

# Mulher e Depressão: Uma Análise Comportamental-Contextual

*(Woman and Depression: A Behavioral-Contextual Analysis)*

**Karyne Mariano Lira Correia<sup>1</sup> & Elizeu Borloti<sup>2</sup>**

Universidade Federal do Espírito Santo

*(Received: June 25, 2010; accepted January 11, 2011)*

Aquilo que se chama de “depressão” tornou-se um fenômeno tão comum nos serviços de saúde que ficou conhecido como “a gripe da doença mental” (Douger & Hackbert, 2003; Seligman, 1975). Segundo dados da Organização Mundial da Saúde do início desta década (World Health Organization [WHO], 2001a), a depressão é um problema significativo de saúde pública, que custa cerca de US\$43 bilhões anualmente, somente à economia dos Estados Unidos, em tratamentos médicos e perda de produtividade. Pacientes com depressão costumam passar mais dias longe do trabalho, tornam-se, com mais frequência, clinicamente doentes, apresentam maior risco de suicídio do que as pessoas em geral, entre outros problemas. Estima-se que 5-10% das pessoas precisam de ajuda para tratar a depressão e que 8-20% das pessoas carregam o risco de desenvolvimento de depressão durante sua vida (WHO, 2001a). Pode-se questionar se esta prevalência não se deve aos múltiplos controles que operam sobre o comportamento verbal dos que diagnosticam o fenômeno. Além da pressão da cultura e da indústria farmacêutica pela não aceitação da tristeza como parte inerente e necessária à vida humana (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999), o diagnóstico da depressão banalizou-se no senso-comum e em especialidades médicas não psiquiátricas (Martin, Quirino, & Mari, 2007).

A palavra *depressão*, do ponto de vista linguístico, diz respeito a uma pressão que é exercida de cima para baixo. Sendo assim, de acordo com Borloti, Fonseca, Charpinel e Lira (2009), a contingência tateada por uma pessoa deprimida é de uma pressão que se exerce sobre ela “de cima para baixo”, advinda de um contexto aversivo que afeta o estado do corpo. Kanter, Busch, Weeks e Landes (2008), em sua proposta de uma explicação comportamental moderna da depressão, enfatizam que a experiência central da depressão é um evento corporal interno (portanto, privado) avaliado como negativo. Segundo os autores, esse evento privado eliciado por este contexto de “pressão” é sentido como um estado de ânimo (ou humor) e tateado de diversas maneiras como, por exemplo, “tristeza”, “sensação de abatimento” e de “estar para baixo”. Este humor, em si mesmo, é adaptativo, ou seja, é o produto de contingências de sobrevivência da espécie (os sinais corporais e faciais da tristeza são estímulos discriminativos para o apoio de outros membros do grupo social, contribuindo para a manutenção de práticas que garantem a sobrevivência do indivíduo e, portanto, do grupo), mas pode tornar-se desadaptativo através de processos ambientais e comportamentos aprendidos na ontogênese. Por exemplo, quando o cuidado do outro é contínuo, o humor deprimido é fortalecido e expe-

1) Karyne Mariano Lira Correia: Psicóloga; Mestranda em Psicologia pela Universidade Federal do Espírito Santo; Bolsista pela CAPES; Nome para citações: Lira, K.M.C. Rua Antônio Bernardes da Silveira, 39, Santos Dumont, Vila Velha, ES / Brasil – CEP: 29.109-400

2) Elizeu Borloti: Psicólogo, Doutor em Psicologia e Especialista em Terapia Comportamental pela USP. Professor pesquisador do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFES.

rienciado de forma extrema, sendo um transtorno, em especial quando o cuidado passa a ser dispensado esporadicamente ou torna-se indisponível. Por isto, Cavalcante (1997), sintetizando o modelo comportamental da depressão do final da década de 70 (Coyne, 1976a, 1976b), compreende a depressão como um fenômeno que se faz existente na interação social e, neste sentido, a descrição dos comportamentos depressivos de um indivíduo demanda uma análise dos padrões de interação que este indivíduo estabelece com o ambiente social à sua volta.

Na comunidade verbal médica, o termo “depressão” é um tato sob controle de estímulos, ou propriedades de estímulos, produzidos pelos comportamentos públicos não verbais ou verbais de uma pessoa. As propriedades do comportamento dessa pessoa, e que são denominadas por meio deste termo técnico, também podem ser tateadas como “estado afetivo de tristeza”, “sintoma”, “síndrome” ou “doença”. Assim, a depressão-sintoma pode ser tateada no comportamento da pessoa que relata transtornos somáticos e psicológicos (por exemplo, no estresse pós-traumático, na esquizofrenia e no abuso do álcool); a depressão-síndrome, em aspectos psicomotores da pessoa, que também relata eventos cognitivos e fisiológicos. Assim, as propriedades não verbais do comportamento da pessoa deprimida (retardo psicomotor e diminuição da frequência de respostas de busca por prazer, incluindo a redução da busca de alimentos, sexo e sono) e as propriedades não verbais do comportamento verbal dela (por exemplo, a velocidade do falar ou a frequência do que é falado), correlacionadas com o relato que ela faz dos seus estados corporais (“me sinto uma inútil”, “a culpa é minha”, “estou tão cansada”, “não consigo me concentrar”) torna o relato de um diagnóstico com o termo “depressão” como um tato bastante plausível, pois a comunidade verbal médica reforça a emissão desta resposta diante deste conjunto de estímulos não verbais quando correlacionados com os relatos verbais característicos. Entretanto, não se pode afirmar que o diagnóstico da depressão por falantes da comunidade verbal médica seja dado a partir de tatos puros, pois o contexto amplo do controle econômico advindo da indústria farmacêutica pode atuar como operação motivacional para o diagnóstico da depressão como uma doença, a partir de sinônimos antigos (melancolia) e atuais (transtorno depressivo maior e depressão integrante do transtorno bipolar tipo I e II) (Del Porto, 1999).

Encontrar um nome para o fenômeno tem sido importante também para o falante leigo. De acordo com Martin et al. (2007), o termo *depressão* se refere a dois universos culturais que são distintos, o de quem diagnostica e o de quem é diagnosticado. Em uma pesquisa realizada em São Paulo, com 16 mulheres diagnosticadas com Depressão (Martin et al., 2007), os autores verificaram que as entrevistadas não entendiam bem o que era a depressão, mas conseguiam apontar em seu contexto social as “causas” para o problema diagnosticado. Elas aceitavam o diagnóstico dado pelos psiquiatras sem questionar. Saber que seu sofrimento tinha um nome e um remédio era importante para elas. Contudo, na comunidade verbal em que estavam inseridas essas mulheres, o termo depressão era usado de forma inadequada e imprecisa. Não havendo uma definição específica entre o senso-comum local, o termo *depressão* se afastava da definição médica e era usado pela população como uma palavra que servia para definir todo tipo de situação, como por exemplo, “o alcoólatra está deprimido”, “o psicótico está deprimido”, “o esquizofrênico está deprimido”.

