

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

FÁBIO DONINI CONTI

**UM ESTUDO DE VALIDADE E PRECISÃO COM O PROCEDIMENTO DE
DESENHOS-ESTÓRIAS NO DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO DEPRESSIVO
MAIOR**

São Paulo

2009

FÁBIO DONINI CONTI

**UM ESTUDO DE VALIDADE E PRECISÃO COM O PROCEDIMENTO DE
DESENHOS-ESTÓRIAS NO DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO DEPRESSIVO
MAIOR**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia Escolar e Desenvolvimento Humano.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Audrey Setton Lopes de Souza

São Paulo

2009

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

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

Conti, Fábio Donini.

Um estudo de validade e precisão com o Procedimento de Desenhos-Estórias no diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior / Fábio Donini Conti; orientadora Audrey Setton Lopes de Souza -- São Paulo, 2009.

181 p.

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Técnicas projetivas 2. Procedimento de desenhos-estórias
3. Precisão do teste 4. Validade do teste 5. Distúrbios afetivos

I. Título.

BF698.7

Ao meu pai, meu grande amigo.

AGRADECIMENTOS

Às psicólogas Christiane Ribeiro Rodrigues, Jane Cleide Galindo da Rocha e Regiane Ferreira de Souza, por terem me ajudado no recrutamento de alguns participantes da amostra, mesmo dispondo de pouco tempo.

Ao Alexandre Feliciano, que me ajudou na triagem de alguns participantes da amostra.

À Ligiana Koller, por me auxiliar no levantamento dos prontuários que foram utilizados na pesquisa.

À Lígia Furusawa, por sempre ter torcido pelo meu crescimento pessoal e profissional.

Ao prof. Ms. Sérgio Sardinha, que colaborou na etapa de análise de dados dos protocolos e que me acompanha nesta área de pesquisa, desde o início da minha carreira.

Ao psicólogo Ricardo Ubiratan dos Santos, que, além de amigo, colaborou na etapa de análise de dados, mesmo dispondo de pouco tempo.

Ao prof. Ms Augusto do Prado Fiedler, por ter permitido assistir sua disciplina na época em que precisei conhecer alguns conceitos teóricos de meu interesse.

À prof.^a Ms^a Sônia Maria da Silva, por ter contribuído consideravelmente na análise dos dados utilizados no estudo de precisão.

Ao prof. Ms. Augusto Rodrigues Dias que, destacando seu evidente esforço em me apoiar no mestrado, auxiliou-me na etapa de análise de dados, sugeriu alguns procedimentos no programa estatístico e disponibilizou um tempo de que não dispunha para me ajudar, além de torcer pelo bom andamento da pesquisa.

Ao psicólogo Ms. Cristiano Esteves, que me auxiliou na definição de alguns procedimentos a serem adotados na análise de dados.

À prof.^a Ms^a Eliana Ferranti, por ser uma das primeiras pessoas que procurou me ensinar o legado construído pela psicanálise e por ser uma pessoa que admiro muito.

À prof.^a Dr.^a Jumara Sílvia Van De Velde Vieira, por legitimar a minha condição de profissional (referência no tocante à atuação docente), por ser uma pessoa que admiro muito e por me apoiar a seguir em frente e acreditar em um futuro próspero.

Ao prof. Dr. Armando Rocha Júnior, por ter sido o meu primeiro grande mentor, iluminando o caminho da ciência e pelo inestimável carinho que nutre à minha pessoa, desde o início da minha carreira acadêmica.

À prof.^a Ms^a. Silvia Suely, que sempre torceu pelo meu crescimento pessoal e profissional, orientando-me nos momentos difíceis.

À prof.^a Ms^a. Tânia Maria Justo de Almeida, que me incentivou a alcançar meus

objetivos, quando a realização deles parecia distante.

À prof^a. Ms^a. Mara Poltronieri, por ter sempre disponibilizado um ombro amigo nos momentos em que precisei e por ter acreditado no meu trabalho.

À prof^a. Ms^a. Alzira Pires, por ter feito a revisão gramatical e ortográfica do presente trabalho.

À prof^a. Ms^a. Dagmar dos Santos, que lutou pela minha condição docente e resgatou um sonho que desde o início da graduação eu vinha nutrindo, o de ser professor.

À prof^a. Dr^a. Helena Rinaldi Rosa, pelo carinho com que aceitou participar da banca examinadora e pelas orientações dadas à configuração da pesquisa.

Ao prof. Dr. Paulo Francisco de Castro, meu orientador de TCC, por aceitar com alegria o convite para participar da banca examinadora e o primeiro a elucidar a idéia de realizar o mestrado na instituição em que defendo minha dissertação, além de ser um grande amigo e uma pessoa que admiro pessoal e profissionalmente.

À Prof^a. Dr^a. Eda Marconi Custódio, que, além de ser uma pessoa que admiro muito, permitiu-me participar de suas aulas e aceitou o convite para participar da banca examinadora.

À prof^a. Dr^a. Irai Cristina Boccato Alves que, além de ser uma pessoa que admiro muito, é um modelo de profissionalismo e uma grande amiga. Aceitou o convite para participar da banca examinadora, auxiliou-me em muitas etapas da realização da pesquisa e permitiu assistir suas aulas de avaliação, dentre outras coisas que não caberiam nesse tópico.

À Prof^a. Dr^a. Audrey Setton Lopes de Souza, minha querida orientadora, cuja pessoa é hoje para mim a tradução do significado da palavra “ser humano” e também um modelo de profissionalismo que serviu como espelho para a realização das minhas atividades de pesquisador e docente, cuja paciência e sabedoria permitiram materializar a minha idéia de realizar esta pesquisa. Também sou grato a ela por ter-me dado liberdade para trabalhar como gostaria e por ter-me orientado assertivamente, quando “me empolgava” com os dados. A ela um muito obrigado.

Ao grupo de orientandos da prof. Dr. Audrey, Sidney Shine, Denise Feliciano, Cristiane da Silva Geraldo Folino, Flávia Amaro da Silva, Maria Regina Albertini e Fabiana Esteca que, por possuírem experiências profissionais diferentes da minha, contribuíram para a configuração de um sistema de linguagem escrito mais fácil de ser entendido pelos interlocutores, além de terem me orientado em algumas questões técnicas relativas ao trabalho.

Às minhas duas tias, Gislene e Maria, que sempre apoiaram e incentivaram o meu amadurecimento pessoal e profissional, além de serem pessoas a quem amo muito.

Ao meu tio Milton que, pela sua crença no esforço humano, me auxiliou nos momentos em que tornar-se profissional parecia uma realidade extremamente distante.

À minha avó, pelas orações e pelo desejo de ver seu neto feliz e bem sucedido.

À minha mãe, que em todos estes anos se tem dedicado a amar seus dois filhos e a cuja pessoa devo tudo que sou hoje. A ela serei *eternamente grato* por tudo que fez (e continua fazendo) por mim. Obrigado.

À minha irmã, que, além de sempre torcer pelo meu sucesso, é uma pessoa a quem amo muito, primo pela sua felicidade e poderei contar com ela em qualquer etapa da vida.

À Michele Pértico, minha esposa, mulher a quem tanto amo e que soube me apoiar, com muita paciência e sabedoria, nos momentos mais difíceis da elaboração deste trabalho e em outros momentos da minha vida, além de compartilhar, durante todos estes anos em que estamos juntos, experiências das mais diversas.

O psicólogo é aquele que utiliza o estetoscópio
para escutar o silêncio do sofrer.

(Autor desconhecido)

RESUMO

Conti, F. D. (2009). *Um estudo de validade e precisão com o Procedimento de Desenhos-Estórias no diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

A presente pesquisa tem por objetivo verificar se o Procedimento de Desenhos-Estórias se constitui como instrumento válido e preciso para diagnosticar Transtorno Depressivo Maior. A amostra foi composta por 60 sujeitos adultos, divididos igualmente em dois subgrupos, ou seja, 30 pacientes com diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior Moderado e 30 sujeitos sem a patologia e com ausência de histórico de Depressão. Os instrumentos utilizados foram o Procedimento de Desenhos-Estórias, o Inventário de Depressão Beck (BDI) e a entrevista clínica estruturada para o DSM-IV-TR, também conhecida como SCID-NP, com a finalidade de evitar diagnósticos de falsos negativos e falsos positivos nos resultados do Inventário (BDI), facilitando o diagnóstico diferencial de Transtorno Depressivo Maior sem comorbidades. Depois de definidos os participantes da amostra e aplicados os três instrumentos nos mesmos, convidaram dois juízes, para avaliar os dados dos Desenhos-Estórias. As análises foram feitas em três etapas: na primeira, os avaliadores deveriam separar os protocolos às cegas pautando-se somente nos desenhos do procedimento. Na segunda, deveriam separar os protocolos, pautando-se somente nas histórias e, na terceira, deveriam, utilizando pautas de análise, separar os 60 protocolos, levando-se em conta tanto os desenhos quanto as histórias. Para tanto, utilizou-se um total de 94 itens extraídos da literatura que possibilitam observar a patologia em técnicas projetivas. Posteriormente a essa análise, procedeu-se ao estudo de precisão, e um terceiro juiz também foi convidado para avaliar os protocolos. Nessas análises, os juízes deveriam avaliar os protocolos, atribuindo zero, se os 94 itens estivessem ausentes e um, se estivessem presentes. A partir disso, foram comparadas as análises dos mesmos da seguinte maneira: no estudo de validade, foram correlacionadas, por meio do Coeficiente Produto-Momento de Pearson, as avaliações dos juízes entre si e dos juízes com o critério externo. Também foram utilizados o Qui-Quadrado, o Teste Exato de Fischer e o Teste t para verificar se os itens utilizados na pesquisa permitiam discriminar os sujeitos dos dois subgrupos. No estudo de precisão, foram comparadas as avaliações dos juízes entre si por meio do Coeficiente Produto-Momento de Pearson, e levantou-se, em alguns casos, a Porcentagem de Acordo entre as avaliações. Os resultados indicaram que os juízes conseguiram separar os protocolos, quando se basearam nas histórias e utilizaram os critérios definidos pela literatura. Além disso, foi possível observar que os itens, em sua maioria, são claros o suficiente para permitir realizar avaliações precisas. Por outro lado, os itens que permitem discriminar as populações não são muitos, o que indica ser necessária a realização de outros estudos com o instrumento, para ser possível caracterizar melhor quais são os critérios que permitem evidenciar a amostra depressiva. Contudo, considerou-se o Procedimento de Desenhos-Estórias um instrumento capaz de ser utilizado em casos em que a hipótese de Transtorno Depressivo esteja presente.

Palavras-Chave: Procedimento de Desenhos-Estórias; Precisão do teste; Validade do teste; Distúrbios afetivos.

ABSTRACT

Conti, F. D. (2009). *A study of validity and reliability of the Draw and Tell a Story Procedure in the diagnosis of Major Depressive Disorder*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

The present research have for objective to verify whether the procedure Story-Drawing is as valid and reliable to diagnose Major Depressive Disorder. The sample consisted of 60 adults, equally divided into two subgroups, this is, 30 patients diagnosed with Major Depressive Disorder Moderate and 30 subjects without pathology and with no history of depression. The instruments used were the Procedure of Drawing-Stories, the Beck Depression Inventory (BDI) and Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR, also known as SCID-NP, in order to avoid false-negative diagnoses and false positives the results of the Inventory (BDI) and to facilitate the differential diagnosis of Major Depressive Disorder without co-morbidities. After drafting the participants in the sample and applied the three instruments in them, asked two judges to evaluate the data of Story-Drawing. The tests were done in three stages: first the evaluators should separate protocols blindly while observing only the drawings of the procedure. The second would separate protocols while observing only the stories and the third should now using patterns of analysis, 60 separate protocols taking into account both the drawings and stories. To this end, we used a total of 94 items taken from the literature that allow you to observe the condition in projective techniques. Following this analysis, it proceeded to the study of accuracy and a third judge was also asked to evaluate the protocols. These analyzes judges should evaluate the protocols by assigning zero if the 94 items were missing and one if they were present. From this we compared the analysis of the same as follows: the validity study were correlated by the coefficient product-moment Pearson evaluations of judges between themselves and the judges with the external criterion. We also used the Chi-square, Fischer exact test and "T" test to verify that the items used in the study allowed the subjects to discriminate the two subgroups. In the accuracy study, were compared the ratings of judges among themselves through the Product-Moment Coefficient of Pearson and rose in some cases the percentage of agreement between evaluations. The results indicated that judges were able to separate when the protocols were based on the stories and used the criteria defined by the literature. Furthermore, it observed that the items are mostly clear enough to allow accurate assessments. On the other hand, items that allows to determine the populations are not many, which indicates the need for further studies with the instrument to be able to better characterize what are the criteria for demonstrating the depressed sample. However, it was considered the Procedure of Story-Drawing an instrument able to be used in cases where the hypothesis of Depressive Disorder is present.

Key-words: Draw and Tell a Story Procedures; Test reliability; Test validity; Affective disturbance.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Indicadores Psicopatológicos comuns às Populações Estudadas.....	51
Quadro 2- Indicadores de Humor Depressivo no HTP Segundo Grassano.....	76
Quadro 3- Indicadores de Humor Depressivo nas Técnicas Gráficas.....	78
Quadro 4- Indicadores de Humor Depressivo nas Técnicas de Contar Histórias	82
Quadro 5 - Distribuição da amostra em função da idade.....	92
Quadro 6 - Distribuição da amostra em função do nível de escolaridade.....	93
Quadro 7 - Distribuição da amostra em função do nível sócio-econômico.....	93
Quadro 8- Critérios estabelecidos pelos dois juízes nas etapas 1 e 2 para os desenhos e histórias.....	119

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Correlações de Pearson, médias e DP's das avaliações entre juízes para os itens relativos aos aspectos gerais dos desenhos.....	102
Tabela 2 - Porcentagens de acordo das avaliações entre juízes para os itens relativos aos aspectos gerais dos desenhos.....	104
Tabela 3 - Correlações de Pearson, médias e DP's das avaliações entre juízes para os itens relativos aos aspectos estruturais da figura humana.....	104
Tabela 4 - Porcentagens de acordo das avaliações entre juízes para os itens relativos aos aspectos estruturais da figura humana.....	105
Tabela 5 - Correlações de Pearson, médias e DP's das avaliações entre juízes para os itens relativos aos aspectos de conteúdo da figura humana.....	106
Tabela 6 - Porcentagens de acordo das avaliações entre juízes para os itens relativos aos aspectos de conteúdo da figura humana.....	108
Tabela 7 - Correlações de Pearson, médias e DP's das avaliações entre juízes para os itens relativos ao desenho da árvore.....	109
Tabela 8 - Porcentagens de acordo das avaliações entre juízes para os itens relativos ao desenho da árvore.....	110
Tabela 9 - Correlações de Pearson, médias e DP's das avaliações entre juízes para os itens relativos ao desenho da casa.....	110
Tabela 10 - Porcentagens de acordo das avaliações entre juízes para os itens relativos ao desenho da casa.....	111
Tabela 11 - Correlações de Pearson, médias e DP's das avaliações entre juízes para os itens relativos aos personagens das histórias.....	112
Tabela 12 - Porcentagens de acordo das avaliações entre juízes para os itens relativos aos personagens das histórias.....	113
Tabela 13 - Correlações de Pearson, médias e DP's das avaliações entre juízes para os itens relativos ao enredo das histórias.....	114
Tabela 14 - Porcentagens de acordo das avaliações entre juízes para os itens relativos ao enredo das histórias.....	116
Tabela 15 - Correlações de Pearson, médias e DP's das avaliações entre juízes para os itens relativos aos temas das histórias.....	116

Tabela 16 - Porcentagens de acordo das avaliações entre juízes para os itens relativos aos temas das histórias.....	116
Tabela 17 - Testes t entre médias para os tempos de reação (TR) e tempo total (TT) dos desenhos e das histórias.....	117
Tabela 18 - Correlações de Pearson entre as avaliações dos juízes e o diagnóstico de TDM.	120
Tabela 19 - Frequências das classificações em desacordo com o critério diagnóstico de presença/ausência de TDM.....	122
Tabela 20 - Sujeitos classificados em desacordo com o diagnóstico nas Etapas 1, 2 e 3.....	123
Tabela 21 - Frequências de acertos dos juízes na classificação dos sujeitos com TDM no D-E em relação ao uso de medicação.....	124
Tabela 22 - Frequência de “linhas leves” em cada desenho por juiz e Teste de Fisher entre grupos.....	126
Tabela 23 - Frequência de “linhas com interrupções” em cada desenho por juiz, Teste de Fisher e Qui-Quadrado entre grupos.....	126
Tabela 24 - Frequência de “ausência de movimento” em cada desenho por juiz e Teste do Qui-Quadrado entre grupos.....	127
Tabela 25 - Frequência de “parte do desenho borrada” em cada desenho por juiz e Teste de Fisher entre grupos.....	127
Tabela 26 - Frequência de “pequeno (1/16 e 1/32)” em cada desenho por juiz e Teste de Fisher entre grupos.....	128
Tabela 27 - Frequência de “localização na metade inferior” em cada desenho por juiz e Teste de Fisher entre grupos.....	128
Tabela 28 - Frequência de “localização à esquerda” em cada desenho por juiz, Teste de Fisher e Qui-Quadrado entre grupos.....	129
Tabela 29 - Frequência de “uso da cor preta” observada em cada desenho por juiz e Teste de Fisher entre grupos.....	129
Tabela 30 - Frequência de “ausência de cor” observada em cada desenho por juiz e Teste de Qui-Quadrado entre grupos.....	130
Tabela 31 - Frequência de “ausência de detalhes” em cada desenho por juiz, Teste de Fisher e Qui-Quadrado entre grupos.....	130
Tabela 32 - Frequência de “sombreamento” em cada desenho por juiz e Teste de Fisher entre grupos.....	131

Tabela 33 - Frequência de “figuras flutuando” em cada desenho por juiz e Teste de Fisher entre grupos.....	131
Tabela 34 - Frequência de “figura sentada ou deitada” em cada desenho por juiz e Teste de Fisher entre grupos.....	132
Tabela 35 - Frequência de “figuras débeis/vazias” em cada desenho por juiz, Teste de Fisher e Qui-Quadrado entre grupos.....	132
Tabela 36 - Frequência de “se mais de uma figura, pelo menos uma é grande e forte” em cada desenho por juiz e Teste de Fisher entre grupos.....	133
Tabela 37 - Frequência de “figuras amputadas” em cada desenho por juiz, Teste de Fisher e Qui-Quadrado entre grupos.....	133
Tabela 38 - Frequência de “ausência de tronco” em cada desenho por juiz e Teste de Fisher entre grupos.....	134
Tabela 39 - Frequência de “figura esquemática” em cada desenho por juiz, Teste de Fisher e Qui-Quadrado entre grupos.....	134
Tabela 40 - Frequência de “perda grosseira das proporções” em cada desenho por juiz e Teste de Fisher entre grupos.....	135
Tabela 41 - Frequência de “falta de diferenciação entre as figuras dos dois sexos” em cada desenho por juiz e Teste de Fisher entre grupos.....	135
Tabela 42 - Frequência de “boca aberta” em cada desenho por juiz e Teste de Fisher entre grupos.....	136
Tabela 43 - Frequência de “figuras abertas na parte inferior” em cada desenho por juiz e Teste de Fisher entre grupos.....	136
Tabela 44 - Frequência de “boca omitida” em cada desenho por juiz e Teste de Fisher entre grupos.....	137
Tabela 45 - Frequência de “olhos omitidos” em cada desenho por juiz e Teste de Fisher entre grupos.....	137
Tabela 46 - Frequência de “braços omitidos” em cada desenho por juiz e Teste de Fisher entre grupos.....	138
Tabela 47 - Frequência de “mãos omitidas” em cada desenho por juiz, Teste de Fisher e Qui-Quadrado entre grupos.....	138
Tabela 48 - Frequência de “pés omitidos” em cada desenho por juiz, Teste de Fisher e Qui-Quadrado entre grupos.....	139
Tabela 49 - Frequência de “pernas omitidas” em cada desenho por juiz e Teste de Fisher entre grupos.....	139

Tabela 50 - Frequência de “poucas vestimentas” em cada desenho por juiz, Teste de Fisher e Qui-Quadrado entre grupos.....	140
Tabela 51 - Frequência de “expressão facial neutra ou negativa” em cada desenho por juiz e Teste de Fisher entre grupos.....	140
Tabela 52 - Frequência de “braços voltados para si ou atrás das costas” em cada desenho por juiz e Teste de Fisher entre grupos.....	141
Tabela 53 - Frequência de “cabelo desvitalizado” em cada desenho por juiz e Teste de Fisher entre grupos.....	141
Tabela 54 - Frequência de “cabelo mal enraizado na cabeça” em cada desenho por juiz, Teste de Fisher e Qui-Quadrado entre grupos.....	142
Tabela 55 - Frequência de “copa da árvore semelhante a de um salgueiro” em cada desenho por juiz e Teste de Fisher entre grupos.....	142
Tabela 56 - Frequência de “galhos e ramos para baixo” em cada desenho por juiz e Teste de Fisher entre grupos.....	143
Tabela 57 - Frequência de “desvitalização” em cada desenho por juiz e Teste de Fisher entre grupos.....	143
Tabela 58 - Frequência de “ramos em ponta” em cada desenho por juiz e Teste de Fisher entre grupos.....	144
Tabela 59 - Frequência de “tronco sombreado, com marcas e cicatrizes” em cada desenho por juiz e Teste de Fisher entre grupos.....	144
Tabela 60 - Frequência de “copa pequena em relação a outros desenhos” em cada desenho por juiz e Teste de Fisher entre grupos.....	145
Tabela 61 - Frequência de “simples, vazia com portas abertas” em cada desenho por juiz e Teste de Fisher entre grupos.....	145
Tabela 62 - Frequência de “sem janela” em cada desenho por juiz e Teste de Fisher entre grupos.....	146
Tabela 63 - Frequência de “casa só, abandonada” em cada desenho por juiz, Teste de Fisher e Qui-Quadrado entre grupos.....	146
Tabela 64 - Frequência de “sem acesso” em cada desenho por juiz, Teste de Fisher e Qui-Quadrado entre grupos.....	147
Tabela 65 - Frequência de “chaminé com fumaça tênue” em cada desenho por juiz e Teste de Fisher entre grupos.....	147
Tabela 66 - Frequência de o “eu faz parte da história” em cada história por juiz e Teste de Fisher entre grupos.....	148

Tabela 67 - Frequência de “predomínio de experiências subjetivas” em cada história por juiz, Teste de Fisher e Qui-Quadrado entre grupos.....	148
Tabela 68 - Frequência de “negação dos desejos do eu” em cada história por juiz e Teste de Fisher entre grupos.....	149
Tabela 69 - Frequência de “idealização narcísica do eu” em cada história por juiz e Teste de Fisher entre grupos.....	149
Tabela 70 - Frequência de “acusações a si mesmo e censuras” em cada história por juiz e Teste de Fisher entre grupos.....	150
Tabela 71 - Frequência de “medo de ser incapaz” em cada história por juiz e Teste de Fisher entre grupos.....	151
Tabela 72 - Frequência de “histórias curtas” em cada história por juiz e Teste de Qui-Quadrado entre grupos.....	151
Tabela 73 - Frequência de “desfecho de natureza negativa” em cada história por juiz e Teste de Fisher entre grupos.....	152
Tabela 74 - Frequência de “aparecimento da história por inquérito” em cada história por juiz e Teste de Qui-Quadrado entre grupos.....	152
Tabela 75 - Frequência de “respostas monossilábicas ao inquérito” em cada história por juiz e Teste de Fisher entre grupos.....	153
Tabela 76 - Frequência de “histórias fantasiosas e sentimentais” em cada história por juiz, Teste de Fisher e Qui-Quadrado entre grupos.....	153
Tabela 77 - Frequência de “histórias tristes” em cada história por juiz e Teste de Fisher entre grupos.....	154
Tabela 78 - Frequência de “restrição da atividade ideacional” em cada história por juiz e Teste de Fisher entre grupos.....	154
Tabela 79 - Frequência de “lugares e situações idealizadas” em cada história por juiz, Teste de Fisher e Qui-Quadrado entre grupos.....	155
Tabela 80 - Frequência de “temas de amor” em cada história por juiz e Teste de Fisher entre grupos.....	155
Tabela 81 - Frequência de “temas de felicidade” em cada história por juiz, Teste de Fisher e Qui-Quadrado entre grupos.....	156
Tabela 82 - Frequência de “temas de tristeza” em cada história por juiz e Teste de Fisher entre grupos.....	156

LISTA DE SIGLAS

APA	American Psychological Association
BDI	Inventário de Depressão Beck
CAT	Children's Apperception Test (CAT)
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CID-9	Código Internacional de Doenças – 9
CID-10	Código Internacional de Doenças - 10
D-E	Procedimento de Desenhos-Estórias
DF-E	Procedimento de Desenhos de Família com Estórias
DFH	Desenho da Figura Humana
DM	Deficiência Mental
DP	Desvio Padrão
DSM-IV-TR	Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais
E	Esquizofrenia
F _s	Teste Exato de Fisher
HTP	Técnica do Desenho da Casa-Árvore-Pessoa
MAO	Inibidores de Enzima Monoaminoxidase
MMPI	Inventário de Personalidade Multifásico Minnessota
N	Normal
NDM	Não Deficiente Mental
NS	Não Sei
OMS	Organização Mundial da Saúde
p	Nível de significância
PMD	Psicose Maníaco-Depressiva

PRIME-MD	Primary Care Evaluation for Mental Disorder
QI	Quociente Intelectual
r	Coefficiente de Correlação Produto-Momento de Pearson
SCID-NP	Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV-TR – Não Pacientes
Sig	Nível de significância
SOE	Sem Outra Especificação
SSRI	Inibidores de Recaptação de Serotonina e/ou Noradrenalina
TAT	Thematic Apperception Test
TDM	Transtorno Depressivo Maior
TPB	Transtorno de Personalidade Borderline
USP	Universidade de São Paulo
WAIS	Escala de Inteligência Weschler para Adultos
WISC	Escala de Inteligência Weschler para Crianças
X ²	Qui-Quadrado

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	21
2 JUSTIFICATIVA	25
3 OBJETIVOS	29
3.1 OBJETIVO GERAL	29
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	29
4 HISTÓRICO DO PROCEDIMENTO DE DESENHOS-ESTÓRIAS	30
5 ESTUDOS DE VALIDADE E PRECISÃO REALIZADOS COM O D-E	34
6 O TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR E A DEPRESSÃO: SINÔNIMO, ANTÔNIMO OU COMPLEMENTO?	54
6.1 O FENÔMENO DEPRESSIVO SEGUNDO A NOSOGRAFIA PSIQUIÁTRICA	54
6.1.1 A PSICOFARMACOLOGIA DO TRANSTORNO DEPRESSIVO	60
6.2 O FENÔMENO DEPRESSIVO SEGUNDO A PSICANÁLISE	61
6.3 A DEPRESSÃO PARA A PSIQUIATRIA E PARA A PSICANÁLISE	66
7 INDICADORES DE HUMOR DEPRESSIVO NAS TÉCNICAS PROJETIVAS	71
7.1 A DEPRESSÃO NO GRAFISMO	72
7.2 A DEPRESSÃO NAS TÉCNICAS DE CONTAR HISTÓRIAS	79
7.3 PESQUISAS COM SUJEITOS DEPRESSIVOS SUBMETIDOS A TÉCNICAS PROJETIVAS	82
8 MÉTODO	91
8.1 PARTICIPANTES	91
8.2 INSTRUMENTOS	94
8.3 PROCEDIMENTOS	96
8.4 CRITÉRIOS DE ANÁLISE UTILIZADOS NO D-E	98

8.5 TRATAMENTO ESTATÍSTICO	100
9 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	102
9.1 PRECISÃO	102
9.2 VALIDADE	117
10 CONSIDERAÇÕES FINAIS	159
REFERÊNCIAS	162
APÊNDICE	169
ANEXOS	170

1- Introdução

Quando se falava em depressão no mundo ocidental, por volta do século XVIII, muitas pessoas acreditavam que seus portadores eram indivíduos mentirosos e que procuravam chamar atenção dos demais, relatando que sentiam uma profunda tristeza. Isso tornava a idéia de se enunciar a presença de um sentimento disfórico extremamente surreal e absurdo, pois, além dos “larápios”, só os mais fracos e incapacitados para o trabalho padeciam desse mal. Por outro lado, aqueles que viviam com isso sofriam duplamente por não saberem lidar com esse “corpo estranho” - que atormentava a alma e organismo - e por terem de enfrentar uma sociedade que não legitimava a existência dessa doença pelo fato de não a enxergar como tal (Monti, 2008).

Já por volta do século XIX, houve várias mudanças. O indivíduo, ao falar que a vida perdeu o sentido e que o coração já não sentia mais alegria nenhuma, deixou de ser visto como “enganador” e passou a ser encarado - graças à ciência, que merece esse mérito - como portador de uma enfermidade psíquica que, para ser identificada, deveria apresentar uma série de manifestações e sintomas (como a gripe também o é). Assim seria possível reconhecê-lo e diferenciá-lo de outros doentes mentais. Não demorou muito, a depressão virou assunto de época e foi incluída nos livros utilizados para realizar diagnósticos diferenciais de diversos transtornos mentais, ou seja, nos manuais de psiquiatria (Esteves & Galvan, 2006).

Muitas foram, porém, as críticas feitas sobre essa forma de se descrever o depressivo, assim chamado pelos profissionais da área de medicina. Se ele apresentava dificuldades para dormir, para comer, não tinha vontade de trabalhar, faltava-lhe energia, o que será que ele sentia dentro de si? O que acontecia no seu íntimo que favorecia o surgimento desses sintomas? Essas perguntas careciam de respostas e, como nunca foi proposta de qualquer manual de psiquiatria encontrar soluções para essas questões, formas diversas de tentar explicar a origem desse fenômeno começaram a se desenvolver (Monti, 2008).

Uma delas foi pela psicanálise, que estudou a depressão de maneira diferente. Nessa abordagem, a ênfase maior voltava-se mais à origem da doença do que à sua forma de se manifestar. Logo, as explicações que faltavam nos manuais de psiquiatria poderiam ser contempladas pelos escritos freudianos e pós-freudianos e, além de tudo, a depressão poderia, de acordo com essas concepções sobre sua etiologia, ser tratada sem a necessidade de eletrochoque.

Entretanto, outro problema surgiu: se a depressão podia assumir, segundo a própria psicanálise, formas diversas de se manifestar, como identificá-la de maneira mais contundente

e precisa? Aliás, se as considerações sobre ela, em psicanálise, eram e são de natureza especulativa e voltam-se, principalmente, à sua origem nuclear, como saber que “ela é ela”? Ora, tristeza é comum tanto na depressão quanto na melancolia e, além do mais, quem não é depressivo também fica triste às vezes.

Mudando um pouco de assunto (mas sem se distanciar muito dele), há alguns estudos sobre um instrumento projetivo de base psicanalítica que se tinha revelado sensível para diagnosticar diversas patologias psíquicas, sem ter que abrir a cabeça do paciente para ver o que ali dentro ocorria. Pelo contrário, era ele quem colocava para fora, sem perceber o que estava em seu íntimo. Bastava solicitar que desenhasse o que quisesse e contasse uma história sobre o que fez, cinco vezes. A esse procedimento, que, à primeira vista, parece simples, mas que na verdade não é, o autor denominou-o de Desenhos-Estórias (o nome possui estrito sentido à sua técnica).

Se a depressão, para a psicanálise, possui formas e formas de se expressar e, diferente dos manuais de psiquiatria, não possui categorias ou critérios para identificá-la de maneira mais objetiva, por que não juntar um instrumento que permite a aproximação nuclear do conflito inconsciente com as descrições acerca da depressão? Em outras palavras, seria possível o Procedimento de Desenhos-Estórias diagnosticar a tão polimorfa depressão? Se sim, como isso poderia ser feito? Definindo critérios no instrumento? São exatamente essas perguntas que o presente trabalho procura responder.

Para se ter uma idéia de como esta pesquisa procura responder a essas questões e como foram tratados os temas “depressão e Desenhos-Estórias”, apresenta-se aqui uma breve sinopse do conteúdo que o leitor encontrará em cada capítulo. Além de explicitar o que está por vir, a explanação de cada parte do trabalho pode, hipoteticamente, facilitar a busca por um determinado assunto.

No capítulo dois, procura-se justificar com mais propriedade, o interesse em realizar esta pesquisa e demonstrar sua relevância para a comunidade científica e para a sociedade. Nessa parte do trabalho também são apresentados alguns dados epidemiológicos acerca do humor depressivo e há uma breve explanação sobre o que é o Procedimento de Desenhos-Estórias.

No capítulo três, são apresentados os objetivos do presente trabalho, divididos em objetivo geral e específicos.

No capítulo quatro, apresenta-se a maneira pela qual o Procedimento de Desenhos-Estórias se desenvolveu, bem como as idéias e questões vividas pelo criador desse

instrumento, na época em que ele participava de um grupo de estudos em psicologia, e que lhe permitiu interessar-se pelo assunto em questão.

No capítulo cinco são discutidas algumas pesquisas de validade e precisão, realizadas com o instrumento desde sua origem. São encontrados, ainda, nessa parte, os objetivos e métodos utilizados pelos diversos autores e alguns dos resultados observados em tais estudos, além de alguns indicadores desenvolvidos pelo instrumento, que são comuns em patologias diferentes. Também se discute, à luz da pesquisa com instrumentos psicológicos, o significado da palavra validade.

No capítulo seis discute-se o sentido da palavra depressão e outros termos que se referem ao humor depressivo, de acordo com duas óticas, a da psiquiatria e a da psicanálise. Na vertente psiquiátrica, o humor depressivo é apresentado segundo um conjunto de critérios objetivos que permitem tanto identificá-lo quanto posicioná-lo frente à intensidade de sua manifestação. Uma subseção foi incluída nessa parte para que o leitor compreenda o efeito do antidepressivo no paciente portador de depressão. Na vertente psicanalítica, a proposta é a de discutir, segundo uma ampla gama de concepções, sobre o fenômeno que origina sua manifestação. Também foram articuladas as semelhanças e diferenças entre esses dois modelos teóricos que explicam a patologia.

No capítulo sete são apresentados alguns estudos com técnicas projetivas que revelam os critérios indicativos do humor depressivo. Cabe ressaltar que esses critérios são utilizados como pautas de análise para o presente estudo. Além do mais, procura-se compreender quais são as características que os depressivos manifestam em técnicas dessa natureza e, para tanto, apresentaram-se algumas pesquisas realizadas com pessoas depressivas que se submeteram a instrumentos projetivos.

No capítulo oito, são apresentados os recursos metodológicos para a realização do estudo: composição da amostra, procedimentos de aplicação, instrumentos utilizados, critérios de análise e tratamento estatístico.

No capítulo nove, são encontrados os resultados do presente estudo e discutidos alguns dos dados da pesquisa à luz das informações e evidências descritas nos capítulos anteriores. É nesta parte do trabalho que se descrevem as questões relativas à validade e à precisão do instrumento, além de como foram testadas as hipóteses levantadas no capítulo anterior.

Por fim, no capítulo dez, os objetivos desta pesquisa são retomados e considerados a partir das informações descritas no capítulo nove. Também são articuladas as considerações deste estudo com as de outros autores que também utilizaram o Procedimento de Desenhos-

Estórias em pesquisas de validade e precisão. As partes subseqüentes ao capítulo dez são as referências, o apêndice e os anexos.

