elimina a necessidade do pesquisador de explicar, e se necessário, ampliar as informações nela contidas.

Antes de participar deste estudo, gostaríamos que você tomasse conhecimento do que ele envolve. Damos abaixo alguns esclarecimentos sobre dúvidas que você possa ter.

Qual é o objetivo da pesquisa?

Com este estudo buscamos testar modelos de tratamento para pessoas com Transtorno Depressivo Maior, Transtorno de humor Bipolar, Transtorno Obsessivo Compulsivo e Transtorno de Estresse Pós-Traumático. Havendo inicialmente uma avaliação psicológica que investigará tais transtornos. Para medir alterações bioquímicas prévias e pós-intervenção, será coletado sangue das pessoas com indicativo do transtorno. Assim, será possível entender melhor modificações de algumas substâncias em consequência do tratamento.

Como o estudo será realizado?

Será realizada uma avaliação psicológica, e em caso positivo de algum dos transtornos citados acima, será realizada uma coleta de sangue do seu braço, na qual serão retirados 10 ml de sangue, o que não compromete a sua saúde. Esta coleta será realizada por pesquisadores da área da saúde devidamente treinados para tal função. Após, será encaminhado adequado para cada transtorno. Caso esteja em sofrimento psíquico e não preencha os critérios de inclusão no estudo, será encaminhado para o serviço de saúde apropriado.

Quais são os riscos em participar?

Os riscos ao participar são mínimos, a coleta de sangue pode causar mal-estar passageiro ou mancha roxa no local. O procedimento será feito com material esterilizado e descartável por profissionais da área da saúde. A coleta será feita para que sejam analisadas algumas substâncias que poderão estar alteradas em função do transtorno depressivo maior.

Itens importantes:

Você tem a liberdade de desistir do estudo a qualquer momento, sem fornecer um motivo, assim como pedir maiores informações sobre o estudo e o procedimento a ser feito. Isto de maneira alguma irá influenciar na qualidade de seu atendimento neste local.

O que eu ganho com este estudo?

Você pode se beneficiar pelo tratamento proposto pela equipe de pesquisa que lhe é oferecido sem custo nenhum e de forma rápida. Sua colaboração neste estudo pode ajudar a aumentar o conhecimento científico sobre fatores relacionados aos transtornos, que poderão eventualmente beneficiar você ou outras pessoas. Ao saber melhor quais substâncias estão relacionadas à melhora do transtorno, um tratamento médico mais direcionado pode ser esperado no futuro.

Quais são os meus direitos?

Os resultados deste estudo poderão ser publicados em jornais científicos ou submetidos à autoridade de saúde competente, mas você não será identificado por nome. Sua participação neste estudo é voluntária.

DECLARAÇÃO:

Eu.....declaro que:

1. Concordo total e voluntariamente em fazer parte deste estudo.
2. Recebi uma explicação completa do objetivo do estudo, dos procedimentos envolvidos e o que se espera de mim. O pesquisador me explicou os possíveis problemas que podem surgir em consequência da minha participação neste estudo.
3. Informe o pesquisador sobre medicamentos que estou tomando.
4. Concordo em cooperar inteiramente com o pesquisador supervisor.
5. Estou ciente de que tenho total liberdade de desistir do estudo a qualquer momento e que esta desistência não irá, de forma alguma, afetar meu tratamento ou administração médica futura.
6. Estou ciente de que a informação nos meus registros médicos é essencial para a avaliação dos resultados do estudo. Concordo em liberar esta informação sob o entendimento de que ela será tratada confidencialmente.
7. Estou ciente de que não serei referido por nome em qualquer relatório relacionado a este estudo. Da minha parte, não devo restringir, de forma alguma, os resultados que possam surgir neste estudo.

Nome completo do paciente: _____

Assinatura do Paciente: _____

Data: __ / __ / _____

Assinatura do Pesquisador: _____

Coordenador do projeto: Prof. Dr..Ricardo Azevedo da Silva
Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento
Universidade Católica de Pelotas
Fone: 21288404 - 91330050

Anexo 2. BSRI

Estamos fazendo uma pesquisa para tentar verificar como as pessoas se percebem em relação a algumas características. Não há respostas certas ou erradas.

Observe que a escala vai do nº 1 (que significa que a característica nunca é verdadeira) até o nº 7 (que significa que a característica é sempre verdadeira). Não deixe nenhuma característica sem a sua resposta.

-----1 -----	2 -----	3 -----	4 -----	5 -----	6 -----	7 ----
Nunca verdadeira	Muito raramente verdadeira	Raramente verdadeira	Ocasional- mente verdadeira	Frequente- mente verdadeira	Muito frequen- mente verdadeira	Sempre verdadeira

Analisando atentamente se cada uma das características abaixo é verdadeira em relação a você, responda utilizando as 7 opções apresentadas acima.

Coloque o número da opção dentro dos (). Não deixe nenhuma em branco.

Os itens do BSRI se distribuem da seguinte forma:

Escala Feminina: 02, 05, 08, 11, 14, 17, 20, 23, 26, 29, 32, 35, 38, 41, 44, 47, 50, 53, 56, 59.

Escala Masculina: 01, 04, 07, 10, 13, 16, 19, 22, 25, 28, 31, 34, 37, 40, 43, 46, 49, 52, 55, 58.

Eu sou uma pessoa:

1. Valente ()
2. **Romântica** ()
3. Ponderada ()
4. Influyente ()
5. **Feminina** ()
6. Vulgar ()
7. Combativa ()
8. **Prendada** ()
9. Sociável ()
10. 10. Viril ()
11. **Carinhosa** ()
12. Invejosa ()
13. Arrojada ()
14. **Vaidosa** ()
15. Responsável ()
16. Liberal ()
17. **Emotiva** ()
18. Leviana ()
19. Dominadora ()
20. **Doce** ()
21. Cínica ()
22. Atlético ()
23. **Sonhadora** ()
24. Otimista ()
25. Líder ()
26. **Dócil** ()
27. Fofqueira ()
28. Livre ()
29. **Delicada** ()
30. Negligente ()
31. Namorada ()
32. **Sentimental** ()
33. Organizada ()
34. Competidora ()
35. **Terna** ()
36. Espontânea ()
37. Masculina ()
38. **Charmosa** ()
39. Amigável ()
40. Poderosa ()
41. **Caridosa** ()
42. Queixosa ()
43. Galanteadora ()
44. **Meiga** ()

45. Coerente ()
46. Auto-suficiente ()
47. **Fiel** ()
48. Mesquinha ()
49. Popular ()
50. **Sensível** ()
51. Autodisciplinada ()
52. Argumentadora ()
53. **Suave** ()
54. Grosseira ()
55. Experiente ()
56. **Graciosa** ()
57. Tagarela ()
58. Autoconfiante ()
59. **Amável** ()
60. Esforçada ()

Anexo 3. DSQ-40

DSQ-40

Este questionário consiste de 40 afirmativas relacionadas a como você pensa e funciona em sua vida. Não há questão certa ou errada. Marque o grau em relação ao qual você concorda ou discorda de cada afirmativa e assinale sua resposta, de 1 a 9. Por exemplo, um escore de 5 indicaria que você nem concorda e nem discorda da afirmativa, um escore de 3 indicaria que você discorda moderadamente e um escore de 9 que você concorda fortemente.