A quarta edição do *Diagnostic and Statistical Manual* (DSM-IV-TR™, 2002) buscou facilitar o trabalho de reconhecimento da depressão apresentando uma lista dos principais sintomas da depressão e seu tempo de duração. Entre esses sintomas está a perda do interesse ou prazer, a alteração do peso (sem a realização de dieta), do apetite e do sono, o sentimento de inutilidade ou culpa, a fadiga, o retardo psicomotor e a diminuição da capacidade de concentração.

Apesar do imenso trabalho que gerou o DSM, a depressão, conforme definição médica consensual no DSM-IV-TR™ (2002) é, muitas vezes, subdiagnosticada e subtratada no contexto da comunidade verbal médica, devido a fatores como a ênfase dada aos sintomas somáticos desta doença controvertida, a proximidade que esses sintomas possuem de algumas condições clínicas somáticas e o pouco treinamento em psiquiatria básica dos profissionais de outras clínicas médicas (Teng, Humes, & Demetrio, 2005). A bana-

lização do termo, que por vezes é confundido com tristeza ou desmotivação, faz com que o diagnóstico da depressão entre aqueles que supostamente se beneficiariam dele e dos psicofármacos antidepressivos seja comumente realizado de forma tardia e por exclusão. Outro complicador é a comorbidade bastante comum entre depressão e outras disfunções fisiológicas e transtornos psicológicos. Essa comorbidade acaba por levar os demais casos clínicos a ela associados a uma evolução pior e dificultar a aderência dos pacientes aos tratamentos dessas outras disfunções e transtornos (Teng et al., 2005).

A despeito dos problemas de avaliação da depressão apontados até então, se aceita o dado de que, entre os diagnosticados como “deprimidos”, o número de mulheres tem sido duas vezes maior que o de homens (Angst, et al., 2002; DSM-IV-TR™, 2002; Justo & Calil, 2006; Maier, et al., 1999; Nazroo, Edwards & Brown, 1998; Santos & Kassouf, 2007; Weissman et al., 1993, 1996; WHO, 2001a, 2001b). Afirma-se (Angst et al., 2002) que esta proporção se mantém ao longo de toda a vida da população em geral, em várias cidades do mundo (Weissmann et al., 1995). Entretanto, duas populações (afro-americana e israelense) romperam esta regra de proporção (Justo & Calil, 2006); e em apenas dois períodos do desenvolvimento (puberdade e menopausa) ela se manteve (Bebbington, 1998; Noble, 2005).

Justificado nestes dados epidemiológicos, este artigo consiste de uma revisão bibliográfica acerca da depressão relacionada à mulher e tem por objetivo discutir essa relação a partir da perspectiva da Análise do Comportamento. Está dividido em três partes: aspectos gerais da depressão em mulheres, análise funcional da depressão e fatores contextuais de depressão em mulheres.

### **“EU QUERIA NASCER HOMEM”**

Muitos dos leitores já ouviram pelo menos uma mulher afirmar que queria ter nascido homem. As razões pelas quais elas dizem isto, em geral, devem-se às condições opressivas da condição feminina na sociedade, particularmente nos âmbitos familiar, sexual e econômico, como, por exemplo, dependência econômica e submissão a um companheiro, violência doméstica, disputa por vezes desigual com homens no mercado de trabalho, responsabilização social pelo casamento e pela educação de filhos, dentre outras.

Em um estudo realizado com o intuito de verificar as variáveis que antecedem a depressão unipolar, e apontar os fatores de risco para o seu desenvolvimento, Lewinsohn, Hoberman e Rosenbaum (1988) verificaram que, entre outros fatores, ser mulher seria um fator de risco para o desenvolvimento da depressão. Mulheres mais jovens que já tivessem um diagnóstico anterior de depressão constituíam um grupo de risco elevado. O relacionamento social pobre ou insatisfatório (um dos fatores verificados no estudo) foi associado ao desenvolvimento da depressão apenas em mulheres. Os autores consideraram, também, que traços pessoais (auto-estima, idade, sexo e história anterior de depressão) influenciam na possibilidade de desenvolver depressão, assim como fatores ambientais (“eventos estressores da vida”, não especificados pelos autores).

Burin (1992) e Nazroo et al. (1998) listaram explicações no nível cultural para a relação entre as mulheres e a depressão. Mesmo não empregando termos técnicos da Análise do Comportamento, Nazroo et al. (1998) chamaram atenção para a diferença com a qual a comunidade verbal modela os relatos de humor no repertório de homens e mulheres nas práticas culturais que determinam os papéis sociais e históricos de gênero. Segundo os autores, ao menos em nossa cultura, os sexos lidam diferentemente com as dificuldades envolvendo o humor: as mulheres parecem ser mais afetadas do que os homens, por situações de stress da vida (como os cuidados com os filhos, por exemplo), devido à maior relevância que essas situações possuem para o papel social da mulher. Essas situações são mediadas por relações interpessoais conflituosas cujo

enfrentamento é, com frequência, focado na emoção e guiado por regras de esquivas (Borloti, Balbi Neto, Baptista, & Maciel, 2010a; Borloti, Bezerra, & Balbi Neto, 2010b).

Num estudo experimental recente, Lam, Marra e Salzinger (2005) usaram o paradigma do condicionamento verbal para investigar a variação intercultural na descrição da sintomatologia da depressão unipolar. Seus resultados mostraram que os relatos de sintomas somáticos ou psicológicos da depressão são condicionados pelo reforçamento social, o que corrobora funcionalmente as afirmações de Nazroo et al. (1998) sobre as diferenças sexuais na experiência emocional chamada “depressão”. Portanto, os processos de aprendizagem (em especial, a verbal) que explicam a socialização dos papéis de gênero têm relação direta com a aprendizagem variada de relatos de estados emocionais, incluindo os estados tateados como “depressão”.

Sabe-se que a comunidade verbal contingencia o comportamento verbal do falante deprimido, sob controle do evento privado (humor), em um contexto de controle de estímulo que inclui, por exemplo, estímulos discriminativos tais como o retardo motor como um acompanhamento público, o choro como uma resposta colateral e a própria resposta verbal “deprimido” como uma metáfora evocada pela partilha das propriedades do humor e de uma “pressão” que vem de alguma condição contextual pública (Skinner, 1957). Burin (1992) destacou o controle aversivo que opera como contexto sobre a maior parte da população feminina e, assim como Nazroo et al. (1998), mencionou os vários aspectos desse controle (em geral, aversivo) em contingências que impactam mais a mulher do que o homem. Dentre tais contingências estão as que geram como produtos ou subprodutos os sentimentos de responsabilidade pelos problemas dos filhos, pelas falhas na manutenção do lar e pelo fracasso dos relacionamentos amorosos ou do casamento. Estes produtos ou subprodutos, por exemplo, estão relacionados ao reforçamento social, na comunidade verbal, da responsabilidade da mulher pela educação dos filhos e pelos relacionamentos.

No nível biológico também há explicações para a relação entre as mulheres e a depressão. Justo e Calil (2006), através de uma revisão de vários estudos, apontam a influência de fatores hormonais na manifestação da depressão em homens e mulheres. Os sexos também reagem de modo diferente aos antidepressivos (Weissmann et al., 1995) o que pode sugerir uma diferença neuroquímica subjacente ao humor feminino.