2 - Justificativa

São de suma importância, nos dias atuais, instrumentos que sejam realmente capazes de investigar aquilo a que se propõe (Conselho Federal de Psicologia [CFP], 2003), principalmente em quadros depressivos, considerados pela Organização Mundial da Saúde como característicos da sociedade do Século XXI. Esses quadros estão se tornando, juntamente com as cardiopatias, mundialmente mais incidentes do que os problemas de má nutrição e de doenças infecciosas. Por isso, estima-se que nas próximas duas décadas, sua incidência aumente consideravelmente (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2001). Tais dados se relacionam com as concepções de F. R. C. Bahls e S. C. Bahls (2002), que demonstraram que as manifestações depressivas são uma das patologias mais encontradas pelos médicos que atendem a população jovem. As concepções de Hagnell, Lanke, Rors e Ojesjo (1982) que realizaram na Suécia, na década de 80, um estudo preditivo com margem de 25 anos, constataram o aumento da depressão em 27% nos homens e em 45% nas mulheres.

Kessler e Walters (1998) também realizaram pesquisa sobre o tema e notaram um aumento secular da depressão em norte-americanos, com maior incidência nas mulheres. Gazalle, Hallal Lima e Tavares (2004) estudaram 583 idosos do Estado do Rio Grande do Sul e observaram uma alta prevalência da depressão (N = 360) nos participantes do sexo feminino, principalmente aqueles com idade mais avançada e com pouca escolaridade (primeiro grau ou nenhuma). Outro estudo feito por Barreto, Carvalho, Falcão e Leite (2006) objetivou identificar a presença de depressão em uma amostra composta por 358 idosos - 312 mulheres e 46 homens - que freqüentaram o Programa Universidade aberta à Terceira Idade, em Pernambuco. Encontraram índice de depressão em 86 pessoas estudadas, sendo que 47 delas possuíam o 1º grau completo e 79 eram do sexo feminino. Segundo os autores, esses são índices preocupantes e expressam a necessidade por ações relacionadas à implantação de programas de saúde para os idosos. No estado de São Paulo, Laurenti e Lebrão (2005) realizaram uma pesquisa com a finalidade de levantar dados epidemiológicos relacionados às condições de vida e à saúde dos idosos, estudando 2143 pessoas com idades entre 60 e 100 anos, sendo 58,6% do sexo feminino e 42,4% do sexo masculino. Os resultados indicaram que a prevalência dos sintomas depressivos encontra-se, principalmente, nas mulheres (22% em relação a 12% nos homens).

Esses dados epidemiológicos relacionam-se com o pressuposto de que os quadros depressivos afetam boa parte da população mundial e, por isso, merecem especial atenção dos

profissionais da área da saúde, principalmente dos psicólogos, devido em parte à sua constituição como patologia psíquica, envolvendo sintomas, queixas, prognóstico e tratamento específicos e em parte à interseção que se configura com outros transtornos e outras patologias, como, por exemplo, a psicose e a ideação suicida, dentre outros. Além disso, o fenômeno depressivo possui um jargão de definições que o torna conceitualmente pluralística: sintoma depressivo, episódio depressivo, depressão clássica e outros mais (Lage & Monteiro, 2007).

Portanto, instrumentos que permitam diagnosticar o Transtorno Depressivo Maior diferenciando-o de outras morbidades, facilitariam o desenvolvimento de estratégias para a realização do tratamento, principalmente, por identificar a doença de maneira mais concisa e por minimizar as chances de confundi-la com outros transtornos.

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais - DSM-IV-TR (American Psychological Association [APA], 2002), o Transtorno Depressivo Maior é classificado como Transtorno Unipolar, cuja característica predominante é a perturbação no humor. Tal transtorno se divide em três características distintas: Transtorno Depressivo Maior, com episódios de humor deprimido há pelo menos duas semanas; Transtorno Distímico, com transtorno de humor deprimido há pelo menos dois anos; e Transtorno Depressivo Sem Outra Especificação, incluído para diagnosticar transtornos unipolares, que não se encaixam nos critérios antes apontados.

Os níveis de intensidade e gravidade são classificados em: leve, moderado, grave sem características psicóticas e grave com características psicóticas (APA, 2002).

Entre os instrumentos que objetivam diagnosticar o Transtorno Depressivo Maior dentro dos critérios de análise propostos pelo DSM-IV-TR (APA, 2002), está o Inventário de Depressão Beck (Cunha, 2001), cuja natureza nomotética facilita a aplicação e interpretação dos resultados. No entanto, existem recomendações, quanto ao uso de algumas das escalas Beck para aplicação em sujeitos normais, devido às pesquisas de validade não apontarem resultados estatísticos significativos e devido à possível auto-interferência nas respostas de desejabilidade social (Cunha, 2001). Além disso, recomenda-se que, no diagnóstico psicológico, o profissional utilize mais de um instrumento, seja ele projetivo, clínico ou psicométrico, para possibilitar uma compreensão mais integrada e condizente com a realidade do indivíduo (Arzeno, 1993/1995).

O Procedimento de Desenhos-Estórias (D-E)¹, instrumento de natureza projetiva que explora o dinamismo inconsciente, possui algumas categorias de análise que permitem a investigação da personalidade daqueles que a ele se submetem (Trinca, 1997). Conflitos, ansiedades, fantasias, necessidades e mecanismos de defesa são algumas das categorias que auxiliam o profissional a compreender o funcionamento psíquico do sujeito (Trinca, 1987).

Embora existam pesquisas que indiquem critérios de análise para algumas patologias, elas não apresentam estudos que validem sua utilização no diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior (A. M. T. Trinca, 1997). Até 1997, o Procedimento de Desenhos-Estórias contava com dez pesquisas de método estatístico, sendo sete delas voltadas aos propósitos de validação (Mestriner, 1997), além de dezessete pesquisas de método clínico com objetivos diversos (Trinca, 1997). Atualmente existem diversas pesquisas feitas com esse procedimento, mas nenhuma que verse sobre validade e precisão.

Dentre os pesquisadores que utilizaram o método estatístico para validar algumas categorias de análise, Al' Osta (1984) objetivou diferenciar sujeitos com Psicose Maníaco-Depressiva (atual Transtorno Bipolar) de sujeitos normais.

Al' Osta (1984) estudou 60 sujeitos do sexo feminino, dividindo-os em dois grupos, um relativo à Psicose Maníaco-Depressiva e outro sem a patologia psiquiátrica. Equiparou, também, os grupos de acordo com a faixa etária e nível sócio-econômico. Utilizou três juizes para avaliar os protocolos e comparar tais avaliações por meio de tratamento estatístico. Nesse estudo, que se encontra descrito de maneira detalhada no segundo capítulo, os resultados permitiram considerar o Procedimento de Desenhos-Estórias como instrumento relevante para discriminar pacientes com Psicose Maníaco-Depressiva de sujeitos normais.

Além desse, outros estudos realizados com o Procedimento de Desenhos-Estórias, até o presente momento, possibilitaram afirmar que as atividades e funções psíquicas, como, por exemplo, o curso do pensamento, a memória, o raciocínio lógico, a orientação, a afetividade, os estados de humor, dentre outros, são passíveis de serem investigados (Gonçalves, 1997).

Entretanto, como bem lembrado por Mestriner (1997), o Procedimento de Desenhos-Estórias necessita passar pelo mesmo rigor exigido à construção dos testes psicológicos, com a utilização de métodos estatísticos e normativos. Esse rigor para com o instrumento auxiliará o profissional a pautar-se em categorias de análise desenvolvidas por estudos psicométricos, quando o mesmo for realizar processos de diagnóstico psicológico, minimizando as

¹ Trinca comenta que, apesar de alguns autores recomendarem o termo história para narrativas de ficção, na época em que desenvolveu o instrumento a grafia estória estava incorporada à Língua Portuguesa. Por isso, o uso do termo Desenhos-Estórias foi mantido desde a sua origem.

probabilidades de se desconsiderar as características comuns aquele grupo específico. Com o desenvolvimento de categorias que proporcionem o diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior no Procedimento de Desenhos-Estórias, o levantamento de tais características psicométricas permitiria referendar o diagnóstico da patologia de maneira mais objetiva e condizente com a realidade do sujeito contemporâneo, por tratar-se de um estudo recente. Além disso, como não existem pesquisas dessa natureza com o Procedimento de Desenhos-Estórias, o estudo poderá contribuir para a ampliação do uso do instrumento em situações cuja hipótese de transtorno depressivo se faz presente, minimizando o tempo em que o clínico perderia tentando comprovar a presença/ausência da patologia com instrumentos projetivos que não possuem dados de pesquisa satisfatórios para situações do gênero. Por outro lado, o sujeito que sofre dessa enfermidade e procura ajuda teria a chance de ser compreendido e auxiliado por um profissional capaz de captar a realidade psíquica de seu paciente, por ter em mãos um instrumento que possui tal finalidade [o que não exclui a necessidade de um estudo psicodiagnóstico mais individualizado de cada caso para a compreensão de cada dinâmica individual].

3 - Objetivos

3.1 - Objetivo Geral

Verificar se o Procedimento de Desenhos-Estórias é um instrumento capaz de diferenciar entre as pessoas que apresentam Transtorno Depressivo Maior Moderado, sem a presença de comorbidades, e as pessoas que não têm a patologia.

3.2 - Objetivos específicos

- Verificar se existe concordância entre os juízes em relação à avaliação dos itens desenvolvidos nos desenhos e nas histórias do D-E;
- Verificar se existe concordância entre os juízes em relação à separação dos indivíduos que possuem Transtorno Depressivo Maior daqueles que não possuem;
- Estabelecer critérios que identifiquem os indivíduos portadores de Transtorno Depressivo Maior, por meio dos desenhos e das histórias do D-E;
- Verificar se os itens dos desenhos e das histórias, propostos neste estudo, permitem diferenciar os indivíduos que possuem Transtorno Depressivo Maior daqueles que não possuem.

4- Histórico do Procedimento de Desenhos-Estórias

Foi a partir das discussões fomentadas em um grupo de estudos sobre Psicologia Clínica Infantil que o trajeto da construção do Procedimento de Desenhos-Estórias teve o seu ponto de partida. Neste capítulo, será apresentado o percurso do pensamento desenvolvido por Walter Trinca, responsável pela origem dessa técnica.

Trinca, ao participar das discussões desenvolvidas nesse grupo de estudos sobre a relação entre a construção do conhecimento e o conhecimento em si, percebeu que algumas questões relacionadas às questões teóricas e técnicas da Psicologia ainda não tinham respostas. Essas questões diziam respeito ao objeto de estudo da Psicologia, à natureza desse objeto e se era possível compreender externamente as características psicológicas internas e particulares dos seres humanos (Trinca, 1987).

Na tentativa de encontrar respostas a essas perguntas e interessado em desvendar o mistério da acessibilidade à mente humana, Trinca (1987) buscou sistematizar um método para responder conceitualmente essas problematizações pertinentes à epistemologia da Psicologia. Ademais, pretendeu investigar, por meio desse método sistematizado, aquilo que há tempos era investigado de maneira assistemática, desestruturada e desorganizada: o fenômeno psicológico. Entretanto, seu esforço o confrontou com outras problemáticas ligadas aos impasses existentes na prática diagnóstica. Segundo ele, esses impasses diziam respeito: 1º- à dificuldade em discernir quais variáveis eram relevantes na compreensão clínica e quais eram os fatores objetivos e subjetivos dessa compreensão; 2º- ao discernimento sobre qual seria a prevalência na dicotomia forma/conteúdo, pertinente aos testes projetivos; 3º- à fronteira entre a prática clínica e o psicodiagnóstico e; 4º- à natureza da comunicação de crianças e de adolescentes.

Em suas investigações, Trinca (1987) teve a idéia de relacionar o desenho livre com as associações derivadas de estímulos aperceptivos no processo de compreensão clínica, conforme as palavras de Di Loreto (1997):

Numa dessas noites aparece Walter, e diz com esse seu jeito de quem pede desculpas por fazer uma contribuição: - tive uma idéia... Fosse alguém sem sua incorrigível timidez teria dito: “acabo de colocar o ovo em pé e quero ser conhecido daqui pra frente como Walter Colombo Trinca”. Mas, não. Timidamente nos apresentou o ovo em pé: seu método de desenhos-his(es)tórias. Que significa, na prática, associar as virtudes do estímulo gráfico com as da apercepção temática, para a investigação da mente “dos outros” (p. 06).

Trinca (1987) passou, então, a estudar o fenômeno de desenhar sobre uma folha de papel em situações cuja instrução da tarefa não, necessariamente, fosse totalmente dirigida ou

estruturada. Nesse estudo, observou que tais técnicas têm a qualidade de não utilizar unicamente, a fala como veículo de comunicação, pois, os desenhos, as pinturas e os rabiscos são formas de expressão passíveis de revelarem características peculiares de um dado indivíduo que, de outro modo, poderiam inviabilizar ou comprometer a clareza do que se tenta transmitir, como, por exemplo, a expressão de uma situação conflitiva via comportamento verbal. Além disso, sujeitos que sofrem de alguma inibição e/ou dificuldade na esfera da linguagem, ou crianças muito pequenas que ainda não desenvolveram amplamente seu repertório verbal em função da idade, poderiam expressar-se por meio do grafismo. Anzieu (1976/1981) e Hammer (1969/1991), também, compartilham do mesmo pensamento, pois consideram as técnicas expressivas instrumentos capazes de possibilitar o surgimento de características individuais que, se dependessem exclusivamente da linguagem, poderiam não atingir seus fins, principalmente, aquelas relacionadas às áreas potencialmente conflitivas da personalidade.

Para defender a importância do desenho livre como forma de investigação da personalidade, Trinca recorreu às concepções de vários autores. Dentre estes autores, Trinca destacou as concepções de Bernstein (1969), Boutonier (1968), Elkisch (1966), Levy (1959), Minkoswki (1952), Stern (1967) e Winnicott (1971), *apud* Trinca (1987), que tratam do fenômeno em questão.

Cabe ressaltar que embora tais autores tenham concepções particulares sobre o desenho livre, consideram que, consensualmente, o desenhar de forma livre configura-se como um processo expressivo e revelador de características particulares da personalidade.

Trinca (1987), diante desses postulados e pressupostos teóricos e, ainda, interessado em diminuir a fronteira referente aos impasses do diagnóstico psicológico, passou a estudar outras duas técnicas pertinentes ao campo da psicologia clínica: as de apercepção temática e as de contar histórias sobre os desenhos gráficos. Seu interesse nesses outros dois tipos de técnicas, na ocasião do desenvolvimento do Procedimento de Desenhos-Estórias, deu-se pelo fato de ele próprio observar que, o desenho livre, realizado por um dado examinando, presta-se como estímulo a verbalizações temáticas, ou histórias, análogas aos instrumentos projetivos da personalidade, como, por exemplo, o *Thematic Apperception Test* (TAT) de Murray (1943/1973), e o Desenho da Figura Humana, de Machover (1949). Nesse momento, o percurso do pensamento do autor acerca do que viria a se tornar o Procedimento de Desenhos-Estórias começou a tomar um caminho mais definido.

No tocante à técnica de apercepção temática, Trinca (1987) apoiou-se nos postulados dos autores que construíram os principais instrumentos aperceptivos, nas considerações

teóricas de pesquisadores que estudaram o assunto e nos instrumentos que tinham como pressuposto o fenômeno da apercepção. Seu referencial sustentou-se nas afirmações de Anastasi (1961/1977) e Murray (1943/1973) e nas técnicas derivadas do TAT, como o Children's Apperception Test (CAT), de L. Bellak e S.S. Bellak (1965/1967), dentre outros.

Em virtude da ampla gama de materiais teórico/empíricos levantados por Trinca (1987), optou-se por apresentar somente aqueles que tinham em seu escopo relação direta com as técnicas aperceptivas. Além disso, para melhor compreender as concepções dos autores estudados por Trinca, optou-se por buscar, nesses estudos, as concepções apontadas por cada um, descritas a seguir.

No que tange às concepções de Anastasi (1961/1977), destaca-se a relativa às técnicas projetivas. Para a autora, tais técnicas, além de receberem cada vez mais atenção dos psicólogos clínicos, são úteis quanto à avaliação de conteúdo, mostrando-se, às vezes, mais eficazes do que os instrumentos de avaliação formal.

L. Bellak e S.S. Bellak (1965/1967), que desenvolveram o CAT, consideram o contar histórias sobre uma lâmina cujo conteúdo são animais ou pessoas, uma possibilidade de se compreender o funcionamento da personalidade das crianças, pelo fato de o estímulo da lâmina proporcionar o surgimento de conteúdos inconscientes em função de sua aplicação projetiva.

Já para Murray (1943/1973), o termo aperceptivo, dentre suas várias acepções, refere-se à interpretação de um estímulo percebido pelo sujeito por meio do estado psicológico atual e das experiências passadas do mesmo.

Nesse recurso diagnóstico, por meio das técnicas aperceptivas, Trinca (1987) enxergou a possibilidade de utilizar, na situação de avaliação, certo tipo de entrevista auxiliar. Tal possibilidade, segundo o autor, pode ser observada na aplicação da prancha em branco do TAT, que favorece a "estimulação interna" do sujeito e que, a partir do contar histórias é possível solicitar, por meio de uma entrevista indireta, esclarecimentos sobre o enredo da mesma.

Embora o panorama atual seja diferente, Trinca comentou, na época que se interessou por esse assunto (década de 80), que faltavam pesquisas relacionadas às técnicas de contar histórias sobre as técnicas gráficas (1987). Entretanto, apoiou-se naquelas em que é possível realizar inquérito depois de feitos os desenhos. Em relação a essas técnicas, o autor fez valer-se, além de outras técnicas similares, do Desenho da Figura Humana, de Machover (1949) e do Desenho da Casa-Árvore-Pessoa (HTP), de Buck (1948/2003), para compreender mais profundamente o tema de seu interesse. Na definição de Stern (1967), *apud* Trinca (1987), o

desenho e a atividade podem combinar-se com a linguagem, especialmente quando o examinador indaga o examinando sobre aspectos do desenho que invariavelmente refletem o seu mundo interno.

Essa investigação feita por Trinca (1987) sobre o desenho livre, sobre as técnicas de apercepção temática e sobre o contar histórias, a partir dos testes gráficos, integra-se em torno de seu interesse em sistematizar um método de exploração e investigação do funcionamento mental que visa diminuir os impasses relativos à acessibilidade da mente humana. Em virtude da articulação desses três aspectos investigados, surgiu um procedimento clínico denominado Desenhos-Estórias.

Mas, mesmo com o nascimento do Procedimento de Desenhos-Estórias, Trinca (1997) ressalva que, o percurso de seu pensamento se tenha originado da tentativa de diminuir as fronteiras relacionadas às problemáticas existentes na prática do diagnóstico psicológico, descritas na primeira página do presente capítulo, sua técnica, auxiliar no processo de avaliação psicológica, não resolve totalmente o problema de se dissolver os impasses que ainda permeiam, indelevelmente, a prática clínica, pois, para o autor, os meios de se obter acesso aos conflitos inerentes à mente humana, por meio dos Desenhos-Estórias, não são totalmente irrefutáveis. Caso fossem, bastaria fazer uso de sua técnica em qualquer situação-problema (de ordem psíquica) para se resolver o mistério do acesso ao inconsciente.

Por outro lado, uma das formas de tornar esse instrumento mais confiável cientificamente é realizar estudos de validade e precisão com o mesmo. Apesar de Trinca (1997) destacar, em seu trabalho, que se tratava de um procedimento e não de um teste, pois não se propunha a submetê-lo a parâmetros de avaliação psicométricos, alguns de seus orientandos e outros interessados nesse tipo de técnica passaram a realizar e a incentivar a produção de pesquisas com essa finalidade. Tais pesquisas são apresentadas a seguir.

5 - Estudos de validade e precisão realizados com o D-E

O primeiro estudo de validade e precisão feito com o Procedimento de Desenhos-Estórias foi o realizado por Trinca (1987) em sua tese de doutorado, quando da construção do instrumento. Seu objetivo, como apontado anteriormente, era o de sistematizar uma técnica que auxiliasse o profissional clínico a investigar aspectos relativos à personalidade.

Na época em que Trinca (1987) desenvolveu o instrumento, em meados de 1972, sua preocupação não estava relacionada à construção de uma técnica de exploração diagnóstica voltada aos parâmetros puramente psicométricos. Entendia que o fenômeno psíquico poderia ser melhor compreendido, se houvesse uma técnica auxiliar que complementasse as informações fornecidas pelo paciente no processo de diagnóstico psicológico.

Segundo ele, o Procedimento de Desenhos-Estórias poderia auxiliar o profissional na compreensão do caso estudado, por proporcionar ao paciente a possibilidade de comunicar alguns aspectos de sua personalidade de maneira lúdica, sem que o mesmo precisasse se relacionar diretamente com o conflito. Além disso, por ser uma técnica livre, sem a utilização de estímulos ou situações previamente definidas, o autor não concorda com a concepção de que o instrumento é um teste propriamente dito, já que seu sistema de avaliação e de aplicação não se sustenta em modelos psicométricos, como o são as escalas e os inventários. Daí o termo “Procedimento” que, segundo ele, representa uma forma de se compreender o sujeito dentro de um *processo* de diagnóstico psicológico, é mais uma técnica auxiliar do que um *modelo* de avaliação utilizado da mesma maneira para todos os que se submetem a ele. Também, embora tenha utilizado recursos estatísticos para construir o instrumento com estudos de validade e precisão, Trinca (1997) afirma que só o fez para verificar se sua técnica avaliaria aquilo que de fato se estava propondo a avaliar.

Trinca (1987) partiu da hipótese de que seu instrumento possibilita a investigação clínica auxiliar de algumas características e conflitos da personalidade. De acordo com o autor, “O desenho livre, associado a estórias contadas por crianças e adolescentes em que ele figura como estímulo para essas estórias, constitui-se como instrumento para obtenção de informações sobre os dinamismos da personalidade desajustada” (p. 42).

Com o objetivo de comprovar a hipótese descrita anteriormente, Trinca (1987) aplicou o instrumento em 53 sujeitos de ambos os sexos. O nível de escolaridade foi amplo, desde a pré-escola até o primeiro ano do colegial (Ensino Médio). Quanto ao nível sócio-econômico, a informação foi obtida por meio da ocupação do pai ou responsável. O autor também levou

em consideração o Quociente de Inteligência (QI) utilizando a Escala de Inteligência Wechsler para Crianças.

Uma vez realizada a aplicação do instrumento, submeteu os dados a análises psicológicas, feitas da seguinte forma:

- a) Duas avaliações realizadas em separado por intermédio de dois juízes independentes entre si. Esses juízes deveriam possuir conhecimento sobre as teorias e técnicas psicanalíticas, referencial adotado para embasar a avaliação;
- b) A avaliação deveria ser feita às cegas, isto é, os juízes não poderiam ter acesso às informações sobre os sujeitos além daquelas oferecidas pelo instrumento;
- c) A avaliação também deveria ser feita por inspeção, sem referência ou critério a ser utilizado como recurso;
- d) Utilizar conhecimentos sobre a dinâmica da personalidade.

Um terceiro juiz também foi solicitado para julgar as avaliações. Sua finalidade foi a de comparar as avaliações dos outros dois juízes sobre cada protocolo, fato que resultou na definição dos seguintes itens descritivos (também comuns ao CAT e ao TAT):

- Atitudes básicas;
- Figuras significativas;
- Relacionamento entre figuras parentais;
- Reação do sujeito para com as figuras parentais;
- Relacionamento com figuras fraternas e outras;
- Sentimentos expressos;
- Tendências e desejos;
- Impulsos;
- Ansiedades;
- Mecanismos de defesa;
- Sintomas expressos;
- Simbolismos expressos e;
- Outras áreas de experiência como, por exemplo, falecimentos, matrimônios, adoção, doenças, dentre outros.

Esse tipo de procedimento também visou identificar se o Procedimento de Desenhos-Estórias permitia certa precisão no processo de avaliação diagnóstica.

Posteriormente à aplicação do Procedimento de Desenhos-Estórias, Trinca (1987) aplicou o CAT-A em crianças e o TAT em adolescentes, tendo utilizado, neste último, somente as dez primeiras pranchas. A aplicação desses instrumentos serviu como critério para

a comparação dos resultados com os Desenhos-Estórias.

O tratamento desses dados foi feito de duas maneiras. Na primeira, denominada por ele de análise de tipo I, os itens de análise do instrumento critério e dos Desenhos-Estórias foram ordenados em dois conjuntos de postos, a fim de verificar as divergências e as convergências dos resultados. Para isso, ele comparou o número de itens concordantes com o número de itens avaliados no critério e no D-E, para cada sujeito, e calculou as correlações entre as subamostras por meio do Coeficiente de Correlação de Kendall, com um nível de significância de 0,05, não encontrando diferenças evidentes entre os itens de análise do D-E e do instrumento critério.

Na segunda, denominada por ele de análise de tipo II, os itens das histórias comuns aos instrumentos critério e ao D-E foram comparados, para cada sujeito, por meio do método de simples inspeção, com a finalidade de verificar a validade (simultânea) deste último em relação ao TAT e ao CAT. Para isso, testou a hipótese de significância por meio do teste binomial, também ao nível de 0,05, encontrando concordâncias entre tais instrumentos.

De modo geral, o autor concluiu que o Procedimento de Desenhos-Estórias é válido para se obter informações relativas à personalidade. Cabe ressaltar, aqui, que as avaliações se pautaram, especificamente, nas histórias dos sujeitos, já que os instrumentos critérios não proporcionam uma comparação com os dados gráficos dos Desenhos-Estórias (Trinca, 1987).

Moreno (1985) também realizou um estudo de validade com o Procedimento de Desenhos-Estórias, objetivando verificar se o instrumento era válido para diferenciar adolescentes com Deficiência Mental Leve dos normais.

Moreno (1985) estudou 59 sujeitos - 45 do sexo masculino e 14 do feminino - com idades variando de sete a oito anos e seis meses e de 11 a 15 anos. O nível sócio-econômico foi estimado pelo nível profissional dos pais, resultando uma amostra de baixa renda.

Para verificar se o instrumento diferenciava os adolescentes com deficiência mental, Moreno (1985) dividiu os 59 sujeitos em três subgrupos. O primeiro grupo, chamado de DM, foi constituído por 19 sujeitos - 15 do sexo masculino e quatro do feminino, com idades entre 11 e 15 anos - que frequentavam a 2ª série de uma escola especializada em dificuldades de aprendizagem. Em função disso, Moreno (1985) aplicou o WISC para levantar o QI dos sujeitos e identificar a presença de Deficiência Mental Leve, obtendo resultados que variaram entre 50 e 70. Devido a tais resultados, especulou que esses adolescentes tinham QI inferior em relação aos sujeitos do grupo NDM I, embora tivessem a mesma idade cronológica. Neste grupo (NDM I), Moreno não aplicou o WISC, porque os participantes não possuíam queixas relacionadas ao desempenho escolar. Além disso, o resultado do WISC permitiu estimar qual

seria a idade dos sujeitos que iriam compor o grupo NDM II, descrito logo após a apresentação do grupo NDM I.

O segundo grupo (Grupo NDM I) foi constituído por 20 sujeitos, sendo 15 do sexo masculino e cinco do feminino, com idades entre 11 e 15 anos. Nesse grupo, todos os sujeitos freqüentavam escolas normais e cursavam da 4^a à 8^a série do primeiro grau.

O terceiro e último subgrupo (Grupo NDM II) foi composto por 20 sujeitos com idades variando de sete a oito anos e seis meses, sendo 15 do sexo masculino e cinco do feminino. A escolaridade variou da pré-escola à 2^a série do primeiro grau. Também, nesse subgrupo, os participantes não possuíam queixas relacionadas ao desempenho escolar e, por isso, o WISC também não foi aplicado. A finalidade de se utilizar esse subgrupo foi a de equiparar a idade mental dos participantes com a idade mental do grupo DM (Moreno, 1985). Entretanto, cabe ressaltar que o WISC não é um instrumento que avalia idade mental, mas capacidade cognitiva global, por meio do índice de QI, que permite relacionar o desempenho do testando a um grupo de referência. Embora a autora comente que foi calculada a idade mental, não apresentou informações relativas a esse tipo de procedimento, o que nos leva a especular ser o WISC o instrumento utilizado para essa finalidade.

Para analisar os dados de sua pesquisa e estimar a precisão do instrumento, Moreno (1985) utilizou três juízes com experiências semelhantes e com conhecimento em teoria psicodinâmica, além de exigir que os mesmos já tivessem trabalhado com o referido instrumento no psicodiagnóstico clínico de crianças e adolescentes e que estivessem graduados no mínimo há sete anos.

Para cada juiz, foi dada a instrução de que deveriam classificar os protocolos como segue:

- a) DM₀ – Deficiente Mental com convicção (11 a 15 anos);
- b) DM₁ – Deficiente Mental sem convicção (11 a 15 anos);
- c) NDM₂ – Não Deficiente Mental com Convicção (11 a 15 anos);
- d) NDM₃ – Não deficiente Mental sem convicção (11 a 15 anos);
- e) NDM₄ - Não deficiente Mental com convicção (sete a nove anos);
- f) NDM₅ - Não deficiente Mental sem convicção (sete a nove anos);
- g) N_S – Não sei.

Para classificar os protocolos da forma apontada acima, os juízes deveriam diferenciar os sujeitos de acordo com as seguintes características apresentadas:

- Maior número de desenhos nas folhas;

- Resistências e necessidade de encorajamento;
- Desenhos mal elaborados;
- Desenhos representando temas isolados;
- Menos emprego de cores;
- Pressão forte do traçado;
- Perseveração e outras características como divisão, dissociação e elementos incoerentes em desenhos integrados;
- Recusas e dificuldades de verbalização;
- Concretismo;
- Falhas e falta de lógica na seqüência;
- Repetição de palavras, frases ou idéias;
- Menos verbalizações relativas aos sentimentos;
- Poucas relações entre desenhos, histórias e inquéritos e;
- Atribuição de poucos títulos aos desenhos e com incoerência.

Cada classificação recebeu uma pontuação que variou de zero a seis (0-6), cujo resultado deveria relacionar-se com a condição de cada sujeito. A análise foi às cegas, ou seja, os juízes não tiveram conhecimento sobre os participantes da pesquisa, salvo os critérios de sexo e nível sócio-econômico.

Para estimar a concordância das avaliações feitas pelos juízes, Moreno (1985) propôs a hipótese de que não haveria similaridade ou convergência entre o julgamento dos juízes. O tratamento dos dados foi calculado pelo Coeficiente de Concordância de Kendall – W, com a correção das ordens empatadas das três séries, isto é, para a análise dos empates entre os juízes.

As respostas dadas pelos juízes a cada examinando, pontuadas de zero a seis, foram transformadas em postos, visando equiparar os sujeitos com o mesmo índice de pontuação. Os resultados da análise estatística, tanto do valor obtido pelo Coeficiente de Concordância de Kendall –W, quanto pelo valor observado na análise do Qui-Quadrado, indicaram que os juízes discordaram na avaliação dos sujeitos com DM.

Com o Grupo NDM I, os valores observados na análise estatística demonstraram concordância nas avaliações dos juízes.

Com o Grupo NDM II, os valores observados na análise estatística revelaram disparidade na avaliação dos juízes, indicando a falta de concordância no julgamento dos mesmos.

Para verificar a validade do instrumento, Moreno (1985) comparou o julgamento de

cada juiz com a classificação do diagnóstico clínico de Deficiência Mental Leve, proposto pelo Código Internacional de Doenças, o CID-9 (atualmente CID-10). Para tanto, levantou os índices de fidedignidade das avaliações de cada juiz em relação aos critérios da CID-9, para cada subgrupo, e encontrou os seguintes resultados: o juiz 1 acertou 26,31% das avaliações relativas ao subgrupo DM; 70% em relação ao subgrupo NDM I e 50% em relação ao subgrupo NDM II; o juiz 2 acertou, respectivamente, 84,21%, 45% e 50% para os subgrupos DM, NDM I e NDM II; o juiz 3 acertou 52,62%, 90% e 75% para os grupos DM, NDM I e NDM II, respectivamente.

Para verificar se os juízes avaliaram os sujeitos corretamente por meio dos D-E, aplicou-se a fórmula de correção ao acaso, testando a acurácia das pontuações de cada juiz. Os resultados foram 59 para o juiz 1, 52 para o juiz 2 e 71 para o juiz 3. Frente a esse resultado, Moreno (1985) considerou que o juiz 3 discriminou melhor os sujeitos por meio dos D-E. Correlacionou, também, os julgamentos dos juízes entre si, em relação ao critério externo por meio do Coeficiente de Contingência-C, não considerando o grau de convicção das avaliações. Encontrou associação significativa entre os juízes 1 e 2 ($C = 0,30$), pelo fato de o terceiro juiz ter tido melhor desempenho nas pontuações.

Além dessas análises, Moreno (1985) realizou o Teste Exato de Fisher para a comparação dos grupos DM com NDM I, DM com NDM II e NDM I com NDM II, de cada juiz. De acordo com os resultados, considerou que os juízes 1 e 3 discriminam melhor os sujeitos NDM I do subgrupo NDM II, e o juiz 2 discrimina melhor os sujeitos DM, quando comparados com o subgrupo NDM I. Considerou, também, a porcentagem de acordo entre os juízes na ausência do critério “grau de convicção” e a porcentagem de acordos entre Desenhos-Estórias e diagnóstico clínico. Essas análises indicaram que os juízes demonstraram maior facilidade em diferenciar os sujeitos deficientes mentais daqueles sem deficiência e com a mesma idade cronológica, e maior dificuldade em diferenciar deficientes mentais de crianças menores e sem deficiência. Esta última consideração, possivelmente, relaciona-se à escolha do WISC como instrumento que, hipoteticamente, teve o objetivo de identificar a idade mental dos sujeitos com DM e, por meio disso, estimar a idade cronológica do grupo NDM II. Portanto, como não é objetivo do WISC avaliar a idade mental de seus testandos, possivelmente a falta de um resultado satisfatório se deva ao uso desse instrumento para a configuração de um grupo segundo um critério que não corresponde à sua natureza.

Outro trabalho feito com o Procedimento de Desenhos-Estórias foi o de Mestriner (1982), cujo intuito foi o de diferenciar sujeitos esquizofrênicos hospitalizados de sujeitos “normais”, além de objetivar a ampliação da gama de utilidades dos Desenhos-Estórias no

diagnóstico clínico da personalidade.

Para compor sua amostra, Mestriner (1982) utilizou 80 sujeitos do sexo masculino, com idades variando de 25 a 50 anos e nível de escolaridade variando de analfabeto à escolaridade primária completa (atualmente 1ª a 4ª série).

Os 80 sujeitos foram divididos igualmente em dois subgrupos. O primeiro constituiu-se de 40 sujeitos com diagnóstico de Psicose Esquizofrênica e o segundo de 40 sujeitos com a ausência do transtorno psiquiátrico.

Para definir os itens de avaliação de sua pesquisa, Mestriner (1982) incluiu tanto a análise de conteúdo dos desenhos quanto os aspectos formais. Em relação aos aspectos referentes ao grafismo, elaborou nove itens para análise dos desenhos:

1- Recusas: resistências, necessidade de estimulação verbal e encorajamento;

2- Elaboração dos desenhos;

3- Pressão e traçado;

4- Tamanho;

5- Posição na folha;

6- Conteúdo (temas freqüentes);

7- Perseveração;

8- Outras características: divisão/dissociação, mudanças de percepção, transparências de órgãos, elementos incoerentes em desenhos relativamente bem-integrados, desenhos incompletos, desproporção entre partes de um elemento;

9- Reações durante o desenho: críticas ao desenho, consciência da situação de testagem e outros tipos de reações.

Para a análise das verbalizações, desenvolveram-se oito itens:

1- Recusas e/ou dificuldades de verbalização;

2- Seqüência;

3- Falta de lógica;

4- Repetição;

5- Concretismo;

6- Sentimentos;

7- Outros dados: dificuldades de localização temporal/espacial e cinestésica, confusão na identidade pessoal, neologismos, delírios, alucinações, contaminação, palavras de significados vagos;

8- Temas: aspectos de conteúdo, relações com figuras significativas, identidade pessoal, dentre outros.