1. Eu fico satisfeito em ajudar os outros e, se eu não puder fazer isso, eu fico deprimido.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

2. Eu consigo não me preocupar com um problema até que eu tenha tempo para lidar com ele.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

3. Eu alivio a minha ansiedade fazendo coisas construtivas e criativas, como pintura e marcenaria.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

4. Eu sou capaz de achar bons motivos para tudo que eu faço.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

5. Eu sou capaz de rir de mim mesmo com bastante facilidade.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

6. As pessoas tendem a me tratar mal.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

7. Se alguém me assalta e rouba o meu dinheiro, eu prefiro que essa pessoa seja ajudada ao invés de punida.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

8. As pessoas dizem que eu costumo ignorar os fatos desagradáveis como se eles não existissem.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

9. Eu costumo ignorar o perigo como se eu fosse o Super-homem.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

10. Eu me orgulho da minha capacidade de reduzir as pessoas aos seus devidos lugares.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

11. Eu freqüentemente ajo impulsivamente quando alguma coisa está me incomodando.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

12. Eu fico fisicamente doente quando as coisas não estão indo bem para mim.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

13. Eu sou uma pessoa muito inibida.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

14. Eu fico mais satisfeito com minhas fantasias do que com a minha vida real.

Discordo completamente plenamente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Concordo
15. Eu tenho qualidades especiais que me permitem levar a vida sem problemas.										
Discordo completamente plenamente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Concordo
16. Há sempre boas razões quando as coisas não dão certo para mim.										
Discordo completamente plenamente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Concordo
17. Eu resolvo mais as coisas sonhando acordado do que na vida real.										
Discordo completamente plenamente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Concordo
18. Eu não tenho medo de nada.										
Discordo completamente plenamente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Concordo
19. Às vezes, eu acho que sou um anjo e, outras vezes, acho que sou um demônio.										
Discordo completamente plenamente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Concordo
20. Eu fico francamente agressivo quando sou magoado.										
Discordo completamente plenamente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Concordo
21. Eu sempre acho que alguém que eu conheço é como um anjo da guarda.										
Discordo completamente plenamente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Concordo
22. Tanto quanto eu sei, ou as pessoas são boas ou más.										
Discordo completamente plenamente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Concordo
23. Se o meu chefe me repreendesse, eu poderia cometer um erro ou trabalhar mais devagar só para me vingar dele.										
Discordo completamente plenamente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Concordo
24. Eu conheço alguém que é capaz de ser justo e imparcial em qualquer coisa que faça.										
Discordo completamente plenamente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Concordo
25. Eu posso controlar os meus sentimentos se eles interferirem no que eu estiver fazendo.										
Discordo completamente plenamente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Concordo
26. Eu freqüentemente sou capaz de ver o lado engraçado de uma situação apesar de ela ser desagradável.										
Discordo completamente plenamente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Concordo
27. Eu sinto dor de cabeça quando tenho que fazer algo de que não gosto.										
Discordo completamente plenamente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Concordo
28. Eu freqüentemente me vejo sendo muito simpático com pessoas com quem, pelo certo, eu deveria estar muito irritado.										
Discordo completamente plenamente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Concordo
29. Eu tenho certeza de que a vida é injusta comigo.										
Discordo completamente plenamente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Concordo

30. Quando eu sei que vou ter que enfrentar uma situação difícil, eu tento imaginar como isso será e planejo um jeito de lidar com a situação.
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente
31. Os médicos nunca realmente entendem o que há de errado comigo.
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente
32. Depois de lutar pelos meus direitos, eu tenho a tendência de me desculpar por ter sido tão firme.
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente
33. Quando estou deprimido ou ansioso, comer faz com que eu me sinta melhor.
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente
34. Frequentemente me dizem que eu não mostro os meus sentimentos.
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente
35. Se eu puder saber com antecedência que vou ficar triste mais adiante, eu poderei lidar melhor com a situação.
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente
36. Não importa o quanto eu reclame, eu nunca consigo uma resposta satisfatória.
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente
37. Frequentemente eu me dou conta de que eu não sinto nada em situações que deveriam me despertar fortes emoções.
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente
38. Manter-me muito ocupado evita que eu me sinta deprimido ou ansioso.
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente
39. Se eu estivesse passando por uma crise, eu me aproximaria de pessoas que tivessem o mesmo problema.
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente
40. Se eu tenho um pensamento agressivo, eu sinto a necessidade de fazer algo para compensá-lo.
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

Anexo 4. M.I.N.I. PLUS 5.0.0 para episódio depressivo maior

A. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR

(SIGNIFICA: **IR DIRETAMENTE** AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), **ASSINALAR NÃO** EM CADA UM E **PASSAR** AO MÓDULO SEGUINTE)

PARA ENTREVISTADOS COM APARÊNCIA PSICÓTICA ANTES DO INÍCIO DA ENTREVISTA, OU PARA AQUELES QUE SÃO SUSPEITOS DE APRESENTAR UMA ESQUIZOFRENIA, FAVOR ADOPTAR A SEGUINTE ORDEM DE ADMINISTRAÇÃO DOS MÓDULOS:

- 1) PARTE 1 DO MÓDULO "M" (TRANSTORNOS PSICÓTICOS M1-M18).
- 2) MÓDULOS A-D (EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR A EPISÓDIO (HIPO)MANÍACO).
- 3) PARTE 2 DO MÓDULO 'M' (TRANSTORNOS PSICÓTICOS M19-M23).
- 4) OUTROS MÓDULOS NA SUA SEQUÊNCIA USUAL.

SE O MÓDULO "M" JÁ FOI EXPLORADO E SE SINTOMAS PSICÓTICOS FORAM IDENTIFICADOS (M1 A M10B), EXAMINAR, PARA CADA RESPOSTA POSITIVA ÀS QUESTÕES SEGUINTE, SE OS SINTOMAS DEPRESSIVOS DESCRITOS NÃO SÃO MELHOR EXPLICADOS PELA PRESENÇA DE UM TRANSTORNO PSICÓTICO E COTAR EM FUNÇÃO.

A1	a	Alguma vez sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), a maior parte do dia, quase todos os dias, durante pelo menos duas semanas ?	NÃO	SIM
		SE A1a = SIM:		
	b	Nas duas últimas semanas, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), a maior parte do dia, quase todos os dias,?	NÃO	SIM
A2	a	Alguma vez teve o sentimento de não ter mais gosto por nada, ou perdeu o interesse e o prazer pelas coisas que lhe agradam habitualmente, quase todo o tempo, durante pelo menos duas semanas ?	NÃO	SIM
3		SE A1a = SIM:		
	b	Nas duas últimas semanas, teve o sentimento de não ter mais gosto por nada, ou perdeu o interesse e o prazer pelas coisas que lhe agradam habitualmente, quase todo o tempo ?	NÃO	SIM
		A1a OU A2a SÃO COTADAS SIM ?	<input type="checkbox"/> NÃO	SIM

SE O(A) ENTREVISTADO(A) ESTÁ DEPRIMIDO(A) ATUALMENTE (A1b OU A2b = SIM): EXPLORAR O EPISÓDIO ATUAL.
SE NÃO: EXPLORAR O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.

A3 **Durante as 2 semanas em que sentiu-se deprimido(a)/ sem interesse pela maioria das coisas, quase todo o tempo:**

		Episódio Atual		Episódio Passado		
a	Seu apetite aumentou ou diminuiu, quase todos os dias ? O seu peso aumentou ou diminuiu sem que o tenha desejado ? (VARIAÇÃO DE $\pm 5\%$ AO LONGO DE UM MÊS, ISTO É, $\pm 3,5$ KG, PARA UMA PESSOA DE 65 KG) COTAR SIM, SE RESPOSTA SIM NUM CASO OU NO OUTRO	NÃO	SIM	NÃO	SIM	5
b	Teve problemas de sono quase todas as noites (dificuldade de pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais) ?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	6
c	Falou ou movimentou-se mais lentamente que de costume ou pelo contrário, sentiu-se agitado(a) e incapaz de ficar sentado quieto(a), quase todos os dias?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	7
d	Sentiu-se a maior parte do tempo cansado(a), sem energia, quase todos os dias?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	8
e	Sentiu-se sem valor ou culpado(a), quase todos os dias?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	9

SE A3e = SIM: PEDIR UM EXEMPLO.

O EXEMPLO CONSISTE NUMA IDÉIA DELIRANTE ? NÃO SIM

Episódio Atual Episódio Passado

f	Teve dificuldade de concentrar-se ou de tomar decisões, quase todos os dias?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	10
g	Teve, por várias vezes, pensamentos ruins como, por exemplo, pensar que seria melhor estar morto(a) ou pensar em fazer mal a si mesmo(a) ?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	11
A4	HÁ 3 OU MAIS RESPOSTAS “SIM” EM A3 (OU 4 RESPOSTAS POSITIVAS, SE A1a OU A2a É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO PASSADO OU SE A1b OU A2b É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL)?	NÃO	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	SIM

VERIFICAR SE OS SINTOMAS POSITIVOS ACONTECERAM DURANTE O MESMO PERÍODO DE DUAS SEMANAS.

SE A4 É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR A3a - A3g PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.