Entretanto, apesar dos aspectos biológicos inerentes à condição feminina (que se relacionam aos transtornos hormonais como a depressão pós-parto e a aspectos do desenvolvimento como a menopausa) serem um fato, seu significado pode variar em práticas culturais em momentos da história das sociedades, caracterizadas por contingências individuais entrelaçadas (educação de filhos, casamento, família, trabalho, etc.) que, de um modo bastante específico, controlam as emoções das mulheres. Quando há ausência de repertório de habilidades sociais para o enfrentamento dos problemas interpessoais advindos dessas práticas culturais, o humor depressivo é um dos sub-produtos (Borloti et al., 2010b). É por esta razão que o modelo de intervenção comportamental na depressão unipolar (Lewinson, Gotlib, & Hautzinger, 2003) emprega, dentre outras estratégias, o treinamento de habilidades sociais.

## UMA ANÁLISE COMPORTAMENTAL DA DEPRESSÃO

Do que foi posto no subtítulo anterior, depreende-se que a compreensão analítico-funcional das variações comportamentais observadas em pacientes diagnosticados como deprimidos, implica no estudo das variáveis que, ao longo da história de vida deles, vêm produzindo e mantendo esse quadro chamado “depressão”. É necessário, portanto, uma investigação das contingências “depressoras”, assim como um mapeamento dos eventos antecedentes e consequentes aos comportamentos deprimidos (Abreu, 2006). Assim, uma análise comportamental da depressão deve explicar seus principais sintomas (comportamentos operantes motores e verbais, incluindo os verbais privados, e respondentes comuns tateados como sentimentos) com base em princípios comportamentais estabelecidos empiricamente (Douger & Hackbert, 2003).

Douger e Hackbert (2003) relacionaram as funções consequenciais da baixa densidade de reforço, da extinção, da punição, do reforço de comportamento de angústia e das relações derivadas de quadros relacionais com o desenvolvimento e a manutenção dos comportamentos deprimidos. Segundo eles, a baixa densidade de reforço (também apontada por Lewinsohn, 2003) está relacionada à situação em que o reforço para não emitir comportamentos é maior do que o reforço para emitir comportamentos, o que explica o retardo psicomotor, a inanição e a falta de motivação do deprimido.

Além disto, a redução da emissão de comportamento no deprimido também pode ser resultado da extinção. Skinner (1974/1982) aponta a ausência de reforço que leva à extinção do comportamento como um processo que está associado, entre outros processos respondentes, à falta de interesse, ao desencorajamento, a uma sensação de impotência e ao estado de depressão. Quando o processo de extinção ocorre de forma lenta e gradual ao longo da vida do indivíduo, torna-se mais difícil identificar a origem da depressão, entretanto, episódios depressivos ocorrem, com frequência, seguidos a eventos estressores (DSM-IV-TR™, 2002). Muitas vezes os pacientes deprimidos buscam auxílio profissional após uma perda muito significativa, como falecimento de um ente querido, a saída dos filhos de casa, o fim de um relacionamento ou o desemprego. Quando a pessoa possui repertório adequado para enfrentar a situação de perda, ela encontra outras fontes de reforços que suplantam a perda; mas, quando o reforço perdido era responsável pela manutenção da maior parte do repertório comportamental do indivíduo, a situação pode se agravar (Douger & Hackbert, 2003). Um exemplo é a perda de um relacionamento amoroso: a pessoa perdida mantinha anteriormente no repertório do deprimido uma classe de resposta definida como lazer ou atividade social.

As contingências de punição são evidenciadas em pacientes com depressão crônica: pacientes cuja história é marcada por situações de punição prolongada sem a possibilidade de fuga. Essa intensa estimulação aversiva é bastante evidente, por exemplo, em casos de violência sexual e violência doméstica (cuja maioria das vítimas é mulher).

A presença de reforço ao comportamento de angústia também é comum na história de pacientes deprimidos. O paciente emite comportamentos operantes verbais e/ou não verbais, concomitantes aos respondentes de angústia e, em consequência, recebe atenção e apoio social. Contudo, essas consequências funcionam como reforçadores do comportamento operante de angústia, fazendo com que este se mantenha. Ao mesmo tempo, os comportamentos de angústia podem ser mantidos, também, por reforçamento negativo, ao retirarem a estimulação aversiva que o comportamento das outras pessoas produz sobre o deprimido. Com o tempo, estes comportamentos de angústia se tornam aversivos àqueles que dão atenção e apoio ao deprimido, o que os leva a se afastarem dele, assumirem postura hostil diante dele ou o ignorarem (extinção). De acordo com Douger e Hackbert (2003), esse padrão de reforço seguido de extinção faz com que o comportamento de angústia seja mantido em um “círculo vicioso” difícil de quebrar.

É comum que eventos correlacionados com a extinção e a punição evoquem comportamentos de esquiva, que são mantidos por reforço negativo. Muitas vezes, mesmo que as contingências mudem, o comportamento permanece sob o controle de estímulos discriminativos, fazendo com que o deprimido venha a perder potenciais fontes de reforço positivo. Por exemplo, uma mulher costuma acompanhar seu marido nos eventos sociais da empresa em que ele trabalha. Apesar dos eventos serem bons (a música é agradável, o local e a comida são bons), sempre que ela participa da conversa dando sua opinião acerca do assunto discutido pelo grupo de colegas do marido e suas esposas, sua participação é ignorada. Com o tempo, ela deixa de participar das conversas (extinção). Continuar freqüentando esses eventos sem conseguir se relacionar com as pessoas se torna aversivo, então, para evitar o sentir-se “deslocada” ela começa a evitar acompanhar seu marido nessas programações.

Segundo Fester (1973), a característica mais evidente de uma pessoa deprimida é a perda de certos tipos de atividade associada a um aumento na fuga e esquiva de atividades, assim como queixas, choro e irritabilidade. O autor aponta também que a frequência reduzida de algumas atividades no repertório de uma

pessoa deprimida pode diminuir a eficácia de reforçadores intimamente ligados a processos fisiológicos (como alimentação e sexo, por exemplo), além disso, a pessoa deprimida comporta-se mais lentamente e emite menos comportamentos positivamente reforçados. A falta de variabilidade no repertório de atividades operantes acaba por diminuir a motivação para a busca de reforçadores contribuindo para outra característica comportamental do deprimido: a chamada atenção seletiva a memórias e eventos negativos. De acordo com Michael (1993), a motivação deriva de operações ambientais que estabelecem o valor reforçador das consequências dos comportamentos operantes. O autor denominou tais operações como operações estabelecedoras, condições que aumentam o efeito reforçador de determinadas consequências, aumentam a probabilidade de respostas que antecedem essas consequências, e afetam as propriedades evocativas dos estímulos. O humor deprimido pode agir como uma operação estabelecedora para o comportamento de atenção seletiva da pessoa deprimida, aumentando a probabilidade de que ela fique mais atenta aos eventos negativos de sua vida do que aos eventos positivos. Para Douger e Hackbert (2003), isto explica a atenção seletiva característica dos deprimidos.

Encontra-se com grande frequência no cotidiano das comunidades verbais a associação entre os comportamentos típicos do deprimido e o seu sentimento de depressão, como se este último “ocasionasse” os primeiros. É importante ressaltar que, para a Análise do Comportamento, tanto os comportamentos como os sentimentos são originados pelos mesmos fatores: a contingência ambiental. Nesse caso, o comportamento deprimido não é fruto do sentimento de depressão, mas ocorre, juntamente com este, em função de outros fatores contextuais (Skinner, 1974/1982).