No tocante aos critérios de análise para a avaliação a ser realizada pelos juízes, Mestriner (1982) descreveu as seguintes categorias:

- a) E₁ (esquizofrênico com pouca convicção);
- b) E₂ (esquizofrênico com convicção);
- c) N₁ (normal com pouca convicção);
- d) N₂ (normal com convicção) e;
- e) N_S (não sei).

Cada juiz deveria classificar os protocolos segundo uma dessas alternativas, além de terem de justificar as avaliações escolhidas, se possível, dando exemplos.

A autora estimou a concordância das avaliações dos três juízes por meio do Coeficiente de Concordância de Kendall – W, com a correção para as ordens empatadas das três séries (E, N e N_S) e com a computação do valor X² (Siegel, 1956/1975). Para tanto, utilizou 20 protocolos dos Desenhos-Estórias e transformou as alternativas descritas em postos. Mestriner (1982) observou que os juízes foram concordantes em 98% dos casos, ao nível de 0,02.

Na análise de validade, a autora confirmou a hipótese de que o Procedimento de Desenhos-Estórias, ao nível de 0,01, é um instrumento válido para discriminar pacientes esquizofrênicos hospitalizados de sujeitos normais.

Mestriner (1989) também realizou outra pesquisa com o Procedimento de Desenhos-Estórias, com a finalidade de investigar o psicodinamismo de crianças asmáticas, de uma cidade da grande São Paulo, além de verificar se o D-E permite diferenciar crianças que possuíam a patologia daquelas consideradas normais.

Em sua pesquisa, Mestriner (1989) estudou 60 crianças do sexo masculino, com idades de cinco a dez anos e com nível mental similar. Dividiu os 60 participantes em dois subgrupos, cada um com 30 crianças. No primeiro subgrupo, as crianças eram portadoras de diagnóstico médico de asma brônquica moderada ou grave e, no segundo, não apresentavam essa patologia.

A autora distribuiu os 60 protocolos para serem avaliados por dois profissionais. Tais profissionais deveriam trabalhar na área de Psicologia Clínica e possuir conhecimento e experiência em Psicologia Psicodinâmica. A finalidade dessa análise foi a de levantar as características psicodinâmicas das crianças de ambos os grupos e, a partir disso, elaborar uma síntese dos traços psicológicos das crianças portadoras de asma. Posteriormente, entregou os 60 protocolos para outros três juízes que, por sua vez, julgaram os protocolos e diferenciaram as crianças asmáticas das normais.

Os traços psicológicos das crianças com asma, que serviram como critério para análise dos juízes, foram os seguintes:

- Fantasias de perseguição e mecanismos defensivos intensos;
- Mundo interno turbulento, carregado de impulsos agressivos;
- Baixa capacidade de elaboração e reparação;
- Superego punitivo;
- Imagem empobrecida e denegrida de si mesmo;
- Conflito entre a dependência e a independência;
- Somatização no aparelho respiratório.

Cada juiz avaliou, também, os protocolos de acordo com três alternativas: asmático (A), normal (N) e não sei (N_S). Feitas as avaliações, foi estimado o acordo entre os juízes na avaliação do Procedimento de Desenhos-Estórias, por meio da Estatística Kappa, com as três categorias de análise. A autora obteve um valor k para cada uma das categorias, com seus respectivos erros padrões, cujos valores revelaram altas correlações entre as avaliações dos juízes. Esses dados possibilitaram considerar o Procedimento de Desenhos-Estórias como uma técnica que proporciona o diagnóstico diferencial de crianças asmáticas, quando realizada por profissional experiente.

Mestriner (1989), ainda, comparou os julgamentos de cada juiz no Procedimento de Desenhos-Estórias com o diagnóstico médico de asma brônquica. Os resultados revelaram, por meio do Coeficiente de Contingência C, ao nível de 0,01, os parâmetros de validade do instrumento, ou seja, o Desenhos-Estórias mostrou-se sensível à detecção do psicodinamismo de crianças asmáticas.

Outro estudo que versou sobre a eficácia do Procedimento de Desenhos-Estórias na prática clínica foi o realizado por Tardivo (1985), que objetivou estabelecer normas para avaliação do instrumento. Em seu estudo, compôs uma amostra de 80 crianças, de cinco a oito anos de idade, de ambos os sexos e de nível sócio-econômico médio, todas matriculadas no ensino público e privado de uma cidade da grande São Paulo.

Depois que aplicou o Procedimento de Desenhos-Estórias, avaliou os protocolos de três modos. No primeiro modo, utilizou como critério de análise os itens distribuídos nas quinze categorias desenvolvidas por Trinca (1987), quando construiu o instrumento. Nessa análise, a autora entregou os protocolos a três juízes, um por vez, e pediu que pontuassem a presença ou a ausência dos itens relativos às quinze categorias. Estes juízes deveriam possuir experiência em psicodiagnóstico, psicoterapia, conhecimento em teoria psicanalítica e experiência com o Procedimento de Desenhos-Estórias.

A partir das avaliações feitas pelos juízes, Tardivo (1985) levantou quais foram os itens mais incidentes entre as análises dos mesmos e descartou aqueles que obtiveram pouca pontuação. Em função disso, diminuiu as quinze categorias desenvolvidas por Trinca (1987), para sete categorias de análise, com 33 itens ao total. Essas categorias se encontram sumariamente descritas a seguir.

Grupo I (atitudes básicas)

Aceitação - observada pelas necessidades e preocupações referentes à aceitação, êxito, crescimento, atitudes de segurança, domínio, autonomia, auto-suficiência e liberdade.

Oposição - observada pelas atitudes de oposição, desprezo, hostilidade, competição, negativismo, não colaboração, desconsideração e rejeição às pessoas.

Insegurança - observada pelas necessidades de proteção, abrigo e ajuda, submissão, inibição, isolamento e bloqueio. A percepção do mundo como incapaz de proteger, o receio na não contenção dos impulsos e as dificuldades em relação ao crescimento, também, pertencem a essa categoria.

Identificação positiva - vista por meio de sentimentos de valorização, auto-imagem e autoconceito, reais e positivos, bem como a busca de identidade e identificação com o próprio sexo.

Identificação negativa – presença de sentimentos de incapacidade, sentimentos de falta de importância, identificação com o sexo oposto, auto-imagem idealizada ou depreciada e problemas ligados à imagem corporal.

Grupo II (figuras significativas)

Figura materna Positiva - mãe sentida como presente, gratificante, boa, protetora, facilitadora, afetiva. O objeto (neste caso, a mãe) é sentido como bom e observam-se sentimentos positivos para com a mãe.

Figura Materna Negativa - neste item, a mãe é sentida como ausente, omissa, rejeitadora, ameaçadora, controladora e exploradora. O objeto é visto como mau e observam-se sentimentos negativos para com a mesma.

Figura Paterna Positiva - o pai é percebido como próximo, presente, gratificante, afetivo, protetor. Existem sentimentos amorosos e relações positivas para com o mesmo.

Figura Paterna Negativa - o pai é sentido como ausente, omissa, ameaçador e autoritário. Outros sentimentos negativos também são observados na relação com o pai.

Figura Fraterna (ou outras) Positiva: as relações entre irmãos, amigos, companheiros são sentidas como cooperativas, colaborativas, igualitárias.

Figura Fraterna (ou outros) Negativa - as relações entre irmão e iguais são tidas como

sendo competitivas, conflitivas, pautadas na inveja, rivalidade, falsidade, dentre outros.

Grupo III (sentimentos expressos)

Sentimentos derivados do instinto de vida - são os sentimentos de alegria, amor, energia, instinto sexual, conquista, mudança construtiva etc.

Sentimentos derivados do instinto de morte - são os sentimentos de ódio, inveja, ciúme persecutório, voracidade, desprezo, destrutividade etc.

Sentimentos derivados do conflito - são os sentimentos ambivalentes, derivados da batalha entre o instinto de vida e o de morte, característicos da fase de elaboração da posição esquizo-paranóide e da vivência da posição depressiva descritos por Klein (1946/1991). Suas aparições são observadas por meio de sentimentos de culpa, medos de perda e de abandono, solidão, desproteção, tristeza, ciúme depressivo etc.

Grupo IV (tendências e desejos)

Necessidades de suprir faltas básicas - são os desejos e as necessidades mais regredidas e que exigem satisfação imediata, como, por exemplo, proteção e abrigo, continência, afeição primitiva, além de ser (o sujeito) cuidado de maneira regressiva, de manter as experiências da infância, de sanar necessidades orais etc.

Tendências destrutivas - os comportamentos hostis, de ataque, de vingança, de separação dos pais, de ocupar o lugar dos pais destruindo os mesmos, de poder, de destruir etc.

Tendências construtivas - consideradas as mais evoluídas, apresentam-se como necessidades de aquisição, de cura, de realização e autonomia, de liberdade, de crescimento, de progresso, de canalizar ou sublimar a energia sexual e agressiva, de evitar danos físicos, psicológicos, relacionais etc.

Grupo V (impulsos)

Amorosos - impulsos de reparação, ajuda, conservação, gratificação, gratidão, etc.

Destrutivos - aniquilação, morte, danificação, abandono, ataque etc.

Grupo VI (ansiedades)

Ansiedades paranóides - temor à retaliação, ao castigo e à punição, à privação, à falta de afeto, à desaprovação, à possibilidade de ser devorado, abandonado etc.

Ansiedades depressivas - medo de ter destruído e/ou danificado os objetos bons, o próprio ego, as relações etc.

Grupo VII (mecanismos de defesa)

Cisão - consiste em dividir o ego e o objeto em uma parte boa e a outra, correlata à primeira, em má.

Projeção - atribuir ao objeto características próprias do ego, mas não reconhecidas pelo sujeito.

Repressão - suprimir e impossibilitar a expressão de partes mais agressivas e instintivas do sujeito, cujo destino ante-processo era o objeto.

Negação/anulação - negar ou anular conflitos e desejos próprios do sujeito.

Regressão a estágios primitivos - tentar retornar a fases mais primitivas do desenvolvimento, quando na vivência de fases novas e desconhecidas pelo sujeito.

Racionalização - justificar superficialmente as atitudes e percepções do sujeito.

Isolamento - isolar-se e afastar-se perante situações geradoras de ansiedade.

Deslocamento - manejar a energia (sexual, agressiva) destinada a um objeto para outro e que não tenha relação direta com o desejo que o determinou.

Idealização - atribuir qualidades positivas e exacerbadas a um objeto que não necessariamente, tenha as características percebidas pelo sujeito.

Sublimação - canalizar a energia sexual a um fim produtivo e não necessariamente à satisfação direta do desejo.

Formação reativa - frente a sentimentos antagônicos, permitir a expressão de somente um deles, preferencialmente aquele aceito socialmente.

Negação maníaca ou onipotente - negar as qualidades do objeto com a finalidade de continuar dirigindo o ódio e os desejos destrutivos ao mesmo objeto, por meio do desprezo, triunfo e controle.

Esses 33 itens categorizados em sete grupos foram posteriormente analisados, levando-se em conta três variáveis estratificadas: a idade e o sexo, a idade independente do sexo e o sexo independente da idade. Nesses extratos, foi obtida a frequência dos itens para cada uma das variáveis em cada protocolo ou unidades de produção (da primeira à última), além de verificar as diferenças ou similaridades de porcentagem entre os extratos, no tocante aos itens explorados. Para tanto, utilizou-se o teste t de Student como método estatístico, não encontrando diferenças significativas ao nível de 0,05, em cada duas unidades de produção, isto é, em cada duas realizações de desenho, as características das unidades de produção eram praticamente as mesmas. Esse dado fez com que a autora levantasse a seguinte hipótese: à medida que a criança desenha, aproxima-se cada vez mais das áreas conflitivas de sua personalidade (já que as características das unidades de produção mudam de duas em duas). Observou, também, que, em relação à idade, as diferenças encontradas entre os sexos aumentavam na idade entre cinco e sete anos e diminuam aos oito anos (Tardivo, 1985).

Depois de levantadas essas categorias, Tardivo procurou investigar se os aspectos

gráficos do instrumento poderiam servir como indicadores de características de personalidade. Para isso, estipulou como critério de avaliação 53 traços, já estabelecidos por Mestriner (1982) e Van Kolck (1981, 1984), como, por exemplo, o tamanho do desenho, localização, tipo de traço, qualidade da linha, a adaptação do tema do desenho em relação à realização gráfica, à história, ao título etc.

Nessa análise, um juiz experiente em avaliações formais foi solicitado a analisar os 80 protocolos dos Desenhos-Estórias. Os resultados foram transformados em frequências absolutas e em porcentagens de acordo com a idade e o sexo dos participantes. Nessas avaliações, Tardivo (1985) observou que os aspectos formais produzidos nos Desenhos-Estórias se relacionavam com os traços dos desenhos estabelecidos por Mestriner (1982) e Van Kolck (1981, 1984).

Na terceira avaliação, a autora procurou explorar o tema dos desenhos e verificar se esse item era significativo para a exploração da personalidade. Para tanto, categorizou os temas observados nos protocolos e verificou se havia diferenças por idade e sexo, relacionando a temática de cada unidade de produção com o significado dos aspectos expressivos e formais dos desenhos, por meio do teste do X^2 . Em seus resultados, considerou que alguns temas do desenho, devido à sua pouca incidência, não foram significantes para a exploração de características de personalidade (Tardivo, 1985).

Outro trabalho feito por meio do D-E foi realizado por Christofi (1995), que estudou crianças com dificuldades no aprendizado da leitura e da escrita. Seu objetivo era o de investigar os aspectos gerais dos desenhos que compõem o Procedimento de Desenhos-Estórias e compará-los com os resultados obtidos no estudo de Tardivo (1985).

Para tanto, Christofi (1995) utilizou 23 crianças com idade de sete a dez anos, sendo 11 do sexo feminino e 12 do masculino, todas com problemas na leitura e na escrita. Essas crianças foram selecionadas pelos professores de uma escola do município de São Paulo.

O critério de aplicação foi o adotado por Trinca (1987), e os referenciais de análise foram os estruturados por Tardivo (1985) e por Van Kolck (1984). Feita a aplicação do Procedimento de Desenhos-Estórias na amostra, Christofi (1995) fez a análise estatística dos dados. Os métodos utilizados foram o Qui-Quadrado e o Teste Exato de Fisher, com nível de significância de 0,05. Segundo o autor, as variáveis sexo, idade e escolaridade não foram controladas em função da pequena quantidade de participantes da amostra e porque o estudo foi realizado com um único grupo, isto é, com crianças com problemas na leitura e na escrita.

Christofi (1995) levantou os aspectos gerais dos cinco desenhos realizados por cada criança e obteve as frequências relativas e absolutas dos aspectos gráficos observados no

instrumento, como, por exemplo, o tipo de linha, a qualidade da linha, o tamanho do desenho e a localização do desenho, o que possibilitou realizar um estudo comparativo entre estes resultados e os resultados de Tardivo (1985).

Os temas dos desenhos encontrados na pesquisa de Christofi (1995) foram os seguintes: casa, figura humana, céu, animal, árvore, meios de transporte, paisagens em geral, flores, escola, brinquedos, frutos, pássaros, utilidades domésticas, roupas, borboletas, coração, alimentos, televisão, chuva, esporte e fogo.

As crianças fizeram um total de 115 unidades de produção, sendo que 90,43% dos desenhos foram realizados com a folha na posição horizontal e 9,57% com a folha na posição vertical. Esses dados se relacionaram parcialmente com os de Tardivo (1985), que observou a presença de 74,33% de desenhos realizados com a folha na posição horizontal.

Outros dados observados na pesquisa de Christofi (1995) concordaram com os resultados da pesquisa de Tardivo (1985), tais como o tamanho do desenho e o tipo de linha. O único item que não foi concordante em ambas as pesquisas foi a localização na folha, visto que, na pesquisa de Christofi (1995), os desenhos estavam mais concentrados na parte média inferior da folha e na de Tardivo (1985), na parte central da mesma.

Em relação aos significados dos temas do desenho descritos por Van Kolck (1984), Christofi (1995) observou que existem características psicológicas similares obtidas nos desenhos das crianças. Em suma, as principais características foram a presença de imaturidade, incapacidade de adequação ao meio ambiente e baixa tolerância à frustração.

Outro estudo de validade feito com desenhos livres representando estímulos de apercepção temática foi realizado por Porto (1985), com o objetivo de investigar a personalidade de crianças por meio das produções verbais, desenvolvidas a partir do desenho. Em sua pesquisa, utilizou o Procedimento de Desenho de Famílias com Estórias (DF-E), cuja natureza consiste em uma versão um pouco diferenciada do Procedimento de Desenhos-Estórias e cujo propósito é o de investigar as dinâmicas pessoais com a perspectiva na família.

Nesse Procedimento, a seqüência de aplicação é quase que idêntica à padronizada por Trinca (1987), com desenho, história e inquérito. A diferença reside no número de produções e nas instruções dadas a cada produção. Ao total, são realizados quatro desenhos com os seguintes temas gradativos e seqüenciais (Porto, 1985, p.16): “desenhe uma família qualquer”; “desenhe sua própria família”; “desenhe uma família que gostaria de ter” e; “desenhe uma família onde exista uma criança com o seguinte problema...” (especificar o problema que aparece como queixa principal).

Porto (1985) partiu da hipótese inicial de que o desenho de famílias associados a

estórias são eficazes para se obter tanto informações sobre os aspectos dinâmicos da personalidade de crianças quanto para observar de que maneira as crianças expressam a dinâmica familiar que, assim como apontado por Trinca (1987), seriam menos detectáveis pela entrevista psicológica direta.

Para compor sua amostra, Porto (1985) estudou 28 crianças com idade entre seis e 12 anos, sendo 14 do sexo masculino e 14 do feminino, todas provenientes de clínicas psicológicas públicas, universitárias ou privadas. O nível sócio-econômico foi estimado pelo tipo de ocupação do pai, como feito também na pesquisa de Trinca (1987).

Para estimar a validade do Procedimento de Desenho de Famílias com Estórias na avaliação da personalidade infantil, Porto (1985) comparou as análises feitas pelas três duplas de juízes, denominados A, B e C, com a finalidade de verificar se os itens do instrumento padrão (Teste de Atitudes familiares) e os itens do DF-E avaliavam as mesmas características da personalidade.

Para tanto, utilizou o teste binomial com nível de significância de 0,10 em 25 fatores psicológicos encontrados, tanto no Teste de Atitudes Familiares, quanto no DF-E, cujos significados são os mesmos. Nessa análise, apenas dois itens não apresentaram diferença significativa entre o Procedimento de Desenho de Famílias com Estórias e o instrumento critério. Frente a esses resultados, Porto (1985) considerou que a validade não foi confirmada em função das limitações da amostra.

Al'Osta (1984) também realizou um estudo de validade e precisão com o D-E. Sua finalidade foi a de verificar se o instrumento possibilitava o diagnóstico diferencial de Psicose Maníaco-Depressiva (atualmente Transtorno Bipolar). Para tanto, estudou 60 sujeitos do sexo feminino, divididos igualmente em dois grupos. O primeiro (Grupo I) foi composto por pacientes psiquiátricos hospitalizados, e o segundo (Grupo II), por pessoas sem a patologia.

Na composição do Grupo I, Al'Osta (1984) exigiu que os sujeitos estivessem internados em hospital psiquiátrico há pelo menos dois meses e possuíssem o diagnóstico de Psicose Maníaco-Depressiva, dado por um médico responsável e confirmado por outro. Os pacientes sob tratamento farmacológico, psicológico ou de terapia ocupacional poderiam fazer parte da pesquisa, desde que não estivessem impregnados com a medicação. Na composição do Grupo II, exigiu que os sujeitos não tivessem histórico de internação psiquiátrica ou de qualquer outro tipo de doença mental.

Em relação aos critérios para avaliação do instrumento, Al'Osta (1984) levantou as características mais comuns do grupo portador do transtorno. Essas características eram as seguintes:

- Desenhos pequenos (construção);
- Resistências e necessidade de encorajamento;
- Desenhos mal elaborados;
- Menos emprego de cores;
- Perseveração na escolha do desenho;
- Recusas e dificuldades de verbalização;
- Concretismo;
- Menos verbalizações relativas aos sentimentos;
- Menos unidades de produção;
- Atribuição de poucos títulos aos desenhos e com incoerência.

Todos os protocolos foram entregues para três juízes que, por sua vez, deveriam classificá-los nas cinco alternativas a seguir:

- a) PMD₁ – Psicose Maníaco-Depressiva sem convicção;
- b) PMD₂ – Psicose Maníaco-Depressiva com convicção;
- c) N₁ – Normal sem convicção;
- d) N₂ – Normal com convicção;
- e) N_S – Não sei.

Cada alternativa recebeu uma pontuação que variou de zero a quatro (zero para PMD₁, um para PMD₂, dois para N₁, três para N₂ e quatro para Não Sei), sendo tal escore relacionado à condição de cada sujeito. A análise foi às cegas, como foi também nas pesquisas de Mestriner (1982), Mestriner (1989), Moreno (1985), Porto (1985) e Trinca (1987).

Para estimar o grau de concordância nas avaliações entre os juízes, Al'Osta (1984) utilizou dois métodos estatísticos. Em um deles, as médias foram obtidas pelo Coeficiente de Concordância de Kendall -W com a correção para as ordens empatadas das três séries, além do Qui-Quadrado. Para isso, Al'Osta utilizou uma amostra aleatória de 20 protocolos do Desenhos-Estórias, considerando uma das cinco categorias N₁, N₂, PMD₁, PMD₂ ou N_S, transformadas em postos. Os resultados dessa análise estatística revelaram um coeficiente de W= 0,6253 e 35,34 na análise do Qui-Quadrado, com grau de liberdade gl=19. No outro método estatístico, avaliou os empates de julgamento para cada um dos 60 protocolos dos Desenhos-Estórias, visando reforçar a possibilidade de que existe concordância entre, pelo menos dois, dos três juízes. Utilizando somente três categorias - N (N₁ + N₂), PMD (PMD₁ +

PMD₂) e N_S, observou 58 empates nos 60 protocolos estudados em dois dos três juízes. Com os três juízes, observou uma concordância de 66,7% na avaliação dos casos, ao nível de 0,05, demonstrando que o Procedimento de Desenhos-Estórias possibilita discriminar sujeitos normais daqueles que possuíam Psicose Maníaco-Depressiva.

Para o estudo de validade, Al'Osta (1984) comparou os julgamentos de cada juiz sobre os 60 protocolos a fim de verificar se existiam relações entre a classificação psiquiátrica (critério externo) e o D-E nas avaliações dos mesmos. Pelo Coeficiente de Contingência C, encontrou ao nível de 0,01, um valor de $C = 0,57$ para o juiz um, 0,49 para o juiz dois e 0,53 para o juiz três. Na análise do Qui-Quadrado, encontrou um valor de 26,658 para o juiz um, 18,414 para o juiz dois e 24,02 para o juiz três. Esses resultados permitiram considerar que o Procedimento de Desenhos-Estórias é útil para diferenciar quadros de Psicose Maníaco-Depressiva.

De modo geral, pode-se concluir que o Procedimento de Desenhos-Estórias mostrou-se válido para discriminar as diversas patologias estudadas. Entretanto, analisando pormenorizadamente os itens que compõem os critérios para análise do D-E em relação às diferentes morbidades, observa-se que muitos deles são comuns entre si. Como então diferenciar um quadro mórbido de outro qualquer?

Como cada pesquisa se pautou em um estudo próprio, cuja amostra e método para coleta e interpretação dos dados foram específicos em cada uma delas, estimava-se encontrar características pertinentes a cada população estudada, além de resultados satisfatórios nas análises de precisão e validade. De fato, o único estudo que não apresentou indicadores observados em outras populações foi o referente à discriminação de crianças asmáticas em relação às crianças normais.

O quadro abaixo mostra os indicadores comuns observados nas populações estudadas.

Quadro 1 - Indicadores psicopatológicos comuns às populações estudadas

Crítérios	Indicadores	Populações estudadas
reações durante o desenho	críticas ao desenho; não satisfação das produções gráficas.	psicose esquizofrênica; psicose maníaco-depressiva.
características dos desenhos	recusas, resistências, necessidade de estimulação verbal e encorajamento; elaboração muito pobre dos desenhos, com pouquíssimos detalhes; Perseveração de temas.	deficiência mental; psicose esquizofrênica; psicose maníaco-depressiva.
características de histórias e Inquéritos	recusas e/ou dificuldades de verbalização; seqüência; ilogismo; repetição; concretismo; sentimentos de Inadequação.	deficiência mental; psicose esquizofrênica; problemas no aprendizado da leitura e escrita; psicose maníaco-depressiva.
características dos títulos dos desenhos	atribuição de poucos títulos aos desenhos e com incoerência.	deficiência mental; psicose esquizofrênica; psicose maníaco-depressiva.

Se a abordagem nomotética visa estabelecer normas e padrões de aplicação e avaliação para cada grupo e, por meio dessa sistematização, identificar populações, de que adiantaria tal esforço, se frente a populações diferentes os indicadores são os mesmos?

Essa problemática remete às questões nomotéticas e idiográficas quando se pensa na eficácia dos resultados das técnicas psicológicas. No caso dos indicadores antes apontados e, considerando o raciocínio aqui exposto, a tarefa, então, seria a de compreender qual sentido adquire cada evidência (seja o significado de um elemento da história ou o significado de um desenho, por exemplo) para cada amostra estudada. Portanto, os elementos da produção gráfica ou verbal teriam significados específicos, por mais que se apresentassem de maneira similar a todos os sujeitos estudados. Por outro lado, a eficácia dos indicadores no processo de avaliação psicológica e a validade de uma interpretação não garantem, totalmente, a certeza de que a avaliação pautada em parâmetros padronizados se aplique a todos os sujeitos. Deve-se relativizar a importância dos indicadores tanto em relação ao indivíduo quanto em relação às amostras. Sendo assim, o significado interpretativo de um indicador deve se aplicar tanto a uma amostra quanto a um sujeito em particular e, mesmo assim, por mais que um instrumento considere ou as questões normativas ou as qualidades projetivas de cada indivíduo durante a tarefa examinadora, a validade de seus resultados ainda pode ser questionável (Tavares, 2003).

No caso de um instrumento projetivo e de natureza clínica como o D-E ter sido submetido aos parâmetros psicométricos, seus achados visaram sistematizar uma forma de

avaliação que, se considerada isoladamente, não revela indiscutivelmente a verdade sobre o funcionamento psicodinâmico de um sujeito qualquer. De fato, nenhum instrumento psicológico visa aproximar-se da verdade sobre um dado sujeito, mas aproximar-se da sua realidade psíquica.

Nesse sentido, o termo “validade clínica” proposto por Tavares (2003), mostra-se útil ao ser aplicada no contexto diagnóstico. Validade clínica refere-se às chances de se minimizar os erros na avaliação daquele que se mostra ao examinador de forma singular e única, pois:

A validade de um instrumento é expressa pelas *qualidades* ou pelos *significados* que podem ser associados a ele, e depende da rede de relações que ele estabelece com outros indicadores relevantes. É esta rede de relações que nos permite apreciar o significado ou a qualidade que atribuímos ao instrumento.... Portanto, a validade de um instrumento não é uma propriedade exclusiva dele, mas da situação total na qual as *inferências* sobre *significados* são *produzidas* (p. 127-128).

Nessa perspectiva, ao considerar a validade clínica como sendo aquela que revela a articulação do que é comum a um determinado grupo com o que é singular a um dado sujeito, consideramos que os sistemas de avaliação de natureza estatística se circunscrevem de maneira parcial à realidade psíquica de um sujeito qualquer, bem como a interpretação de uma resposta a um estímulo sem uma referência a um conjunto de significados comuns a determinados indivíduos. Isto quer dizer que sistematizar um modelo de avaliação não garante a concepção de como funciona psicologicamente um determinado sujeito e, doutro modo, não se desconsidera o que é comum a determinadas populações e contextos sócio-culturais no âmbito da avaliação psicológica.

Além disso, é útil recordar os conceitos psicanalíticos de recorrência e convergência desenvolvidos por Sigal (2000) e o conceito de conteúdos sobredeterminados desenvolvidos por Freud (1900/1974), na tentativa de encontrar respostas a esses resultados. Para a primeira, a recorrência refere-se às produções, sejam elas verbais, lúdicas ou gráficas, que são expressas pela mesma forma e que possuem sentidos semelhantes. No sentido da convergência, as produções são expressas aparentemente de forma diferente, mas possuem o mesmo significado. Para Freud (1900/1974), os conteúdos sobredeterminados referem-se a uma única representação pré-consciente cujo significado se encontra no plural, isto é, possui mais de um sentido.

No caso do Procedimento de Desenhos-Estórias, os parâmetros estatísticos devem relacionar-se com o significado psicológico de um dado indicador e serem articulados com outros elementos que evidenciem a presença do constructo. Tomando, como exemplo, o fato de se observarem tamanhos grandes dos desenhos com um discurso dissociado na fase de

histórias, o que, segundo as pesquisas apontadas antes, revelaram ser essas características a de sujeitos esquizofrênicos, devem, frente a um sujeito qualquer, ser levadas em conta e ser, devidamente, articuladas com o que se apresenta no quadro clínico como um todo, visando especular com maior propriedade a presença ou não da patologia investigada. Seja qual for o modelo e o método de avaliação, “os critérios de validação envolvem processos de relacionar e comparar. As perspectivas nomotéticas e idiográficas não são mutuamente exclusivas e, embora se oponham no método de abordagem, elas podem (e devem) ser aplicadas” (Tavares, 2003, p. 128).

Portanto, devem-se considerar tanto o histórico de vida e as peculiaridades do indivíduo quanto o significado que possuem determinados estímulos para ele e para um grupo, como um todo no processo de avaliação. Dessa forma, os sinais psicopatológicos observados no Procedimento de Desenhos-Estórias poderão servir como “indicadores”, revelando uma possível condição, e não critérios que afirmam, sem sombra de dúvida, a presença de um dado transtorno.

É partindo dos indicadores antes apontados que o método de avaliação e, com certeza, a escolha de outro instrumento para corroboração de evidências poderão, com menos margem de erro, especificar qual o significado daquele indicador para o sujeito avaliado e se aquele indicador revela o que de fato intenta revelar.

6 - O Transtorno Depressivo Maior e a Depressão: sinônimo, antônimo ou complemento?

Quando alguém, seja leigo ou profissional, fala em depressão ou em melancolia, está, invariavelmente, referindo-se ao Transtorno Depressivo Maior ou vice-versa? Será que os diversos conceitos existentes sobre a psicopatologia do humor podem ser considerados sinônimos, ou será que são característicos de determinadas situações, ou, até mesmo, de determinadas concepções teóricas?

Neste capítulo, serão apresentados dois modos de se conceber o fenômeno depressivo. Um deles aponta, principalmente, os critérios diagnósticos e as características descritivas da patologia. O outro volta-se à etiologia da doença e aos processos psíquicos que regem a manutenção da mesma. Outro propósito do presente capítulo é o de discutir as duas modalidades de concepção do fenômeno em questão, com o intuito de compreender por que o sofrimento humano, nos casos referentes à psicopatologia do humor, tomou caminhos diferentes no que concerne à sua classificação e à sua compreensão diagnóstica. A intenção do presente capítulo não é a de apresentar qual o melhor modelo diagnóstico, mas sim a de tentar compreender, por meio de um recorte histórico, as diferenças metodológicas e teóricas de se conceber a referida patologia.

Um dos modelos que aponta critérios diagnósticos para a compreensão dos transtornos mentais é o DSM-IV-TR. Nele, encontram-se algumas definições sobre diversos tipos de transtornos, inclusive os transtornos de humor. Para se ter uma idéia de como esse manual concebe os transtornos de uma maneira geral, apresentam-se, a seguir, a descrição do Transtorno Depressivo Maior e as suas características fundamentais, além de seus critérios diagnósticos.

6.1 - O fenômeno depressivo segundo a nosografia psiquiátrica

O TDM (Transtorno Depressivo Maior), de acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais - DSM-IV-TR (APA, 2002), configura-se como uma perturbação característica do estado de humor, cujo surgimento se pode expressar por meio de um ou mais Episódios Depressivos Maiores. Sua diferença marcante em relação a outros transtornos de humor dá-se pelo fato de ele próprio ser unipolar, ou seja, pelo fato de ele afetar somente uma das duas polarizações que constituem o sistema afetivo, na acepção psiquiátrica.

Sua característica essencial é a de apresentar um curso clínico sem histórico de episódios maníacos, mistos ou hipomaníacos. Pode aparecer em qualquer idade e seu trajeto pode ser variável. Isto quer dizer que alguns sujeitos podem apresentar episódios depressivos e ficar muito tempo sem vivenciar os sintomas que indicam o transtorno e, outros sujeitos, podem apresentar episódios freqüentes e progressivos até a velhice. Além disso, os níveis de intensidade do transtorno podem variar de acordo com seu surgimento, e os episódios remissivos costumam durar mais do que os recorrentes (APA, 2002). Também é comum ocorrerem altas taxas de comorbidade, principalmente na fase da adolescência, sendo as mais freqüentes os transtornos de ansiedade, a distímia - conhecida também como “dupla depressão” quando associada ao TDM (Bahls, 2000) - o abuso de substâncias e o transtorno de déficit de atenção (F. R. C. Bahls & S. C. Bahls, 2002).

O DSM-IV-TR (APA, 2002) apresenta um conjunto de sintomas que, se observados, possibilitam referendar o diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior sem comorbidades. São eles:

Tempo de duração - o período mínimo de um episódio depressivo é de duas semanas, podendo manter-se por tempo indeterminado. Nesse percurso, o sujeito mostra-se deprimido, e seu prazer e interesse pelas atividades são quase que extintos. Em adolescentes e crianças, tal interesse e prazer podem ser substituídos por irritabilidade, quando frente a atividades antes satisfatórias. Em alguns sujeitos, a tristeza pode ser negada, a ansiedade pode surgir e algumas queixas somáticas, como, por exemplo, dores ou incômodos corporais, também (APA, 2002).

Sono - a característica principal que marca a alteração desta atividade é a insônia. Nela, o sujeito, quando consegue dormir, tem facilidade em despertar à noite e, quando desperta, tem dificuldade em voltar a dormir. Em casos menos freqüentes, a maneira pela qual o sono se mostra alterado não é pela insônia, mas enquanto sonolência excessiva, com longos períodos de sono durante o dia ou durante a noite (APA, 2002).

Alimentação - o sujeito ou tem de fazer muito esforço para comer ou então come demais, principalmente alimentos específicos, como doces e carboidratos. Em função disso, o peso altera drasticamente, cuja resultante, no primeiro caso, é a perda de peso e, no segundo, o ganho (APA, 2002).

Alterações psicomotoras - incluem tanto a agitação, como a inquietude, o mexer constante das mãos e o andar para lá e para cá, quanto o retardo e a lentidão, como a fala e o pensamento diminuídos, o tempo maior para responder, as inflexões na voz e até o mutismo,

ambas as alterações consideradas graves, quando, somente, observadas por terceiros (APA, 2002).

Cansaço e fadiga - também são comuns nesses casos. As queixas ocorrem mesmo em períodos em que o sujeito não realiza atividades físicas. A execução de tarefas torna-se comprometida pelo fato de ele não ter disposição para realizá-las e, quando as faz, demora o dobro do tempo que habitualmente levaram para fazer (APA, 2002).

Sentimento de menos valia e de culpa - incluem concepções negativas de si mesmo e do mundo, além de preocupações e rumações com fracassos passados. Os eventos triviais são interpretados de maneira errônea, e as adversidades cotidianas são quase sempre consideradas como efeito das causas existenciais do sujeito. Concomitantemente, a memória, a dificuldade para pensar, a tomada de decisões e as atividades profissionais tornam-se prejudicadas (APA, 2002).