A5	Esses problemas de depressão lhe causaram sofrimento importante ou o(a) perturbaram em casa, no trabalho / na escola ou nas suas relações sociais ou necessitou ser hospitalizado(a) por causa desses problemas?	NÃO	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	SIM	12
----	--	-----	-----	--------------------------	-----	-----	----

SE A5 É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR A 4 E A 5 PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.

A6	Esses problemas de depressão foram inteiramente causados pela perda de uma pessoa querida (luto)? A gravidade desses problemas, sua duração e as dificuldades que eles provocaram foram iguais às que outros sofreriam se estivessem na mesma situação ?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	UM LUTO NÃO COMPLICADO FOI EXCLUÍDO ?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	13	

SE A6 É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR A 4, A 5 E A6 PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.

A7 a Estava usando alguma droga ou medicamento logo antes desses problemas começarem ?
 Não Sim

b Teve alguma doença física logo antes desses problemas começarem?
 Não Sim

NO JULGAMENTO DO CLÍNICO: O USO DE DROGAS/ MEDICAMENTOS OU UMA DOENÇA FÍSICA É PROVAVELMENTE A CAUSA DIRETA DA DEPRESSÃO ? (FAZER PERGUNTAS ABERTAS ADIACINAIS SE NECESSÁRIO).

A7 (SUMÁRIO): UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA? NÃO SIM INCERTO NÃO SIM INCERTO 14

SE A7 (SUMÁRIO) É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR A 4, A 5 A6 E A7 PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.

A8 COTAR SIM SE A7 (SUMÁRIO) = SIM OU INCERTO.
 ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.

	NÃO	SIM
Episódio Depressivo Maior		
Atual		<input type="checkbox"/>
Passado		<input type="checkbox"/>

A9 COTAR SIM SE A7b = SIM E A7 (SUMÁRIO) = NÃO.
 ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.

	NÃO	SIM
Episódio Depressivo Maior devido à condição médica geral		
Atual		<input type="checkbox"/>
Passado		<input type="checkbox"/>

- A10 COTAR **SIM** SE A7a = **SIM** E A7 (SUMÁRIO) = **NÃO**.
ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.

NÃO	SIM
<i>Episódio Depressivo Maior induzido por substância</i>	
Atual	<input type="checkbox"/>
Passado	<input type="checkbox"/>

CRONOLOGIA

- A11 Que idade tinha quando, pela primeira vez, apresentou um período de 2 semanas ou mais em idade que apresentou esses problemas de depressão ? 15
- A12 Desde que esses problemas começaram, quantos períodos distintos de depressão teve, que duraram pelo menos 2 semanas ? 16

EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR COM CARACTERÍSTICAS MELANCÓLICAS (opcional)

(SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE)

SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL (A8 = **SIM, ATUAL**), EXPLORAR O SEGUINTE:

A13 a	A2b É COTADA SIM ?	NÃO	SIM	
b	Durante este último período de depressão, quando sentiu-se pior, perdeu a capacidade de reagir às coisas que antes lhe agradavam ou o (a) alegravam? SE NÃO: Quando acontecia alguma coisa agradável, era incapaz de sentir-se melhor, mesmo temporariamente?	NÃO	SIM	17
	A13a <u>OU</u> A13b SÃO COTADAS SIM ?	<input type="checkbox"/>	NÃO	SIM

- A14 **Durante as 2 semanas em que sentiu-se deprimido(a)/ sem interesse pela maioria das coisas, quase todo o tempo:**
- a Os sentimentos depressivos que tinha eram diferentes daqueles que se pode sentir quando se perde uma pessoa querida? NÃO SIM 18
- b Quase todos os dias, sentia-se, em geral, pior pela manhã ? NÃO SIM 19
- c Acordava pelo menos duas horas mais cedo do que o habitual, e tinha dificuldade para voltar a dormir, quase todos os dias? NÃO SIM 20
- d **A3c** É COTADA **SIM** (ALTERAÇÕES PSICOMOTORAS)? NÃO SIM
- e **A3a** É COTADA **SIM** (ALTERAÇÕES DO APETITE / DO PESO)? NÃO SIM
- f Sentia-se excessivamente culpado(a) ou sentia uma culpa exagerada em relação à situação que vivia? NÃO SIM 21

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM A14 ?

NÃO	SIM
<i>Episódio Depressivo Maior com características melancólicas Atual</i>	

ARTIGO**OS PAPEIS SEXUAIS E A SUA RELAÇÃO COM OS ESTILOS DEFENSIVOS NO CONTEXTO
CLÍNICO DE MULHERES COM DEPRESSÃO**

Autora

Bárbara Pereira Terres

Email: barbaraterres@hotmail.com

Instituição

Universidade Católica de Pelotas

Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento

Autor Correspondente

Prof. Dr. Luciano Dias de Mattos Souza

Endereço: Rua Gonçalves Chaves, 373, sala 411C, Centro, Pelotas-RS, Brasil.

E-mail: luciano.dms@gmail.com Telefone: +55 53 2128840

A RELAÇÃO ENTRE O PAPEL SEXUAL E ESTILOS DEFENSIVOS NO CONTEXTO CLÍNICO DE MULHERES COM DEPRESSÃO

BÁRBARA PEREIRA TERRES & LUCIANO DIAS DE MATTOS SOUZA

Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento, Universidade Católica de Pelotas, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil.

Resumo

O objetivo deste trabalho foi relacionar o papel sexual com os estilos defensivos em mulheres com depressão. Este estudo transversal envolveu 62 mulheres que procuraram atendimento na Clínica Psicológica da Universidade Católica de Pelotas e foram diagnosticadas com Transtorno Depressivo Maior. Os instrumentos utilizados foram a Mini Internacional Neuropsychiatry Interview Plus, o *Bem Sex Role Inventory* e o *Defense Style Questionnaire 40*. A maioria da amostra apresentou maior incidência do papel indiferenciado (32,3%). Não foi encontrada diferença estatística significativa entre os papéis sexuais e os estilos defensivos ($p > 0,05$). Houve correlação significativa, no entanto, entre os escores de masculinidade e os estilos defensivos maduros ($r = 0,30$; $p = 0,019$) e entre os de feminilidade e os estilos defensivos neuróticos ($r = 0,29$; $p = 0,022$). Os achados sugerem que a depressão pode estar relacionada a um fraco autoconceito e à feminilidade, enquanto a masculinidade parece estar associada a uma melhor saúde mental.

Palavras-chave: psicoterapia; transtorno depressivo; mecanismos de defesa; identidade de gênero e autoconceito

THE RELATIONSHIP BETWEEN SEX ROLE AND DEFENSE STYLES IN THE CLINICAL SETTING OF WOMEN WITH DEPRESSION

Abstract

The aim of this work was to relate the sex role to the defense styles in women with depression. This cross-sectional study involved 62 women who sought care at the Catholic University of Pelotas Psychological Clinical and were diagnosed with Major Depressive Disorder. The instruments were Mini International Neuropsychiatry Interview Plus, Bem Sex Role Inventory and Defense Style Questionnaire 40. The majority of the sample had a higher incidence of undifferentiated role (32.3 %). No significant difference was found between the defensive styles and the sex roles ($p > 0.05$). There was a significant correlation, however, between the scores of masculinity and mature defense styles ($r = 0.30$, $p = 0.019$) and between femininity and neurotic defense styles ($r = 0.29$, $p = 0.022$). The findings suggest that depression may be related to poor self-concept and to femininity, while masculinity seems to be associated with greater mental health.

Keywords: psychotherapy; depressive disorder; defense mechanisms; gender identity; self concept

Introdução

Estilos Defensivos e Mecanismos de Defesa

No que se refere às pesquisas em eficácia psicoterapêutica, a melhora do paciente está diretamente ligada a comportamentos mais adaptativos e à ausência de seus sintomas (Cramer & Blatt, 1993). A evolução no uso dos mecanismos de defesa está relacionada à remissão ou diminuição dos sintomas, enquanto seu uso excessivo pode refletir em um fracasso terapêutico (Cramer & Blatt, 1993; Bond & Perry, 2004; Cramer, 2000). Dessa forma, o uso das defesas é um fator muito importante para a terapia analítica, pois evidencia uma dinâmica psíquica mais ou menos saudável do indivíduo (Cramer, 2009; Freud, 1937).