Por fim deve-se focar e identificar as regras e as relações derivadas do controle verbal que opera o repertório verbal do deprimido, e que se explicitam em seu discurso a partir do modo como ele descreve as relações entre eventos do ambiente e as relações entre essas relações nos chamados “quadros relacionais”. Por exemplo, a contingência descrita como “as coisas não dão certo na minha vida” pode funcionar como uma regra genérica (“nada dá certo na minha vida”) e isto se torna equivalente a “sou um fracasso total” o que é *pior* do que “estou sem emprego”, o que é *diferente* “do que ocorre com o meu irmão”. Estas regras e relações derivadas, em geral, funcionam como tatos e/ou mandos generalizados que influenciam comportamentos subsequentes do deprimido.

O rótulo “fracassado” é um tato (dirigido a si mesmo) sob controle dos eventos e dos comportamentos relacionados (estímulos discriminativos não verbais) e mantidos pelo reforço social generalizado (em geral sob a forma de atenção); mandos incluem ameaças e pedidos sob controle de operações estabelecedoras e reforço específico (providos pelos comportamentos dos outros). Os mandos são muito comuns no repertório verbal do deprimido e podem ser emitidos puros, estendidos ou fundidos a tatos impuros. Os mandos puros estão sob controle direto do reforço especificado no pedido ou na ameaça. Entretanto, esse controle pode se estender quando as operações estabelecedoras presentes induzem semelhanças com as passadas e controlam a emissão do mando na possibilidade acidental ou na impossibilidade do reforçamento específico. Esses controles para o mando podem fundir-se aos controles para o tato no chamado tato impuro: o tato é emitido pelo deprimido sob controle dos prováveis efeitos reforçadores sobre os outros a partir de alguma variável motivacional que, de certa forma, fortalece o convencimento dos outros em prover reforço específico ao mando fundido ao tato no repertório verbal queixoso do deprimido. É assim que mandos agregados à função de tato podem aparecer em pedidos de ajuda embutidos numa queixa generalizada que, em geral, agrega recursos verbais adicionais (autoclíticos) para tornar mais efetiva as consequências esperadas. “É tudo muito difícil”, por exemplo, contém um tato da dificuldade e um mando de ajuda (além dos autoclíticos predicativo e quantificador, cujos detalhes de classificação funcional podem ser vistos em Borloti & Hubner, 2010).

Segundo Fester (1973), a queixa ocorre por ser uma classe operante verbal que retirou ou melhorou as condições aversivas no passado. Os reforços obtidos com as queixas fazem com que elas se estendam a outras situações aversivas, ainda que de maneira ineficaz. O autor ressalta ainda que as queixas e outros

componentes negativamente reforçados do repertório da pessoa deprimida são algumas vezes acompanhados por altas frequências de operantes, como torcer as mãos, andar ou falar compulsivamente, que têm uma função similar às queixas porque mascaram outras situações aversivas como o silêncio, a inatividade, ou as atividades produtoras de ansiedade. Esses operantes teriam sido os métodos mais eficazes de evitar as situações aversivas disponibilizadas pelo contexto à pessoa deprimida.

Como se não bastasse, de acordo com Douger e Hackbert (2003), pessoas deprimidas emitem, com frequência, mandos e mandos estendidos na forma de queixas, críticas e insultos autodirigidos e autodemandados, geralmente de forma agressiva. É possível que durante algum tempo esses comportamentos verbais sejam reforçados negativamente, removendo ou evitando reprovações e críticas provenientes de outras pessoas. Contudo, segundo os autores, essas declarações, que são, muitas vezes, evocadas por estímulos aversivos, aumentam a estimulação aversiva no ambiente da pessoa deprimida.

Os tatos distorcidos são observados na invenção e no exagero (Skinner, 1957) que, em geral, acompanha o comportamento verbal do deprimido. É um tipo de extensão de controle como ocorre com o mando (uma situação atual exerce controle a partir de uma situação passada). No tato distorcido de um deprimido, um tato que recebera atenção especial dos outros em uma situação anterior onde havia um controle de fato (“meu casamento não deu certo”) se estende para uma situação nova onde esse controle está ausente (“sou desprezível”).

À atenção seletiva do deprimido ao que “não está bom o suficiente” soma-se a sua propensão à auto-injúria e o resultado é, segundo Douger e Hackbert (2003), a invenção de uma falha pessoal fundamental que perpetuará a sua tristeza. No ver de quem está ao redor do deprimido, o tato distorcido mostra o exagero da sua condição de sofrimento que, por sua vez, elicia mais humor deprimido. “Na pior das hipóteses”, quando o exagero é máximo, “estes tatos distorcidos podem engendrar o tipo de desesperança que, frequentemente, antecede o suicídio.” (Douger & Hackbert, 2003, p. 174).

As relações de equivalência derivadas do controle verbal emergem do fato da linguagem ser o processo subjacente ao sofrimento psicológico em geral e à depressão em particular (Hayes et al., 1999). Várias ações ocorrem concomitantemente no estado deprimido: a pessoa não aceita os eventos privados que experimenta (pois a cultura – e ela própria – os considera aversivos), acha que a solução do problema é não senti-los e dedica-se a isto o tempo todo, desistindo de agir no ambiente rumo aos valores da sua vida.

Os julgamentos depreciativos dos atributos dos eventos do contexto experienciado pela pessoa deprimida a conduzem a uma descrição negativa do futuro e dela mesma. Quando ela dá nome e atributo a um trauma passado, pode começar a chorar; e pode começar a temer, ou mesmo não querer pensar, quando dá nome e atributo a um desafio futuro. O resultado é este: o deprimido vive mais num passado verbalmente lembrado e num futuro verbalmente imaginado do que no momento presente.

O problema da avaliação negativa e comparativa da experiência depressiva é que o deprimido compara a si mesmo com um ideal e se vê querendo o que não alcançará. Desta forma, “muitos clientes vêm à terapia angustiados com a comparação desfavorável entre suas vidas e o ideal cultural” (Douger & Hackbert, 2003, p. 175), almejando a possibilidade de não sentir sentimentos avaliados como negativos. Estão encapsulados em um quadro relacional no qual domina a força das palavras que dão nome e atributos aos eventos: “Quando ‘eu’ e ‘fracasso’ ou ‘doente’ ou ‘depressivo’ entram em uma classe de equivalência, muitas das funções associadas com estas descrições negativas aplicam-se a ‘eu’.” (Douger & Hackbert, 2003, p. 176).