Desejo de morte e ideação suicida - são mais comuns em pacientes com intensidade grave e, quando se concretizam, tem a finalidade de ou terminar com um estado emocional intensamente doloroso e percebido como inacabável pelo sujeito, ou de encerrar as frustrações frente a obstáculos tidos como intransponíveis (APA, 2002). Sua prevalência é mais comum entre os jovens e aumenta com a idade, geralmente após a puberdade, sendo mais comum ocorrer entre os sujeitos do sexo masculino (F. R. C. Bahls & S. C. Bahls, 2002).

Na clínica, o prejuízo no funcionamento social, profissional e em outras áreas significativas para o sujeito torna-se notavelmente evidente. Em alguns casos, cuja intensidade é leve, a relação com as áreas potencialmente significativas para o sujeito (trabalho, lazer etc.) pode, até, mostrar-se normal. Entretanto, exige do paciente mais esforço psíquico para que ele possa manter-se equilibrado (APA, 2002).

Para se diagnosticar o Transtorno Depressivo Maior, de acordo com esses sintomas é necessário relacioná-los aos seus especificadores clínicos, que incluem as seguintes categorias (APA, 2002):

- Leve;
- Moderado;
- Grave Sem Características Psicóticas;
- Grave Com Características Psicóticas;
- Crônico;
- Com Características Catatônicas;
- Com Características Melancólicas;
- Com Características Atípicas;

- Com Início no Pós-Parto.

Para realizar o diagnóstico do transtorno, deve-se levar em conta o número de sintomas, a gravidade e o prejuízo funcional vividos pelo sujeito em um determinado período de tempo. O critério Leve refere-se à presença de cinco ou seis sintomas depressivos, com pouca capacidade de funcionamento relacional satisfatório, mas com esforço fora do comum para agir normalmente. O critério Grave Sem Características Psicóticas indica que o sujeito apresenta quase que todos (senão todos) os sintomas depressivos, com prejuízo funcional notório. O critério Moderado indica gravidade intermediária entre o Leve e o Grave. O critério Grave Com Características Psicóticas indica o prejuízo nitidamente funcional do sujeito com a presença de delírios e alucinações geralmente auditivos. O critério Crônico indica a presença de sintomas depressivos por, no mínimo, dois anos. O critério Com Características Catatônicas indica a presença de perturbação e imobilidade psicomotora e, geralmente, está associado a posturas oposicionistas frente a todas as instruções de mobilidade, além de flexibilidade cética, ecolalia e estupor. O critério Com Características Melancólicas indica uma não melhora no estado de humor do sujeito, mesmo em situações agradáveis, junto com culpa excessiva, tristeza exacerbada pelo período da manhã e perda de peso em função de comportamentos anoréxicos. O critério Com Características Atípicas aplica-se quando dois dos seguintes sintomas estão presentes: a rejeição interpessoal, o aumento de apetite com o conseqüente ganho de peso e a hipersonia. O critério Com Início no Pós-Parto aplica-se quando o início dos sintomas depressivos ocorre no período de quatro semanas após o parto (APA, 2002).

Além desses indicadores clínicos, outros dois também são incluídos quando os critérios para Transtorno Depressivo Maior não são completamente satisfeitos: Em Remissão Parcial e Em Remissão Completa que, respectivamente, indicam ou a falta de alguns sintomas depressivos que não permitem a classificação diagnóstica, ou a remissão de todos os sintomas no período inferior a dois meses, além da total remissão dos sintomas no período mínimo de dois meses. Ainda, existem casos em que o que especifica o transtorno depressivo depende de sua incidência climática (Com Padrão Sazonal) e outros em que o humor é visivelmente deprimido e o prejuízo funcional é notório, mas os critérios de duração ou gravidade não se aplicam (Sem Outra Especificação – SOE).

No tocante aos eventos psicossociais que possam gerar episódios depressivos, têm-se aqueles potencialmente graves, como, por exemplo, a morte de pessoas queridas e a perda de um emprego. Além disso, pessoas que já tiveram ou têm parentes biológicos portadores do

transtorno são mais propensas a adquirirem o quadro do que a maioria da população geral (APA, 2002).

Em relação às características descritivas do Transtorno Depressivo Maior, percebe-se que seu surgimento é duas vezes mais comum em mulheres adultas do que em homens e crianças (APA, 2002; Barreto et al., 2006; Gazalle et al., 2004; Hagnell et al., 1982; Laurenti & Lebrão, 2005).

F. R. C. Bahls e S. C. Bahls (2002) observaram essa mesma prevalência em meninas adolescentes, cuja sintomatologia, segundo os autores, é semelhante a do adulto.

Sua prevalência não se relaciona com a educação, a etnia, o estado civil ou as condições financeiras do sujeito, embora estas duas últimas possam ser variáveis que facilitem seu surgimento (APA, 2002). Por outro lado, segundo Aros e Yoshida (2009), de acordo com boa parte dos trabalhos realizados sobre depressão no Brasil, a maior incidência da vivência da patologia se encontra no sexo feminino, devido à sintomatologia ser melhor identificável neste gênero, embora não concordem com essa afirmação, pois consideram que tal fato se deve a uma valorização excessiva das observações clínicas feitas por pesquisadores que estudaram sobre o assunto e por acreditarem que a sintomatologia no sexo masculino é apenas diferente, e não menos identificável. F. R. C. Bahls e S. C. Bahls (2002) encontraram na população brasileira, maior incidência em adolescentes do sexo feminino, embora considerem tal resultado como sendo universal e independente da idade, salvo em crianças, fato também apontado pelo DSM-IV-TR (APA, 2002) e pelo Código Internacional de Doenças (CID-10, 1993), que não revelam distinções de gênero e de idade no tocante aos critérios diagnósticos.

A. S. D. Baptista e M. N. Baptista (2005) comentam que as manifestações depressivas no sexo feminino não diferem nem quando as mulheres estão gestantes e/ou puerperais em relação àquelas que não estão grávidas e são portadoras do transtorno. Sendo assim, a etiologia do quadro independe da gravidez. Entretanto, esse dado partiu de uma pesquisa feita pelos autores com uma amostra de seis gestantes de alto risco, número este muito pequeno para ser considerado representativo de uma população desse tipo.

Em adolescentes, F. R. C. Bahls e S. C. Bahls (2002) encontraram diferenças sintomatológicas em relação ao gênero, cujos sintomas, nas meninas, são sentimentos de tristeza, tédio e vazio, preocupação com a popularidade, insatisfação com a aparência e baixa auto-estima. Nos meninos, sentimentos de desprezo, desafio, desdém e problemas de conduta, tais como roubo, violência, falta às aulas e abuso de substâncias.

Nas pesquisas mais recentes realizadas sobre o humor depressivo com a população brasileira, foi observada a prevalência dos seguintes sintomas, tanto em adolescentes quanto

em adultos e idosos: baixa auto-estima, irritação, perda de energia para realizar tarefas do dia a dia, desinteresse, sentimentos de desesperança e de culpa, perturbações no sono, alterações no apetite e no peso, dificuldades de concentração, dor de cabeça, ideação suicida e ansiedade (F. R. C. Bahls & S. C. Bahls 2002; Barreto et al., 2006; Gazalle et al., 2004; Laurenti & Lebrão, 2005)

Ruminações sobre o passado, preferência em ficar em casa e pouca importância às opiniões alheias foram os sintomas mais encontrados em idosos (Barreto et al., 2006; Gazalle et al., 2004; Laurenti & Lebrão, 2005), enquanto que o uso de álcool e drogas e instabilidade afetiva em adolescentes (F. R. C. Bahls & S. C. Bahls, 2002).

Uma das explicações prováveis para a diferença de gênero está na hipótese de que esse fenômeno possui sua etiologia nas doenças relacionadas à deficiência de alguns cromossomos X e aos hormônios gonadais (Kaplan, Sadock & Grebb, 1994). Contudo, uma das dificuldades encontradas no estudo das manifestações depressivas é a falta de consenso sobre a etiologia do transtorno. As únicas informações descritas de maneira hipotética, mas nada conclusivas nos estudos sobre depressão e que possuem relação entre si são a baixa escolaridade, a baixa condição sócio-econômica e o aumento da idade (F. R. C. Bahls & S. C. Bahls 2002; Barreto et al., 2006; Gazalle et al., 2004; Laurenti & Lebrão, 2005).

F. R. C. Bahls e S. C. Bahls (2002) comentam que os abusos físicos e sexuais, os conflitos familiares e a perda de algum ente querido podem ser desencadeadores da patologia. Mesmo assim, sua real origem pode não ser conhecida e estes acontecimentos sociais serem situações secundárias de um funcionamento psicológico já pouco consistente (Bahls, 2000). Para Laurenti e Lebrão (2005), morar sozinha pode ser fonte geradora de depressão, enquanto que, para Gazalle et al. (2004), são a falta de trabalho remunerado e a inferioridade social. Outro motivo, apontado por Barreto, Carvalho, Falcão e Leite (2006) diz respeito ao fato de as mulheres dos dias atuais viverem em média mais do que os homens e, para aquelas que estão na terceira idade, as doenças físicas e a exclusão social são grandes propiciadores do surgimento da doença.

Outro aspecto a se considerar é que a maioria dos estudos de ordem mais quantitativa e que tratam sobre a sintomatologia do quadro depressivo não descreve de maneira mais aprofundada a etiologia do TDM. Exemplo disso é a definição encontrada no DSM-IV-TR (APA, 2002) e no CID- 10 (CID-10, 1993), que se preocuparam mais em categorizar as manifestações do quadro do que compreender subjetivamente os acontecimentos psíquicos. Nesta árdua tentativa de buscar explicações profundas e nucleares sobre a origem da depressão encontra-se a psicanálise, que teoriza sobre a patologia na tentativa de,

principalmente, compreender a origem desta postulando a relação entre sujeito e inconsciente, como sendo fator decisivo de sua manifestação. Essas explicações são apresentadas logo após a seção sobre os efeitos da medicação no depressivo.

6.1.1 A psicofarmacologia do Transtorno Depressivo

Como a presente pesquisa trata das manifestações do humor depressivo nas técnicas projetivas, uma preocupação complementar surgiu quando se pensou sobre a possível relação do uso de medicamentos e a tarefa de desenhar e contar histórias. Será que os sujeitos que tomam antidepressivos podem ter suas produções nos D-E influenciadas por eles? Se sim, quais seriam os tipos de remédio que poderiam gerar tal influência?

Um antidepressivo é um tipo de medicamento que contém substâncias capazes de aumentar o tônus psíquico e eliminar algum dos sintomas característicos do Transtorno Depressivo. Seu desenvolvimento partiu da tese de que a alteração no humor se relaciona a uma redução na transmissão dos impulsos nervosos por existir uma falha desse processo nas áreas cerebrais que regulam o estado de humor. Essa disfunção indica que os neurotransmissores monoaminérgicos, como a norepinefrina, flucoxantina, dopamina, serotonina e noradrenalina, responsáveis por proporcionar sensações de bem estar emocional, não estão sendo circulados corretamente (Ballone & Ortolani, 2005).

Embora existam diversas classes de remédio que procuram aumentar a concentração destes neurotransmissores entre os neurônios (na fenda sináptica), quatro deles são os mais utilizados pelos psiquiatras contemporâneos: os tricíclicos, os inibidores da recaptação de serotonina e/ou noradrenalina (SSRI), os inibidores da enzima monoaminoxidase (MAO) e os antidepressivos atípicos que, por falta de uma nomenclatura melhor, receberam este nome. Os tricíclicos são considerados mais eficazes no tratamento da depressão profunda, enquanto que os SSRI's são mais eficazes nos casos em que a intensidade da depressão é moderada. Os inibidores da monoaminoxidase são utilizados em casos onde é necessária uma duração mais prolongada do uso do medicamento. Os antidepressivos atípicos modificam o núcleo central da serotonina e possuem efeitos sedativos (Ballone & Ortolani, 2005).

Alguns medicamentos tricíclicos antecipam os efeitos colaterais em relação aos efeitos benéficos a que se propõem. Esses efeitos colaterais podem ser observados quando ocorrem a sudorese e os tremores de mãos, dentre outros. Já os efeitos dos SSRI's acarretam perda de peso, febre e intolerância digestiva. Os inibidores da enzima monoaminoxidase produzem perda de apetite e diminuição do interesse sexual. Os antidepressivos atípicos provocam,

dependendo do remédio, boca seca, visão turva, sonolência, desincoordenação motora, dentre outros (Ballone & Ortolani, 2005).

Ao se pensar quais os tipos de medicamentos que alteram algumas funções psíquicas e que podem comprometer a realização da tarefa diagnóstica que é o D-E, decidiu-se apresentar os tipos de remédio encontrados na literatura que ocasionam tal fenômeno. São eles (Ballone & Ortolani, 2005).

Antidepressivos atípicos

- Trazodonia (nome químico) - Donarem (nome comercial): desincoordenação motora e sonolência;

- Mianserina (nome químico) - Tolvon (nome comercial): diminuição da atividade psicomotora. Os pacientes que utilizam essa medicação devem privar-se de realizar atividades perigosas, tais como dirigir e operar máquinas;

Inibidores de captação de serotonina

- Milnaciprano (nome químico) SSRI - Ixel (nome comercial): confusão mental, rigidez muscular e tremores;

- Duloxetina (nome químico) - Cymbalta (nome comercial): no início do tratamento prejudica as funções psíquicas necessárias para realizar tarefas árduas, tais como dirigir e operar máquinas. Também altera as funções psicomotoras;

- Escitalopran (nome químico) - Lexapro (nome comercial): altera habilidade reflexiva e a atenção;

Tricíclicos

- Amipriptilina (nome químico) – Trypanol (nome comercial): possui efeito sedativo;

- Propanolol (nome químico) – Antitensin (nome comercial): tremores nas mãos;

Inibidores da enzima monoaminoxidase

- Selegilina (nome químico) – Elepril e Jumexil (nomes comerciais): retardo do pensamento e da ação, sonolência, cansaço e debilidade motora.

Esses medicamentos podem, hipoteticamente, interferir nas produções do D-E e, por isso, foram incluídos na parte teórica do presente trabalho.

6.2 - O fenômeno depressivo segundo a Psicanálise

Quando se fala da depressão, segundo a Psicanálise, alusivamente se fala em Freud, devido ele ter sido o primeiro a investigar o dinamismo e a metapsicologia da depressão. É claro que existem outras concepções psicanalíticas sobre a depressão, mas vale ressaltar o

pensamento freudiano pelo fato de, em meio a uma efervescência de construções sistematizadas sobre as doenças mentais, cujo método utilizado era o estatístico (psiquiátrico), ele via investigação clínica, descreveu o fenômeno sem categorizar sintomas e registrar comportamentos. Ele o fez de acordo com a concepção teórica sobre o funcionamento mental do homem e a sua relação com o inconsciente. Descrevendo o modo pelo qual o aparelho psíquico se desenvolve e de que maneira funciona a mente humana, Freud inseriu a metapsicologia na época em que o positivismo ainda vivia sua égide. Mais ainda, articulou a proposta do inconsciente com a concepção de relações de objeto, descritas em seu artigo “Sobre o Narcisismo: Uma Introdução” (Freud, 1914/1974) e ignorou as exigências da época que solicitavam descrições quase que laboratoriais das doenças mentais.

Embora Freud não tenha desenvolvido uma teoria da depressão e não a tenha diferenciado precisamente da melancolia, identificou, a princípio, as manifestações depressivas como características de uma das grandes dimensões conflitivas, ou seja, a dimensão neurótica. Partindo dos estudos sobre historietas clínicas, como no caso “Homem dos Ratos”, observou que alguns sintomas depressivos eram decorrentes da própria estrutura de personalidade do sujeito, isto é, decorrentes do funcionamento histérico ou obsessivo, por exemplo (Delouya, 2001).

Segundo Delouya (2001), Freud, em seus ensaios sobre a depressão, manteve o conceito de desamparo como a explicação plausível sobre o desenvolvimento dos estados depressivos. Para Freud (1925/1974), o desamparo é, inicialmente, vivido pelo sujeito na época em que a formação do ego simbólico começa a se fazer valer, lá por volta dos seis a oito meses de idade, época em que a condição auto-erótica dá lugar ao narcisismo primário. Segundo ele, é com a percepção de que existe um outro para a satisfação das necessidades do eu que o temor ao desamparo aparece. Além disso, o desejo em retornar à vida intra-uterina e a decorrente frustração por não realizá-lo permitem o primeiro aparecimento da vivência depressiva. Partindo dessa concepção de Freud sobre essa doença, Delouya (2001) considera que a depressão não seria uma característica re-ativa, que se origina frente a uma perda de objeto, mas uma re-expressão do seu protótipo (desamparo), quando da perda desse objeto.

Ademais, se a reivindicação da união com o corpo materno representa, principalmente o desejo de re-conquistar um espaço de *prazer*, cujo eu se sente apartado de sua origem, a depressão, decorrente desse impossível retorno, teria a finalidade de preservar o bebê da angústia insuportável e, portanto, seria de ordem narcísica (Delouya, 2001).

A depressão, portanto, não seria exclusivamente um sintoma expresso pelo sujeito, quando ele vivencia situações traumáticas de perda do objeto amado. Seria um meio de se

defender da ameaça de desintegração, quando na vivência de tais situações. Então, a manifestação depressiva seria uma das maneiras do eu não atuar e não chegar ao extremo psicótico (Delouya, 2001).

A linha divisória entre a depressão e a melancolia seria configurada neste sentido. Para Freud (1917/1974), na melancolia, o ego submete-se às exigências superegóicas que, por sua vez, geram culpa e não permitem, por mais que o sujeito vivencie situações de prazer, uma amenização dos conflitos intrapsíquicos. Sendo assim, o ego é empobrecido e torna-se vazio para o sujeito. Na depressão, é o mundo que perde o sentido e se empobrece, e não o ego. Além disso, o ego consegue, depois de vivenciado o luto pela perda do objeto, voltar a investir energia pulsional nos elementos do mundo externo e vivenciar situações prazerosas decorrentes desse processo.

A depressão seria, portanto, manifestação do eixo narcísico. Em função da perda de um objeto amado, o sujeito direciona grande parte (senão quase toda) sua libido para o próprio ego e não investe a devida energia psíquica nos elementos do mundo externo. Nesse sentido, as condições econômicas na relação com o objeto caracterizam o fenômeno depressivo, quando na vivência de um episódio traumático. Conseqüências disso, as características clínicas de um depressivo envolvem um discurso extremamente opaco e denso e/ou representam um imenso vazio e, na relação com um sujeito depressivo, observa-se o empobrecimento de recursos na interação com o objeto externo (Freud, 1917/1974).

Para Fenichel (2000) *apud* Esteves e Galvan (2006), esta questão narcísica presente na depressão é uma concepção muito mais atual e está intimamente relacionada à modalidade das relações objetais que o bebê cria com sua mãe. Antes do término do primeiro semestre de vida, a criança não estabelece uma diferenciação entre ela e sua mãe, e é exatamente essa falta de conhecimento do outro, associada à relação auto-erótica do bebê, os protótipos da depressão. Quer dizer que o modo como o depressivo se relaciona com os objetos externos é exatamente idêntico à forma pela qual o bebê interage com sua mãe.

Como tais vivências acontecem na fase cuja expressão da libido é a oral, a ausência de gratificação e de vivências que permitam libidinizar essa zona erógena, bem como saciar a fome, geram sentimentos de frustração e infelicidade que, se vividos constantemente, constituem a estrutura depressiva (Esteves & Galvan, 2006).

Portanto, na medida em que o bebê se desenvolve, o seio - objeto parcial da pulsão - passa a ser percebido e dividido de maneira ambivalente, ora sentido como bom, ora como mau. Isso permite ao bebê projetar nesses objetos suas fantasias amorosas e destrutivas, bem como introjetar as experiências boas e más dentro de si. Tal mecanismo de introjeção é

utilizado pelo depressivo com o objetivo de atormentar o objeto internalizado, passando a ser sentido pelo ego como sendo seu companheiro (Fenichel, 2000 *apud* Esteves & Galvan, 2006).

Essa idéia, por um lado, tem suas raízes nas concepções freudianas, pois, nesse enfoque, a depressão se relaciona muito mais à perda de um objeto de amor e à conseqüente vivência de um luto. A introjeção - já segundo as idéias kleinianas e posteriores às de Fenichel - permitira tornar vivo, dentro da estrutura endopsíquica do sujeito, esse objeto de amor perdido externamente. Nessa linha de raciocínio, o objeto internalizado, já que é companheiro do ego, poderia ser punido e perseguido por privar o sujeito de realizar suas fantasias inconscientes. Junto com o objeto, porém, o ego do sujeito também acaba sofrendo represálias.

Para lidar com esses auto-ataques, o sujeito faz uso de defesas maníacas. Isto quer dizer que as tentativas de controlar, triunfar e desprezar o objeto permite, mesmo que temporariamente, anular as angústias derivadas das fantasias violentas de destruição do objeto amado (Klein, 1940/1981). Contudo, mesmo utilizando tais defesas, os pensamentos de morte e aniquilação são recorrentes e manifestam-se com freqüência na mente do depressivo, gerando frustração e perda do sentido da existência (Esteves & Galvan, 2006).

Essa perda de sentido da vida chega até a desorganizar o pensamento (Bowlby, 1998). Frente a situações como essa, a presença de terceiros para a Resolução de problemas e superação desse estado torna-se, por um lado, imperativo ao sujeito depressivo e, por outro, responsável por alterar a percepção da imagem de si e da identidade, pois o depressivo será para ele mesmo sempre aquele coitado que precisa de ajuda (Esteves & Galvan, 2006).

Essa afirmação se relaciona à concepção de Camon (2003), que pressupõe ser a depressão uma dificuldade no processo de identificação do ego com objetos idealizados, visto o sujeito não conseguir aproximar-se de uma referência por sentir que todas elas não são plenamente satisfatórias.

Para Fédida (2002), esse impasse no processo de identificação ao longo do desenvolvimento das relações objetais empobrece a subjetividade do sujeito, já que o que ocorre são, no máximo, aproximações do ego com “traços” de identificação do objeto e não com identificações consistentes.

Outra consideração sobre essa questão da identificação também deve ser destacada. Conforme Camon (2003), o mundo atual oferece diversas possibilidades de escolha para a estruturação da identidade, amplamente diferentes entre si. Frente a inúmeras opções, o sujeito se vê perdido e sem uma sólida referência para definir um sentido de mundo e uma imagem de quem ele realmente poderá vir a ser. Essa variabilidade de escolhas faz com que o

homem contemporâneo perambule de uma a outra e não consiga enraizar-se em uma referência bem estruturada. Logo, a busca constante de introjeções que gratifique e sacie o ego nunca será alcançada, e comportamentos do tipo ganhar dinheiro e gastar, consumir desmedidamente e estar constantemente impaciente são exatamente expressões da falta de gratificação ligada à ausência de uma identificação satisfatória.

Percebem-se, portanto, duas maneiras de se pensar a manifestação depressiva, segundo a psicanálise. Uma mais inicial - freudiana - que defende a idéia de ser a depressão a perda de um objeto investido de libido, e outra - contemporânea - que especula ser a ausência de identificações e a conseqüente falta de gratificação a responsável pelo surgimento de tais quadros. Enquanto que uma investiga o curso da pulsão, quando se perde o objeto amado, a outra vai procurar compreender de que maneira se configuram as relações objetais entre ego e mundo externo/interno, na formação da doença. Diante dessas afirmações, faz-se necessária uma breve discussão.

Freud (1917/1974), em seu artigo “Luto e Melancolia”, além de pretender distinguir a depressão sadia da patológica, também se preocupou em caracterizar de que maneira a pulsão consegue manifestar-se e diminuir a tensão originada no aparelho psíquico sem prejudicar exacerbadamente, o ego, quando este se vê frente à perda de um objeto. Um de seus pressupostos foi o de considerar esse movimento pulsional como sendo mais importante do que o tipo de objeto amado, por ser primordial à natureza humana buscar prazer e diminuir a tensão. Ou seja, a falta de um objeto específico não seria necessariamente a causadora da doença, mas sim a impossibilidade de se reduzir a tensão. Portanto, o objeto seria apenas uma forma de a libido encontrar expressão e, a falta desse objeto, a ausência dessa possibilidade. Fairbain (1952/1980) discorda dessa concepção, ao considerar que a libido não está em busca de diminuir tensão e atingir prazer, mas de um objeto específico que, quando encontrado, permite a real satisfação. Sendo assim, o prazer não seria a finalidade da pulsão e sim o objeto. E pensar sobre a natureza humana, nesse sentido, necessariamente implica considerar a modalidade das relações objetais como qualidade da pulsão.

Essa maneira mais contemporânea de se conceber a manifestação depressiva fez com que Esteves e Galvan (2006) postulassem ser a ausência de gratificação na relação objetal um modo de se ferir o narcisismo do sujeito que, inserido em um contexto social cuja valoração é a de buscar realizar os desejos do “eu” acima de tudo, expressa a doença depressiva. Aliada a essa privação, está a falta de um referencial consistente que possibilite ao homem dos dias de hoje definir um “quem sou eu”, por ter muitas possibilidades de escolha que, se juntas, não somam uma.

Para Monti (2008), essa falta de referência na estruturação da identidade possivelmente se relaciona ao contrato narcisista que os pais estabelecem com seus filhos. Segundo a autora, é característico do mundo contemporâneo os pais tratarem seus filhos como sendo sua própria majestade, fazendo todas as vontades deles. O desejo inconsciente por detrás dessa intencionalidade é o de permitir a expressão da pulsão dos pais e recalcada neles via permissividade na relação com os filhos.

Por terem abdicado a realização de vários desejos ao longo de suas vidas em função da imposição da cultura, os pais não querem reviver a experiência de frustração e passam a não proibir os desejos dos filhos. Inconscientemente, imaginam que aquelas pulsões recalcadas se podem manifestar [a partir dos filhos] e não causar dano ao próprio ego. Contudo, a criança que se vê frente a esse tratamento assume um “trono-armadilha”, já que, quando crescer, terá dificuldades em lidar com a realidade e com o vazio decorrente dessa experiência, visto ser um perigo assombroso descer do trono e ocupar um lugar mais maduro (Monti, 2008).

Tal variação na forma de se pensar a depressão, desde a época de Freud, muito provavelmente se relaciona com a diversidade de estudos psicanalíticos que, desde então, foram desenvolvidos. Mesmo sem perder de vista algumas das idéias do precursor da psicanálise na explicação dos fenômenos da mente humana, o ponto de partida de alguns dos autores acima expostos foi diferente. Uns procuraram buscar compreender a manifestação depressiva, pautando-se no conceito de pulsão; outros nas concepções kleinianas sobre as posições depressivas; e outros sobre a metapsicologia freudiana (narcisismo). Embora considerem de maneira peculiar o fenômeno em questão, os autores não se distanciaram da pedra angular da psicanálise, que é o inconsciente. Outros elementos teóricos também são semelhantes, tais como ideal de ego e as idéias metapsicológicas, que fazem parte da psicanálise freudiana, como, por exemplo, o narcisismo.

6.3 – A Depressão para a psiquiatria e para a psicanálise

Seja pela rede de sintomas observáveis ou pela relação econômica de energia entre ego e objeto, há de se considerar que os dois modelos diagnósticos foram (e são) tentativas sistematizadas de se conhecer o fenômeno depressivo e suas peculiaridades. Entretanto, mesmo tendo na sustentação teórica dos dois modelos heranças do pensamento médico, as maneiras de se descrever o próprio fenômeno sustentaram-se em métodos de pesquisa distintos entre si, resultando na variação das explicações sobre a patologia. Por quê?

A necessidade de se compreender o transtorno mental, de maneira inteligível, sempre foi um imperativo no campo da medicina. No Século VI antes de Cristo, as manifestações patológicas relativas ao humor eram vistas como uma disfunção dos fluídos do organismo, tais como a bile negra, a bile amarela, a fleuma e o sangue. Quando o humor se encontrava deprimido, a explicação era a de que o cérebro tinha sido contaminado de maneira excessiva pela bile negra. Até entre os gregos essa concepção teve sentido, sendo utilizada inclusive para tratamentos (Stoppe Jr & Louzã Neto, 1997). Na Idade Média, o transtorno de humor e a culpa excessiva eram vistos como castigo de Deus e, na época da Renascença, somente os poetas e os mais sábios possuíam sentimentos profundos de tristeza e tédio, sendo de longe uma doença orgânica e mais uma qualidade característica dos pensadores e intelectuais (Aristóteles, 1997 *apud* Rodrigues, 2000). Mas é somente no final do Século XIX que esse tipo de manifestação comportamental passou a ser considerada doença mental (Esteves & Galvan, 2006).

Desde a época em que a depressão passou a ser vista como doença psíquica, as tentativas de se definir critérios diagnósticos para identificá-la resultaram em sistemas classificatórios amplos, com variação sobre a ênfase dada ao fenômeno, ao curso e à origem das doenças. Além do mais, as explicações sobre o que significava a depressão e muitas outras enfermidades começaram a tomar caminhos distintos entre si. Decorrência disso, três modelos específicos passaram a ser os métodos para o desenvolvimento dos critérios psicopatológicos: o clínico, o experimental e o estatístico. Isso tornou as possíveis explicações dos transtornos imensas e, até mesmo, contraditórias (APA, 2002).

Nessa perspectiva psiquiátrica, toda disfunção ou todo comportamento que se desviava do “normal” era diagnosticado como um *transtorno* ou desordem mental, pois era categorizado de acordo com sistemas descritivos que classificavam as condutas e os sintomas e explicavam, de maneira *científica*, uma condição geral do sujeito. Isso pode ser percebido até hoje: a Psicose Maníaco-Depressiva (Transtorno Bipolar) é atualmente considerada um *Transtorno*, sendo abandonadas quaisquer outras definições que não se aproximem disso, pois, para ser compreendido como um transtorno, um quadro desviante deve manifestar-se com certa intensidade, frequência e duração. Não como um estado psíquico que se apresenta somente como característica de personalidade (Pontes, 1993).

De acordo com Lage e Monteiro (2007):

Foi ao longo do século XX que foram surgindo as dicotomias: depressão hereditária e psicogênica, depressão neurótica e psicótica, depressão primária e secundária.... Essas nomenclaturas tinham em vista realizar, ainda, uma distinção básica entre a depressão chamada melancólica, correspondente à psicose maníaco-depressiva, e a outras formas de depressão, ditas reativas, psicogênicas ou neuróticas. Tais dicotomias proporcionaram uma discussão ampla no decorrer deste século, visto que existia uma tentativa de diferenciar a depressão neurótica da depressão psicótica, levando em conta não somente a severidade do quadro clínico apresentado, mas também a sua etiologia. Essa discussão, porém, foi cedendo seu espaço para o consenso oferecido pelos manuais de psiquiatria; as dicotomias foram apagadas do seu texto, predominando a idéia de gradação e continuidade das manifestações clínicas apresentadas nos distúrbios de humor (p. 115).

Esta maneira mais objetiva [psiquiátrica] de se enxergar os fenômenos psicopatológicos teve (e tem) como prerrogativa permitir diagnosticar as enfermidades mentais de maneira a evitar a variabilidade nos diagnósticos. Mas, como diz Rodrigues (2000), os manuais de psiquiatria pouco conhecem sobre a verdadeira etiologia da depressão. Mesmo que facilitem a identificação da doença, pecam por não identificarem suas causas de maneira consistente.

Embora o DSM-IV-TR (APA, 2002) aponte causas multifatoriais como possíveis responsáveis pelo surgimento do TDM, suas descrições não são tão satisfatórias quanto os critérios que indicam a presença da doença, muito provavelmente por ele não se apoiar em nenhum pressuposto teórico. Aliás, segundo Rodrigues (2000), os atuais manuais de psiquiatria são extremamente “ateóricos”, pois não procuram se comprometer com nenhuma forma peculiar (filosófica) de se pensar as enfermidades mentais, o que é diferente em psicanálise. Além disso, muito se postula nesses manuais, por exemplo, uma influência hereditária na formação do quadro, mas sem nenhum dado epidemiológico e longitudinal que permita considerar válida tal informação.

Já a psicanálise, por outro lado, passa longe da explicação do surgimento da doença depressiva pela perspectiva da hereditariedade e do processo orgânico. Não que ela descarte as contribuições psiquiátricas na explicação da enfermidade, mas sua preocupação é a de compreender o fenômeno, pautando-se nas manifestações do inconsciente como pressuposto básico. Entretanto, diversas são as explicações em psicanálise sobre a etiologia da doença depressiva: a falha no processo de identificação e o decorrente sentimento de vazio, a permissividade dos pais na relação com os filhos, a ausência constante da realização do desejo, a falta de pertença, as experiências freqüentes de desamparo etc. No desenvolvimento do diagnóstico, ela depende também de diversos fatores e de diversos “tipos de clínica”: do vazio, das pulsões, das relações objetais, das fantasias, dentre outras. Se desde a época de Galeno [que enxergava a depressão como uma manifestação anormal do sistema gastrointestinal, afetando o sistema cerebral (Rodrigues, 2000)], as explicações sobre a

origem da doença variou consideravelmente, na psicanálise não foi diferente. Na época em que Freud esboçou algumas descrições sobre o fenômeno, a intensidade dos sentimentos de culpa era o principal fator que definia e diferenciava a depressão da melancolia. Atualmente, é a ausência dos sentimentos de culpa um dos indícios das manifestações do quadro depressivo (Monti, 2008).

Além dessa modificação secular na forma de se conceber a depressão, que ocorreu tanto na psiquiatria quanto na psicanálise, outro fator também é comum em ambas as correntes: quanto mais estudos são desenvolvidos, mais se observam diagnósticos de depressão com outras morbidades e/ou sintomas. Na psicanálise, ela pode estar associada a um tipo de estrutura da personalidade e pode manifestar-se tanto na personalidade histérica, quanto na personalidade obsessiva (Figueiredo & Tenório, 2002), bem como ser característica de personalidades borderlines e psicóticas (Esteves & Galvan, 2006). Na psiquiatria, ela pode (e geralmente) vem associada a outros quadros, tais como síndrome do pânico, esquizofrenia e transtorno de ansiedade generalizada (APA, 2002).

Frente a essa atualidade na maneira de se entender o fenômeno depressivo, surge a seguinte pergunta: seria a depressão um fenômeno puro, constituindo um quadro distinto e peculiar em relação a outras morbidades, ou uma patologia secundária que se desenvolve em função de uma enfermidade maior?

Esta problemática já foi levantada por diversos autores (Esteves & Galvan, 2006; Figueiredo & Tenório, 2002; Monti, 2008), principalmente por sua resposta modificar o curso do tratamento, quer seja ele pela psicanálise – natureza e conteúdo da interpretação – quer seja pela psiquiatria – tipo de medicação adotada. Como o DSM-IV-TR (APA, 2002) tem uma parte dedicada aos transtornos de humor e inclui critérios que a isolam de outros transtornos, a resposta a essa pergunta é a de que a manifestação depressiva é sim uma patologia distinta. Para a psicanálise, a depressão é uma manifestação que simboliza algo [inconsciente] e, portanto, pode aparecer em diversas estruturas.

Além disso, a psicanálise está preocupada com a realidade dos fatos, com aquilo que é verdadeiro para o sujeito, sendo este outro fator que a distancia da concepção psiquiátrica. Para a psicanálise, a realidade da doença está intimamente relacionada com a maneira pela qual o sujeito lida consigo mesmo – realidade psíquica. Para a psiquiatria, a realidade da doença depende da funcionalidade do sistema neuroquímico – realidade biológica. Portanto, caracterização da doença, causalidade, tratamento e realidade são fundamentalmente incompatíveis entre si, quando se tenta interseccionar psicanálise e psiquiatria na compreensão de diversos fenômenos, dentre eles o de humor.

Cabe destacar que, como a presente pesquisa trata de um estudo de validade e precisão de um instrumento clínico, o uso do primeiro modelo diagnóstico - os critérios do DSM-IV - tem a finalidade maior de caracterizar a amostra depressiva de forma objetiva, enquanto que o segundo modelo - a psicanálise - permite tanto ampliar o conhecimento que se tem dos processos subjetivos que mantêm a doença quanto compreender o mundo intrapsíquico daquele que sofre.