De acordo com a teoria psicanalítica, tais mecanismos funcionam em um nível inconsciente buscando manter a homeostase do ego, afastando conflitos - de origem intrapsíquica, interpessoal ou estressores ambientais - da consciência (Freud, 1926/1976). Ressalta-se que eles fazem parte do funcionamento normal do indivíduo, sendo que o uso de defesas mais maduras prediz um comportamento mais adaptativo (Cramer, 2000-2009).

Seria limitador tirar conclusões a partir de um mecanismo isolado, portanto, eles foram agrupados e chamados de estilos defensivos (Bond, Gardner, Christian & Sigal, 1983). Estes podem identificar aspectos do estágio de desenvolvimento da personalidade, estar associados aos transtornos psiquiátricos ou ao nível de maturidade psíquica e ainda ajudar a compreender melhor os fenômenos mentais e o funcionamento egoico (Bond et al., 1983). Os estilos estão arranjados ao longo de um *continuum*, de defesas imaturas a maduras e são utilizadas independente da existência de psicopatologia (Vaillant, 1971).

Dessa forma, o que varia no estabelecimento de uma patologia é a predominância de determinado tipo de mecanismo e o nível quantitativo em que está sendo empregado (Escobar, 1988). Além disso, por ser uma importante dimensão da estrutura de personalidade do indivíduo, os mecanismos de defesa tornaram-se o primeiro conceito psicanalítico a ser reconhecido pelo DSM-IV com a proposta de um eixo proposto para estudos adicionais (Skodol & Perry, 1993b).

O grau do fator imaturo para pacientes deprimidos é muito alto e os estudos indicam que a melhora dos sintomas depressivos está relacionada às mudanças dos mecanismos de defesa, havendo um declínio no uso dos imaturos, sem alteração dos mecanismos neuróticos e maduros (Akkerman, Carr & Lewin, 1992).

Papeis Sexuais e saúde mental

A proporção de distribuição de duas mulheres para um homem nas taxas de prevalência de depressão maior é amplamente descrita e produto de estudos bem conduzidos (DeRubeis, Siegle & Steven, 2008). A psicoterapia é muito eficaz no tratamento para tal transtorno e ela parece reduzir o risco de recaída, mesmo após sua reincidência (Justo & Calil, 2006). Essas diferenças entre os sexos quanto às manifestações depressivas vêm sendo discutidas e podem ser influenciadas por características peculiares às mulheres, bem como pelas diversas mudanças enfrentadas por elas ao longo do tempo (Justo & Calil, 2006).

Por outro lado, os estudos raramente estendem-se à relação entre o sexo e a eficácia do tratamento para a depressão (Lambert & Ogles, 2004). Sabe-se que ao longo de um ano de terapia individual de orientação analítica, os pacientes psiquiátricos diminuem o uso geral das defesas, apresentando diferenças nos padrões de mudança dos mecanismos de defesa entre os sexos, tal diminuição ocorre igualmente nos sintomas clínicos, com consequente melhora das relações interpessoais (Cramer & Blatt, 1993).

Homens e mulheres possuem uma organização defensiva diferente durante situações de conflito (Petraglia, 2009). Além de diferirem no uso de defesas particulares, é também possível que as mesmas defesas tenham implicações diferentes em homens e mulheres (Cramer, 2002). O sexo, dessa maneira, pode influenciar diretamente os mecanismos de defesa, como podemos observar e os primeiros estudos desenvolvidos nesse contexto, o consideravam como uma variável apenas de natureza biológica. Assim, procuravam detectar as diferenças de comportamentos, traços e habilidades entre homens e mulheres (Deaux, 1984). As limitações de tal abordagem levaram à adoção de um novo paradigma, que passou a conceber o gênero como uma variável de personalidade e, portanto, de natureza também psicológica, responsável por diferenças individuais nos atributos que definem um papel masculino ou feminino (Ashmore, 1990).

Estudos vêm sendo realizados sobre o uso de mecanismos de defesa específicos e suas relações com outros aspectos da personalidade, evidenciando alguns conceitos da teoria psicanalítica através de estudos empíricos (Cramer, 2002). Tais estudos evidenciam, por exemplo, que na medida em que uma criança se torna cognitivamente capaz de decifrar o funcionamento de uma defesa, essa defesa se torna menos útil, e uma nova, cognitivamente mais complexa e ainda não compreendida, toma o seu lugar (Cramer, 2002).

Sandra Bem propôs a teoria do esquema de gênero para explicar a tipificação sexual. Um esquema é definido como uma estrutura cognitiva constituída por uma rede de associações que organiza e orienta a percepção da realidade de forma seletiva, capacitando o indivíduo a processar informações (Bem 1981-1985). A autora afirma que afirma que, durante o curso do desenvolvimento, a criança aprende a distinguir os atributos, as atitudes e os comportamentos que a sociedade vincula ao seu sexo biológico (Bem, 1974). Considera também a masculinidade e a feminilidade como dimensões do autoconceito que se encontram intimamente associadas, respectivamente, aos papéis de gênero masculino e feminino prescritos pelas normas socioculturais (Bem, 1974).

Os indivíduos esquemáticos quanto ao gênero desenvolvem, portanto, uma forte tipificação sexual caracterizada pela aquisição de traços, comportamentos e atitudes congruentes com as expectativas socioculturais a respeito da masculinidade e feminilidade (Bem 1981-1985). Por outro lado, os indivíduos não esquemáticos tornam-se não tipificados sexualmente, isto é, não sofrem a influência dos estereótipos sexuais prescritos culturalmente (Bem 1981-1985).

A mesma autora considera a masculinidade e a feminilidade como dimensões do autoconceito que se encontram intimamente associadas, respectivamente, aos papéis de gênero masculino e feminino prescritos pelas normas socioculturais (Bem, 1974). Assim, os atributos de personalidade que definem a masculinidade e a feminilidade encontram-se intimamente relacionados a constructos psicológicos, que pressupõe a manifestação

de atitudes, preferências e comportamentos característicos deste papel, ou seja, a tipificação no autoconceito de gênero conduz à tipificação sexual de atitudes, preferências e comportamentos, na medida em que os atributos de personalidade que definem a masculinidade e feminilidade são, por si só, capazes de predizer os demais aspectos do gênero (Bem, 1974).

Os estudos sobre os papéis sexuais, acompanhados pelas mudanças culturais observadas nos papéis masculino e feminino, lançaram as bases para o desenvolvimento do modelo bifatorial, que concebe a masculinidade e a feminilidade como duas dimensões independentes, que se encontram presentes ao mesmo tempo no indivíduo, em maior ou menor grau (Ferreira, 1999). Nos anos 70 a autora ressurgiu com o termo androginia, que teve sua origem na mitologia clássica (andro=masculino, ginia=feminino), representando um traço de personalidade que combina estereótipos femininos e masculinos (Bem, 1974). Assim, para Bem, os sujeitos podem ser classificados e mensurados de acordo com o seu papel sexual tipificado: feminino (alto resultado em feminilidade) ou masculino (alto resultado em masculinidade) ou não-tipificado: andrógino (alto resultado em feminilidade e masculinidade) ou indiferenciado (baixo resultado nos dois fatores) (Hernandez, 2009).

Em alguns casos, a androginia foi associada com o bem-estar de homens e de mulheres e a masculinidade, mais do que a feminilidade, associada com aspectos psicossociais positivos (Deaux, 1984). Algumas teorias relacionam os benefícios da orientação andrógina a uma melhor adaptação ao ambiente, o que poderia constituir um fator de proteção para a depressão e eles seriam mais flexíveis e livres no desempenho dos papéis de gênero, sendo capazes de exibir comportamentos masculinos, femininos ou ambos, de acordo com o que fosse mais apropriado a cada situação (Bem, 1974 & Tinsley, 1984)

As pesquisas indicam que a identidade do papel de gênero é uma boa preditora do ajustamento psíquico, sendo que as mulheres femininas apresentam maiores dificuldades de se ajustarem psiquicamente, além de serem mais cooperativas, dependentes e submissas, enquanto mulheres mais masculinas agem mais como líderes, sendo agressivas e assertivas, estando este papel mais atrelado a uma maior desejabilidade social (Rice, 2006; Mahajan & Sharman, 2004). Tal fato é interessante, pois sugere que é mais provável que as mulheres adotem mais as características masculinas do que o contrário (Bem, 1974).