## CONTEXTOS DE DEPRESSÃO EM MULHERES

Dockett (2006) entrevistou 30 mulheres que tiveram depressão uma ou mais vezes ao longo da vida. Situações como conflitos familiares, problemas de saúde, relacionamentos rompidos ou instáveis e episódios estressantes (como acidente automobilístico ou uma maternidade conturbada) foram citados nos discursos

das entrevistadas, como contextos nos quais tiveram seus primeiros episódios de depressão. O pensamento de morte era recorrente entre muitas delas, e algumas tentaram suicídio ou feriram, por vezes, o próprio corpo. Uma das entrevistadas comparou a depressão a “uma caverna úmida, profunda e escura”. Outra se referiu à depressão como uma “tristeza oca”. Uma entrevistada que tinha depressão desde a adolescência relatou ter a sensação de estar morta, e que tudo parecia vazio e que, aparentemente, nada de bom poderia acontecer. Esta entrevistada comparou a depressão a um peso. Em geral, todas as mulheres entrevistadas falaram da depressão como algo que dificultou bastante o prosseguimento de suas vidas.

A seguir, analisaremos, a partir da perspectiva da Análise do Comportamento, contextos de depressão em mulheres: gravidez, violência, problemas de saúde, fatores sócio-econômicos e familiares.

### *Gravidez*

Em uma pesquisa (Falcone, Mäder, Nascimento, Santos, & Nóbrega, 2005) realizada no estado de São Paulo (Brasil) com 103 gestantes (adultas e adolescentes) que responderam ao Questionário de Auto-Infirmação (*Self Reporting Questionnaire* – SRQ) e ao Inventário Beck de Depressão (*Beck Depression Inventory* – BDI) identificou-se a presença de depressão em 20,4% das participantes. Outra pesquisa (Freitas & Botega, 2002) realizada no estado de São Paulo (Brasil) com 120 adolescentes grávidas (14 a 18 anos) revelou a presença de depressão em 20,8% e ideação suicida em 16,7% das participantes. A ideação suicida estava relacionada com a depressão e com os fatos de ser solteira, estar sem namorado e ter pouco apoio social durante a gestação.

A depressão pós-parto atinge cerca de 10-15% das mulheres em vários países do mundo (Falcone et al., 2005). Em uma pesquisa (Da-Silva, Moraes-Santos, Carvalho, Martins, & Teixeira, 1998) realizada no estado do Rio de Janeiro (Brasil) verificou-se que: 1) mulheres grávidas deprimidas recebem menos suporte dos parceiros, 2) a depressão durante a gestação e pós-parto foi encontrada predominantemente entre as participantes negras, 3) houve prevalência de depressão no terceiro mês pós-parto em 12% das participantes.

Estes estudos indicam que no contexto da gravidez de algumas mulheres pode haver uma baixa taxa de reforço, além da presença de contingências aversivas, que estão relacionadas ao pouco apoio social recebido por algumas gestantes, assim como ao fato de ser solteira sem namorado. A gravidez compreende um momento de diversas mudanças para a mulher, como as alterações hormonais, o ganho de peso, a mudança da rotina diária, além das responsabilidades que a vinda de um novo ser acarreta. Quando a grávida não possui repertório comportamental para lidar com todas essas mudanças, o contexto da gravidez pode se tornar aversivo. Passar por esta fase sem ter com quem contar é um problema a mais em um contexto escasso em reforçadores sociais.

A própria depressão durante e após a gravidez constitui uma contingência aversiva para a mulher, que se sente culpada por não se sentir feliz com a vinda de um filho. A gravidez, para o senso comum, está comumente associada à felicidade da mulher (Nóbrega, 1995), já a infertilidade estaria associada à tristeza e incompletude feminina (Trindade & Enumo, 2002). Sendo assim, a comunidade verbal não aceita com facilidade que uma mãe sinta tristeza ou tenha depressão. A idéia equivocada de que o que sentimos é causa de nossos comportamentos faz com que a recém mãe que se sinta triste ou deprimida e se concentre em controlar seus sentimentos, sem sucesso. Isso aumenta a probabilidade do contexto em que essa mãe está inserida gerar e manter os comportamentos típicos da depressão.

### *Violência*

Num estudo (Adeodato, Carvalho, Siqueira, & Souza 2005) realizado no estado do Ceará (Brasil) com 100 mulheres que sofreram agressão de seus parceiros verificou-se que 40% das participantes apresentavam sintomas de depressão e 61% apresentaram um quadro de depressão moderada ou grave. Observou-se, também, associação entre estes dados, o sentimento de culpa, a insônia e os sintomas somáticos e de ansiedade. Um estudo sobre violência sexual por parceiro íntimo (Schraiber, D'oliveira, Franca Junior, & Grupo de estudos em população, sexualidade e AIDS, 2008) realizado no Brasil com 5.040 participantes (homens e mulheres de 16 a 65 anos) constatou que as mulheres sofrem mais violência sexual pelos parceiros íntimos do que os homens.

Um estudo (Mattar et al., 2007) realizado na cidade de São Paulo com 133 puérperas de idades entre 15 e 46 anos verificou que 38 haviam sido vítimas de abuso doméstico após os 15 anos de idade. A violência emocional foi a mais frequentemente sofrida por 94% das participantes. Relatos de abuso físico antes da gravidez, praticado principalmente pelo companheiro, foram emitidos por 7,5% das participantes. Houve, também, relatos de agressão física e repetidos estupros realizados pelo companheiro ao longo da gestação.

O contexto de violência é um contexto excessivamente aversivo e, como podemos observar nas pesquisas citadas acima, se encontra intimamente ligado à ocorrência de depressão. Quando não há possibilidade de fuga do contexto, esse quadro pode ser ainda mais grave, conformando-se em uma condição denominada “desamparo aprendido”. O desamparo aprendido caracteriza-se pela incontrolabilidade do ambiente, e o sujeito submetido à estimulação aversiva, sem possibilidade de controlá-la, aprende que não há relação entre seus comportamentos e o estímulo (Hunziker, 2005; Seligman, 1975). Em outras palavras, em um contexto de violência excessiva, sem a possibilidade de fuga ou esquiva, a mulher pode aprender que não há nada que ela possa fazer para modificar o contexto aversivo em que está inserida, e passa a se comportar sob a influência dessa regra. Muitas vezes a mulher vítima de violência desenvolve, também, a crença de que tem culpa em sofrer a violência (Mattar et al., 2007) e, este tato distorcido se torna um estímulo para a emissão de comportamentos deprimidos. A ocorrência de violência durante a gravidez pode gerar efeitos mais graves tendo em vista que o contexto da gravidez (por exemplo, alterações do humor, possível falta de apoio à gestante, entre outras modificações que podem ocorrer na vida da mulher em função da gravidez) potencializa os efeitos da violência (contexto de punição) por parte dos parceiros de muitas grávidas.

### *Problemas de Saúde*

O diagnóstico de depressão é encontrado em 30% das pessoas que sofrem de outros problemas de saúde (WHO, 2001a). Segundo a Organização Mundial da Saúde (2001a), mais de 40% dos pacientes com câncer desenvolvem graus leves ou moderados de depressão. Pessoas portadoras de alguma doença física crônica são mais propensas a sentir depressão do que aquelas em melhor estado de saúde física. De acordo com Santos e Kassouf (2007), a prevalência de depressão permanece maior entre as mulheres, mesmo nesses casos. Os autores não apresentam uma interpretação sobre porque o gênero influencia a prevalência da depressão nesses casos de doença física crônica. Entretanto, é possível inferir o peso das contingências ambientais impostas pelas limitações de uma doença física crônica ao contexto sócio-cultural das mulheres (e apontadas ao longo deste artigo: dupla jornada de trabalho, educação de filhos, etc.).