7 - Indicadores de Humor Depressivo nas técnicas projetivas

Existem, dentre os diversos métodos projetivos, dois modos bem conhecidos de se investigar o transtorno de humor unipolar em um indivíduo qualquer. Um deles seria por meio das técnicas gráficas; o outro seria por meio das técnicas de contar histórias. No presente capítulo, serão descritas as pesquisas desenvolvidas com essas duas técnicas projetivas cujas categorias de interpretação e classificação possuem alguns indicadores de transtorno de humor unipolar, a saber, a depressão.

Vale a pena ressaltar que o termo Transtorno Depressivo Maior não é encontrado nas técnicas projetivas como indicativo do transtorno de humor unipolar. O conceito mais utilizado nesses métodos para indicar a presença de tal transtorno é a depressão, que trata do fenômeno e suas variâncias com uma nomenclatura diferente da primeira. Todavia, como o objetivo do estudo é o de definir critérios para classificação de quadros dessa natureza em uma técnica projetiva, optou-se por descrever as pesquisas que tratam sobre o assunto em questão, mantendo a mesma forma dada pela metodologia projetiva ao se conceituar essa patologia do humor.

Nas técnicas gráficas, os critérios que indicam a presença da depressão são aqueles que se referem tanto aos aspectos estruturais quanto aos aspectos de conteúdo dos desenhos, já descritos por Van Kolck (1984) nas pesquisas com o Desenho da Figura Humana. Em relação aos aspectos estruturais do desenho, a avaliação volta-se à forma pela qual o desenho se configura pelo examinando. Em relação aos aspectos de conteúdo, a avaliação volta-se à ênfase dada a determinados estímulos ou a determinadas partes do desenho, sendo que tais estímulos e/ou tais partes possuem significado psicológico. Além disso, o significado dado aos aspectos estruturais e aos de conteúdo pode mudar de acordo com a técnica de desenho utilizada.

Uma outra linha de interpretação diz respeito aos aspectos gerais do desenho e permite uma extrapolação básica para qualquer tipo de produção gráfica. Os critérios que constituem essas pautas de interpretação, por exemplo, são a posição da folha, a localização da página, o tamanho do desenho em relação à folha, os tipos de linha do grafismo e as resistências ao desenhar (Van Kolck, 1984).

Nas técnicas de contar histórias, os critérios que indicam a presença do transtorno de humor depressivo dizem respeito às maneiras pelas quais os examinandos relatam suas histórias. Nessas técnicas, os tipos de verbalização são considerados extremamente importantes para a compreensão do indivíduo. Sendo assim, a linguagem nos instrumentos

projetivos adquire sentido interpretativo, quando observada pela ótica da *psicolinguística*, que envolve análise das regras gramaticais e da semântica da palavra. Nela, o significado alicerçado à mensagem e a forma de se estruturar a mesma, segundo os padrões lingüísticos culturais, são as maneiras passíveis de se interpretar um determinado conteúdo verbal. Nesse sentido, o significado das palavras e a sua formulação gramatical tornam-se os veículos de aproximação do funcionamento inconsciente (Anzieu, 1976/1981).

Para tornar mais organizada e inteligível a apresentação dos critérios diagnósticos que indicam depressão, optou-se por descrever, primeiramente, aqueles pertencentes às técnicas gráficas. Posteriormente, serão apresentados os critérios relativos às técnicas de contar histórias.

7.1 – A depressão no grafismo

Um dos trabalhos que descreve os indicadores de depressão é o desenvolvido por Van Kolck (1984), a partir do Desenho da Figura Humana. Seguindo o modelo de análise da estrutura do Desenho da Figura Humana, comenta-se que a depressão pode estar presente quando:

- A figura humana estiver sentada ou deitada;
- A sucessão da realização das partes do desenho é iniciada pelos pés;
- Há uma ênfase na paisagem como tema dominante.

Em relação à paisagem como tema dominante, Van Kolck (1984) descreve outros significados que não só a depressão, tais como ansiedade, cansaço e falta de controle sobre idéias.

Para Hammer (1969/1991), a realização de pés e pernas em primeiro lugar, também, é considerada como sendo indicativa do transtorno depressivo.

Seguindo o modelo de análise de conteúdo do Desenho da Figura Humana, Van Kolck (1984) diz que os indicadores são os seguintes:

- A cabeça é pequena e sem ênfase;
- A boca é desenhada para baixo;
- A boca é omitida;
- Os braços são omitidos;
- Dá-se ênfase ao desenhar as pernas e pés e;
- Há menos vestimentas nas figuras desenhadas.

Van Kolck (1984) comenta que indivíduos socialmente desajustados ou preocupados com o intelecto, também, desenharam a cabeça pequena e sem ênfase. Em relação à boca omitida, comenta que, também, é desenhada por sujeitos asmáticos. Além disso, os braços omitidos podem indicar forte sentimento de inadequação, futilidade e incapacidade para lidar com a vida de forma geral.

Machover (1949), ao descrever os significados subjacentes a algumas partes da figura humana, comenta que os deprimidos tendem a:

- Dar pouca ênfase à cabeça;
- Dar ênfase à boca;
- Mostrar resistência ou dificuldade ao desenhar as pernas e os pés;
- Desenhar na parte inferior da folha;
- Desenhar figuras muito pequenas e/ou;
- Borrarr alguma parte do desenho.

Em relação à boca da figura humana, Van Kolck (1984) descreve que o indicador de depressão é a ausência da boca e não a ênfase nela, como descrito por Machover (1949).

Em relação aos aspectos gerais do desenho, Van Kolck (1984) ressalva que qualquer técnica gráfica pode indicar o mesmo significado. Portanto, a depressão pode estar presente em situações em que:

- O desenho é realizado na metade inferior da folha;
- Os desenhos são pequenos, cerca de 1/16 e 1/32 da folha e/ou;
- Em casos de rejeição ao desenhar, algumas partes dos desenhos não são completadas ou são totalmente omitidas.

Hammer (1969/1991) também compartilha da concepção de que os desenhos localizados da metade da folha para baixo revelam depressão. Em relação aos desenhos pequenos, Hammer faz um comentário quanto ao tamanho pequeno dos desenhos da Figura Humana. Parte do princípio de que um desenho médio possui 18 centímetros e que o pequeno, por sua vez, só é considerado quando traz a sensação de pequenez para quem o observa. Entretanto, o significado atribuído ao desenho pequeno para o autor é o de que existem sentimentos de inadequação e de inferioridade, enquanto que os atribuídos por Van Kolck, além destes, são a depressão, o comportamento ansioso e dependente e a constrição afetiva (Van Kolck, 1984).

Quanto à rejeição ao desenhar, Van Kolck (1984) não estabelece idéias claras sobre essa rejeição. Diz, entretanto, que a resistência ao desenhar pode ser indicativa da presença de

depressão. No caso da Figura Humana, não desenhar a boca, as pernas ou qualquer outra parte pode ser indicativa da patologia estudada.

No Teste da Árvore, Van Kolck (1984) descreve que os indicadores de depressão podem ser observados nos seguintes aspectos formais do desenho:

- A árvore está em forma de arco;
- A paisagem é o tema dominante e não a própria árvore;

Ou quando os aspectos de conteúdo são configurados de modo a:

- Tornar o desenho como um todo borrado ou com sombreado na árvore inteira;
- A copa da árvore é semelhante à copa de um salgueiro e;
- Os galhos e ramos estão voltados para baixo.

Em relação à paisagem como tema dominante, ao desenho borrado e ao sombreado na árvore inteira, Van Kolck (1984) também descreve outros significados psicológicos que podem ser observados nesses itens.

Na técnica do Desenho Livre, os critérios que indicam depressão, bem como outras patologias de ordem emocional, são (Van Kolck, 1984):

- Sombreado ou borradura;
- Ausência de detalhes adequados;
- Utilização da cor roxa;
- Utilização da cor preta.

A ausência de detalhes adequados também é compartilhada por Hammer (1969/1991).

No HTP, os critérios que indicam a presença da depressão, segundo os aspectos gerais do desenho, são (Buck, 1948/2003):

- Localização dos desenhos abaixo da linha média da folha;
- Uso da margem inferior da página;
- Linhas que se tornam mais fracas ao longo das sucessões dos desenhos;
- Sombreado excessivo nos desenhos.

No desenho da casa, não existem indicadores de transtorno de humor depressivo. No desenho da árvore, os indicadores são (Buck, 1948/2003):

- Perspectiva da árvore desenhada abaixo do observador;
- Ênfase na casca da árvore.

No desenho da pessoa, os critérios são:

- Olhos omitidos;
- Boca omitida.

Grassano (1977/1996) realizou um levantamento de indicadores psicopatológicos em diversas técnicas projetivas. Dentre esses indicadores e técnicas, os referentes à depressão são observados principalmente no HTP. Pelo fato de a autora ter compilado um número consideravelmente maior de indicadores sobre depressão em relação a outros autores, sua apresentação teve que ser feita em tabela à parte, por não caber junto com outros dados e por acreditar ser mais organizado mostrá-lo separado dos outros levantamentos, cujos indicadores são em menor número e podem ser vistos em quadro único.

Quadro 2 - Indicadores de Humor Depressivo no HTP Segundo Grassano

Desenho	Gerais	Localização	Tamanho	Movimento e expressão	Outros	Tipo de traço
Casa	Simple, vazia, com portas abertas. Pobre de conteúdo (sem porta, janela, teto, etc).		Pequena		Casa só, abandonada ou com contorno sensível. Sem acesso (falta de caminho ou caminho cortado). Se há chaminé, a fumaça é tênue e fina.	Débil, tênue, com zonas abertas.
Árvore	Desvitalizada, tênue, desprotegida		Pequena		Desvitalização: frutos e folhas ralas, ausentes ou caídas. Ramos: débeis, para baixo, em ponta e tapados por folhagem. Raízes: finas. Tronco: sombreado, com marcas ou cicatrizes. Copa: pequena. Tipo de copa: salgueiro ou copa que começa em ambos os lados.	Débil, tênue, com zonas abertas
Pessoa	Figuras Débeis, vazias, inseguras e dependentes. Acentuação da simetria. Sorriso de palhaço. Expressão triste. Expressão de desânimo.	Parte inferior da folha.	Figuras pequenas. Uma das figuras grande e forte.	Figuras quietas, sem força, com falta de impulso ou esgotadas. Indivíduos sentados ou reclinados. Os braços estão voltados para si ou atrás das costas. Ênfase nas pernas e pés. Riso reforçado. Atitude: dura, contida	Ênfase no rosto e tronco. Pode haver ênfase nas zonas dos peitos (bolsos, sombreado, etc.). Omissão da boca. Ênfase na boca. Boca de palhaço. Cabelo: desvitalizado, mal enraizado na cabeça. Presença de botões.	Pressão: débil tênue. Direção: para dentro. Continuidade: cortada, vacilante. Traços curtos, inibidos.

É importante ressaltar que os estudos de Grassano (1977/1996) e Hammer (1969/1991) são de natureza clínica e não apontam dados de pesquisa sobre tais indicadores. Machover (1949) e Van Kolck (1984) comentam sobre as pesquisas e as experiências clínicas que realizaram com amostras depressivas, mas não apontam os estudos normativos que permitiram as descrições do significado dos itens, e Buck (1948/2003) dedicou uma parte do manual do HTP para falar sobre os estudos clínicos, feitos por diversos autores com o instrumento. A seguir, é apresentado um resumo dos trabalhos que indicam a presença do humor depressivo no grafismo.

Quadro 3 - Indicadores de Humor Depressivo nas Técnicas Gráficas

Desenho	Buck	Hammer	Machover	Van Kolck
DFH		<p><i>Estruturais:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Pés e pernas em primeiro lugar; - linhas leves; - ausência de movimento. <p><i>Aspectos gerais do desenho:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Desenhos localizados abaixo da metade da folha. 	<p><i>Estruturais:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Figuras muito pequenas; - Alguma parte do desenho borrada; - Dificuldade ao desenhar pernas e pés. <p><i>Conteúdo:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Pouca ênfase na cabeça; - Certa ênfase na boca; <p><i>Aspectos gerais do desenho:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Desenhos na parte inferior da folha. 	<p><i>Estruturais:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Figura Humana sentada ou deitada; - Desenho iniciado pelos pés; - Ênfase na paisagem como tema dominante. <p><i>Conteúdo:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Cabeça pequena e sem ênfase; - Boca desenhada para baixo; - Braços e boca omitidos; - Ênfase nas pernas e pés; - Menos vestimentas. <p><i>Aspectos gerais do desenho:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Qualquer desenho realizado na metade inferior da folha; - Desenhos pequenos, cerca de 1/16 e 2/32 da folha; - Partes dos desenhos não completadas ou omitidas.
Teste da Árvore				<p><i>Estruturais:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Árvore em forma de arco; - Paisagem é o tema dominante e não a própria árvore. <p><i>Conteúdo:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Desenho borrado ou com sombreado na árvore inteira; - Copa da árvore semelhante à copa de um salgueiro - Galhos e ramos voltados para baixo.
Desenho Livre		<ul style="list-style-type: none"> - Ausência de detalhes - Simetria rígida do desenho. 		<ul style="list-style-type: none"> - Sombreado e ausência de detalhes adequados; - Simetria moderada dos desenhos; - Utilização das cores roxa e/ou preta.
HTP	<p><i>Aspectos gerais do desenho:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Desenhos localizados abaixo da linha média da folha; - Linhas que se tornam mais fracas ao longo das sucessões dos desenhos; - Perspectiva da árvore desenhada abaixo do observador; - Sombreamento excessivo; <p><i>Conteúdo</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Olhos e boca omitidos 	<ul style="list-style-type: none"> - Nítido declínio nas seqüências de realização dos desenhos. 		

7.2 – A depressão nas técnicas de contar histórias

Dentre as técnicas de contar histórias, são o Teste das Fábulas e o TAT que mais possuem indicadores sobre a presença da depressão. Na primeira, os critérios são os seguintes (Cunha & Nunes, 1993):

- Há omissão de algum elemento perceptual das lâminas das Fábulas;
- Os personagens das Fábulas são mais fracos do que realmente aparentam;
- O passarinho da Fábula 1 cai no chão e não consegue voar;
- O passarinho da Fábula 1 mostra-se desamparado e precisa de ajuda;
- O passarinho da Fábula 1 fica gritando no chão e espera que seus pais venham buscá-lo;
- O passarinho da Fábula 1 cai da árvore, machuca-se ou morre;
- Na Fábula 8, não há possibilidade de o progenitor do sexo oposto permitir a realização do desejo edípico.

No TAT, as lâminas que podem indicar a presença de experiências depressivas são a prancha 3 – personagem curvado sobre o divã (RH) – e a 17 – a ponte (MF) – devido ao estímulo de tais lâminas possibilitarem o surgimento desses conteúdos (Silva, 1989). Para Rapaport (1976), a prancha 18 – mulher que estrangula (MF), e homem atacado por trás (RH) – também pode evocar vivências depressivas e não só agressivas. Já Chabert (1998/2004) considera a lâmina 3 e a lâmina 5 – mulher com a mão na maçaneta da porta (universal) – estímulos latentes que indicam a maneira pela qual os sujeitos ligam os afetos depressivos às expressões verbais².

Para a população brasileira, as evidências mais significantes que indicam a presença de estados depressivos no TAT são (Ebert, Miller & Silva, 1984):

- Recusa para elaborar histórias;
- Desfechos das histórias sempre de natureza negativa;
- Restrição da atividade ideativa, tornando o conteúdo da história significativamente pobre e prejudicado;
- Surgimento do conteúdo da história somente por inquérito;
- Respostas monossilábicas às perguntas do inquérito;
- Histórias fantasiosas e sentimentais;
- Temas de amor, felicidade e tristeza;

² Representação-palavra opõe-se à representação coisa que, por sua vez, refere-se a uma das características do inconsciente e é mais concreta e menos simbólica em relação à primeira, que é característica do pré-consciente.

- Tipo de pensamento ilusionista, mágico e irreal;
- Perseveração de frases ou conteúdos ligados ao pecado e à moral;
- Preocupação com personagens percebidos como fracos ou mentalmente doentes;
- Predomínio de experiências subjetivas.

Rapaport (1976), também, chegou a conclusões similares sobre os indicadores dos estados depressivos. Entretanto, comenta que outros indicadores, também, podem revelar a presença da depressão. São eles:

- Restrição de temas;
- Histórias tristes;
- Histórias curtas;
- Espanto frente a pranchas escuras ou sombrias;
- Sentimentos de culpa;
- Auto-acusações e auto-censuras;
- Medo de ficar só e de envelhecer;
- Medo de ser incapaz.

Chabert (1998/2004), sustentada pelos trabalhos de Shentoub, fez uma análise das concepções sobre o inconsciente e sobre a metapsicologia freudiana e relacionou-as com o fenômeno da projeção nas técnicas idiográficas, dentre elas o TAT. Partindo dessa relação, Chabert escreveu alguns modos de se apreender as operações psíquicas por meio de categorias do discurso. Essas categorias, que foram feitas a partir dos tipos de discurso, também chamadas de “Séries” (quatro ao todo: A, B, D, E), revelam as três modalidades de organização psíquica, a saber: a neurose, a psicose e as patologias limites e/ou do narcisismo. Isto significa que as características das histórias são reagrupadas em categorias (Séries) que indicam a estrutura de personalidade do sujeito.

Por exemplo, os discursos das Séries A e B referem-se ao funcionamento neurótico, pois, nas histórias, são evidentes os conflitos entre as instâncias psíquicas – inconsciente, pré-consciente, consciente e id, ego e superego, sendo que os da Série A evidenciam a manifestação do desejo, e os da Série B, os conflitos entre essas instâncias. Os discursos da Série C revelam que, nas histórias, o sujeito procura evitar entrar em contato com o conflito de natureza intrapsíquica. Os discursos da Série D indicam um funcionamento menos organizado, da ordem da psicose, observado em histórias cujo discurso se mostra ilógico e com o funcionamento preponderante dos processos primários descritos por Freud (Chabert, 1998/2004).

Nesse método de análise, a presença da depressão pode ser observada nos discursos da Série C, que indicam tanto a dificuldade do sujeito em utilizar representações para lidar com os afetos depressivos quanto o superinvestimento de tais afetos, num apelo ao outro. Além disso, os mecanismos maníacos, no sentido kleiniano do termo, podem sustentar a narração e a construção das histórias com o objetivo único de evitar o contato com os sentimentos e as ansiedades depressivas.

Circunscrevendo os discursos da Série C como pertencentes às patologias limites e do narcisismo, Chabert (1998/2004) define as seguintes características das histórias depressivas:

- Presença de projeção maciça e direta, cujo eu é o personagem da história;
- Negação dos desejos do eu - personagem frente aos objetos;
- Idealização narcísica do eu - personagem que é enaltecido e visto como independente dos objetos;
- Apego aos outros personagens das histórias;
- Não são admitidas diferenças entre herói e personagens secundários, nem mesmo diferenças de gênero.

Semelhante à apresentação dos indicadores de humor depressivo nos Quadros 2 e 3, decidiu-se apresentar um resumo dos estudos que indicam a presença da patologia citada nas técnicas de contar histórias, com o mesmo objetivo que tivera a primeira compilação dos indicadores no grafismo.

Quadro 4 - Indicadores de Humor Depressivo nas Técnicas de Contar Histórias

TAT (Cunha & Nunes)	TAT (Chabert)	TAT (Ebert, Miller & Silva)	TAT (Rapaport)
<ul style="list-style-type: none"> - Omissão de algum elemento perceptual das lâminas das Fábulas; - Personagens das Fábulas são mais fracos do que realmente o são; - O passarinho da Fábula 1 cai no chão e não consegue voar; - O passarinho da Fábula 1 mostra-se desamparado e precisa de ajuda; - O passarinho da Fábula 1 fica gritando no chão e espera que seus pais venham buscá-lo; - O passarinho da Fábula 1 cai da árvore, machuca-se ou morre; - Na Fábula 8, não há possibilidade de o progenitor do sexo oposto permitir a realização do desejo edípico, gerando sentimentos de exclusão no personagem principal 	<ul style="list-style-type: none"> - Presença de projeção maciça, cujo eu é o personagem da história; - Negação dos desejos do eu – personagem frente aos objetos; - Idealização narcísica do eu - personagem, que é enaltecido e visto como independente dos objetos; - Apego aos outros personagens das histórias; - O outro é o duplo eu, ou seja, não são admitidas diferenças entre herói e personagens secundários, nem mesmo diferenças de gênero. 	<ul style="list-style-type: none"> - Recusa ao elaborar histórias; - Desfechos das histórias sempre de natureza negativa; - Restrição da atividade ideacional; - Surgimento do conteúdo da história, somente, por inquérito; - respostas monossilábicas às perguntas do inquérito; - Histórias fantasiosas e sentimentais; - Temas de amor, felicidade e tristeza; - Tipo de pensamento ilusionista, mágico, irreal; - Perseveração de frases ou conteúdos ligados ao pecado e à moral; - Preocupação com personagens percebidos como fracos ou mentalmente doentes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Restrição de temas; - Histórias tristes; - Espanto frente a pranchas escuras ou sombrias; - Sentimentos de culpa; - Acusações a si mesmo e censuras; - Medo de ficar só e de envelhecer; - Medo de ser incapaz.

Dos estudos antes apontados, os únicos que apresentam dados de pesquisa são os de Cunha e Nunes (1993), na adaptação do Teste das Fábulas para a população brasileira e o de Ebert et al. (1984) sobre as características do TAT, na mesma população. Os outros estudos não apontaram dados de pesquisa sobre as concepções desenvolvidas acerca da depressão.

7.3 - Pesquisas com sujeitos depressivos submetidos a técnicas projetivas

Até esta parte do presente capítulo, foram apresentadas diversas pesquisas que demonstram de que maneira as diferentes técnicas projetivas podem revelar a presença de depressão por meio de itens que, se presentes, indicam a presença da patologia. Daqui em diante, a proposta é a de apresentar estudos que procuraram compreender o que os sujeitos com depressão revelam em técnicas dessa natureza.

O primeiro estudo a ser apresentado é o de Azevedo, Nascimento, Moraes e Souza (2003), que realizaram uma pesquisa com o objetivo de avaliar a representação mental das relações de apego em um sujeito do sexo feminino, com 30 anos de idade e portador do TDM. Os autores desenvolveram a hipótese de que é possível, juntamente com outras evidências, compreender a representação mental da relação de apego por meio do desenho da família. Basearam-se na teoria do apego de Bowlby (1989), que descreve o ser humano como sujeito que interpreta o mundo e se relaciona com os demais segundo a maneira pela qual se apegou aos seus pais quando ainda era bebê. Essa modalidade de relação objetal, segundo Azevedo et al. (2003), torna-se o protótipo das futuras relações que o sujeito desenvolverá com o mundo e com as pessoas que o cercam, podendo ser observada de três maneiras:

Apego seguro: o sujeito confia em seus pais e sabe que, se precisar, eles oferecerão ajuda. Logo, o mundo pode ser confiável e seguro para ser explorado;

Apego resistente e ansioso: o sujeito sente que seus pais não estarão sempre disponíveis quando ele precisar de ajuda. Logo, fica extremamente ansioso quando explora o mundo;

Apego ansioso com evitação: não existe confiança nos pais. Desse modo, evita explorar o mundo e evita a ajuda de outros por fantasiar não ser seguro precisar de terceiros.

Para comprovar a hipótese descrita acima, Azevedo et al. (2003) utilizaram como instrumentos a Anamnese Padronizada para Transtornos Depressivos, fundamentada nos critérios do DSM, o Desenho da Família, o Roteiro de Entrevista do Desenho, cujo objetivo é o de levantar informações sobre os vínculos existentes entre os membros da família, a Escala de Frequência de Sinais Específicos, composta por 24 itens que permitem identificar no desenho da família a modalidade das relações de apego e uma Escala Global, que avalia no desenho como um todo os níveis de vitalidade/criatividade, felicidade/orgulho da família, distancia emocional/isolamento, tensão/raiva, vulnerabilidade, papéis invertidos, dissociação e patologia global. Nestes níveis, o avaliador pontua em uma escala similar a do tipo Lickert, que vai de um (muito alto) a sete (muito baixo), a intensidade dos critérios.

Em relação à Escala de Frequência de Sinais Específicos do desenho, os itens são os seguintes (Cecconello & Koller, 1999):

Sinais ansiosos ou evitantes: falta de individuação, braços para baixo e ausência de cor, mãe e criança longe da página, omissão da mãe ou criança, membros ocultos, escondidos ou disfarçados;

Sinais ansiosos ou inseguros: ausência de detalhes, figuras flutuando, figuras incompletas, homens e mulheres não diferenciados, expressão facial neutra ou negativa, mãe não feminizada;

Sinais Ansiosos ou resistentes: exagero nas feições faciais, exagero nas mãos e nos braços, figuras aglomeradas ou sobrepostas, figuras separadas por barreiras, figuras muito pequenas, figuras muito grandes, exagero nas articulações, figuras no canto da página, sinais desorganizados ou desorientados;

Sinais desorganizados ou desorientados: inícios falsos, figuras esmagadas, cenas, sinais ou símbolos bizarros.

A Escala Global também se relaciona diretamente aos tipos de apego que o sujeito desenvolve e mantém ao longo da vida. Os itens vitalidade, criatividade, felicidade e orgulho da família se relacionam ao apego inseguro de maneira geral. Os itens distância emocional e isolamento se relacionam ao apego ansioso e evitante. Os itens tensão e vulnerabilidade se relacionam ao apego ansioso e resistente e o item patologia global se relaciona aos três tipos de apego antes apontados (Cecconello & Koller, 1999). Cabe ressaltar que a Escala Global não aponta quais são os itens observados no desenho da família que indicam um apego seguro.

Azevedo et al. (2003) aplicaram os instrumentos em oito encontros de uma hora cada, na casa da paciente. O Desenho da família foi entregue posteriormente a quatro juízes e foi avaliado segundo a Escala de Sinais Específicos e a Escala Global, levantando-se as análises individuais e encontrando a média geral dos itens encontrados pelos mesmos. Quanto aos resultados, os itens da escala de Frequência dos Sinais Específicos encontrados foram os seguintes:

Sinais ansiosos ou evitantes: falta de individuação, braços para baixo ou próximo ao corpo, ausência de cor;

Sinais ansiosos ou inseguros: ausência de detalhes, figuras flutuando, figuras incompletas, homens e mulheres não diferenciados, expressão facial neutra ou negativa;

Sinais ansiosos ou resistentes; exagero nas feições faciais, exagero nas mãos e nos braços.

Quanto à Escala Global, os resultados foram os seguintes: vitalidade/criatividade (sete – muito baixo), felicidade/orgulho da família (sete – muito baixo), vulnerabilidade (um – muito alto), distância emocional/isolamento (um – muito alto), tensão/raiva (um – muito alto), papéis invertidos (seis – baixo), dissociação (cinco – moderado), patologia global (sete – muito baixo).

Frente a esses resultados, consideraram que o tipo de apego é ansioso, e os vínculos afetivos que a paciente desenvolve com os membros de sua família são frágeis e disfuncionais. Além disso, consideraram que o transtorno depressivo está associado a diversos eventos estressantes que a paciente viveu na infância (relatados em um dos encontros) e que

só elevam o sofrimento sentido por ela, principalmente por limitar as atividades cotidianas e a formação de vínculos sadios com seus familiares. Também descreveram o desenho da família, como sendo útil para a compreensão da dinâmica familiar e as escalas de avaliação do desenho, como sendo adequadas para a investigação dos tipos de apego (Azevedo et al., 2003).

Por se tratar de um estudo de caso, porém, as considerações sobre os itens das escalas devem ser tratadas com cautela, pois um único sujeito não representa uma população específica. No estudo qualitativo de Azevedo et al. (2003), o desenho da família mostrou-se útil para a compreensão da dinâmica daquela paciente, mas os itens utilizados para a análise do desenho não podem ser indicativos da presença de TDM quando outros sujeitos se submeterem a esse tipo de técnica, ou se apresentarem os mesmos sinais.

As análises realizadas pelos quatro juízes basearam-se em médias descritivas e não em relações significativas entre as avaliações, o que permitiria um grau maior de confiabilidade no uso desses itens como sendo indicadores do tipo de apego e até mesmo da presença de TDM. Embora o estudo, antes descrito, tenha-se pautado em um estudo de caso, suas evidências não devem ser consideradas critérios diagnósticos a serem utilizados com outros pacientes. Por outro lado, seria útil submeter as evidências a um estudo de validade e precisão para tornar mais consistente as considerações dos autores e para permitir extrapolar a hipótese desse estudo de caso a outras pessoas.

Fráguas Jr., Paulo, Rizzini e Tardivo (1999) estudaram 80 sujeitos adultos – 40 com depressão secundária e 40 sem nenhuma patologia – que passaram pelo Ambulatório Geral do Hospital das Clínicas da USP, sendo a grande maioria constituída por pessoas do sexo feminino (70%), cujas idades variaram de 17 a 73 anos. Os instrumentos utilizados foram o Desenho da Figura Humana e o PRIME-MD (Primary Care Evaluation for Mental Disorder), uma espécie de entrevista para diagnóstico de depressão utilizada por clínicos gerais e/ou por qualquer médico não-psiquiatra.

Os 80 desenhos foram analisados às cegas, sem o conhecimento do diagnóstico dos sujeitos. Para esse procedimento, foi utilizada uma lista com 23 itens. Essa avaliação, feita por apenas um pesquisador, foi realizada com os 80 DFH's. Esses itens, segundo os autores, indicam a presença da depressão do ponto de vista psicodinâmico, a presença da desestruturação da imagem corporal e dificuldades de estruturação da personalidade. Os 23 itens avaliam a desintegração da gestalt, o tamanho pequeno do desenho, a localização à esquerda, o traçado frágil/débil, as linhas com interrupções, o sombreamento, as figuras com amputação, a falta de tronco, a falta de traços faciais, a falta de braços, a falta de mãos, a falta

de pés, a falta de pernas, as figuras abertas na parte inferior, a acentuação no rosto, a acentuação no tronco, a perda grosseira das proporções, a assimetria acentuada no tronco, a figura caindo, a apresentação de dentes, a boca aberta, a figura sentada ou deitada e a figura esquemática (Fráguas Jr. et al., 1999).

Para analisar os dados dessa classificação foi utilizado o Teste t de Student, a frequência com que foram desenhadas as figuras do próprio sexo e a frequência da idade da figura humana, com a mesma idade dos sujeitos. Os resultados indicaram que não houve similaridade entre os DFH's e o diagnóstico do PRIME-MD, segundo a classificação baseada nos 23 itens. Além disso, boa parte da amostra desenhou figuras do próprio sexo (79,2% e 73,3% para as pessoas do sexo feminino sem depressão e com depressão, respectivamente - 56,3% e 87,5% para as pessoas do sexo masculino sem depressão e com depressão, respectivamente) e atribuíram idades mais jovens aos desenhos em relação à própria idade (53,2% com menos de 11 anos e 20,8% com a mesma idade). Cabe ressaltar que os autores não apontaram qual foi a idade que a parte restante da amostra atribuiu aos desenhos.

Diante desses resultados, consideraram que a ausência de um resultado satisfatório na comparação entre DFH e critério se deve pelo fato de esses instrumentos terem suas especificidades, pois, segundo os autores, o PRIME-MD focaliza os sintomas manifestos, e o DFH, os aspectos latentes de cada sujeito. Em relação aos desenhos serem do mesmo sexo dos pacientes, consideraram ser o fator “identificação” o responsável por esse resultado. Já a atribuição de idades inferiores às figuras humanas em relação às próprias idades, disseram que isso se deve ao mecanismo de “regressão”, visto que a amostra foi composta por pessoas que buscaram apoio em um ambulatório geral e pelo fato de ser característico da natureza humana utilizar-se desse tipo de mecanismo, quando frente a situações geradoras de sofrimento e tensão. Por fim, consideraram o DFH como instrumento sensível à detecção dos tipos de funcionamento da personalidade (Fráguas Jr. et al., 1999).

Algumas questões deste estudo merecem ser destacadas. Uma delas é sobre o conceito de depressão. Os autores não descreveram qual o principal transtorno que os sujeitos com diagnóstico de depressão secundária possuíam e consideraram esse tipo de depressão como sendo psiquiátrica. Entretanto, tanto o DSM-IV-TR (APA, 2002) quanto o CID-10 (1993) não descrevem a depressão com essa taxionomia, o que torna a depressão secundária concebida pelos autores como sendo um conceito pluralístico. Mesmo tendo descrito no trabalho que o foco do estudo era o de compreender o psicodinamismo desses pacientes, não se sabe se esse tipo de conceituação da depressão se refere à nomenclatura que a psicodinâmica atribui ao fenômeno ou se é pertinente à linguagem das técnicas projetivas. Logo, não se sabe que tipo

de “depressão” estão diagnosticando. Além disso, o instrumento utilizado para realizar o diagnóstico de depressão, o PRIME-MD, está padronizado para a população americana, não sendo encontradas evidências do uso do mesmo com a população brasileira. Portanto, classificar os sujeitos com base em um instrumento sem um estudo normativo pode inviabilizar a confirmação de hipóteses levantadas e permitir a realização de falsos positivos e falsos negativos.

Outro aspecto que merece atenção é a composição da amostra, pois algumas variáveis pertinentes à amostra estudada não foram devidamente controladas, tais como a idade e o gênero dos participantes. Sabe-se que os sintomas depressivos podem variar de acordo com a idade e com o gênero dos sujeitos, como bem observado em capítulos anteriores (F. R. C. Bahls & S. C. Bahls 2002; Barreto et al., 2006; Gazalle et al., 2004; Laurenti & Lebrão, 2005).

No estudo de Fráguas Jr. et al. (1999), a idade situou-se entre 17 e 73 anos, e os sujeitos do sexo masculino foram em menor número, mas os resultados foram considerados para ambos os sexos e independente da idade. Também, por se tratar de uma amostra que vai a um ambulatório geral, diversas enfermidades podem estar associadas à depressão e diversas representações sobre as diversas doenças podem-se manifestar no grafismo. Se não houver um controle e uma tentativa de isolar algumas dessas variáveis para tornar a amostra mais homogênea, os resultados podem variar profundamente. Um dos possíveis motivos que proporcionou a falta de convergência entre os resultados dos dois instrumentos pode ter sido a escolha da amostra.

Em relação ao tratamento estatístico utilizado, apenas um pesquisador levantou as médias dos 23 itens e comparou-as entre os grupos por meio do Teste t de Student. Esse foi o critério usado para verificar as diferenças entre a produção dos desenhos dos dois grupos. Como o DFH é uma técnica projetiva, talvez os resultados das análises fossem diferentes, se realizados por outra pessoa. Para evitar esse tipo de erro, Urbina (2004/2007) recomenda, quando em estudos dessa natureza, utilizar mais do que um avaliador para estimar a consistência das avaliações.

Além do mais, caso fosse feita a separação dos oitenta desenhos em relação ao instrumento critério utilizando-se mais do que um avaliador, e coeficientes de correlação, o resultado poderia evidenciar, de maneira mais significativa, se os 23 itens indicam ou não depressão no DFH ou, até mesmo, outra patologia.

Gold, Kerber, Lohr, Silk e Westen (1990) realizaram uma pesquisa no Centro Médico da Universidade de Michigan, com 35 pacientes diagnosticados com Transtorno de

Personalidade Borderline (TPB), 25 com Transtorno Depressivo Maior e 30 não pacientes com a finalidade de comparar as produções desses sujeitos no TAT, levando-se em conta quatro dimensões relacionadas às relações objetais e à percepção social: a complexidade das representações de terceiros, o tônus afetivo presente nas relações sociais, o investimento emocional nas relações interpessoais e a compreensão da causalidade social. A idade dos participantes variou de 25 a 37, anos e a grande maioria era do sexo feminino (70%).