Mulheres com papel sexual indiferenciado possuem níveis mais baixos de ajustamento conjugal. Isto sugere que essas mulheres têm um número limitado de papéis e habilidades de adaptação, apresentando mais dificuldades para lidar com as inúmeras demandas situacionais da conjugalidade (Hernandez, 2008). Outros estudos corroboram com essa ideia, alegando que as referidas mulheres são mais dispostas ao desajustamento conjugal e apresentam menor confiança em si mesmas (Davidson & Sollie, 1987).

Embora existam estudos que indiquem um melhor ajustamento psíquico das mulheres andróginas e pior ajustamento nas indiferenciadas, inconsistências em relação aos papéis sexuais tipificados como masculinos e femininos ainda são observadas. Pesquisas em gestantes indicaram que mães que relataram mais atitudes de papéis sexuais tipificados expressaram mais sintomas depressivos durante a gravidez (Hock, Shirtzinger, Lutz & Widaman, 1995).

Torna-se relevante, portanto, a realização de estudos que possam contribuir para um melhor entendimento da complexa rede de associações que se estabelecem entre o gênero e suas influências diretas nos processos da saúde mental. Compreendendo-se as influências de gênero e suas implicações no comportamento e funcionamento psicodinâmico do indivíduo, pode-se entender também sua influência no processo terapêutico e nas diferentes manifestações dos sintomas depressivos. Assim, o objetivo deste trabalho foi relacionar os papéis sexuais (feminino, masculino, andrógino e indiferenciado) com os estilos defensivos (maduro, neurótico e imaturo) em mulheres diagnosticadas com Transtorno Depressivo Maior que procuraram atendimento em saúde mental.

Metodologia

Estudo transversal ocorrido entre julho de 2012 a dezembro de 2013, aninhado a um ensaio clínico denominado “Processo Terapêutico, Fatores Psicossociais e Biológicos em Psicoterapias para Depressão”. A amostra de conveniência foi composta de 62 mulheres que procuraram atendimento ou foram encaminhadas para a Clínica Psicológica de Universidade Católica de Pelotas (UCPel) nesse período.

Foram incluídas as mulheres diagnosticadas com Transtorno Depressivo Maior pela escala *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI-Plus), com idade entre 18 e 60 anos e capazes de responder os instrumentos de pesquisa. Os critérios de exclusão foram: apresentar risco de suicídio moderado ou grave; relatar uso de medicação antidepressiva; abuso de substâncias psicoativas (tabaco, álcool e outras). Foram utilizados quatro instrumentos para a coleta de dados desta pesquisa:

Questionário Geral

Contém itens sobre: situação atual de relacionamento conjugal, ocupação, religiosidade, nível sócio econômico, atividade física, doenças clinicamente significativa, histórico de tratamentos e história familiar de transtornos mentais.

Escala Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI-Plus)

Trata-se de uma entrevista padronizada breve, compatível com os critérios de sinais e sintomas do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV) e da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) (American Psychiatric Association [APA], 1994; Organização Mundial da Saúde, 1993). Esse instrumento é utilizado na prática clínica e na pesquisa em atenção primária e em psiquiatria, destinado à avaliação aprofundada dos transtornos mentais ao longo da vida. Na clínica e na pesquisa em psiquiatria explora sistematicamente todos os critérios de inclusão e de exclusão e a cronologia de 23 categorias diagnósticas do DSM-IV (Amorin, 2000). O Mini-Plus foi validado no Brasil e revelou satisfatória a confiabilidade interna do instrumento, apresentando sensibilidade $\geq 0,64$, especificidade $\geq 0,71$, valor preditivo negativo $\geq 0,84$ e valor preditivo positivo $\geq 0,6$. Para a presente pesquisa, o MINI-plus foi usado para diagnosticar apenas o episódio depressivo maior (Amorin, 2000).

Bem Sex Role Inventory– BSRI

O instrumento é composto de 60 itens de adjetivos que são categorizados em masculino, feminino e neutro, conforme detalhado na reavaliação do instrumento (Hernandez, 2009). Os respondentes utilizaram uma escala autoaplicável tipo Likert de sete pontos, na qual 1 indica nunca verdadeira e 7 sempre verdadeira para cada um dos itens avaliados. O fator masculinidade é originado a partir da soma simples dos itens 01,04,07,10,13,16,19,22,25,28,31,34,37,40,43,46,49,52,55,58; enquanto o fator feminilidade 02,05,08,11,14,17,20,23,26,29,32,35,38,41,44,47,50,53,56,59; gerando variáveis discretas.

Conforme Hernandez (2009), as medianas dos fatores de masculinidade e feminilidade da amostra investigada correspondem ao ponto de corte utilizado para definir o papel sexual do indivíduo. Na amostra da pesquisa atual a mediana do fator feminilidade foi 94 e masculinidade 65. Os participantes que apresentaram escores acima do ponto de corte no fator masculinidade e abaixo do ponto de corte no fator feminilidade foram classificados como papel sexual masculino; escores acima do ponto de corte no fator feminilidade e abaixo do ponto de corte no fator masculinidade foram classificados como papel sexual feminino; acima do ponto de corte em ambos os fatores o indivíduo foi classificado como andrógino; indivíduos com escores situados abaixo do ponto de corte em ambos os fatores foram classificados como indiferenciados (Hernandez, 2009).

Provavelmente em função da influência cultural onde é aplicado, o instrumento foi desenvolvido (Bem, 1974), posteriormente adaptado (Oliveira, 1983), readaptado (Hutz & Koller, 1992) e reavaliado recentemente no mesmo estado e país desta pesquisa (Hernandez, 2009). Atualmente, esse instrumento apresenta boas características psicométricas. Com relação à fidedignidade, os Alfas de Cronbach calculados para a amostra superaram os coeficientes anteriores, principalmente para a escala feminina (0,90). Para as escalas masculina (0,81) e neutra (0,61), a diferença foi menor. Nenhum item previsto para a escala feminina apresentou carga maior na masculina e vice-versa, o que reforçou a ideia da independência e da estrutura fatorial bem definida do instrumento (Hernandez, 2009). No presente estudo, o escore de masculinidade variou de 32 a 107 e de feminilidade de 39 a 135.

Defense Style Questionnaire – DSQ – 40

É um instrumento que serve para aferir e monitorar a maturidade dos mecanismos defensivos do ego, através da identificação do estilo característico de como as pessoas lidam com conflitos, consciente ou inconscientemente (Blaya, 2003). É um questionário autoaplicável de 40 questões que avaliam 20 defesas relacionadas a três estilos ou fatores: F1-imaturo (projeção, agressão passiva, atuação, isolamento, desvalorização, fantasia-autística, negação, deslocamento, dissociação, cisão e somatização); F2-maduro (sublimação, humor, antecipação, racionalização e supressão) e F3-neurótico (anulação, pseudo-altruísmo, idealização e formação reativa) (Blaya, 2003). As mulheres responderam por meio de escala Likert de nove pontos, na qual 1 indica discordo plenamente e 9 concordo plenamente (Blaya, 2004). Quanto aos índices de fidedignidade, o estilo imaturo revelou maior consistência ($\alpha=0,81$); maduro ($\alpha=0,68$) e neurótico ($\alpha=0,71$)

(Blaya, 2005; Andrews, Singh & Bond, 1993). A variação da escala nesta pesquisa foi: imaturo 42 a 157, maduro 16 a 75 e neurótico 12 a 58.

Participaram da pesquisa oito entrevistadores selecionados entre os pós-graduandos que manifestaram interesse em fazer parte da investigação e tinham graduação em Psicologia. Os entrevistadores receberam treinamento durante duas semanas (12h) para o uso dos instrumentos.

O presente projeto foi associado à pesquisa maior que foi apreciada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UCPel. As pessoas que foram avaliadas assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, receberam explicações sobre a pesquisa e o caráter voluntário de sua participação. Aqueles não incluídos no ensaio clínico para depressão foram encaminhados para tratamento em saúde mental em algum dos locais de atendimento vinculados à UCPel, de acordo com a necessidade.

Os instrumentos foram digitados em meio eletrônico (*tablets*). A análise estatística foi realizada através do pacote estatístico STATA 11.0. A amostra foi considerada com distribuição normal e foram utilizados dois testes paramétricos. O teste ANOVA avaliou a diferença de médias dos mecanismos de defesa e dos estilos defensivos (imaturo, neurótico e maduro) em relação a cada papel sexual dos participantes considerado em quatro categorias (feminino, masculino, andrógino e indiferenciado). O teste de correlação de Pearson avaliou se havia correlação entre o fator masculinidade ou feminilidade com os mecanismos de defesa e com os estilos defensivos. O nível de significância considerado para tais associações foi de 95%.