Um estudo realizado com 117 pacientes com diagnóstico de hipotireoidismo primário, entre eles 108 mulheres, apontou para o fato de que mulheres sofrem mais desta doença do que homens, e que há grande prevalência de depressão nessas pacientes (Oliveira, Pereira Filho, Schuch, & Mendonça, 2001). Contudo, uma pesquisa realizada na Região Metropolitana de Vitória (ES – Brasil), com a participação de 292 mulheres entre 31 e 180 dias após o parto, verificou que 39,4% das participantes apresentaram quadro depressivo,

sendo que a prevalência de depressão pós-parto no grupo de mulheres com alterações tireoidianas foi de 36%, contra 40% no grupo sem alterações tireoidianas (Ruschi, Chambô Filho, Lima, Yazaki-Sun, Zandonade, & Mattar, 2009).

Dados os resultados dessas pesquisas, pode-se inferir que ter alguma alteração tireoidiana não aumenta a probabilidade de a mulher ter depressão, mas o fato de haver grande prevalência de depressão entre mulheres pode dificultar o tratamento dos problemas relacionados à tireóide.

Um estudo (Costa et al., 2009) que tinha por objetivo investigar a prevalência de depressão precedendo a fratura de quadril em mulheres idosas verificou que as pacientes com este tipo de fratura apresentaram uma tendência para maior prevalência de depressão do que as pacientes sem a fratura. Há, também, uma relação entre depressão e diabetes *mellitus*. Segundo Moreira et al. (2003), parece que este tipo de diabetes está associado a um aumento de sintomas depressivos e de depressão clínica. Entretanto, não se trata de uma relação de causa e efeito, mas uma relação cíclica na qual o agravamento de um quadro tem efeitos diretos e indiretos sobre o outro. As duas doenças possuem alterações fisiopatológicas comuns, e apenas 1/3 dos pacientes diabéticos com depressão recebem tratamento para a depressão devido ao subdiagnóstico. O tratamento da depressão auxilia na adesão do paciente diabético às orientações médicas. A terapia cognitivo-comportamental, associada a um tratamento farmacológico adequado, pode produzir melhoras a longo e curto prazo, tanto no quadro depressivo quanto no diabetes *mellitus* (Moreira et al., 2003).

Outro estudo (Martins, Tanaka, Campos, & Dalbosco 2002) verificou e comparou a prevalência de depressão em mulheres menopausadas diabéticas e em mulheres menopausadas não diabéticas. As mulheres diabéticas que apresentaram quadro depressivo tinham taxas mais altas de glicemia e hemoglobina glicosilada, o que sugere que as pacientes diabéticas deprimidas realizam um controle metabólico pior do que as não deprimidas.

Ter uma doença crônica, ou alguns outros problemas graves de saúde, implica em uma série de restrições alimentares, físicas e sociais. O paciente crônico, muitas vezes, precisa controlar a ingestão de certos tipos de alimento, não pode realizar qualquer tipo de atividade que demande esforço físico e, em função disso, pode sofrer restrições sociais como, por exemplo, participar de um churrasco devido às restrições alimentares impostas por uma doença renal crônica. Estas restrições retiram vários reforçadores do ambiente tornando-o aversivo ou, no mínimo, não reforçador. A baixa taxa de reforçadores faz com que diminua a probabilidade de emissão de diversos comportamentos que poderiam gerar reforçadores ou minimizar o contexto aversivo. Sendo assim, a paciente diabética deprimida pode deixar de cuidar de sua dieta (redução da emissão de um comportamento que poderia gerar reforçadores) e, com isso, suas taxas de glicemia aumentam (o contexto da estimulação privada interoceptiva se torna mais aversivo), complicando ainda mais seu quadro clínico. Essa perda de reforçadores e esse aumento das contingências aversivas estão estreitamente relacionadas à depressão.

#### *Fatores Sócio-econômicos e Familiares*

Indivíduos deprimidos tendem a ser menos produtivos e, conseqüentemente, a ter maiores dificuldades de inserção no mercado de trabalho, podendo ter maior probabilidade de obter baixos rendimentos salariais e de ficarem desempregados. Algumas pessoas, quando afetadas severamente pela doença, tornam-se incapazes de trabalhar (Santos & Kassouf, 2007).

Em um estudo (Santos & Kassouf, 2007) realizado com informações de 158.098 brasileiros (homens e mulheres) o casamento demonstrou ser um fator de proteção à depressão para os homens, mas não para as mulheres. A posição de “chefe” da família também reduz o risco de ter depressão entre os homens, mas aumenta no caso das mulheres. Já a solidão foi apontada como um fator de risco para a depressão em ambos os sexos.

A saída dos filhos de casa pode estar associada à depressão desenvolvida por algumas mães que se dedicaram exclusivamente à criação dos filhos e, até mesmo, por aquelas que já trabalharam fora de casa (Sartori & Zilberman, 2009). Muitas vezes, esse período coincide com outras mudanças como a menopausa e a aposentadoria, o que potencializa o desenvolvimento do quadro depressivo.

As desigualdades sociais também estão relacionadas ao desenvolvimento de quadros depressivos. De acordo com Ludermit (2008), as contingências que definem essas desigualdades eliciam sentimentos que estão comumente ligados à depressão, como humilhação, inferioridade, sensação de falta de controle sobre o meio e impotência.

Nos contextos citados acima, encontramos exemplos de contingências aversivas e perda de reforçadores associados à depressão. O comportamento da mulher que assume o papel de “chefe” da família se encontra, muitas vezes, sob a ação de contingências aversivas relacionadas ao *stress* gerado pelos atributos que o papel possui somados às responsabilidades domésticas que, em diversas culturas, são tipicamente femininas.

A saída dos filhos de casa, tanto para as mães que se dedicam exclusivamente ao cuidado do lar, quanto para as mães que trabalham fora, compreende um contexto de baixa da taxa de reforçadores, principalmente quando a companhia dos filhos estava diretamente relacionada à liberação de boa parte dos reforçadores presentes no ambiente da mãe (Sartori & Zilberman, 2009).

As demais mudanças que comumente ocorrem nesse período, como a entrada na menopausa e a aposentadoria, também podem constituir perdas de reforçadores que unidas aos efeitos da perda de reforçadores relacionada à saída dos filhos de casa torna o ambiente destas mulheres mais pobre em reforçadores e, algumas vezes, mais aversivo também. Por não poder desfrutar da companhia dos filhos em atividades nas quais essa companhia era constante, a mãe pode deixar de realizar atividades que produzem reforçadores, colaborando assim para a manutenção da redução da taxa de reforçadores em seu ambiente pela falta de variabilidade comportamental. Pode também passar a focar sua atenção nas demais contingências aversivas, adquirindo os comportamentos verbais e não verbais que tipificam a depressão.

## CONCLUSÃO

Os estudos citados ao longo deste artigo apontam a relação entre o ser mulher e a depressão. Neste artigo, analisou-se a violência, a gravidez, os problemas de saúde e a posição da mulher na família como contextos amplos indicadores de contingências mantenedoras do estado de humor depressivo em mulheres. Todavia outros fatores podem estar associados aos casos de depressão em mulheres como, por exemplo, o rompimento de uma relação, ou a mudança para uma nova cidade, estado ou país.