Os significados dessas quatro dimensões, segundo os autores, são os seguintes (Gold et al., 1990):

Complexidade das representações de terceiros é a capacidade que o sujeito possui em distinguir as pessoas de si mesmo e atribuir significados positivos e/ou negativos a elas;

Tônus afetivo nas relações sociais é a coloração afetiva que permite ao sujeito sentir e experienciar em si os significados positivos e/ou negativos constituintes de seu mundo objetal;

Investimento emocional nas relações interpessoais é a capacidade de gratificar os objetos que permitiram a saciação das necessidades do sujeito;

Compreensão da causalidade social é a capacidade em compreender as reais intenções das pessoas que cercam o sujeito.

Os instrumentos utilizados para o diagnóstico de Borderline foram a Entrevista Diagnóstica para Borderlines, cuja fundamentação se baseia no DSM-III-R, e a Escala de Depressão de Hamilton para identificar a presença dessa patologia nesses pacientes. Em função disso, dois grupos de sujeitos com TPB foram configurados, um com a morbidade depressiva associada (N=18) e outro só com TPB (N=19). Com os pacientes portadores de TDM, os instrumentos utilizados foram uma entrevista baseada no DSM-III-R – que não é a SCID – e a Escala de Hamilton.

Os sujeitos não pacientes foram recrutados por meio de anúncios veiculados em duas rádios e em panfletos colocados em duas universidades, cuja informação era a de que uma equipe do referido Centro Médico estava realizando uma pesquisa e precisava de sujeitos que julgassem possuir boa saúde e estar satisfeitos com a própria vida. Para aqueles que retornavam o anúncio e se comprometiam a participar do estudo, aplicava-se o MMPI e o Inventário de Auto-Estima de Rosenberg, com o intuito de investigar a existência de severas psicopatologias que pudessem viesar a composição desse subgrupo.

Sete pranchas do TAT foram utilizadas (1, 2, 3RH, 4, 13MF, 15 e 18MF) por que permitem, segundo os autores, observar as modalidades das quatro dimensões (Gold et al., 1990). As respostas dos sujeitos dadas em cada prancha receberam uma pontuação que variou

de 1 (nível mais baixo e mais pobre da modalidade da relação objetal e percepção social) a 5 (nível mais alto e mais rico da modalidade da relação objetal e percepção social), atribuída por dois juízes da equipe de pesquisa.

O tratamento estatístico utilizado foi o Coeficiente de Correlação de Pearson, ao nível de 0,01, com a fórmula de correção de Spearman-Brown para as avaliações entre os juízes, e a análise de multivariância ANOVA, para estimar as relações entre as produções do TAT e as quatro as dimensões estudadas (Gold et al., 1990).

Os resultados entre as análises dos juízes indicaram relação forte e direta em todas as dimensões, a saber: $r= 0,94$ para a complexidade das representações das pessoas, $r= 0,97$ para o tônus afetivo, $r= 0,94$ para o investimento emocional nas relações interpessoais e $r= 0,97$ para a compreensão da causalidade social. Na análise de multivariância, as pontuações atribuídas ao TAT, relacionadas aos subgrupos, demonstraram diferenças altamente significantes em todas as quatro dimensões. As evidências mais significantes foram entre todos os pacientes com TPB e os não pacientes (todas as dimensões) e entre os pacientes com TPB e os pacientes com TDM (tônus afetivo e investimento emocional). Entre os pacientes com TPB e com TPB associada à depressão, não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes (Gold et al., 1990).

Os pacientes com TDM tiveram uma pontuação baixa nas dimensões causalidade social e complexidade das representações de terceiros. Entretanto, em relação aos pacientes com TPB, suas respostas foram menos patológicas e qualitativamente superiores, embora mais pobres do que o grupo de não pacientes. Frente a esses resultados, os autores concluíram que os pacientes com TPB possuem maiores comprometimentos psíquicos, quando se trata da percepção social e das relações objetais e consideram o TAT como um instrumento útil para propiciar respostas reveladoras de tais características (Gold et al., 1990).

Os autores, porém, não descreveram quais foram os conteúdos e os tipos de histórias estruturadas pelos grupos TPB e TDM, o que permitiria utilizar os mesmos critérios para a realização de outras pesquisas. Também se basearam nos critérios do DSM-III-R para compor os sub-grupos, fato justificável por se tratar de uma pesquisa realizada na década de 90, por não existir ainda o DSM-IV. A pertinência desse comentário é devido a existência de mais alguns itens no atual DSM, que permitem o diagnóstico de TDM e de TPB, como apontado por Rodrigues (2000). Caso essa pesquisa fosse realizada nos dias de hoje, a composição da amostra poderia ter sido diferente.

Um estudo mais atual que versa sobre o tipo de histórias contadas por depressivos, no TAT, foi o realizado por Antúnez e Santoantonio (2008). O objetivo do trabalho foi de

compreender o modo de ser de uma paciente adulta a partir da própria narrativa de sua condição. Ela procurou tratamento psiquiátrico por estar com depressão e acabou sendo acompanhada, durante um ano em trabalho terapêutico grupal, em Ateliê de Pintura e Livre Expressão, sendo avaliada no início e no fim do tratamento.

Nessa avaliação, os autores utilizaram o Método de Rorschach, o TAT, o WAIS e alguns desenhos realizados por ela no Ateliê. O critério de análise utilizado foi o fenômeno-estrutural, que procura evidenciar de que maneira o sujeito estrutura as tarefas de uma prova a outra, ao longo do tratamento.

No TAT, as respostas, na primeira avaliação, foram as seguintes: histórias descritivas e racionais, personagens submissos e distantes, temor diante dos outros, desamparo, aspectos melancólicos e incerteza diante da realidade. Após um ano, a segunda avaliação revelou menor distanciamento entre o herói e os outros personagens, bem como diminuição da melancolia e da passividade. Nos outros instrumentos, a paciente também apresentou melhora significativa no tocante ao seu desempenho e na estruturação das tarefas (Antúñez & Santoantonio, 2008).

Não foi possível extrair muitas informações desse estudo, por se tratar de um resumo apresentado em congresso. Entretanto, a consideração feita sobre o trabalho de Azevedo et al. (2003) também vale para a pesquisa de Antúñez e Santoantonio (2008), ou seja, um único sujeito não representa uma população específica. Não se deve generalizar, portanto, os achados e considerá-los critérios diagnósticos, sem antes submetê-los a um estudo mais amplo.

8- Método

8.1- Participantes

Participaram desta pesquisa um total de 60 sujeitos do sexo feminino divididos em dois subgrupos, um composto por 30 mulheres com transtorno depressivo (denominado grupo de pacientes) e o outro por 30 mulheres sem (denominado grupo de não-pacientes). Para compor a amostra não foram levados em conta etnia, idade mental e religião.

A escolha de uma amostra com numerosos pacientes justifica-se por já existir um estudo anterior com esse número de participantes e com objetivos similares ao do presente trabalho, como demonstra o de Al' Osta (1984), já apresentado no segundo capítulo. Além disso, o número de trinta participantes em cada subgrupo permite realizar estudos estatísticos comparativos.

A justificativa para a escolha do grau de escolaridade e do nível sócio-econômico (apresentados em detalhe neste capítulo) sustentou-se pela idéia de que, se a amostra fosse mais homogênea, essas variáveis poderiam ser melhor controladas. Quanto à escolha de sujeitos do sexo feminino, a justificativa deveu-se ao fato de muitos estudos apontarem que a prevalência do transtorno é maior no sexo feminino (APA, 2002; Barreto et al., 2006; Gazalle et al., 2004; Hagnell et al., 1982; Laurenti & Lebrão, 2005) e por ter sido extremamente difícil encontrar homens com TDM no local onde foram recrutados os participantes. Além do mais, os sujeitos com Transtorno Depressivo Maior Leve não são encontrados tão facilmente, possivelmente pelo fato de os sintomas não serem tão alarmantes (já os sujeitos com Transtorno Depressivo Maior Grave, quando encontrados, apresentavam, geralmente, outra morbidade associada ao transtorno). Em função disso, optou-se por trabalhar com pacientes de intensidade moderada.

Quanto à idade, foi pareada a quantidade de pessoas que possuíam a mesma idade visando evitar possíveis discrepâncias nos resultados dos D-E, em função desse critério.

Para compor o grupo de pacientes foram adotados os seguintes critérios:

- Diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior com intensidade Moderada apontado tanto pelo Inventário de Depressão Beck quanto pela entrevista clínica estruturada para o DSMV-TR;
- Não apresentar outras morbidades;
- Ter vivenciado mais do que um episódio depressivo;
- Não estar realizando ou ter realizado tratamento psicoterapêutico pelo fato de o

tratamento permitir uma melhora do quadro e, dessa forma, eliminar alguns dos sintomas que constituem o diagnóstico de TDM.

O uso de medicação não foi empecilho para a composição desse grupo. Entretanto, levantou-se a quantidade de pessoas que tomam remédio e os tipos de remédio usados por elas com o objetivo de investigar se essa variável poderia [ou não] interferir nas produções dos D-E. Esses dados são apresentados nos resultados do presente trabalho.

Para compor o grupo de não pacientes, os critérios foram os seguintes:

- Não possuir histórico de doenças psiquiátricas;
- Não apresentar nenhuma morbidade tanto no Inventário de Depressão Beck quanto na entrevista clínica estruturada para o DSM-IV-TR;
- Não estar realizando ou ter realizado tratamento psicoterapêutico.

A distribuição da amostra por idade pode ser observada no quadro a seguir.

Quadro 5 - Distribuição da amostra em função da idade.

Idade (anos) Grupo	20	25	33	35	40	Total
Pacientes	6	4	10	6	4	30
Não Pacientes	6	4	10	6	4	30
Total	12	8	20	12	8	60

Quanto ao nível de escolaridade, a amostra foi distribuída conforme o quadro a seguir.

Quadro 6 - Distribuição da amostra em função do nível de escolaridade.

Grupo	Escolaridade	Frequências Absolutas	Frequências Porcentuais
Pacientes	Primeira série do segundo grau	12	20%
	Segunda série do segundo grau	8	13,33%
	Terceira série do segundo grau	10	16,66%
Não Pacientes	Primeira série do segundo grau	8	13,33%
	Segunda série do segundo grau	10	16,66%
	Terceira série do segundo grau	12	20%
Total		60	100%

O quadro a seguir apresenta a distribuição da amostra conforme o nível sócio-econômico:

Quadro 7 - Distribuição da amostra em função do nível sócio-econômico.

Grupo	Renda	Frequências Absolutas	Frequências Porcentuais
Pacientes	De R\$ 500,00 a R\$ 1000,00	13	21,66%
	De R\$ 1000,00 a R\$ 1500,00	14	23,33%
	De R\$ 1500,00 a R\$ 2000,00	3	5%
Não Pacientes	De R\$ 500,00 a R\$ 1000,00	10	16,66%
	De R\$ 1000,00 a R\$ 1500,00	16	26,66%
	De R\$ 1500,00 a R\$ 2000,00	4	6,66%
Total		60	100%

Esses dados foram extraídos da Folha de Informações Colhidas no Ato da Aplicação, que foi utilizado para levantar as características da amostra como um todo no ato da coleta de dados e que se encontra em anexo (anexo A).

8.2 - Instrumentos

Foram aplicados três instrumentos na amostra: a Entrevista Estruturada para o DSM-IV-TR, o Inventário de Depressão Beck (BDI) e o Procedimento de Desenhos-Estórias.

O primeiro instrumento aplicado foi a Entrevista Clínica estruturada para o DSM-V-TR, mais conhecida como SCID-NP (Tavares, 2000), cuja aplicação possuiu três finalidades: estabelecer um bom rapport com os participantes, identificar possíveis comorbidades nos mesmos e evitar possíveis diagnósticos de falsos positivos e falsos negativos no Inventário (BDI), visto existirem algumas ressalvas e recomendações quanto à sensibilidade de algumas escalas Beck, por não diferenciarem precisamente algumas populações patológicas das normais, em determinados contextos (Cunha, 2001).

Além de a SCID-NP possuir um roteiro de perguntas (anexo B) que facilita a diferenciação de diversos transtornos, ela também informa ao clínico sobre os prejuízos funcionais que o sujeito pode apresentar em alguns setores relacionais de sua vida. Por apontar diversos sintomas, seu uso em conjunto com o BDI proporciona um diagnóstico mais objetivo e preciso. Sua avaliação traz importantes informações sobre as seguintes constelações psicopatológicas:

- Transtornos cognitivos;
- Retardo mental;
- Transtornos relacionados a substâncias;
- Esquizofrenia;
- Transtorno bipolar, episódio maníaco;
- Transtorno Depressivo Maior (sintomas essenciais);
- Transtorno Depressivo Maior (gravidade clínica e psicossocial);
- Transtorno de pânico;
- Transtornos fóbicos;
- Transtorno obsessivo-compulsivo;
- Transtorno de estresse pós-traumático;
- Transtorno de ansiedade generalizada;
- Transtorno de somatização;
- Anorexia nervosa;
- Bulimia nervosa;
- Transtornos de adaptação.

Os critérios para a realização do diagnóstico dessas constelações psicopatológicas são

os mesmos apontados pelo DSM-IV-TR e os do Transtorno Depressivo Maior já foram descritos no terceiro capítulo. Entretanto, por se tratar de diversos transtornos possíveis de serem observados na entrevista, existe no DSM-IV-TR (APA, 2002) um anexo chamado *Árvore de Decisão Diagnóstica* (Anexo C), cuja finalidade é a de auxiliar o clínico que não conhece profundamente os critérios que indicam a presença/ausência desses transtornos a realizar o diagnóstico. Nesse anexo, o profissional segue inspecionando um roteiro de perguntas que, quando confirmadas, modificam a seqüência de exploração da *Árvore de Decisão Diagnóstica*. À medida que se avança na exploração desse roteiro, torna-se possível perceber a existência ou não de alguma enfermidade.

Depois que foi aplicada a SCID-NP nos sujeitos da amostra, utilizou-se esse anexo do DSM-IV-TR e foram encontrados dois sujeitos com esquizofrenia associada ao TDM. Em função disso, ambos não participaram das outras etapas do estudo, por não se encaixarem nos critérios que definem a composição do grupo de pacientes.

O segundo instrumento aplicado foi o Inventário de Depressão Beck (Cunha, 2001), que teve tanto a finalidade de identificar de maneira objetiva, a presença do TDM quanto o de confirmar os dados levantados na entrevista. Para isso, o instrumento conta com algumas perguntas que investigam o estado psicológico do examinando desde as duas últimas semanas até o dia da aplicação.

Nesse inventário, solicita-se, ao testando, que responda, em uma escala que vai de zero a três, qual afirmação mais se relaciona com as suas experiências. Ao todo são 21 temas com quatro questões cada um (Cunha, 2001).

Para avaliar os resultados, é necessário somar os valores que vão de zero a três em cada tema e obter a intensidade do transtorno, que pode ser mínima, leve, moderada ou grave (Cunha, 2001).

O terceiro e último instrumento foi o Procedimento de Desenhos-Estórias, e o método de aplicação utilizado foi o desenvolvido por Trinca (1987), que consiste em: solicitar ao sujeito que faça um desenho qualquer (livre). Ao término desse desenho, pede-se ao mesmo que conte uma história sobre o desenho realizado; findo o processo de contar a história, o examinador realiza o inquérito, cujos objetivos são o de investigar aspectos que não tenham ficado claros no desenho e investigar elementos da história que não tenham ficado claros no enredo do discurso, além de solicitar ao sujeito um título para a história. Realiza-se este procedimento até completar, no máximo, cinco unidades de produção.

Os materiais utilizados para a aplicação dos D-E são folhas de sulfite (tamanho A4) e 12 lápis de cor nº 2. Não há limite de tempo para a execução de cada desenho e não se oferece a

borracha. Entretanto, Trinca (1987) orienta que, se o colaborador não realizar até cinco unidades de produção dentro do tempo de uma hora e meia, marca-se uma segunda sessão para terminar a atividade. Na presente pesquisa, não houve necessidade de se agendar um segundo encontro, porque todos os participantes terminaram a realização dos D-E dentro do tempo esperado.

8.3- Procedimentos

Para recrutar os sujeitos do grupo de pacientes foram identificadas, por meio de um levantamento feito com mais de 200 prontuários de uma Clínica-Escola de Psicologia, quais eram as pessoas do sexo feminino que, na entrevista de triagem relataram sentir-se tristes ou deprimidas e que nunca haviam realizado tratamento psicológico, bem como ainda não tinham iniciado o atendimento naquela clínica. Destes prontuários levantados, 67 indicaram, nos relatórios da entrevista, os sintomas descritos acima.

Na posse dos 67 prontuários, o pesquisador responsável entrou em contato com essas pessoas, por meio dos telefones disponibilizados na ficha de inscrição, e convidou-as a participarem da pesquisa. Dessa quantidade de pessoas, dez relataram que estavam sendo atendidas em outro local e 12 não manifestaram interesse em participar. Outras cinco pessoas não foram convocadas pelo fato de o número telefônico disponível não existir, segundo informação da operadora de telefonia do estado de São Paulo. Em função disso, restaram 40 prontuários.

Desses 40 prontuários, dois sujeitos apresentaram morbidade associada ao TDM e oito sujeitos não compareceram aos encontros. Os 30 restantes foram os que constituíram o grupo de pacientes.

Para recrutar os sujeitos do grupo de não-pacientes, foi perguntado aleatoriamente a 46 alunos do curso de Psicologia se eles tinham conhecidos ou parentes que tivessem interesse em participar da pesquisa e que se encaixassem nos critérios de composição do grupo. Deste número de alunos, 34 disponibilizaram os telefones de seus indicados, e a partir disso, entrou-se em contato com os mesmos. Dos 34 candidatos, dois não demonstraram interesse em participar e dois indicaram pontuação Moderada no BDI, sendo orientados a procurar apoio psicológico e indicados à orientação psicoterapêutica na mesma Clínica-Escola onde foram coletados os dados. Os outros 30 se encaixaram nos critérios estipulados para a configuração do grupo de não pacientes e, conseqüentemente, constituíram essa parte da amostra.

Em relação à ordem de aplicação dos instrumentos (idêntica para ambos os grupos), a

seqüência foi a seguinte: 1- Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV-TR (SCID-NP); 2- Inventário de Depressão Beck; 3- Procedimento de Desenhos-Estórias.

Na aplicação do D-E anotou-se em folha à parte o tempo de latência para iniciar o desenho, depois de dada a instrução, e o tempo gasto para cada desenho. Na medida em que os mesmos terminavam suas produções gráficas, parava-se o cronometro e só o liberava após o início da produção posterior. O mesmo foi feito com as histórias, que exigiram uma maior habilidade do aplicador para anotá-las e assim não estender o tempo de cada enredo, o que poderia aumentar o tempo total da história. Em função disso o aplicador abreviou algumas partes das anotações para poder acompanhar o discurso dos sujeitos. As histórias foram transcritas na íntegra logo após cada aplicação para evitar dúvidas em relação a algumas abreviações.

Depois de obtidos os tempos de reação e o tempos totais dos desenhos e das histórias, somou-se os resultados de todas as produções gráficas e verbais para obter o tempo total. Posteriormente, foram somados os tempos de reação e totais de cada grupo, tanto nos desenhos quanto nas histórias e dividiu-se pelo número de participantes que compôs cada grupo (N=30) para calcular os tempos médios.

A aplicação dos instrumentos foi feita, primeiramente, com os sujeitos que constituíram o grupo de pacientes e, posteriormente, com o grupo de não pacientes. Foi realizada (de maneira idêntica em ambos os grupos) durante o dia e em intervalos de três dias entre cada instrumento. Como o DSM-IV-TR (APA, 2002) descreve que em duas semanas a quantidade de sintomas pode diminuir, optou-se por escolher esse intervalo para não se perder alguns dos sintomas que constituem os indicadores psicopatológicos do Transtorno Depressivo. Além disso, Arzeno (1993/1995) comenta que, em função das condições espaço-temporais, o profissional de psicologia pode comprimir o tempo entre um instrumento e outro, já que é ele quem decide o melhor para o seu trabalho e para o seu paciente.

Quanto ao local de aplicação, os encontros com ambos os grupos foram feitos em uma das salas da clínica-escola onde os prontuários foram levantados, pois é um local específico para atendimento psicoterapêutico. Não houve a presença de terceiros e tampouco muitos estímulos no ambiente, só uma mesa com três cadeiras e iluminação adequada, além do material para pesquisa e a bolsa dos próprios participantes.

Cabe ressaltar que o presente estudo passou pela aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo e que a clinica-escola, que liberou o espaço para realização da pesquisa, autorizou por escrito o seu uso.

De antemão (durante o contato telefônico), foi revelado aos sujeitos o propósito da

referida pesquisa, bem como o compromisso ético estabelecido com os participantes da mesma. Para aqueles que aceitaram, foi entregue, no dia da primeira coleta de dados, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias (Apêndice), uma que ficou com o pesquisador e outra com o participante. Foi dito, também, que o participante poderia, a qualquer momento até a data de entrega da pesquisa, retirar seu consentimento a respeito da utilização de seus dados colhidos, sem que isso resultasse qualquer tipo de penalidade ou dano, e de pedir esclarecimento sobre qualquer ponto que não tivesse ficado totalmente esclarecido. Além disso, o participante recebeu informação sobre seu estado psicológico atual e ficou sabendo se estava ou não com depressão, logo após a aplicação do BDI.

Como os participantes do grupo de pacientes estavam em fila de espera para serem atendidos em psicoterapia, foram orientados, a partir do resultado do BDI, que aguardassem um período de até seis meses para serem convocados, pois, segundo informações levantadas junto ao responsável pela clínica, seria nesse espaço de tempo que as convocações para início do tratamento aconteceriam.

8.4- Critérios de análise utilizados nos D-E

Os critérios utilizados para indicar depressão nos D-E foram os descritos pela literatura Todos apresentados no capítulo que versa sobre o transtorno depressivo nas técnicas projetivas. No total, 68 itens são relativos aos desenhos e 26 às histórias, somando um número de 94 indicativos.

Para escolher os juízes que fariam parte da pesquisa, foram adotados como critérios serem eles profissionais de Avaliação Psicológica e possuírem, no mínimo, três anos de experiência na área. Dessa forma, duas pessoas foram convidadas a participar como avaliadores dos dados da pesquisa.

Inicialmente, foram entregues aos juízes somente os desenhos dos D-E, sem as histórias, apresentados em ordem casual. Não houve, nos protocolos, nenhuma identificação que permitisse saber a que grupo eles pertenciam.

A finalidade dessa primeira etapa foi a de verificar se os desenhos eram ou não sensíveis à detecção de sujeitos portadores de TDM. Para tanto, os juízes deveriam classificar os 60 desenhos de acordo com as seguintes categorias:

- Possui Transtorno Depressivo;
- Não Possui Transtorno Depressivo;
- Não Sei.

Além disso, tiveram que fazer essa separação baseando-se nas experiências deles com as técnicas gráficas e tiveram que descrever quais foram as características dos protocolos que nortearam tais separações. Essa primeira etapa também teve a finalidade de verificar se os referenciais dos juízes eram convergentes entre si, bem como se eles se relacionavam com o apontado pela literatura e se permitiam separar os protocolos nos verdadeiros subgrupos.

Depois de feita essa separação, procedeu-se à segunda etapa das avaliações. Nessa fase, os juízes deveriam classificar os protocolos, da mesma maneira que fizeram anteriormente, utilizando-se, agora, dos desenhos e das histórias. A finalidade dessa segunda separação foi a de verificar se as histórias também eram (ou não) sensíveis à detecção dos sujeitos com TDM. Os juízes também tiveram que se basear nas experiências que possuíam com as técnicas de contar histórias e descrever quais foram as características das mesmas que permitiram realizar tal classificação.

Depois de realizadas as etapas 1 e 2, procedeu-se ao estudo de validade de critério (Etapa 3). Foram entregues, novamente, aos dois juízes os 60 protocolos do D-E em ordem aleatória e solicitado aos mesmos que separassem os protocolos, agora utilizando os itens da literatura como critério, segundo as três categorias utilizadas nas etapas 1 e 2. Antes disso, os juízes foram treinados pelo pesquisador com três protocolos do D-E (que não os 60), com o objetivo de eliminar possíveis dúvidas em relação a algum item para realização desta etapa.

Depois de feitas as três primeiras etapas de avaliação dos dados, um dos juízes teve que interromper sua participação na pesquisa por motivos de força maior. Logo, outros dois juízes (que também se encaixaram nos critérios adotados) foram convidados a dar continuidade à etapa seguinte. Esses dois juízes não tiveram acesso aos protocolos nas etapas 1, 2 e 3, e só precisaram avaliar os protocolos no estudo de precisão por intermédio de avaliadores independentes. Portanto, três juízes participaram desta última fase (Etapa 4).

Depois de realizado o estudo de validade e convidado os outros dois juízes, foram entregues os 60 protocolos do D-E, para cada juiz por vez, e solicitado aos mesmos que indicassem, em cada unidade de produção de cada protocolo, se os itens que revelam depressão, utilizados como critérios no estudo de validade, estavam ausentes (atribuindo zero ponto) ou presentes (atribuindo um ponto) nos desenhos e/ou nas histórias. Para isso, tiveram que pontuar zero (0) nos casos em que o item não apareceu e um (1) nos casos em que o item foi observado.

8.5 - Tratamento estatístico

Para o tratamento estatístico dos dados foi utilizado programa Statistical Package for the Social Sciences - SPSS versão 14 para Windows (SPSS Incorporation, 2005).

Precisão entre juízes

Neste estudo, foi investigada a precisão entre os três juízes, comparados entre duplas de juízes, para presença ou ausência de cada um dos itens propostos tanto para os desenhos como para as histórias. Para isso foi calculado o Coeficiente de Correlação Produto-Momento de Pearson, com nível de significância de 0,01 para minimizar a probabilidade de as inferências estatísticas serem tiradas a partir de resultados obtidos por acaso. Foram aceitos os valores acima de 0,60, que é o critério proposto pela Resolução 002/03 do Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2003). A precisão entre juízes foi considerada satisfatória, quando pelo menos duas das três correlações entre os juízes e as médias de tais correlações fossem no mínimo 0,60.

Como em alguns itens as pontuações dos juízes foram constantes para todos os sujeitos da amostra, o cálculo de correlação não pôde ser obtido, neste caso foi calculada a porcentagem de concordância entre os juízes em cada unidade de produção de cada sujeito e foram obtidas as médias das cinco produções. Também foram calculadas as médias das porcentagens de concordância das avaliações entre os juízes e os respectivos desvios padrão.

Validade

Embora Trinca (1987) não tenha definido parâmetros que permitam interpretar o significado dos Tempos de Reação e dos Tempos Totais na realização do Procedimento de Desenhos-Estórias, não os considerando como indicativos de algum quadro ou sintoma, na presente pesquisa, esse dado foi investigado com a finalidade de verificar se o grupo de pacientes levaria um tempo maior ou menor para realizar essa tarefa em relação ao grupo de não pacientes.

A validade foi obtida em etapas.

Etapa 1 (classificação dos desenhos)

Nesta primeira etapa, os juízes separaram somente os 60 desenhos em três categorias: Grupo com TDM, Grupo sem TDM e Não Posso Opinar. Depois foi calculado o Coeficiente

de Correlação Produto Momento de Pearson, com um nível de significância de 0,01 para verificar se os juízes conseguiam separar corretamente os protocolos em relação à presença ou à ausência de TDM. Também foi correlacionada a concordância entre os juízes em relação à separação feita. Além disso, foi calculada a porcentagem de acertos na separação dos desenhos em dois grupos para cada juiz.

Etapa 2 (classificação das histórias)

Nesta etapa, o mesmo procedimento realizado para os desenhos foi realizado com as histórias.

Etapa 3 (classificação dos D-E)

Nesta etapa, os juízes separaram os 60 protocolos de Desenhos-Estórias, utilizando os 94 critérios extraídos da literatura, e o tratamento dos dados foi o mesmo das etapas 1 e 2.

Etapa 4 (validade dos itens)

Nesta etapa, foram realizados o cálculo de Qui-Quadrado e o Teste Exato de Fischer com o objetivo de verificar se cada juiz conseguia diferenciar os sujeitos que possuíam transtorno daqueles que não possuíam por meio dos itens propostos na pesquisa.

No teste do Qui-Quadrado, quando as frequências esperadas foram inferiores a cinco, esse cálculo não pode ser usado para determinar diferenças de frequências entre grupos e, nesse caso, foi utilizado para cálculo o Teste Exato de Fischer.

Como esses procedimentos foram feitos com as análises de cada juiz sobre cada item, foi necessário definir um critério para determinar se o item poderia discriminar os grupos. O critério estabelecido foi que, se fossem encontradas diferenças significativas entre os grupos para pelo menos 10 unidades de produção em um determinado item, esse item seria considerado discriminativo. Foi adotado um nível de significância de 0,05.

9- APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

9.1 - Precisão

A Tabela 1 mostra os coeficientes de correlação de Pearson obtidos entre pares de juízes, bem como as médias e desvios padrão desses coeficientes para os aspectos gerais do desenho.

Tabela 1. Correlações entre juízes, médias e DPs das correlações para os itens relativos aos aspectos gerais dos desenhos

Itens	Juízes			Média	DP
	1 x 2	1 x 3	2 x 3		
Linhas leves	0,889	0,967	0,886	0,914	0,046
Linhas com interrupções	0,675	0,790	0,839	0,768	0,084
Ausência de movimento	0,834	0,780	0,719	0,778	0,058
Parte do desenho borrada	0,809	0,809	1,000	0,873	0,110
Pequeno (1/16 e 1/32)	0,809	0,874	0,921	0,868	0,056
Localização na metade inferior	0,828	0,769	0,626	0,741	0,104
Localização à esquerda	0,517	0,752	0,610	0,626	0,118
Uso da cor preta	0,701	0,701	1,000	0,801	0,173
Ausência de cor	0,788	0,833	0,817	0,813	0,023
Ausência de detalhes	0,772	0,871	0,851	0,831	0,052
Sombreamento	0,873	0,606	0,694	0,724	0,136
Figuras flutuando	0,726	0,819	0,617	0,721	0,101

Correlações significantes ao nível de 0,01

Os resultados obtidos na Tabela 1 indicam que todas as correlações foram significantes e que, apenas, uma foi inferior ao critério estabelecido de 0,60. Essa correlação foi obtida entre os juízes 1 e 2 para a Localização à Esquerda (0,517), contudo pode ser observado que nesse item foi obtida a menor média de correlações entre os três juízes (0,626). Isto poderia indicar que esse item seria mais subjetivo ou que a definição proposta para esse critério não foi suficientemente clara para os juízes, necessitando ser revisto. Entretanto, como as outras duas correlações atenderam ao critério estipulado pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2003), esse item foi considerado aceitável em relação à precisão.

Swensen (1957/1971), em uma revisão da literatura sobre o Desenho da Figura Humana (DFH), relativa ao período de 1949 a 1956, apresenta um resumo sobre a confiabilidade nos estudos sobre os aspectos formais e estruturais do DFH, no qual relata os coeficientes obtidos em dois estudos, em relação à precisão entre avaliadores. Lehner e Gunderson (1952) encontraram uma porcentagem de concordância em 46% dos desenhos para a localização na folha, que foi a mais baixa porcentagem de acordo com sua pesquisa. Swensen apresenta críticas à porcentagem de acordo como uma medida da precisão, pois esse resultado depende inteiramente da frequência de um sinal em particular na amostra estudada. Dessa forma, quanto maior a incidência do aspecto estudado, mais alta deve ser a porcentagem de acordo, para que seja significativa.

Em outra revisão da literatura sobre o DFH, Kahill (1984) apresenta correlações entre avaliadores para a localização do desenho na folha, variando de 0,56 a 1,00. Assim, pode-se observar que, na literatura, encontram-se coeficientes semelhantes aos obtidos para esse item.

A definição deste item apresentada para os juízes foi a de que o desenho como um todo deveria estar localizado na parte esquerda da folha. No presente estudo, o desenho da figura humana apareceu 84 vezes nos 60 protocolos. Dessas 84 figuras, 56% delas estavam localizadas na parte esquerda inferior da folha, e é possível que os juízes tenham levado em conta o personagem do desenho e não o desenho como um todo para classificar esse item, o que pode ter permitido o resultado abaixo do critério definido.

A maior média de correlações foi encontrada no item Linhas Leves (0,914), bem como a maior correlação entre pares de juízes (0,967). Assim, parece que esse critério foi o que apresentou a definição mais clara e objetiva para os três pares de juízes.

Os itens “Uso da cor preta” e “Parte do desenho borrada” atingiram uma correlação positiva e perfeita (1,000), de acordo com o sistema de classificação de Dancey e Reidy (2006), para um dos pares de juízes, ainda que com correlações menores para os outros dois pares.

Os itens “ausência de cor” e “desenhos pequenos” foram utilizados nas pesquisas de Al’Osta (1984) e Moreno (1985), mas esses autores não investigaram a precisão entre juízes na avaliação dos itens, o que impede uma comparação com os resultados desta pesquisa.

Tabela 2. Porcentagens de acordo entre juízes para os itens relativos aos aspectos gerais dos desenhos

Itens	Juízes				
	1 x 2	1 x 3	2 x 3	Média	DP
Uso da cor roxa	99,7	99,0	99,3	99,3	0,003

Na Tabela 2 observa-se que o item “uso da cor roxa” teve alta porcentagem de acordo entre os juízes. Isso indica que os avaliadores adotaram, predominantemente, o mesmo critério para pontuar os protocolos e, portanto, pode ser considerado bem definido como critério no D-E.

Marzolf e Kirchner (1973), em uma pesquisa realizada com o HTP, em 229 estudantes de graduação de psicologia, observaram que esse item apareceu nos desenhos da árvore em 4,1% das 153 mulheres do estudo. Esses resultados são muito similares ao do presente estudo, já que nele a porcentagem de acordo foi obtida a partir das classificações pontuadas como zero pelos juízes, o que indica a baixa frequência da presença deste item nos 60 protocolos.

Tabela 3. Correlações entre juízes, médias e DP's das correlações para os itens relativos aos aspectos estruturais da figura humana

Itens	Juízes				
	1 x 2	1 x 3	2 x 3	Média	DP
Figura sentada ou deitada	0,651	0,910	0,721	0,761	0,134
Figuras débeis/ vazias	0,368	0,717	0,431	0,505	0,186
Se mais de uma figura, pelo menos uma é grande e forte	0,621	0,683	0,654	0,623	0,060
Figuras amputadas	0,687	0,527	0,719	0,644	0,103
Ausência de tronco	0,552	0,655	0,805	0,671	0,127
Figura esquemática	0,726	0,693	0,807	0,742	0,059

Correlações significantes ao nível de 0,01.

Na tabela 3 são apresentados os itens relativos aos aspectos estruturais das figuras humanas. O item “figuras débeis/vazias”, extraído do trabalho de Grassano (1977/1996), refere-se a figuras humanas que transmitem a sensação de pobreza, carecendo de detalhes, tais como olhos, bocas, orelhas ou tronco. Nele, os juízes deveriam pontuar, quando estivessem ausentes, ao menos dois destes elementos. De acordo com os resultados, duas correlações entre juízes, bem como a média das três correlações foram abaixo de 0,60. Esse foi o único critério que não atingiu correlações maiores do que 0,60 em duas das três correlações. Apenas

a correlação das avaliações entre os juízes 1 e 3 foi satisfatória (0,717). Esse resultado aponta para a necessidade de se rever a definição desse critério.

Quanto ao item “figuras amputadas”, a correlação entre os juízes 1 e 3 foi 0,527, inferior a 0,60, mas as outras duas correlações (0,655 e 0,805) e a média (0,671) foram superiores, o que permite considerar este critério satisfatório. Ele foi proposto por Fráguas Jr. et. al. (1999), em um estudo de validade, mas não apresentou dados de precisão entre avaliadores.