Resultados

Um total de 71 mulheres preencheu os critérios de inclusão do presente estudo após a avaliação inicial. Contudo, houve 9 perdas durante o processo de preenchimento dos instrumentos, pois embora essas mulheres tenham sido encaminhadas para o tratamento psicológico, elas não completaram inteiramente os dois instrumentos. Assim, a amostra foi composta de 62 mulheres com média de idade de 34 anos ($\pm 11,4$) e 9,9 ($\pm 4,2$) anos de escolaridade. Do total das participantes, 43,5% possuem trabalho atual, 25,8% ($n=16$) das mulheres não trabalham e também não estudam atualmente e 53,2% possuem relacionamento estável.

A média do fator masculino foi de 67,1 ($\pm 16,7$) e o fator feminino apresentou média de 97,4 pontos ($\pm 19,5$). No que se refere à categorização do papel sexual, 19,4% ($n=12$) foram classificadas com papel sexual masculino, 21% ($n=13$) feminino, 27,4% ($n=17$) andrógino e 32,3% ($n=20$) indiferenciado.

De acordo com a tabela 1, não foi encontrada diferença estatística significativa entre as médias dos estilos defensivos e os papéis sexuais ($p < 0,05$).

Na tabela 2, houve correlação fraca entre os escores do fator masculinidade e os escores dos estilos defensivos maduros ($r=0,30$; $p 0,019$) bem como entre os escores de feminilidade e os escores de estilos defensivos neuróticos ($r=0,30$; $p 0,022$).

Quando analisadas as defesas individuais, em relação aos fatores masculinidade e feminilidade, percebeu-se que houve correlações estatisticamente significativas entre alguns mecanismos imaturos (projeção e isolamento), neuróticos (idealização) e maduros (humor).

Dos estilos imaturos, a projeção é significativamente menos utilizada pelas mulheres com maiores escores no fator masculinidade ($r=-0,31$; $p 0,014$) enquanto os escores de isolamento afetivo foram inversamente proporcionais à pontuação do fator feminilidade ($r=-0,31$; $p 0,014$).

No que se refere aos estilos neuróticos, apenas a idealização apresentou correlação diretamente proporcional aos escores de feminilidade ($r=0,31$; $p 0,015$).

Por fim, nos estilos maduros, as pontuações do humor estiveram correlacionadas à masculinidade ($r=0,41$; $p 0,001$).

Discussão

Não foram encontradas diferenças entre as médias dos estilos defensivos e os papéis sexuais. Contudo, algumas limitações do presente estudo e do contexto em questão devem ser levadas em consideração. As limitações referentes à utilização de instrumentos estruturados para aferição dos papéis sexuais e estilos defensivos devem ser ressaltadas.

Os estilos defensivos no DSQ-40 possuem características psicométricas distintas uns dos outros e os mecanismos de defesa individuais mensurados por ele são oriundos de estruturas inconscientes, sendo difícil de serem reconhecidos pelos sujeitos, em geral. Quanto ao BSRI, em especial, é importante salientar que os resultados referentes aos papéis sexuais são originados a partir da mediana da amostra na qual o instrumento é aplicado. Sendo, assim, influenciados por diversos fatores, como: cultura, idade e sexo, não expressando o indivíduo em si, influenciando a sensibilidade na avaliação desses papéis. Além disso, a categorização de cada indivíduo em relação ao seu papel sexual pode restringir as características que ele possui e não ser congruentes com sua classificação.

Tais dificuldades de aferição aliadas ao baixo tamanho da amostra podem ter dificultado a avaliação das diferenças entre os papéis sexuais e os estilos defensivos e por isso é necessário considerar também a especificidade de características da amostra investigada. Embora a o presente estudo tenha utilizado um grande número de critérios de exclusão, os resultados devem ser compreendidos como um avanço no conhecimento sobre os papéis sexuais no contexto clínico de mulheres diagnosticadas com Transtorno Depressivo Maior, em função de que o BSRI vinha sendo mais usado em amostras universitárias.

A partir desta perspectiva, passamos a considerar cada um dos mecanismos de defesa do DSQ-40 e os fatores feminilidade e masculinidade do BSRI, encontrando resultados que suscitam inferências e especulações sobre o tema abordado. O enfoque clínico, então, foi sendo delineado em função dos escores obtidos e também das tendências que encontramos entre os mecanismos individuais e com o desenvolvimento psíquico.

A maioria da amostra, assim, apresentou uma maior incidência do papel sexual indiferenciado. O fato de tais mulheres se autoconceituarem com escores fracos diante das características de gênero do BSRI pode pressupor um comportamento congruente com alguns dos sintomas depressivos, como: perda de energia, perda de interesse, sentimento de inutilidade e capacidade diminuída de pensar (APA, 2003).

O autoconceito pretende demonstrar a imagem que o indivíduo tem acerca de si e a forma como os outros o percebem, muitas vezes incluindo as definições de autoimagem e autoestima (Burns, 1979). Um fraco autoconceito pode estar interligado a fracas relações interpessoais, alterações emocionais, ansiedade social e stress (Henriques, 2009). Muito provavelmente, portanto, o transtorno depressivo esteja relacionado a autoimagem pouco expressiva dessas mulheres (Camon, 2003).

Conforme um estudo de meta-análise há relação entre masculinidade e autoestima em ambos os sexos. A natureza multidimensional do constructo autoestima, entretanto, devido a variabilidade de instrumentos não permite afirmar qual aspecto está mais fortemente relacionado à orientação sexual, pois esses testes também servem para medir deseabilidade social e autoconceito (Bernard &, 1983).

A maioria das mulheres participantes desta pesquisa, além do mais, apresentou maiores escores no fator feminilidade e menores em masculinidade, o que supõe que a maioria da amostra está de acordo com os padrões de deseabilidade social, o que pode sugerir limitações do indivíduo no sentido de que o mesmo busca agir conforme o apropriado para o seu sexo e pode indicar que as características masculinas estejam associadas com um maior ajuste psicológico, como evidenciado anteriormente (Deaux, 1984& Bem, 1974).

Em relação aos mecanismos de defesa individuais, percebe-se que o uso do mecanismo imaturo isolamento afetivo é inversamente proporcional à feminilidade, assim como a projeção é inversa à masculinidade. Tal fato vai ao encontro da ideia de que quanto maior a masculinidade ou a feminilidade, menor o uso dos mecanismos imaturos, o que pode indicar um forte autoconceito, relacionado a uma maior saúde mental, independente do papel de gênero (Henriques, 2009; Camon, 2003).

O isolamento do afeto, pois, é uma defesa em que há uma separação entre as ideias e os sentimentos originariamente associados aos conflitos internos ou externos. O indivíduo perde o contato com os sentimentos associados com determinada ideia. O isolamento do afeto, em estudo sobre diferenças de gênero entre os mecanismos de defesa, mostrou diferença estatisticamente significativa entre os gêneros, sendo maior seu uso entre os homens. Indicando a possibilidade de que esse seja um mecanismo menos feminino, sendo também classificado como estilo regulador dos afetos, caracterizando-se por uma função protetiva, que visa distanciar o afeto dos problemas. Enquanto as mulheres experienciam os afetos mais intensamente, os homens parecem dar mais ênfase no controle emocional às situações (Petraglia et al., 2009). A projeção, ao contrário do exposto neste artigo, vem sendo relacionada em algumas pesquisas com os homens e ao fato de eles externalizarem os conflitos ou afetos (Cramer, 2002).

Em relação aos mecanismos neuróticos, a idealização apresentou maiores escores nas mulheres mais femininas, é o mecanismo segundo o qual o sujeito lida com o conflito emocional atribuindo aos outros qualidades positivas exageradas (Blaya, 2004). Este se enquadra no nível de distorção da imagem, caracterizando-se por distorções da imagem de si mesmo ou de outros, podendo ser empregado para regular a autoestima (APA,1994). Em estudo semelhante foi encontrada relação estatística significativa entre feminilidade e o uso desse mecanismo (Maltby&Daya, 1999).