A presença de contingências aversivas e de baixas taxas de reforçadores no ambiente está intimamente relacionada com a depressão em mulheres; e, além de atuarem como eliciadores dos respondentes da depressão, também atuam como mantenedores dos operantes de esquiva dessas contingências. Comportamentos verbais como mandos e tatos distorcidos emitidos por mulheres deprimidas também estão associados à manutenção dos seus comportamentos.

O entendimento equivocado de que os sentimentos são causas de nossos comportamentos, e o investimento de esforços em lutar contra o que se sente, pode gerar uma situação de frustração e ao mesmo tempo reforçar comportamentos deprimidos e eliciar sentimento de culpa, como ocorre, por exemplo, em casos de depressão durante ou após a gravidez.

A extinção provocada pela escassez de reforçadores, assim como as contingências punitivas, está diretamente relacionada ao comportamento de esquiva, comum em mulheres deprimidas. Este comportamento de esquiva acaba afastando a pessoa de potenciais fontes de reforçadores.

Para finalizar, é importante ressaltar que os contextos apontados neste artigo são indicadores de contingências envolvendo comportamentos sob controle de estímulos. O que ocorre não é uma relação de causa

e efeito entre tais contextos e a depressão. Enfatiza-se que tais contextos podem indicar variáveis importantes que podem estabelecer relações funcionais com o comportamento da pessoa que, assim, caracteriza-se como deprimida. O ataque ao contexto pode diminuir a probabilidade de ocorrência dessas relações funcionais. Entretanto, é preciso analisar o comportamento da mulher nesses contextos para identificar eventos que possuem uma relação entre si. Um deles são as variáveis independentes (às quais, leigamente, atribui-se o nome de “causa”) e o outro são as variáveis dependentes (às quais leigamente chama-se “efeito”). Alterações da variável independente levam a alterações na variável dependente, compondo uma relação funcional entre as variáveis (Skinner, 1974/1982).

Tendo em vista o que foi apresentado aqui, podemos reafirmar que no estudo de casos nos quais o paciente apresenta sintomas da depressão, assim como na análise de qualquer comportamento, faz-se necessário, conforme postulado por Skinner (1974/1982), analisar as variáveis independentes que se encontram fora do organismo, no ambiente imediato e na história ambiental da pessoa.

## REFERÊNCIAS

- Abreu, P. R. (2006). Terapia analítico-comportamental da depressão: uma antiga ou uma nova ciência aplicada? *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33(6), 322-328.
- Adeodato, V. G., Carvalho, R. R., Siqueira, V. R., & Souza, F. G. M. (2005). Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. *Revista de Saúde Pública*, 39(1), 108-113.
- Angst, J., Gamma, A., Gastpar, M., Lépine, J. P., Mendlewicz, J., & Tylee, A. (2002). Gender differences in depression: epidemiological findings from the European DEPRES I and II studies. *European Archives of Psychiatry Clinical Neuroscience*, 252(5), 201-209.
- Bebbington, P. E. (1998). Sex and depression. *Psychological Medicine*, 28, 1-8.
- Borloti, E., Balbi Neto, R. R. de Q., Baptista, G. L., & Maciel, M. G. (2010a). Cuidando de quem cuida: a experiência com um grupo de servidoras em um hospital geral. In M. M. C. Hubner, M. R. Garcia, P. R. Abreu, E. N. P. de Cillo & P. B. Faleiros (Orgs.). *Sobre Comportamento e Cognição: avanços recentes das aplicações comportamentais e cognitivas*. pp. 13-25. Santo André, SP: ESE Tec Editores Associados.
- Borloti, E., Bezerra, A. C. M., & Balbi Neto, R. R. Q. (2010b). Mulheres, estressores no relacionamento interpessoal e seu enfrentamento. *Interpersona*, 4, 127-156.
- Borloti, E., Fonseca, K. A., Charpinel, C. P., & Lira, K. M. (2009). Uma análise etimológico-funcional de nomes de sentimentos. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 11(1), 77-95.
- Borloti, E., & Hubner, M. M. C. (2010). O autoclítico e a construção verbal. In M. M. C. Hubner, M. R. Garcia, P. R. Abreu, E. N. P. de Cillo & P. B. Faleiros (Orgs.). *Sobre Comportamento e Cognição: análise experimental do comportamento, cultura, questões conceituais e filosóficas*. pp. 279-287. Santo André, SP: ESE Tec Editores Associados.
- Burin, M. (1992). Nuevas perspectivas en salud mental de mujeres. In A. M. Fernández (Org). *Las Mujeres en la Imaginación Colectiva: una Historia de Discriminación y Resistencias*. pp. 314-330. Buenos Aires: Paidós.
- Cavalcante, S. N. (1997). Notas sobre o fenômeno depressão a partir de uma perspectiva analítico-comportamental. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 17(2), 2-12.
- Costa, A. C. B., Demétrio, F. N., Guajardo, V. D., Gattaz, W. F., AmatuZZi, M. M., Cafalli, F., et.al. (2009). Prevalência de depressão em mulheres idosas com fratura de quadril. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 36(3), 79-82.
- Coyne, J. C. (1976a). Depression and the response of others. *Journal of Abnormal Psychology*, 85, 186-193.
- Coyne, J. C. (1976b). Toward na interactional description of depression. *Psychiatric*, 39, 28-40.

- Da-Silva, V. A., Moraes-Santos, A. R., Carvalho, M. S., Martins, M. L. P., & Teixeira N. A. (1998). Prenatal and postnatal depression among low income Brazilian women. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 31(6), 799-804.
- Del Porto, J. A. (1999). **Conceito e diagnóstico**. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21(1), 06-11.
- Douger, M. J., & Hackbert, L. (2003). Uma explicação analítico-comportamental da depressão e o relato de um caso utilizando procedimentos baseados na aceitação. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 5(2), 167-184.
- Dockett, L. (2006). *Mulheres que enfrentam a depressão: 30 depoimentos de quem saiu do fundo do poço* (K. Moraes, Trad.). Rio de Janeiro: Nova Era.
- DSM-IV-TR™. (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (C. Dornelles, Trad.). (4a ed. rev.). Porto Alegre: Artmed.
- Falcone, V. M., Mäder, C. V., Nascimento, C. F., Santos, J. M., & Nóbrega, F. J. (2005). Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes. *Revista de Saúde Pública*, 39(4), 612-618.
- Freitas, G. V. S., & Botega, N. J. (2002). Gravidez na adolescência: Prevalência de Depressão, Ansiedade e Ideação suicida. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 48(3), 245-249.
- Fester, C. B. (1973). A Functional Analysis of Depression. *American Psychologist*, 28(10), 857-870.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: an experimental approach to behavior change*. New York: Guilford.
- Hunziker, M. H. L. (2005). O Desamparo Aprendido Revisitado: Estudos com Animais. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 21(2), 131-139.
- Justo, L. P., & Calil, H. M. (2006). Depressão: o mesmo acometimento para homens e mulheres? *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33(2), 74-79.
- Kanter, J. W., Busch, A. M., Weeks, C. E., & Landes, S. J. (2008). The Nature of Clinical Depression: Symptoms, Syndromes, and Behavior Analysis. *The Behavior Analyst*, 31(1), 1-21.
- Lam, K., Marra, C., & Salzinger, K. (2005). Social reinforcement of somatic versus psychological description of depressive events. *Behavior Research and Therapy*, 43(9), 1203-1218.
- Lewinsohn, P. M., Hoberman, H. M., & Rosenbaum, M. (1988). A Prospective Study of Risk Factors for Unipolar Depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 97(3), 251-264.
- Lewinsohn, P. M., Gotlib, I. H., & Hautzinger, M. (2003). Tratamento comportamental da depressão unipolar. In: V. E. Caballo (org.), *Tratamento cognitivo comportamental dos transtornos psicológicos*. Vol. 1. (pp. 473-521). São Paulo: Santos
- Ludermir, A. B. (2008). Desigualdades de classe e gênero e saúde mental nas cidades. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 18(3), 451-467.
- Maier, W., Gansicke, M., Gater, R., Rezaki, M., Tiemens, B., & Urzua, R. F. (1999). Gender differences in the prevalence of depression: a survey in primary care. *Journal of Affective Disorders*, 53(3), 241-252.
- Martin, D., Quirino, J., & Mari, J. (2007). Depressão entre mulheres da periferia de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, 41, 591-597.
- Martins, G. L., Tanaka, R. M., Campos, N. B., & Dalbosco, I. S. (2002). Prevalência de depressão em mulheres com diabetes mellitus tipo 2 na pós-menopausa. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, 46(6), 674-678.
- Mattar, R., Silva, E. Y. K., Camano, L., Abrahão, A. R., Colás, O. R., Neto, J. A., et.al. (2007). A violência doméstica como indicador de risco no rastreamento da depressão pós-parto. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 29(9), 470-477.
- Michael, J. (1993). Establishing Operations. *The Behavior Analyst*, 16(2), 191-206.