Outro item extraído da pesquisa de Fráguas Jr. et. al. (1999) com resultado abaixo de 0,60 foi “ausência de tronco”, entre os juízes 1 e 2. Entretanto, como nas outras duas correlações e na média, os valores foram acima de 0,60, considerou-se o item satisfatório.

Swensen (1957/1971) em uma revisão da literatura sobre a confiabilidade do DFH, no período entre 1949 e 1956, encontraram, para o item “tronco completo”, uma porcentagem de acordo com uma amplitude variando de 59% a 100%, e a média de 83%.

Para Machover (1949), o tronco pode ser desenhado como um retângulo, um quadrado ou um círculo. Além disso, a proporção do tronco também pode variar de acordo com o tipo de personalidade da pessoa que está desenhando a figura humana. Embora Swensen não comente por que as frequências variaram, é possível que a representação do tronco como triângulo não tenha sido considerada como um tronco, mas apenas como uma vestimenta. O mesmo pode ter ocorrido em relação às figuras tipo palito, em que o tronco não era bidimensional ou diferenciado do pescoço.

Tabela 4 - Porcentagens de acordo das avaliações entre juízes para os itens relativos aos aspectos estruturais da figura humana

Itens	Juízes			Média	DP
	1 x 2	1 x 3	2 x 3		
Pernas e/ou pés borrados	99,7	100	99,7	99,8	0,002
Paisagem c/o tema dominante	91,1	97,7	91,3	93,3	0,037
Desintegração da Gestalt	99,3	100	99,3	99,5	0,004

Esses itens também apresentaram resultados satisfatórios nas porcentagens de acordo nas três comparações entre juízes. Além do mais, dois itens apresentaram total concordância entre as avaliações (pernas e/ou pés borrados e desintegração da gestalt entre os juízes 1 e 3). Isso permite afirmar que esses critérios se mostraram bem definidos.

Tabela 5 - Correlações entre juízes, médias e DP's das correlações para os itens relativos aos aspectos de conteúdo da figura humana

Itens	Juízes	1 x 2	1 x 3	2 x 3	Média	DP
Perda Grosseira das proporções		0,445	0,386	0,260	0,364	0,095
Falta de diferenciação entre as figuras dos dois sexos		0,562	0,796	0,793	0,717	0,134
Boca aberta		0,637	0,719	0,846	0,734	0,105
Figuras abertas na parte inferior		0,511	0,193	0,448	0,384	0,168
Boca com ênfase		0,432	0,801	0,616	0,616	0,138
Boca omitida		0,870	0,929	0,851	0,883	0,041
Olhos omitidos		0,840	0,784	0,691	0,772	0,075
Braços omitidos		0,840	0,865	0,840	0,848	0,014
Mãos omitidas		0,588	0,729	0,720	0,679	0,079
Pés omitidos		0,636	0,914	0,801	0,784	0,140
Pernas omitidas		0,638	0,661	0,527	0,609	0,072
Poucas vestimentas		0,639	0,693	0,572	0,635	0,061
Expressão facial neutra ou negativa		0,601	1,000	0,601	0,734	0,230
Expressão triste		0,664	0,893	0,738	0,765	0,117
Braços voltados para si ou atrás das costas		0,758	0,895	0,943	0,865	0,096
Cabelo desvitalizado		0,622	0,941	0,677	0,747	0,171
Cabelo mal enraizado na cabeça		0,840	0,770	0,846	0,819	0,042
Presença de botões		0,965	1,000	1,000	0,988	0,020

Correlações significantes ao nível de 0,01.

Os únicos itens relativos aos aspectos de conteúdo da figura humana que não apresentaram correlações satisfatórias foram “perda grosseira das proporções” e “figuras abertas na parte inferior”, ambos extraídos do estudo de Fráguas Jr. et. al. (1999). Talvez a definição de “perdas grosseiras das proporções” e “figuras abertas na parte inferior” sejam muito amplas e necessitem de revisão.

O item “falta de diferenciação entre as figuras dos dois sexos”, retirado da Escala de Frequência de Sinais Específicos do Desenho, desenvolvida por Cecconello e Koller (1999), apresentou correlação inferior a 0,60 entre os juízes 1 e 2, o que não ocorreu nas outras duas comparações. Swensen (1957/1971) encontrou correlações entre 0,94 e 0,97, significantes ao

nível de 0,01 entre duplas de juízes. Portanto, esperava-se encontrar resultados similares aos observados por Swensen no presente estudo.

O significado desse critério referia-se à ausência de, pelo menos, dois de três indicadores que permitiam diferenciar os sexos: ausência de cabelo, vestimenta feminina ou masculina e figuras do tipo palito. Figuras com essas características ocorreram 23, vezes nas 84 figuras humanas desenhadas nos D-E.

Marzolf e Kirchner (1970), em uma pesquisa realizada com 393 homens e 457 mulheres observaram que 58,4% das mulheres desenharam as mãos da figura humana atrás das costas. Na presente pesquisa, das 84 figuras humanas, 36% delas foram desenhadas com os braços atrás das costas. É possível que a diferença dessas frequências se dê em função do tamanho da amostra, já que, na presente pesquisa, o número de sujeitos estudados é consideravelmente inferior ao estudo de Marzolf e Kirchner, bem como não houve, obrigatoriamente, instruções solicitando o desenho de figuras humanas nesta pesquisa.

Os itens “boca com ênfase” [proposto por Machover (1949)], “mãos omitidas”, “pernas omitidas” e “poucas vestimentas” [introduzidos por Van Kolck (1984)], apresentaram em uma das três correlações valor abaixo de 0,60, mas, nas outras duas e nas médias, correlações satisfatórias.

Kahill (1984) comenta que a definição de “boca com ênfase”, encontrada na literatura envolve a presença de dentes e a presença de bocas cerradas. Neste estudo, o significado foi o de que, nesse item, a boca deveria estar reforçada. Nos 60 protocolos os dentes apareceram em seis figuras humanas (7,1%) das 84 desenhadas. Quanto à frequência de vezes em que as bocas foram reforçadas, observou-se que 22,6% (N=19) realizaram o desenho dessa maneira. Assim se pode supor que os juízes tenham levando em conta um e/ou o outro critério para pontuar esse item.

Swensen (1957/1971) comenta que de 24 pesquisas que utilizaram o “item omissões nos desenhos” (embora não tenha dito quais partes omitidas), 22 apresentaram resultados significantes e, no teste-reteste, o valor da correlação foi de 0,54. Kahill (1984) encontrou resultados que variaram entre 0,52 e 0,98 nesse item, nas pesquisas feitas com o DFH. Na presente pesquisa, o único valor abaixo de 0,60 foi a correlação entre o juiz 1 e 2 (0,588). A definição utilizada para esse item foi a de que as mãos não deveriam ter sido desenhadas e é possível que os juízes 1 ou 3 tenham confundido o último critério com o “mãos atrás das costas”, ocasionando em uma correlação inferior ao critério estipulado.

O item “presença de botões” apresentou duas correlações perfeitas e uma forte e direta. Portanto, parece que esse critério foi o que apresentou definição mais clara e objetiva para os

juízes. O item “expressão facial neutra ou negativa”, também, revelou correlação perfeita entre as avaliações do juiz 2 e 3, e 0,601 nas outras duas correlações.

Tabela 6 - Porcentagens de acordo das avaliações entre juízes para os itens relativos aos aspectos de conteúdo da figura humana

Itens	Juízes			Média	DP
	1 x 2	1 x 3	2 x 3		
Cabeça pequena e/ou sem ênfase	98,59	100	98,59	99,06	0,008
Falta de individualização	98,33	98,99	99,66	98,99	0,007
Exagero nas mãos e braços	98,33	98,66	98,33	98,44	0,002
Presença de dentes	98,66	99,73	98,79	99,06	0,006
Ênfase no tronco	97,66	100	97,66	98,44	0,014
Ênfase no rosto	91,66	97,86	94,26	94,59	0,031
Figura caindo	99,19	99,06	99,33	99,19	0,001
Sorriso de palhaço	99,72	100	99,72	99,81	0,002
Riso forçado	99,06	100	99,06	99,37	0,005

Na Tabela 6, pode ser observada a porcentagem de acordo em relação a alguns itens do Desenho da Figura Humana. Quatro deles (cabeça pequena e/ou sem ênfase, ênfase no tronco, sorriso de palhaço e riso forçado) apresentaram em uma das três análises possíveis concordância total entre os juízes.

Na pesquisa de Marzolf e Kirchner (1970), a frequência do item presença de dentes foi observada em apenas 1,5% das mulheres. Na presente pesquisa, ocorreu em 4% das mulheres. Isso reforça a idéia de Machover (1949) de que essas evidências são características de sujeitos depressivos, já que, dessas mulheres, 3% possuem TDM.

Na avaliação do item figura sorrindo, os autores observaram que dois juízes concordaram em 68,9% das classificações. Na presente pesquisa, as avaliações entre o juiz 1 e 3 foram 100% concordantes, e é possível que a diferença entre esse resultado com o encontrado por Marzolf e Kirchner se deva ao tamanho das amostras.

Kahill (1984) observou que, na maioria das pesquisas de precisão entre avaliadores realizadas com o DFH, o item “tamanho da cabeça” apresentou correlações significantes entre 0,62 e 0,99. Na presente pesquisa o item cabeça pequena teve concordância em 100% das avaliações entre os juízes 1 e 3, e as outras duas correlações foram elevadas, embora esse item não tenha aparecido na amostra.

Tabela 7 - Correlações entre juízes, médias e DP's das correlações para os itens relativos ao desenho da árvore

Itens	Juízes				
	1 x 2	1 x 3	2 x 3	Média	DP
Árvore em forma de arco	0,701	0,659	0,843	0,734	0,096
Copa da árvore semelhante a de um salgueiro	0,785	0,701	0,862	0,783	0,081
Galhos e ramos para baixo	0,701	0,875	0,785	0,787	0,087
Desvitalização	0,381	0,901	0,440	0,574	0,285
Ramos em ponta	0,827	0,903	0,856	0,862	0,038
Tronco sombreado, com marcas ou cicatrizes	0,961	0,804	0,810	0,858	0,089
Copa pequena em relação a outros desenhos	0,645	0,678	0,954	0,759	0,170

Correlações significantes ao nível de 0,01.

A Tabela 7 demonstra que o item “desvitalização” foi o único que não apresentou resultados satisfatórios nas correlações entre os juízes. É provável que o significado desse critério (árvore sem folhas ou folhas caídas no chão) não tenha ficado claro para o juiz 2, já que a correlação entre os juízes 1 e 3 foi alta (0,901).

O único item encontrado na literatura sobre o desenho da árvore que se relaciona aos do presente estudo foi o “item árvore sombreada”, estudado na pesquisa de Marzolf e Kirchner (1970), que constataram a frequência desse item em 70,5% das mulheres do estudo. Na presente pesquisa, a árvore foi encontrada em 37 unidades de produção dos 60 protocolos do D-E, e a frequência de mulheres que a realizaram foi de 15%. No desenho dessas mulheres, o tronco sombreado apareceu em 30% dos casos. É provável que essas diferenças em relação ao estudo de Marzolf e Kirchner sejam em função de o D-E ser uma técnica livre, enquanto que, no HTP, o sujeito desenha obrigatoriamente, uma árvore, o que permite a variação na frequência e na forma pela qual esse elemento é representado.

Tabela 8 - Porcentagens de acordo das avaliações entre juízes para os itens relativos ao desenho da árvore

Itens	Juízes				
	1 x 2	1 x 3	2 x 3	Média	DP
Desenho como um todo borrado	98,55	100	98,55	99,03	0,008
Perspectiva da árvore abaixo do observador	99,73	100	99,73	99,82	0,002
Ramos débeis e para baixo	98,39	99,73	98,12	98,75	0,009
Ramos encobertos pela folhagem	87,77	100	87,77	91,85	0,071
Raízes finas	100	100	100	100	0,000

Observando-se a Tabela 8, percebe-se que os valores das porcentagens de acordo foram elevados e satisfatórios. No item “raízes finas”, os juízes tiveram máxima concordância em todas as avaliações entre eles, e os itens “desenho como um todo borrado”, “perspectiva da árvore abaixo do observador” e “ramos encobertos pela folhagem” apresentaram, em uma das três avaliações, 100% concordância, possivelmente pelo fato de esses itens não terem aparecido nos protocolos da amostra.

Na pesquisa de Marzolf e Kirchner (1970), a presença de raízes foi encontrada em 11,6% das 457 mulheres estudadas. Na pesquisa com o D-E, no diagnóstico de TDM, as mulheres não desenharam nenhuma árvore com raízes.

Kahill (1984) observou, em boa parte das pesquisas encontradas na literatura, que o item “rasuras” apresentou correlações significantes, variando entre 0,76 e 0,95. Esse item é o que mais se aproxima da definição “desenho como um todo borrado”, utilizada na presente pesquisa, e os resultados não diferem muito dos aqui apresentados.

Tabela 9 - Correlações entre juízes, médias e DP's das correlações para os itens relativos ao desenho da casa

Itens	Juízes				
	1 x 2	1 x 3	2 x 3	Média	DP
Simple, vazia, com portas abertas	0,738	0,710	0,598	0,682	0,074
Sem janela	0,686	0,905	0,769	0,787	0,111
Casa só, abandonada	0,840	0,657	0,647	0,715	0,109
Sem acesso	0,761	0,599	0,673	0,678	0,081
Chaminé com fumaça tênue	0,858	0,858	1,000	0,905	0,082

Correlações significantes ao nível de 0,01.

A Tabela 9 mostra as correlações dos itens para os desenhos de casa. Duas correlações nos desenhos de casas foram inferiores a 0,60. Uma relativa às avaliações dos juízes 2 e 3 para “casa simples, vazia, com portas abertas” (0,598), e outra relativa às avaliações dos juízes 1 e 3 para o item e “sem acesso” (0,599), ambos extraídos do trabalho de Grassano (1977/1996).

O critério estabelecido para o item “casa simples, vazia, com portas abertas” era que a casa estivesse desenhada apenas com portas abertas e telhado. Ao todo, foram realizadas 44 casas, contando com as cinco unidades de produção dos 60 protocolos, e 18% das casas possuíam portas abertas com outros detalhes, tais como janelas e vidros. Assim parece que o critério não foi suficientemente objetivo para os juízes.

A definição do item “casa sem acesso” referiu-se à casa que se apresentava distante do observador e que se encontrava cercada por algum objeto, tal como muro, portão ou algo do gênero, ou sem um caminho que conduzisse a ela. De acordo com o observado nos desenhos, das 44 casas realizadas, apenas 1,3% se mostraram distantes do observador, e 0,4% foram desenhadas com um lago na frente. Nas avaliações dos juízes 1 e 3, a correlação mostrou-se abaixo do critério definido no presente estudo. É provável que o conceito de distância talvez tenha levado à diferença nas avaliações.

O item “chaminé, com fumaça tênue” apresentou correlação 1,00 entre os juízes 1 e 3 e 0,858 para as outras duas e uma média elevada de 0,905. Esses resultados indicam que esse critério foi o mais bem definido para os juízes.

Tabela 10 - Porcentagens de acordo das avaliações entre juízes para os itens relativos ao desenho da casa

Itens	Juízes			Média	DP
	1 x 2	1 x 3	2 x 3		
Sem teto	100	100	100	100	0,000
Sem porta	100	100	100	100	0,000

A Tabela 10 mostra a concordância entre juízes para os itens em que não era possível calcular a correlação, que, nesse caso, foram os itens “sem teto” e “sem porta”, que não ocorreram nos protocolos dos 60 sujeitos. Nesses itens, houve uma concordância de 100% nas três comparações. Além do mais, estas evidências confirmam a idéia de que, quando menos abstrato for o item, mais fácil é avaliá-lo.

De uma maneira geral, é importante reproduzir aqui um aspecto relativo à precisão entre avaliadores no HTP, apontada por Marzolf e Kirchner (1970), mas que pode ser estendida

para outras produções gráficas, como o Desenho-Estória. Eles afirmam que existem desenhos ou itens individuais, nos quais pode haver muitas discordâncias em relação à presença ou ausência da característica avaliada. Essa dúvida pode ser consequência da qualidade rudimentar ou imprecisão do desenho, que pode ser uma manifestação da coordenação motora pobre ou inclusão consciente ou inconsciente de alguns detalhes, como por exemplo, na determinação se um desenho representa um adulto ou uma criança.

Tabela 11 - Correlações entre juízes, médias e DP's das correlações para os itens relativos aos personagens das histórias

Itens	Juízes				
	1 x 2	1 x 3	2 x 3	Média	DP
O eu faz parte da história	0,777	0,872	0,906	0,852	0,067
Predomínio de experiências subjetivas	0,382	0,419	0,285	0,362	0,069
Negação dos desejos do eu.	0,701	0,701	1,000	0,801	0,173
Idealização narcísica do eu	0,701	1,000	0,701	0,801	0,173
Acusações a si mesmo e censuras	0,509	0,809	0,552	0,623	0,162
Medo de ser incapaz	0,735	0,716	0,906	0,786	0,105

Correlações significantes ao nível de 0,01.

De acordo com a Tabela 11, o item “predomínio de experiências subjetivas”, extraído da pesquisa de Ebert et. al. (1984), apresentou resultados insatisfatórios nas três correlações entre juízes (0,382, 0,419 e 0,285) e na média (0,362). A frequência deste item foi observada pelo juiz 1 em 37% das histórias da amostra, pelo juiz 2 em 77,6% e pelo juiz 3 em 8,6%.

Estes resultados indicam que os avaliadores pontuaram sua presença em diferentes protocolos, fato que aponta para a necessidade de se rever a definição desse critério, que se refere a situações cujo sujeito dá ênfase à narração de sentimentos experimentados pelo(s) personagem(ns) da(s) história(s), pois mostrou-se muito abstrata para os juízes.

O item “acusações a si mesmo e censuras”, extraído do estudo de Rapaport (1976), e que diz respeito ao personagem que se culpa pelas situações infelizes e por isso se proíbe de realizar seus desejos, apresentou nas correlações entre os juízes 1 e 3 e 2 e 3 resultados abaixo de 0,60. Embora a correlação entre o juiz 1 e 3 tenha sido alta, e as médias acima de 0,60, não se considerou o item bem definido, porque esses resultados não corresponderam às exigências do presente estudo.

Ebert et. al. (1984) comentam que um dos problemas encontrados nos estudos de fidedignidade do TAT é a falta de objetividade na definição dos critérios utilizados. Isso

permite o aparecimento da subjetividade do avaliador, que por sua vez se torna um recurso empregado para estruturar a tarefa de analisar o significado das histórias. Essa subjetividade, na maior parte das vezes, proporciona classificações divergentes entre os avaliadores, e em algumas delas o avaliador pode colocar-“se” na história, sem perceber. Anzieu (1976/1981) também compartilha dessa idéia e comenta que, pelo fato de as características das técnicas projetivas serem pouco estruturadas, a personalidade do avaliador pode acabar por estruturar a tarefa. Como os itens “predomínio de experiências subjetivas” e “acusações a si mesmo e censuras” apresentaram resultados insatisfatórios nas correlações e não são critérios com definição extremamente objetiva, é possível que cada avaliador tenha compreendido de maneira peculiar seu conceito.

Os itens “negação dos desejos do eu” e “idealização narcísica do eu”, definidos por Chabert (1998/2004), e que dizem respeito, respectivamente, ao personagem principal que se abstém de realizar seus desejos em função dos outros e ao enaltecimento de qualidades do personagem principal, apresentaram correlação perfeita em uma das três correlações entre os juízes. Isso indica que esses itens se mostraram suficientemente claros e bem definidos.

Tabela 12 - Porcentagens de acordo das avaliações entre juízes para os itens relativos aos personagens das histórias

Itens	Juízes				
	1 x 2	1 x 3	2 x 3	Média	DP
Apego aos outros personagens	99,73	100	99,73	99,82	0,002
Preocupação com personagens fracos ou doentes	99,46	99,46	100	99,64	0,003
O outro é o duplo do eu	99,73	100	99,73	99,82	0,002
Sentimentos de culpa	97,19	99,46	98,39	98,35	0,011
Medo de ficar só e de envelhecer	99,06	99,06	100	99,37	0,005

Esses itens também apresentaram porcentagens de acordo elevadas nas avaliações dos juízes, e quatro delas foram totalmente concordantes entre si em, pelo menos, uma das três avaliações (apego aos outros personagens da história, preocupação com os personagens percebidos como fracos, o outro é o duplo eu e medo de ficar só e envelhecer). Isto indica que os avaliadores utilizaram o mesmo critério para pontuar os protocolos.

Gold et al. (1990) encontraram evidências similares em um estudo de precisão entre dois avaliadores em relação ao item “o outro é o duplo eu”. O resultado da pesquisa dos autores foi de 0,94 entre as avaliações dos juízes para este item que, embora tenha sido utilizado com outro nome (complexidade das relações entre pessoas), possui o mesmo

significado do utilizado no presente estudo (dificuldade de o sujeito se perceber distinto dos demais). Portanto, para esse critério, existem evidências de resultados satisfatórios encontrados na literatura que confirmam sê-lo bem definido.

Tabela 13 - Correlações entre juízes, médias e DP's das correlações para os itens relativos ao enredo das histórias

Itens	Juízes				
	1 x 2	1 x 3	2 x 3	Média	DP
Histórias curtas	0,974	0,843	0,851	0,889	0,073
Desfechos de natureza negativa	0,547	0,649	0,777	0,658	0,115
Aparecimento da história por inquérito	0,802	0,679	0,602	0,694	0,101
Respostas monossilábicas ao inquérito	0,289	0,823	0,264	0,459	0,316
Histórias fantasiosas e sentimentais	0,639	0,457	0,666	0,587	0,114
Histórias tristes	0,818	0,875	0,807	0,833	0,037
Restrição da atividade ideacional	0,840	0,701	0,432	0,658	0,207
Lugares e situações idealizadas	0,383	0,290	0,229	0,301	0,078

Correlações significantes ao nível de 0,01.

De acordo com a Tabela 13, os itens que não obtiveram resultados satisfatórios em pelo menos duas das três análises foram “respostas monossilábicas ao inquérito” e “lugares e situações idealizadas”.

Em relação ao critério “respostas monossilábicas ao inquérito”, o juiz 1 observou sua presença em 6% dos protocolos, enquanto que o juiz 2, em 2% e o juiz 3, em 6,6%. Como a correlação entre os juízes 1 e 3 apresentou resultado acima de 0,60 (0,823) e a frequência com que ambos pontuaram a presença do item foi similar entre si, é possível afirmar que o juiz 2 tenha compreendido de maneira diferente o conceito do indicador e por isso os resultados das correlações entre ele e os outros dois avaliadores tenham sido insatisfatórios.

Em relação ao critério ‘lugares e situações idealizadas’, o juiz 1 pontuou sua presença em 20% das histórias, o juiz 2 em 45,3% e o juiz 3 em 8,6%. Como a frequência deste item foi observada diferentemente pelos juízes e os valores das correlações foram abaixo do esperado, é provável que sua definição, que se refere à ênfase dada pelo sujeito a lugares que ele gostaria de ir e/ou que julga ser um verdadeiro paraíso, tenha permitido interpretações subjetivas e por isso os avaliadores o pontuaram em histórias diferentes.

Os itens “desfecho de natureza negativa”, cujo significado se refere às histórias que sempre terminam com o personagem principal não conseguindo realizar seus desejos, ou até mesmo, em tragédia, apresentou na correlação entre o juiz 1 e 2 valor abaixo do esperado (0,547).

A frequência deste critério foi observada pelo juiz 1 em 10,6% dos 60 protocolos, enquanto que pelo juiz 2 em 18% e pelo juiz 3 em 11,3%. Estes resultados mostram que o item em questão foi pontuado pelos juízes em menos de 1/4 dos casos e que os avaliadores 1 e 2, em algumas análises, o observaram nas histórias de sujeitos diferentes. Contudo, como os valores das correlações entre os juízes 1 e 3 e 2 e 3, e a média, foram acima de 0,60 (0,649, 0,777 e 0,658 respectivamente) foi possível considerá-lo como suficientemente bem estruturado.

O item “histórias fantasiosas e sentimentais”, que diz respeito às histórias infantis, do tipo parlandas e contos de fadas ou histórias imaturas, foi observado pelo juiz 1 em 14,6% dos protocolos, pelo juiz 2, em 26,6% e pelo juiz 3, em 16,6%. Embora tenha sido muito similar a quantidade de vezes com que os juízes 1 e 3 pontuaram a presença desse item, o valor da correlação entre eles foi abaixo do esperado (0,457). Isso demonstra que a frequência desse critério, observada por ambos os avaliadores, foi pontuada em sujeitos diferentes. Ainda há que a média das correlações foi 0,587, o que indica ser inviável considerar esse critério como sendo bem definido pelo fato de os resultados não terem satisfeito as exigências estipuladas no presente estudo.

O item “restrição da atividade ideacional”, cujo significado revela que as histórias são muito pobres e carecem de elementos criativos, apresentou, na correlação entre o juiz 2 e 3 resultados inferiores a 0,60 (0,432), mas, nas outras duas correlações, resultados satisfatórios (0,840 e 0,701). Na pesquisa de Mestriner (1982), o item concretismo, que tem o mesmo significado do critério aqui exposto, apresentou correlações de 0,98, significantes ao nível de 0,02 na avaliação entre juízes. Esta disparidade entre estes resultados talvez se relacione ao fato de as amostras terem sido constituídas por sujeitos diferentes, pois, na presente pesquisa, metade dos sujeitos eram depressivos e, na pesquisa de Mestriner, metade eram esquizofrênicos, o que muda a qualidade das histórias e do tipo pobreza do discurso.

Tabela 14 - Porcentagens de acordo das avaliações entre juízes para os itens relativos ao enredo das histórias

Itens	Juízes				
	1 x 2	1 x 3	2 x 3	Média	DP
Recusa ao elaborar histórias	99,73	100	99,73	99,82	0,002
Frases ligadas ao pecado e à moral	99,73	100	99,73	99,82	0,002
Tipo de pensamento ilusionista, mágico ou irreal	87,33	99,46	88,31	91,70	0,067

De acordo com a Tabela 14, observa-se que todos os itens apresentaram porcentagens de acordo elevadas e os itens “recusa ao elaborar histórias” e “frases ligadas ao pecado e à moral”, foram totalmente concordantes em uma das três avaliações realizadas entre os juízes, o que torna possível afirmar que esses indicadores são claros o suficiente para permitirem uma avaliação precisa no D-E.

Tabela 15 - Correlações entre juízes, médias e DP's das correlações para os itens relativos aos temas das histórias

Itens	Juízes				
	1 x 2	1 x 3	2 x 3	Média	DP
Amor	0,794	0,687	0,706	0,729	0,057
Felicidade	0,897	0,624	0,672	0,731	0,146
Tristeza	0,824	0,887	0,932	0,881	0,054

Correlações significantes ao nível de 0,01.

Na Tabela 15, não houve valores insatisfatórios em nenhuma correlação das avaliações dos juízes. Isso revela que os avaliadores não tiveram dificuldade para entender o significado dos itens, e por isso é possível afirmar que os critérios mostraram-se claros para os juízes.

Tabela 16 - Porcentagens de acordo das avaliações entre juízes para os itens relativos aos temas das histórias

Itens	Juízes				
	1 x 2	1 x 3	2 x 3	Média	DP
Restrição de temas	100	100	100	100	0,000

Em relação ao item “restrição de temas”, nenhum dos três avaliadores observou sua presença nos participantes da pesquisa e por isso concordaram totalmente em suas análises. Como o significado deste conceito se refere a ausência de títulos às histórias e, portanto, é um critério bem objetivo, foi possível afirmar que sua avaliação foi uma tarefa fácil para os juízes.

De acordo com os resultados apresentados até aqui, observou-se que oito dos 94 itens extraídos da literatura não obedeceram aos critérios estipulados na pesquisa. Esses indicadores são os seguintes:

- Figuras débeis/ vazias;
- Perda grosseira das proporções;
- Figuras abertas na parte inferior;
- Desvitalização;
- Predomínio de experiências subjetivas;
- Respostas monossilábicas ao inquérito;
- Histórias fantasiosas e sentimentais;
- Lugares e situações idealizadas.

É provável que os juízes tenham considerado esses indicadores como sendo pouco concretos e com definições vagas. Portanto, quanto mais abstrato for o item, mais difícil é compreendê-lo e observá-lo no desenho e na história, principalmente se a sua definição não for clara o suficiente para eliminar significados dúbios.

Como grande parte dos critérios apresentaram resultados satisfatórios (86 ao total), foi possível considerar que não existem diferenças significativas entre as avaliações dos juízes em relação à presença ou à ausência dos itens utilizados na pesquisa.

9.2 - Validade

Nessa parte do presente trabalho, são apresentados os resultados relativos à validade do D-E para discriminar os portadores de TDM.

Para verificar se os tempos de reação e os tempos totais no D-E poderiam ser indicativos de TDM no instrumento, compararam-se as médias dos dois grupos por meio do teste t para determinar se as diferenças eram significantes estatisticamente.

Tabela 17 – Testes t entre médias para os tempos de reação (TR) e tempo total (TT) dos desenhos e das histórias

Itens	TR Desenhos	TT Desenhos	TR Histórias	TT Histórias
Estatística				
Teste t	13,610	-9,198	8,122	-12,238
Sig.	0,000	0,000	0,000	0,000

Na Tabela 17, observa-se que as diferenças entre os grupos são consideravelmente significantes. As médias dos sujeitos portadores de TDM nos tempos de reação dos desenhos (57,0") e das histórias (43,3") foram consideravelmente maiores em relação ao outro grupo (13,2""nos desenhos e 12,5"" nas histórias), e menores nos tempos totais dos desenhos (746,0") e das histórias (1484,4") em comparação aos sujeitos sem a patologia (902,0" e 1906,3" respectivamente).

É possível que o baixo tempo total para a realização dos desenhos e das histórias e o elevado tempo total para começar as tarefas se relacionem à restrição da atividade ideacional, que inibe a produção de elementos criativos, como já apontado por Ebert et al. (1984), quando observaram essa característica em depressivos da população brasileira.

A partir desses resultados, foi possível considerar os tempos de reação e os tempos totais no D-E, como critérios que podem complementar as categorias de análise do instrumento, como são também em outras técnicas similares, tais como o TAT e as Fábulas de Düss. Pelo menos no que tange ao TDM, já existem dados de pesquisa que indicam quais valores revelam a respectiva patologia.

Para determinar se os juízes poderiam discriminar os dois grupos nas etapas 1 e 2, foi solicitado a eles que separassem os protocolos, baseando-se nas experiências que possuem com as técnicas gráficas e com as técnicas de contar histórias, e que descrevessem quais foram os critérios que utilizaram nessas classificações. Os critérios descritos pelos juízes podem ser vistos no Quadro 8.

Quadro 8 - Critérios estabelecidos pelos dois juízes nas etapas 1 e 2 para os desenhos e histórias

Juízes		J ₁	J ₂
Critério			
Desenhos		Ausência de detalhes;	Localizados na metade inferior;
		Ausência de cor;	Linhas leves;
		Expressões tristes;	Casa sem janela;
		Tamanho pequeno.	Árvore abaixo do observador; Galhos caindo; Figura humana mais pobre em relação aos outros elementos do desenho.
Histórias		Auto-referência;	Restrição da atividade ideacional;
		Histórias curtas;	Sentimentos de tristeza;
		Sentimento de menos valia;	Tendências negativistas;
		Sentimento de tristeza;	Desfecho das histórias sempre de natureza negativa;
		Lugares e situações idealizadas.	Histórias curtas.

Dos indicadores de depressão descritos pelos juízes, nenhum relativo ao desenho mostrou concordância entre eles, indicando que eles usaram critérios diferentes para julgarem os protocolos. Nas histórias, apenas dois itens foram encontrados pelos dois juízes. Isso significa que, sem qualquer categoria de análise que permita caracterizar as manifestações depressivas nos desenhos e nas histórias, as avaliações podem pautar-se na percepção pessoal de quem as realiza. Além do mais, quando não se tem nenhuma informação relativa aos dados que permitem discriminar amostras, a tarefa de avaliar um determinado sujeito torna-se complexa e até perigosa, como já apontada por Tavares (2003). Por exemplo, o item “ausência de detalhes”, descrito pelo juiz 1, pode não ser a mesma coisa que a “ausência de detalhes” observada em diversas psicopatologias, já apresentadas no Quadro 1.

Por outro lado, mesmo tendo realizado as análises às cegas, os juízes descreveram itens que já foram encontrados pela literatura, tais como linhas leves, ausência de cor, ausência de detalhes, expressão triste, localização na metade inferior da folha, restrição da atividade ideacional, lugares e situações idealizadas, sentimentos de tristeza, auto-referência e histórias curtas, o que indica que suas observações não se distanciaram das de outros estudiosos sobre assunto.

Para verificar se o instrumento seria sensível à detecção de sujeitos com TDM, dividiu-se o estudo de validade em três etapas. Na primeira, o objetivo foi o de verificar se somente os desenhos permitiam aos juízes classificar corretamente os sujeitos de acordo com suas

condições reais. Na segunda, mesmo sendo entregues os desenhos aos juízes, o objetivo foi o de verificar se somente as histórias permitiriam tal separação. Na terceira, o objetivo foi o de verificar se, a partir de critérios indicativos de depressão (tanto para os desenhos quanto para as histórias), os juízes classificariam corretamente os protocolos nos grupos correspondentes.

Para realizar os cálculos de correlação entre as avaliações de cada juiz e o diagnóstico, foi definido o seguinte critério: os sujeitos com TDM receberam no instrumento critério pontuação um e os não depressivos receberam pontuação zero. Nas separações feitas pelos juízes a partir dos D-E, o acerto em relação ao diagnóstico de cada protocolo recebeu pontuação igual ao instrumento critério e o erro pontuação oposta. A categoria “Não Posso Opinar” foi considerada ausência. Os resultados destas avaliações encontram-se na Tabela 18.

Tabela 18 - Correlações entre as avaliações dos juízes e o diagnóstico de TDM

Juízes	Desenhos (Etapa 1)	Histórias (Etapa 2)	D-E (Etapa 3)
J1	0,333	0,748	0,788
J2	0,134	0,748	0,788
J1/J2	-0,067	0,612	0,625
Médias	0,133	0,680	0,726

Correlações significantes ao nível de 0,01.

Na categoria “Não Posso Opinar”, o juiz 1 classificou um sujeito na Etapa 1 e nenhum na Etapa 2, enquanto que o juiz 2 classificou sete sujeitos na Etapa 1 e um sujeito na etapa 2. Na Etapa 3 nenhum sujeito foi classificado nesta categoria.

Observando os resultados da Etapa 1, percebe-se a baixa correlação entre as avaliações dos juízes e o critério externo e entre os dois juízes. Nessa etapa o juiz 1 acertou 66% dos 60 protocolos, e o juiz 2 acertou 58,3%. Destas separações, os juízes concordaram em 41,7% dos casos. Porém, como a correlação entre eles não foi significativa (-0,067) e entre eles e o critério externo o valor foi abaixo de 0,60, foi possível afirmar que os sujeitos avaliados corretamente foram diferentes entre os juízes.

Esses resultados indicam que sem critérios para facilitar a análise dos desenhos, a tarefa de identificar a amostra depressiva torna-se muito complexa. Esta dificuldade em avaliar as técnicas projetivas gráficas às cegas, segundo Anzieu (1976/1981) e Hammer (1969/1991), deve-se ao fato de os desenhos permitirem uma ampla modalidade de expressão das características individuais dos sujeitos que as realizam. Por outro lado, como aponta Tavares, (2003), as qualidades projetivas de técnicas dessa natureza devem ser articuladas com parâmetros que referenciem o que é comum em determinadas amostras. Como não houve essa

caracterização da amostra na Etapa 1 para os juízes e, por ser o desenho uma técnica projetiva, que visa facilitar o surgimento de características singulares, a validade dos resultados foi insatisfatória.