O estilo defensivo neurótico, além disso, está num nível intermediário entre as defesas maduras e as imaturas. O nível de funcionamento neurótico foi mais característico das mulheres mais femininas no presente estudo. Com ele, o indivíduo mantém as ideias, sentimentos, recordações, desejos ou temores, considerados ameaçadores, fora da consciência. São defesas que alteram os afetos, sentimentos ou a expressão dos instintos, fazendo com que os indivíduos estejam sempre às voltas com suas preocupações pessoais e seus problemas insolúveis (APA, 1994). Em estudo com mecanismos de defesa com amostra de estudantes de medicina foi encontrado que o sexo feminino utilizou mais os mecanismos neuróticos do que os homens (Parekh et al., 2010), o que apoia a relação entre o sexo feminino e as suas características com o mecanismo defensivo idealização, independente do seu estado de humor, se considerarmos que as mulheres tendem a ter maiores escores de feminilidade (Bem, 1974).

Na pesquisa de Blaya et al. (2006), entre os estilos neuróticos, a idealização foi a mais amplamente usada pelo grupo diagnosticado com Transtorno Depressivo em relação aos grupos diagnosticados com Transtornos de Ansiedade e controles sem diagnóstico. Percebe-se, a partir de tais resultados, que a idealização possa ser um mecanismo neurótico característico de tais pacientes (Blaya, 2006). A idealização pode estar intimamente ligada à ambivalência, em que o ego cria fantasias com o propósito de controlar os objetos externos (Klein, 1940).

Nos mecanismos maduros, expresso através do humor nas mulheres mais masculinas, refere-se a capacidade de um indivíduo conseguir salientar os aspectos divertidos ou irônicos do conflito ou estressor (APA, 1994; Blaya, 2004). Entre os estilos maduros, em pesquisa sobre os mecanismos de defesa, o humor apresentou os menores escores no grupo de deprimidos, em comparação com o grupo controle e com os transtornos de ansiedade, pode-se inferir que o uso desse mecanismo é pouco utilizado pelos acometidos pelo transtorno depressivo, mais usado em indivíduos sadios psiquicamente (Blaya et al., 2006). Tal fato novamente pode estar indicando o uso de um mecanismo saudável à masculinidade.

Considerações Finais

Concluimos que os estilos defensivos podem ter relação, principalmente, com a intensidade das características humanas que são socialmente e individualmente mais desejáveis e adaptativas e, portanto, mais saudáveis. A masculinidade, da mesma forma, parece estar carregada de atributos que, ao longo da história, estiveram relacionados aos homens, mas que atualmente são encontrados e aceitos em ambos os sexos. Contudo, não é possível fazer relação com a classificação de papéis sexuais.

Sugere-se que futuros estudos acerca dos papéis sexuais e dos estilos defensivos possam incluir uma amostra masculina, para que seja possível comparar os resultados das defesas com os papéis sexuais nos dois sexos. No entanto, percebe-se a escassez de homens na maioria dos artigos analisados e relacionados à depressão, provavelmente em função da menor prevalência e da baixa procura deles pelos serviços de saúde mental.

A utilidade clínica em identificar a variação nos padrões de defesa para cada gênero supõe que os terapeutas possam facilitar os insights e as mudanças nos pacientes de acordo com tais características. Além disso, o monitoramento do funcionamento defensivo pode ser uma ferramenta para auxiliar no processo e no êxito do tratamento. Destaca-se ainda a importância do autoconceito (autoestima\autoimagem) no processo terapêutico de pacientes mulheres diagnosticadas com Transtorno Depressivo Maior, através do reconhecimento de si e da tentativa de potencializar seus aspectos mais adaptativos.

Referências

- Adams G.R., & Shea J.A.(1979). The relationship between identity status, locus of control, and ego development. *Springer Link*, 8(1), 81-9.
- Akkerman K., Carr V.J., & Lewin T.(1992) Changes in ego defenses with recovery from depression. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 180(10), 634-8.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.)(1994). Washington: APA.
- American Psychiatric Association.(2003). *DSM-IV-TR: Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Amorim P.(2000) Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22, 106-15.
- Andrews G., Singh M., & Bond M.(1993). The Defense Style Questionnaire.*Journal of Nervous and Mental Disease*, 181(4), 246-56.
- Ashmore R.D.(1990).Sex, gender and the individual. *Handbook of personality: Theory and research* (pp. 486-526).New York: Guilford Press.
- Bem S.L.(1974). The Measurement of Psychological Androgyny. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 155-62.
- Bem S.L.(1981). Gender schema theory: A cognitive account of sex typing. *Psychological Review*. 88, 354-364.
- Bem S.L.(1985). Androgyny and gender schema theory: A conceptual and empirical integration. *Psychology and Gender*. Lincoln: University of Nebraska, 32, 179-226.
- Whitley B.E.(1983). Sex role orientation and self-esteem: A critical meta-analytic review. *Journal of Personality and Social Psychology*. University of Pittsburgh , 44 (4), 765-778.
- Blaya C., Kipper L., Blaya P.F.J., & Manfro G.G.(2003). Mecanismos de defesa: uso do Defense Style Questionnaire. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 5(1), 67-80.
- Blaya C., Kipper L., Heldt, E., Isolan L., Ceitlin L.H., Bond M. & Manfro G.G.(2004). Versão em português do Defense Style Questionnaire (DSQ-40) para avaliação dos mecanismos de defesa: um estudo preliminar. *Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA)* . *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26 (4), 255-258.

- Blaya C.(2005). Tradução, adaptação e validação do Defense Style Questionnaire (DSQ-40) para o português brasileiro. Universidade Federal do Rio Grande do Sul - Curso de Pós-Graduação em Psiquiatria: Porto Alegre.
- Blaya C., Dornelles, M., Blaya, R., Kipper L, Heldt E.,Isolan L.,...Manfro G.G.(2006). Do defense mechanisms vary according to the psychiatric disorder? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 8(3), 179-183.
- Bond M., Gardner S.T., Christian J.,& Sigal J.J.(1983). Empirical study of self-rated defense styles. *Archives of General Psychiatry*, 40(3), 333-8.
- Bond M., &Perry C.(2004). Long-Term Changes in Defense Styles With Psychodynamic Psychotherapy for Depressive, Anxiety, and Personality Disorders.*The American Journal of Psychiatry*, 161, 1665-71.
- Burns R.B.(1979). *The Self- Concept: Theory, measurement, development and behaviour* (pp.341).London: Longman.
- Camon V. A. A.(2003). *Temas Existenciais em Psicoterapia*. São Paulo: Thompson.
- Cramer P., &Blatt S. J. (1993). Change in defense mechanisms following intensive treatment, as related to personality organization and gender. *The concept of defense mechanisms in contemporary psychology* (pp. 310-320). New York: Springer-Verlag.
- Cramer P.(1991). *The Development of Defense Mechanisms.Theory, Research, and Assessment*. Springer Verlag. New York.
- Cramer P.(2000)Defense mechanisms in psychology today. Further processes for adaptation.*American Psychologist*. 55(6), 637-46.
- Cramer P.The study of defense mechanisms: Gender implications. *The psychodynamics of gender and gender role.Empirical studies in psychoanalytic theories*.Washington, DC, US: American Psychological Association; 2002 10: p.81-127.
- Cramer P. (2009).Seven Pillars of Defense Mechanism Theory .Paper presented at the Annual Meeting of the Rapaport-Klein Study Group, *Austen Riggs Center*, Stockbridge, Massachusetts.
- Davidson B., & Sollie D.L. (1987). Sex role orientation and marital adjustment. *Social Behavior and Personality*, 15, 59-69.
- Deaux K.(1984). From individual differences to social categories: Analysis of a decade's research on gender. *American Psychologist*, 139(2), 105-116.
- DeRubeis RJ, Siegle G, & Steven Dh (2008). Cognitive therapy versus medication for depression: treatment outcomes and neural mechanisms. *Nature Reviews Neuroscience*, 9, 788-96.
- Escobar J.R.(1988). Mecanismos de defesa. *Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 10 (2), 52-6.
- Ferreira M.C. (1999). Identidade de gênero e atitudes sobre a mulher. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 15(3), 249-255.
- Freud A. (1937). *Ego and the mechanisms of defense*. London: Hogarth press.
- Freud S.(1926/1976) Inibições sintomas e ansiedade: edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. (pp.95-201). Rio de Janeiro: Imago.