- Moreira, R. O., Papelbaum, M., Appolinario, J. C., Matos, A. G., Coutinho, W. F., Meirelles, R. M. R., et al. (2003). Diabetes mellitus e depressão: uma revisão sistemática. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, 47(1), 19-29.
- Nazroo, J. Y., Edwards, A. C., & Brown, G. W. (1998). Gender differences in the prevalence of depression: artefact, alternative disorders, biology or roles? *Sociology of Health & Illness*, 20(3), 312-330.
- Noble, R. E. (2005). Depression in women. *Metabolism*, 54(5), 49-52.
- Nóbrega, N. P. (1995). Maternidade na adolescência: Alienação e reprodução social. *Documenta*, 6, 63-76.
- Oliveira, M. C., Pereira Filho, A. A., Schuch, T., & Mendonça, W. L. (2001). Sinais e sintomas sugestivos de depressão em adultos com hipotireoidismo primário. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, 45(6), 570-575.
- Ruschi, G. E. C., Chambô Filho, A., Lima, V. J., Yazaki-Sun, S., Zandonade, E., & Mattar, R. (2009). Alteração tireoidiana: um fator de risco associado à depressão pós-parto? *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 9(2), 207-213.
- Santos, M. J., & Kassouf, A. L. (2007). Uma investigação dos determinantes socioeconômicos da depressão mental no Brasil com ênfase nos efeitos da educação. *Economia Aplicada*, 11(1), 5-26.
- Sartori, A. C. R., & Zilberman, M. L. (2009). Revisitando o conceito de síndrome do ninho vazio. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 36(3), 112-121.
- Schraiber, L. B., D'oliveira, A. F. P. L., Franca Junior, I., & Grupo de estudos em população, sexualidade e AIDS (2008). Violência sexual por parceiro íntimo entre homens e mulheres no Brasil urbano, 2005. *Revista de Saúde Pública*, 42(1), 127-137.
- Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness: On depression, development and death*. San Francisco: Freeman.
- Skinner, B. F. (1982). Sobre o behaviorismo (M. P. Villalobos, Trad.). São Paulo: Cultrix. (trabalho original publicado em 1974).
- Skinner, B. F. (1957). *Verbal Behavior*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Teng, C. T., Humes, E. C., & Demetrio, F. N. (2005). Depressão e comorbidades clínicas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32(3), 149-159.
- Trindade, Z. A., & Enumo, S. R. F. (2002). Triste e Incompleta: Uma Visão Feminina da Mulher Infértil. *Psicologia USP*, 13, 151-182.
- Weissmann, M. M., Bland, R., Joyce, P. R., Newman, S., Wells, J. E., & Wittchen, H. U. (1993). Sex differences in rates of depression: cross-national perspectives. *Journal of Affective Disorders*, 29(2-3), 77-84.
- Weissmann, M. M., Ferry, J. A., Harris, N. L., Louis, D. N., Delmonico, F., & Spiro, I. (1995). Posttransplantation lymphoproliferative disorders in solid organ recipients are predominantly aggressive tumors of host origin. *American Journal of Clinical Pathology*, 103(6), 748-755.
- Weissman, M. M., Bland, R. C., Canino, G. J., Faravelli, C., Greenwald, S., Hwu, H. G., et al. (1996). Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *JAMA*, 276(4), 293-299.
- World Health Organization. (2001a). *Conquering Depression*. [S.l.: s.n.]. Recuperado em 15 de Abril de 2010 de [http://www.searo.who.int/en/section1174/section1199/section1567\\_6741.htm](http://www.searo.who.int/en/section1174/section1199/section1567_6741.htm)
- World Health Organization. (2001b). *The World Health Report 2001. Mental health: new understanding, new hope*. [S.l.: s.n.]. Recuperado em 15 de Abril de 2010 de <http://www.who.int/whr/2001/en/>.

**RESUMO**

A depressão é, atualmente, um problema significativo de saúde pública. Pacientes deprimidos costumam passar mais dias longe do trabalho, tornam-se, com mais frequência, clinicamente doentes, apresentam maior risco de suicídio do que as pessoas em geral, entre outros problemas. Entre os diagnosticados como “deprimidos”, o número de mulheres tem sido duas vezes maior que o de homens. A Análise do Comportamento explica a depressão a partir das contingências presentes no contexto ambiental em que o deprimido está inserido. Este artigo consiste de uma revisão bibliográfica acerca da depressão relacionada à mulher e tem por objetivo discutir essa relação a partir da perspectiva da Análise do Comportamento. Os contextos de gravidez, violência, problemas de saúde e fatores sócio-econômicos e familiares são analisados neste artigo.

*Palavras-chave:* Depressão, Mulher, Análise do Comportamento, Análise Funcional, Transtorno Psicológico

**ABSTRACT**

Depression is, nowadays, a significant public health problem. Depressed patients often spend more days away from work, become more frequently, clinically ill, are at higher risk of suicide than people in general, among other problems. Among those diagnosed as “depressed”, there are twice as many women with this diagnosis as there are men. Behavior Analysis explains depression from the contingencies present in the environmental context in which the depressed person is inserted. This article is a review of literature about depression related to women and aims to discuss this relation from a behavioral analytic perspective. The contexts of pregnancy, violence, health problems and socioeconomic factors and family are discussed in this article.

*Keywords:* Depression, Woman, Behavior Analysis, Functional Analysis, Psychological Disorder.