- Henriques, P.C.M.(2009). Imagem corporal, autoconceito e rendimento escolar nos pré-adolescentes. Departamento de Ciências e Educação. Universidade de Aveiro: Aveiro.
- Hernandez J.A.E, & Hutz C.S.(2008). Gravidez do Primeiro Filho: Papéis Sexuais, Ajustamento Conjugal e Emocional. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24 (2), 133-141.
- Hernandez J.A.E.(2009). Reavaliando o Bem Sex-Role Inventory. *Estudos de Psicologia I Campinas*, 26(1), 73-83.
- Hock E., Schirtzinger M.B., Lutz M.B., & Widaman K.(1995). Maternal depressive symptomatology over the transition to parenthood: Assessing the influence of marital satisfaction and marital sex role traditionalism. *Journal of Family Psychology*, 9(1), 79-88.
- Hutz C., & Koller S.(1992). A mensuração do gênero: uma readaptação do BSRI. *Psicologia : reflexão e crítica*, 5, 15-21.
- Justo L.P, & Calil H.M.(2006). Depressão – o mesmo acometimento para homens e mulheres? *Revista de Psiquiatria Clínica*. 33 (2), 74-79.
- Klein M.(1940). Mourning and its relation to Manic-depressive States , In *Love, Guilt and reparation*. London: The Hogarth Press.
- Lambert M.J., & Ogles B.M.(2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: John Wiley & Sons.
- Mahajan P., Sharma N., & Shallu S.(2004). Attitudes toward androgynization of roles. *Anthropologist*, 6(3), 181-83.
- Maltby J.S., & Daya L.(1999). Sex role identity, attitudes toward the opposite sex and same sex, and defense style. *Journal of Genetic Psychology*, 160(3), 381-83.
- Oliveira, L.S.O. (1983). *Masculinidade feminilidade androginia*. Rio de Janeiro: Achiamé.
- Organização Mundial da Saúde. (1993). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Parekh M.A., Majeed H., Khan T.R., Kahn A.B, Khalid S., Khwaja N.M., Jehan I.(2010). Ego defense mechanisms in Pakistani medical students: a cross sectional analysis. *BMC Psychiatry*, 10-12.
- Petraglia J., Thygesen K.L., Lecours S., & Drapeau M.(2009). Gender Differences in Self-Reported Defense Mechanisms: A Study Using the New Defense Style Questionnaire-60. *American journal of psychotherapy*, 63,(1), 87-99.
- Prakash J., Kotwal A.S.M., Ryali V.S.S.R., Srivastava K., Bhat O.S., & Shashikumar R.(2010). Does androgyny have psychoprotective attributes? A cross-sectional community-based study. *Industrial Psychiatry Journal*, 19(2), 119-24.
- Rice A.(2006). Gender traits and normative/humanistic behavior. *Sociological Viewpoints*, 25-39.
- Skodol A.E., & Perry J.C. Should an axis for defense mechanisms be included in DSM-IV? (1993b). *Comprehensive Psychiatry*, 34, 108- 19.
- Spence J.T.(1984). Masculinity, femininity and gender-related traits: A conceptual analysis and critique of current research. *Progress in experimental research*, 13, 2-97.

Spence J.T.(1985). Gender identity and its implication for the concepts of masculinity and femininity. (132, 59-96). Nebraskasimposium on motivation: psychology and gender. Nebraska

Tinsley E.G., Sullivan-Guest S., & McGuire J.(1984).Feminine sex role and depression in middle-aged women. Sex Roles, 11(12), 25-32.

Vaillant G.E. (1971) Theoretical hierarchy of adaptive ego mechanisms: a 30-year follow- up of 30 men selected for psychological health.Archives of General Psychiatry, 24(2), 107-18.

Tabela 1 – Diferenças de médias entre estilos defensivos ou defesas individuais e papéis sexuais em mulheres diagnosticadas com Transtorno Depressivo (n=62).

	Feminino	Masculino	Andrógino	Indiferenciado	p valor
	Média	Média	Média	Média	
	(±d.p.)	(±d.p.)	(±d.p.)	(±d.p.)	
Maduro	48,0(9,3)	45,7(14,9)	46,8(13,1)	39,7(12,5)	0,212
Antecipação	14,8(2,9)*	11,8(3,6)	12,4(5,0)	10,9(4,5)*	0,080
Humor	8,8(4,0)	8,8(4,4)	8,4(4,9)	6,0(3,8)	0,144
Supressão	6,9(3,8)	6,5(3,3)	5,9(4,8)	5,5(3,4)	0,749
Sublimação	9,5(4,3)	10,8(4,2)	10,8(4,4)	9,7(4,7)	0,758
Racionalização	7,9(4,3)	7,9(3,6)	9,3(5,5)	7,6(3,1)	0,651
Neurótico	39,1(8,5)	35,8(10,2)	42,5(7,3)	37,6(9,9)	0,224
Pseudo-altruismo	10,6(2,7)	10,4(3,4)	11,6(4,3)	11,4(3,8)	0,777
Idealização	8,6(5,3)	7,4(2,9)	10,8(3,5)	8,4(4,0)	0,127
Formação reativa	10,6(5,0)	8,8(3,7)	9,5(4,5)	8,5(4,9)	0,590
Anulação	9,2(4,1)	9,3(4,3)	10,5(5,3)	9,4(3,7)	0,803
Imaturo	92,2(29,1)	95,6(15,7)	100,9(29,0)	100,3(28,7)	0,794
Projeção	7,4(3,1)	6,7(4,1)	7,3(5,1)	9,6(4,2)	0,205
Agressão passiva	8,7(5,9)	8,1(3,4)	9,6(4,8)	8,0(3,5)	0,710
Acting out	7,8(4,9)	11,4(7,3)	11,6(5,0)	10,4(5,2)	0,160
Isolamento	7,6(5,5)	9,6(4,5)	8,5(5,9)	10,9(4,2)	0,297
Desvalorização	6,8(2,6)	6,3(2,8)	6,7(4,1)	7,5(3,8)	0,781
Fantasia autística	11,3(6,1)	8,5(3,9)	11,4(6,2)	9,8(5,9)	0,494
Negação	4,6(2,9)	4,8(2,1)	5,7(4,2)	5,2(3,9)	0,846
Deslocamento	12,2(5,1)	11,3(3,7)	10,1(5,2)	10,7(3,6)	0,621
Dissociação	4,2(2,2)	6,2(2,2)	4,0(2,8)	5,1(3,1)	0,140
Cisão	9,3(6,1)	9,8(3,6)	11,6(4,0)	11,3(3,9)	0,442
Somatização	12,4(4,7)	13,0(3,9)	14,4(4,6)	12,1(4,6)	0,426

* tendência à significância estatística da diferença entre escores indiferenciado e feminino através do teste de Bonferroni (p 0,068)

Tabela 2 – Correlação entre estilos defensivos ou defesas individuais e os escores dos fatores feminilidade e masculinidade em mulheres diagnosticadas com Transtorno Depressivo.

	Feminilidade r	p valor	Masculinidade r	p valor
Maduro	0,24*	0,066	0,30**	0,019
Antecipação	0,24*	0,057	0,09	0,476
Humor	0,28**	0,026	0,41***	0,001
Supressão	-0,02	0,852	0,11	0,407
Sublimação	0,05	0,718	0,03	0,828
Racionalização	0,15	0,242	0,28**	0,030
Neurótico	0,30**	0,022	0,14	0,267
Pseudo- altruismo	0,15	0,256	-0,34	0,792
Idealização	0,31**	0,015	0,24*	0,060
Formação	0,16	0,207	0,03	0,840
Reativa				
Anulação	0,03	0,845	0,08	0,555
Imaturo	-0,08	0,545	0,03	0,834
Projeção	-0,23*	0,073	-0,31**	0,014
Agressão	0,06	0,649	0,08	0,521
passiva				
Acting out	-0,10	0,453	0,06	0,565
Isolamento	-0,31**	0,014	0,03	0,794
Desvalorização	-0,19	0,142	-0,07	0,607
Fantasia	0,09	0,471	0,02	0,864
Autística				
Negação	0,04	0,728	0,11	0,401
Deslocamento	-0,01	0,914	-0,02	0,902
Dissociação	-0,15	0,243	0,05	0,717
Cisão	0,10	0,464	0,05	0,701
Somatização	0,16	0,202	0,23*	0,072

* $0,050 < p < 0,100$

** $p < 0,05$