Na Etapa 2, ambos os juízes acertaram mais da metade (85%) dos protocolos e concordaram em 80% dos casos. Além disso, como o resultado obtido nas correlações foi acima de 0,60, foi possível afirmar que as histórias são elementos sensíveis à detecção dos sujeitos portadores da patologia e, por isso, podem ser consideradas válidas para realizar diagnósticos de TDM.

Esse resultado provavelmente deve-se ao fato de os depressivos realizarem auto-relatos em boa parte das suas histórias. Mesmo tendo os juízes classificado os protocolos às cegas, é possível que esse elemento do discurso tenha permitido identificar com mais facilidade os sujeitos portadores de TDM. Esta hipótese se relaciona com as afirmações de Chabert (1998/2004) que já havia dito que o paciente depressivo, em técnicas de contar histórias como o TAT, costuma fazer auto-referência e se tornar o personagem principal da trama.

Segundo o DSM-IV-TR (APA, 2002), o depressivo queixa-se muito da própria vida e reclama constantemente sobre as atividades do cotidiano. Para a psicanálise, essa característica é comum à patologia depressiva e o sujeito que a possui tem um funcionamento narcisista, já que investe energia psíquica em si mesmo e mantém ativa a existência do sintoma. Portanto, contar histórias do tipo auto-relato é falar diretamente de si e investir libido no próprio ego (Delouya, 2001).

Na Etapa 3 os protocolos deveriam ser classificados pelos juízes em uma das três categorias (Não Possui Transtorno, Possui Transtorno e Não Posso Opinar) utilizando como recurso os 94 indicadores de depressão encontrados na literatura para facilitar essa separação.

Os juízes acertaram 88% dos protocolos as correlações obtidas encontram-se acima de 0,60, também significativos ao nível de 0,01. Além disso, concordaram entre si em 85% dos casos. Assim sendo, foi possível afirmar que não existem diferenças significativas entre as avaliações dos juízes tanto nos D-E, em relação ao diagnóstico de TDM, quanto entre si e que, portanto, o instrumento pode ser considerado válido para discriminar sujeitos depressivos de não depressivos, quando profissionais experientes se apoiam em referências de análise para realizar as avaliações.

Entretanto, os resultados das correlações na Etapa 3 não foram muito diferentes da Etapa anterior, possivelmente pelo fato de os juízes terem-se apoiado nas mesmas evidências observadas na etapa anterior, ou seja, nas histórias.

Em relação aos erros das classificações, observou-se que na Etapa 2 ambos os juízes

julgaram de maneira incorreta 13,3% (N=8) dos 60 sujeitos, e 11,7% (N=7) na Etapa 3. Entretanto, mesmo tendo classificado de maneira incorreta o mesmo número de sujeitos nas duas etapas, o valor da correlação entre eles, tanto na Etapa 2 quanto na Etapa 3 (0,612 e 0,625, respectivamente), indica que os sujeitos classificados erroneamente foram diferentes para cada avaliador.

A frequência de sujeitos classificados em desacordo com suas condições reais pode ser observada na Tabela 19.

Tabela19 – Frequência das classificações em desacordo com o critério diagnóstico de presença/ausência de TDM

Juízes	Diagnóstico	Etapa 1	Etapa 2	Etapa 3
J1	Com TDM	11	7	6
	Sem TDM	9	1	1
J2	Com TDM	15	4	2
	Sem TDM	10	4	5
Total		44	16	14

De acordo com a Tabela 19, observa-se que, na Etapa 1, os juízes tiveram mais dificuldade em classificar os sujeitos com TDM do que aqueles que não possuem o transtorno, provavelmente pela qualidade das produções gráficas. É possível que os elementos do desenho que tenham dificultado a diferenciação dos sujeitos nos grupos correspondentes sejam os aspectos formais e de conteúdo, pois, para Machover (1949) estes aspectos permitem uma variabilidade muito maior nos resultados entre os juízes do que os aspectos gerais.

Na Etapa 2, o juiz 1 teve mais dificuldade em discriminar os sujeitos com TDM do que o juiz 2, enquanto que o juiz 2 teve mais dificuldades em discriminar os não pacientes dos depressivos. Além do mais, os sujeitos classificados em desacordo com o diagnóstico não foram os mesmos de uma etapa para a, variando entre os juízes, conforme é indicado na tabela 20. Isso significa que os sujeitos classificados de maneira incorreta na Etapa 2 foram classificados corretamente na Etapa 3 e os classificados em acordo com o diagnóstico na Etapa 2 foram classificados em desacordo na Etapa 3.

Na tabela a seguir, são apresentados os sujeitos classificados em desacordo com o critério diagnóstico feitos pelos juízes nas três etapas. Os números indicados na tabela referem-se ao número de identificação empregado na pesquisa para que os juízes pudessem avaliar os protocolos.

Tabela 20 - Sujeitos classificados em desacordo com o diagnóstico nas Etapas 1, 2 e 3

J1			J2		
Sujeito n°			Sujeito n°		
Etapa 1	Etapa 2	Etapa 3	Etapa 1	Etapa 2	Etapa 3
4	2	7*	2	7*	7*
5	3	12*	4*	12	18*
7*	7*	16	6	18*	20
12*	17*	17*	7*	31	23
17*	23	31*	14	37	51*
18*	41*	36	18*	46	52
20	52	38*	24	48	60
21	59		26	51*	
31*			27		
34			29		
37			30		
38*			32		
41*			33		
48			35		
51*			38*		
52			39		
56			40		
57*			41*		
58*			44		
60			49		
			51*		
			55		
			57*		
			58*		
			59		
20	8	7	25	8	7

*sujeitos classificados erroneamente em mais de uma etapa

Os sujeitos 12, 17, 31, 38 e 41, classificados erroneamente pelo juiz 1, e os sujeitos 18 e 51, pelo juiz 2, não apresentaram nas histórias discursos do tipo auto-relato, bem como outras evidências que permitiriam identificá-los prontamente como pacientes depressivos, tais como ausência de cor nos desenhos, desenhos pobres, histórias curtas e sentimentos de tristeza. O sujeito 7, que foi classificado em desacordo por ambos os juízes em todas as etapas, não possui TDM. No protocolo dessa pessoa, não houve emprego de cores em nenhum desenho. As árvores desenhadas eram pequenas, as figuras humanas eram do tipo esquemáticas e as histórias eram curtas. É possível, portanto, que a falta de evidências significativas nos desenhos e histórias desses sujeitos tenha levado às classificações incorretas realizadas pelos

juízes.

Essa alteração nas classificações de uma etapa para outra reforça a idéia de que os desenhos são mais complexos do que as histórias para realizar um diagnóstico. Esta afirmação assemelha-se à de Marzolf e Kirchner (1970), que consideram os desenhos como elementos passíveis de apresentarem características rudimentares ou imprecisas e que dificultam identificar que tipo de pessoa realizou a produção gráfica. Já as histórias, como postulado por Trinca (1987), dirigem o sujeito para áreas conflitivas de sua personalidade, por meio da sucessão das unidades de produção, e revelam de maneira mais evidente os conflitos inconscientes. Para Chabert (2004), como a patologia depressiva é uma patologia narcísica e, dessa maneira, exige do sujeito investimento de energia psíquica em si mesmo, é provável que as histórias tenham evidenciado os portadores de TDM mais facilmente.

Um outro aspecto investigado foi o uso de medicação antidepressiva enquanto uma variável relevante para o diagnóstico de TDM no D-E. Como só um grupo utilizava medicação e como o número de participantes é inferior a 30, não foi possível utilizar procedimentos estatísticos para realizar essa análise, pois, segundo Siegel (1956/1975), é a partir desse número em cada sub-grupo que se consegue obter resultados significativos. Por isso, foi levantada a frequência das análises corretas dos juízes nas três etapas.

Tabela 21 – Frequência de acertos dos juízes na classificação dos sujeitos com TDM no D-E em relação ao uso de medicação

Grupo de pacientes	Juízes	Desenhos (Etapa 1)		Histórias (Etapa 2)		D-E (Etapa 3)	
		Frequências Absolutas	%	Frequências Absolutas	%	Frequências Absolutas	%
Uso de medicação (N = 18)	J1	12	67%	14	77,3%	15	83,3%
	J2	11	61,1%	16	88,8%	17	94,4%
Sem medicação (N = 12)	J1	8	66,6%	9	75%	8	66,6%
	J2	7	58,3%	10	83,3%	9	75%

Dos 18 sujeitos do grupo de pacientes que utilizavam remédio, oito deles faziam uso de medicamentos tricíclicos (Trypanol), quatro utilizavam antidepressivos atípicos (Donarem e Tolvon) e seis tomavam inibidores de captação de serotonina (Lexapro e Cymbalta).

Na etapa 1, os juízes conseguiram separar mais da metade dos sujeitos que tomavam remédio em relação ao critério externo e mais da metade dos sujeitos que não faziam uso da medicação. Como é característica desses medicamentos alterarem algumas funções motoras e psíquicas e promoverem estados de sonolência, tremores e dificuldades de pensamento, como

já apontado por Ballone e Ortolani (2005), a tarefa de desenhar, portanto, poderia apresentar-se diferenciada e, dessa forma, ser denunciada pelo grafismo, facilitando a identificação desta parte da amostra. Entretanto, os juízes não indicaram, em suas descrições sobre os critérios que eles utilizaram para separar os desenhos, nenhuma referência à presença de linhas trêmulas. Além do mais, como houve resultados similares na separação dos dois sub-grupos, foi possível considerar que o desenho não foi influenciado por essa variável, pois, caso a separação fosse consideravelmente maior no grupo de sujeitos que utilizam medicamentos e menor no grupo dos que não os utilizam, seria possível especular que os efeitos dos remédios foram evidenciados nos desenhos dos participantes que fazem uso de antidepressivo.

Na Etapa 2, os resultados também possibilitaram considerar que essa variável não influenciou as produções verbais dos sujeitos e, muito menos, as avaliações dos juízes, pois o número de acertos foi relativamente alto para os dois sub-grupos da amostra portadora de TDM. Se houvesse interferência da medicação nas construções das histórias, as evidências dessa influência, provavelmente, surgiriam no discurso dos sujeitos e permitiriam uma margem de acerto maior nesse sub-grupo em relação aos sujeitos livres de medicação.

O DSM-IV-TR (APA, 2002) aponta que a lentidão, a fala diminuída e a sonolência são sintomas do depressivo e Ballone e Ortolani (2005) comentam que esses mesmos sintomas podem ser derivados do uso do remédio. O item “restrição da atividade ideacional”, descrito pelo juiz 2 no Quadro 8, pode ser um reflexo desses sintomas. Entretanto, não existem evidências que confirmem ser essa característica um reflexo do medicamento antidepressivo, ou se é parte da sintomatologia do transtorno. Além do mais, esse item não foi observado com muita frequência entre os depressivos (ver tabela 79), o que invalida esta hipótese.

Na Etapa 3, o único resultado que chama atenção é a avaliação do juiz 1 em relação aos sujeitos que não fazem uso do remédio, pois suas classificações foram um pouco menos corretas em relação ao outro sub-grupo. Entretanto, como já apontado na Tabela 2, este juiz teve maior dificuldade em diferenciar os sujeitos portadores de TDM dos sujeitos que não a possuíam (seis avaliações em desacordo com o diagnóstico). De todas as classificações incorretas, três delas se referiram a sujeitos que utilizavam medicamento. Portanto, partindo destes dados, foi possível considerar que o uso de remédios antidepressivos não interferiu nas produções dos D-E.

Mesmo os resultados anteriores terem apontado que o D-E é sensível à detecção de sujeitos portadores de TDM, procurou-se na Etapa 4 do estudo de validade testar item por item para verificar se os mesmos permitiriam discriminar as duas amostras. Para tanto, foi

realizado cálculo do Qui-Quadrado e utilizado o Teste Exato de Fischer, como já apontado anteriormente na descrição do Tratamento Estatístico.

As tabelas 22 a 82 apresentam os resultados dessas comparações para cada juiz.

Tabela 22 - Frequência de linhas leves em cada desenho por juiz e Teste de Fisher entre grupos

Desenho	Grupo	Juiz 1		Juiz 2		Juiz 3	
		F	Fisher	F	Fisher	F	Fisher
1	CD	7	0,011	7	0,011	7	0,011
	SD	0		0		0	
2	CD	6	0,024	5	0,052	7	0,011
	SD	0		0		0	
3	CD	8	0,005	7	0,011	8	0,050
	SD	0		0		0	
4	CD	7	0,011	7	0,011	8	0,050
	SD	0		0		0	
5	CD	6	0,024	6	0,024	7	0,011
	SD	0		0		0	

Observando a Tabela 22, somente a segunda unidade de produção classificada pelo juiz 2 não revelou diferenças entre os grupos. Nas outras 14 análises, os resultados foram significantes. Esse item ocorreu apenas na amostra portadora da patologia, embora com uma frequência baixa (variando entre 5 e 7), mas, quando ocorreu, ele foi importante. Os juízes 1 e 2 classificaram-no em 22,6% dos desenhos realizados pelos depressivos, e o juiz 3, em 24,6%. Esses resultados se relacionam com as concepções de Machover (1949), Hammer (1969/1991) e Van Kolck (1984), que consideram linhas leves e finas como sendo característica da depressão.

Tabela 23 - Frequência de “linhas com interrupções” em cada desenho por juiz e Teste de Fisher e Qui-Quadrado entre grupos

Desenho	Grupo	Juiz 1			Juiz 2			Juiz 3		
		F	X ²	Sig.	F	X ²	Sig.	F	X ²	Sig.
1	CD	6	0,480	0,488	8	0,884	0,347	9	3,750	0,053
	SD	6			5			3		
2	CD	7	0,417	0,519	6	0,000	1,000	7	1,002	0,317
	SD	5			6			4		
3	CD	10	1,364	0,243	11	0,693	0,405	10	2,222	0,136
	SD	6			8			5		
4	CD	7	1,920	0,666	8	1,667	0,197	7	1,920	0,166
	SD	3			4			3		
5	CD	7	1,920	0,666	6	0,480	0,488	6	Fs	0,472
	SD	3			4			3		

De acordo com a Tabela 23, o item linhas com interrupções apareceu nos desenhos dos dois grupos, com frequência maior para os depressivos, e não apresentou diferenças significantes entre os sujeitos com TDM e os não pacientes na análise dos três juízes.

Tabela 24 - Frequência de “ausência de movimento” em cada desenho por juiz e Teste do Qui-Quadrado entre grupos

Desenho	Grupo	Juiz 1			Juiz 2			Juiz 3		
		F	X ²	Sig.	F	X ²	Sig.	F	X ²	Sig.
1	CD	13	0,407	0,524	11	0,278	0,598	14	0,271	0,602
	SD	11			13			12		
2	CD	13	0,000	1,000	9	1,763	0,184	15	1,714	0,190
	SD	13			14			10		
3	CD	13	0,141	0,708	11	0,300	0,584	12	1,200	0,173
	SD	12			9			8		
4	CD	12	0,069	0,793	13	0,635	0,426	13	2,700	0,100
	SD	13			10			7		
5	CD	13	0,278	0,598	13	0,000	1,000	14	4,800	0,028
	SD	11			13			6		

A Tabela 24 mostra que o item ausência de movimento apareceu nos dois grupos e não apresentou diferenças significantes entre as amostras para os três juízes. O único resultado que revelou diferenças significantes entre os grupos foi a análise do juiz 3, no desenho 5.

Tabela 25 - Frequência de “parte do desenho borrada” em cada desenho por juiz e Teste de Fisher entre grupos

Desenho	Grupo	Juiz 1		Juiz 2		Juiz 3	
		F	Fisher	F	Fisher	F	Fisher
1	CD	0		0		0	
	SD	0		0		0	
2	CD	0		0		1	1,000
	SD	0		0		0	
3	CD	2	0,492	2	0,492	1	1,000
	SD	0		0		0	
4	CD	0		0		0	
	SD	0		0		0	
5	CD	0		1	1,000	0	
	SD	0		0		0	

A Tabela 25 mostra que esse item foi bastante raro e não conseguiu diferenciar os grupos, mas só apareceu nos depressivos.

Tabela 26 - Frequência de “pequeno (1/16 e 1/32)” em cada desenho por juiz e Teste de Fisher entre grupos

Desenho	Grupo	Juiz 1		Juiz 2		Juiz 3	
		F	Fisher	F	Fisher	F	Fisher
1	CD	9	0,002	8	0,026	9	0,002
	SD	0		1		0	
2	CD	7	0,011	6	0,024	5	0,052
	SD	0		0		0	
3	CD	4	0,112	4	0,353	3	0,237
	SD	0		1		0	
4	CD	3	0,237	3	0,237	4	0,112
	SD	0		0		0	
5	CD	6	0,024	3	0,237	4	0,112
	SD	0		0		0	

Esse item mostrou diferença significativa entre os grupos em seis comparações, tendo ocorrido, predominantemente, nos pacientes com depressão. A primeira unidade de produção foi a que apresentou diferenças nas avaliações dos três juízes.

Tabela 27 - Frequência de “localização na metade inferior” em cada desenho por juiz e Teste de Fisher entre grupos

Desenho	Grupo	Juiz 1		Juiz 2		Juiz 3	
		F	Fisher	F	Fisher	F	Fisher
1	CD	2	0,492	2	0,492	2	0,492
	SD	0		0		0	
2	CD	2	1,000	2	1,000	3	0,612
	SD	1		1		1	
3	CD	1	1,000	1	1,000	2	1,000
	SD	1		2		1	
4	CD	1	1,000	2	1,000	2	0,492
	SD	0		1		0	
5	CD	1	1,000	1	1,000	1	1,000
	SD	0		1		0	

A localização do desenho na metade inferior da folha teve uma frequência muito baixa nos dois grupos e não conseguiu diferenciá-los.

Tabela 28 - Frequência de “localização à esquerda” em cada desenho por juiz, Teste de Fisher e Qui-Quadrado entre grupos

Desenho	Grupo	Juiz 1			Juiz 2			Juiz 3		
		F	X ²	Sig.	F	X ²	Sig.	F	X ²	Sig.
1	CD	7	1,002	0,317	4	Fs	0,671	4	0,480	0,488
	SD	4			2			2		
2	CD	9	7,680	0,006	5	Fs	0,195	5	Fs	0,103
	SD	1			1			1		
3	CD	7	3,268	0,071	2	Fs	1,000	2	Fs	1,000
	SD	2			1			1		
4	CD	5	1,456	0,228	2	Fs	1,000	2	Fs	1,000
	SD	2			3			3		
5	CD	3	0,218	0,640	1	Fs	1,000	1	Fs	1,000
	SD	2			2			2		

A localização à esquerda da folha só foi significativa para um juiz, no segundo desenho, e ocorreu nos dois grupos, sem uma tendência definida. Em relação à frequência desse item, observa-se que foi maior para o juiz 1, o que possivelmente explica a baixa correlação no estudo de precisão entre o juiz 1 e 2 (0,517).

Tabela 29 - Frequência de “uso da cor preta” observada em cada desenho por juiz e Teste de Fisher entre grupos

Desenho	Grupo	Juiz 1		Juiz 2		Juiz 3	
		F	Fisher	F	Fisher	F	Fisher
1	CD	0		0		0	
	SD	0		0		0	
2	CD	0	1,000	0		0	
	SD	1		0		0	
3	CD	0		0		0	
	SD	0		0		0	
4	CD	1	1,000	1	1,000	0	
	SD	0		0		0	
5	CD	0		0		1	1,000
	SD	0		0		0	

O item uso da cor preta teve frequência quase nula nos dois grupos e ocorreu somente em 4 avaliações, não se mostrando estatisticamente significativa.

Tabela 30 - Frequência de “ausência de cor” observada em cada desenho por juiz, Teste de Qui-Quadrado entre grupos

Desenho	Grupo	Juiz 1			Juiz 2			Juiz 3		
		F	X ²	Sig.	F	X ²	Sig.	F	X ²	Sig.
1	CD	13	1,832	0,176	12	1,200	0,273	11	1,270	0,260
	SD	8			8			7		
2	CD	13	2,700	0,100	14	2,584	0,108	12	4,022	0,045
	SD	7			8			5		
3	CD	15	5,934	0,015	15	3,455	0,063	13	3,774	0,052
	SD	6			8			6		
4	CD	15	4,593	0,032	15	4,593	0,032	13	5,079	0,024
	SD	7			7			5		
5	CD	17	10,335	0,001	19	8,148	0,004	15	9,320	0,002
	SD	5			8			4		

A Tabela 30 mostra que o item ausência de cor foi mais freqüente entre os depressivos, fato que se relaciona com as considerações de Van Kolck (1984), quando comenta que os depressivos costumam realizar desenhos acromáticos, principalmente no DFH. Ao todo, oito diferenças significantes foram obtidas, e as unidades de produção nº 4 e 5 foram aquelas que permitiram discriminar os dois grupos segundo as avaliações dos três juízes. Porém, esse item não foi considerado válido para diferenciar os depressivos dos não depressivos pelo fato do critério definido na pesquisa exigir, no mínimo, dez resultados significantes.

Tabela 31 - Frequência de “ausência de detalhes” em cada desenho por juiz, Teste de Fisher e Qui-Quadrado entre grupos

Desenho	Grupo	Juiz 1			Juiz 2			Juiz 3		
		F	X ²	Sig.	F	X ²	Sig.	F	X ²	Sig.
1	CD	11	10,417	0,001	11	13,469	0,000	9	Fs	0,002
	SD	1			0			0		
2	CD	9	10,588	0,001	10	12,000	0,001	7	Fs	0,011
	SD	0			0			0		
3	CD	12	15,000	0,000	11	13,469	0,000	8	Fs	0,005
	SD	0			0			0		
4	CD	11	7,954	0,005	12	15,000	0,000	10	12,000	0,001
	SD	2			0			0		
5	CD	11	7,954	0,005	13	10,756	0,001	11	13,469	0,000
	SD	2			2			0		

De acordo com a Tabela 31, nas 15 avaliações, o item “Ausência de detalhes” mostrou diferenças significativas entre os grupos. O juiz 1 observou a freqüência deste critério em 36% dos desenhos feitos pelos sujeitos depressivos e em 3,3% dos desenhos feitos pelos não pacientes, enquanto que o juiz 2, em 38% dos realizados pelos depressivos e em 1,3% dos não pacientes, e o juiz 3, em 30% dos depressivos e em nenhum sujeito sem a patologia. Esses

resultados se relacionam com as considerações descritas no DSM-IV-TR (APA, 2002), que dizem ser característica do depressivo a não disposição para realizar quaisquer atividades. Freud (1917/1974) também comenta que o depressivo mantém uma relação muito pobre com a realidade externa e, nesse caso, o empobrecimento da qualidade do grafismo pode ser uma das maneiras de se observar essa característica e essa falta de disposição para realizar tarefas. Esses resultados também são consonantes com as afirmações de Hammer (1969/1991) e (Van Kolck, 1984), que consideram a ausência de detalhes nas técnicas gráficas característica dos depressivos.

Tabela 32 - Frequência de “sombreamento” em cada desenho por juiz e Teste de Fisher entre grupos

Desenho	Grupo	Juiz 1		Juiz 2		Juiz 3	
		F	Fisher	F	Fisher	F	Fisher
1	CD	2	1,000	1	1,000	0	0,492
	SD	1		1		2	
2	CD	3	1,000	3	1,000	0	1,000
	SD	4		3		1	
3	CD	1	0,612	1	1,000	0	1,000
	SD	3		2		1	
4	CD	1	0,612	1	0,612	0	0,237
	SD	3		3		3	
5	CD	1	1,000	1	1,000	0	0,492
	SD	2		2		2	

A Tabela 32 mostra que o item sombreamento não apontou diferenças entre os grupos, e que os três juízes observaram uma frequência muito baixa nas duas amostras.

Tabela 33 - Frequência de figuras flutuando em cada desenho por juiz e Teste de Fisher entre grupos

Desenho	Grupo	Juiz 1		Juiz 2		Juiz 3	
		F	Fisher	F	Fisher	F	Fisher
1	CD	6	0,024	5	0,052	6	0,254
	SD	0		0		2	
2	CD	7	0,052	5	0,052	8	0,024
	SD	1		0		2	
3	CD	6	0,254	2	1,000	7	0,052
	SD	2		1		1	
4	CD	3	0,612	2	0,042	4	1,000
	SD	1		0		3	
5	CD	6	0,254	3	0,237	6	0,254
	SD	2		0		2	

O item “figuras flutuando” mostrou diferenças significantes entre os grupos em duas comparações (desenho 1 do juiz 1 e desenho 2 do juiz 3), e sua frequência foi maior entre os

depressivos. Contudo, estes resultados não permitem considerar o critério como discriminante.

Tabela 34 - Frequência de “figura sentada ou deitada” em cada desenho por juiz e Teste de Fisher entre grupos

Desenho	Grupo	Juiz 1		Juiz 2		Juiz 3	
		F	Fisher	F	Fisher	F	Fisher
1	CD	1	1,000	1	1,000	1	1,000
	SD	1		1		1	
2	CD	1	1,000	0		1	1,000
	SD	1		0		0	
3	CD	0		0		0	
	SD	0		0		0	
4	CD	0		1	1,000	0	
	SD	0		0		0	
5	CD	0		0		0	
	SD	0		0		0	

A Tabela 34 mostra que esse item apareceu muito pouco nos dois grupos e que ele não diferenciou os dois grupos, em nenhuma das 15 análises.

Tabela 35 - Frequência de “figuras débeis/vazias” em cada desenho por juiz, Teste de Fisher e Qui-Quadrado entre grupos

Desenho	Grupo	Juiz 1			Juiz 2			Juiz 3		
		F	X ²	Sig.	F	X ²	Sig.	F	X ²	Sig.
1	CD	3	Fs	0,237	2	Fs	1,000	2	Fs	0,492
	SD	0			1			0		
2	CD	3	Fs	0,237	5	Fs	0,195	2	Fs	0,492
	SD	0			1			0		
3	CD	3	Fs	0,237	8	Fs	0,005	4	Fs	0,112
	SD	0			0			0		
4	CD	3	Fs	0,237	5	Fs	0,195	3	Fs	0,237
	SD	0			1			0		
5	CD	3	Fs	0,237	9	7,680	0,006	4	Fs	0,052
	SD	0			1			0		

Observando-se a Tabela 35, percebe-se que o item figuras débeis/vazias apareceu com mais frequência entre os depressivos e só apresentou duas diferenças significantes, que ocorreram nos desenhos 2 e 5 da análise feita pelo juiz 2.

No estudo de precisão, esse item não mostrou evidências satisfatórias entre as correlações do juiz 2 com os outros dois avaliadores. Isso mostra que este avaliador entendeu de maneira singular o significado do critério e por isso os resultados das suas avaliações foram diferentes das realizadas pelos juízes 1 e 3.

Tabela 36 - Frequência de “se mais de uma figura, pelo menos uma é grande e forte” em cada desenho por juiz e Teste de Fisher entre grupos

Desenho	Grupo	Juiz 1		Juiz 2		Juiz 3	
		F	Fisher	F	Fisher	F	Fisher
1	CD	1	1,000	3	0,237	0	
	SD	0		0		0	
2	CD	6	0,103	6	0,103	2	0,492
	SD	1		1		0	
3	CD	3	0,237	8	0,026	1	1,000
	SD	0		1		0	
4	CD	2	0,492	5	0,424	1	1,000
	SD	0		2		0	
5	CD	1	1,000	1	0,612	0	
	SD	0		3		0	

A Tabela 36 revela que esse item foi mais freqüente entre os depressivos e que só na avaliação do juiz 2 sobre o desenho 3 houve resultado significativo.

Tabela 37 - Frequência de “figuras amputadas” em cada desenho por juiz, Teste de Fisher e Qui-Quadrado entre grupos

Desenho	Grupo	Juiz 1			Juiz 2			Juiz 3		
		F	X ²	Sig.	F	X ²	Sig.	F	X ²	Sig.
1	CD	2	Fs	1,000	3	Fs	0,706	2	Fs	1,000
	SD	3			5			3		
2	CD	3	Fs	0,237	5	Fs	0,195	4	Fs	0,371
	SD	0			1			2		
3	CD	2	Fs	1,000	4	Fs	1,000	2	Fs	1,000
	SD	1			3			1		
4	CD	3	Fs	1,000	6	0,480	0,488	4	Fs	0,371
	SD	2			4			2		
5	CD	3	Fs	0,371	6	Fs	0,254	2	Fs	1,000
	SD	1			2			2		

O item “figuras amputadas” teve baixa freqüência na amostra e, quando foi observado pelos três juízes, não revelou predominância em nenhum dos dois grupos.

Tabela 38 - Frequência de “ausência de tronco” em cada desenho por juiz e Teste de Fisher entre grupos

Desenho	Grupo	Juiz 1		Juiz 2		Juiz 3	
		F	Fisher	F	Fisher	F	Fisher
1	CD	1	1,000	0		2	0,492
	SD	0		0		0	
2	CD	1	1,000	0		0	
	SD	0		0		0	
3	CD	1	1,000	1	1,000	1	1,000
	SD	0		0		0	
4	CD	1	1,000	1	1,000	0	
	SD	0		0		0	
5	CD	0		1	1,000	1	1,000
	SD	0		0		0	

Observando a Tabela 38, nota-se que o item “ausência de tronco” apareceu com baixa frequência entre os sujeitos depressivos e não apareceu nos desenhos dos não pacientes. Em função disso, não houve diferenças significantes entre os dois grupos.

Tabela 39 - Frequência de “figura esquemática” em cada desenho por juiz, Teste de Fisher e Qui-Quadrado entre grupos

Desenho	Grupo	Juiz 1			Juiz 2			Juiz 3		
		F	X ²	Sig.	F	X ²	Sig.	F	X ²	Sig.
1	CD	2	Fs	1,000	4	Fs	0,671	3	Fs	0,427
	SD	2			2			1		
2	CD	6	Fs	0,103	10	9,017	0,003	6	Fs	0,103
	SD	1			1			1		
3	CD	9	5,455	0,020	11	7,954	0,005	9	Fs	0,042
	SD	2			2			1		
4	CD	9	7,680	0,006	8	4,320	0,038	7	Fs	0,145
	SD	1			2			2		
5	CD	8	Fs	0,026	12	11,882	0,001	10	Fs	0,006
	SD	1			1			1		

De acordo com a tabela 39, nove avaliações apresentaram resultados significantes, principalmente as realizadas pelo juiz 2, cujo item discriminou as duas amostras em quatro unidades de produção. A frequência desse critério foi maior entre os sujeitos depressivos para os três avaliadores, o que mostra uma certa tendência da amostra portadora da patologia em revelar esse tipo de característica ao desenhar a figura humana nos desenhos livres. Mesmo assim, não foi possível considerar o item válido, em função do critério adotado na presente pesquisa.

Tabela 40 - Frequência de “perda grosseira das proporções” em cada desenho por juiz e Teste de Fisher entre grupos

Desenho	Grupo	Juiz 1		Juiz 2		Juiz 3	
		F	Fisher	F	Fisher	F	Fisher
1	CD	0		0	0,492	0	
	SD	0		2		0	
2	CD	1	1,000	2	1,000	1	1,000
	SD	0		2		0	
3	CD	0		2	0,492	0	
	SD	0		0		0	
4	CD	0		2	0,492	0	
	SD	0		0		0	
5	CD	1	1,000	1	1,000	1	1,000
	SD	0		1		0	

A Tabela 40 mostra que o item “perda grosseira das proporções” foi realizado poucas vezes pelos sujeitos da pesquisa, e não houve resultados significantes. Somente o juiz 2 o encontrou com maior frequência, mas sem uma tendência definida. No estudo de precisão, todos os resultados para esse critério foram insatisfatórios e indicaram que o seu significado não se mostrou claro aos juízes. É provável que a diferença entre as frequências encontradas pelo juiz 2 das observadas pelos outros juízes relacione-se a desta evidência.

Tabela 41 - Frequência de “falta de diferenciação entre as figuras dos dois sexos” em cada desenho por juiz e Teste de Fisher entre grupos

Desenho	Grupo	Juiz 1		Juiz 2		Juiz 3	
		F	Fisher	F	Fisher	F	Fisher
1	CD	1	1,000	2	1,000	1	1,000
	SD	1		2		0	
2	CD	4	0,671	5	0,195	3	0,237
	SD	2		1		0	
3	CD	3	0,671	2	0,492	2	0,492
	SD	1		0		0	
4	CD	3	0,237	4	0,353	2	1,000
	SD	0		1		1	
5	CD	2	0,492	5	0,052	4	0,112
	SD	0		0		0	

Embora o item “falta de diferenciação entre figuras” não tenha apresentado resultados significantes e não tenha sido desenhado com frequência, quando ocorreu, foi mais incidente entre os sujeitos depressivos.

Tabela 42 - Frequência de “boca aberta” em cada desenho por juiz e Teste de Fisher entre grupos

Desenho	Grupo	Juiz 1		Juiz 2		Juiz 3	
		F	Fisher	F	Fisher	F	Fisher
1	CD	1	1,000	1	1,000	1	1,000
	SD	1		1		1	
2	CD	1	1,000	2	1,000	2	0,492
	SD	0		1		0	
3	CD	1	1,000	4	0,112	2	0,492
	SD	0		0		0	
4	CD	0		1	0,612	1	1,000
	SD	0		3		2	
5	CD	0	1,000	1	1,000	0	
	SD	1		2		0	

A Tabela 42 mostra que o item “boca aberta” apareceu muito pouco e não revelou resultados significantes em nenhuma das 15 análises.

Tabela 43 - Frequência de “figuras abertas na parte inferior” em cada desenho por juiz e Teste de Fisher entre grupos

Desenho	Grupo	Juiz 1		Juiz 2		Juiz 3	
		F	Fisher	F	Fisher	F	Fisher
1	CD	0	0,492	1	0,195	0	0,492
	SD	2		5		2	
2	CD	0		0		0	
	SD	0		0		0	
3	CD	0		0		1	1,000
	SD	0		0		0	
4	CD	0		0		2	0,492
	SD	0		0		0	
5	CD	0		0		2	0,492
	SD	0		0		0	

Observando a Tabela 43, percebe-se que foi na primeira unidade de produção que o item “figuras abertas na parte inferior” apresentou maior frequência entre os não pacientes, nas observações dos três juizes. Porém, de uma forma geral, esse critério não foi frequente entre os sujeitos da amostra e por isso os resultados não foram significantes.

Tabela 44 - Frequência de “boca omitida” em cada desenho por juiz e Teste de Fisher entre grupos

Desenho	Grupo	Juiz 1		Juiz 2		Juiz 3	
		F	Fisher	F	Fisher	F	Fisher
1	CD	1	1,000	0		2	0,492
	SD	0		0		0	
2	CD	2	0,492	4	0,112	1	1,000
	SD	0		0		0	
3	CD	4	0,112	4	0,353	4	0,112
	SD	0		1		0	
4	CD	1	1,000	2	1,000	2	0,492
	SD	0		1		0	
5	CD	3	0,612	5	0,195	4	0,112
	SD	1	B	1		0	

O item “boca omitida” apareceu com pouca frequência nos desenhos dos dois grupos, mas quando ocorreu foi mais incidente entre os depressivos. Não houve evidências significantes.

Tabela 45 - Frequência de “olhos omitidos” em cada desenho por juiz e Teste de Fisher entre grupos

Desenho	Grupo	Juiz 1		Juiz 2		Juiz 3	
		F	Fisher	F	Fisher	F	Fisher
1	CD	0		0	0,492	0	
	SD	0		2		0	
2	CD	1	1,000	2	1,000	1	1,000
	SD	0		2		0	
3	CD	0		2	0,492	0	
	SD	0		0		0	
4	CD	0		2	0,492	0	
	SD	0		0		0	
5	CD	0	1,000	1	1,000	0	1,000
	SD	1		1		1	

De acordo com a Tabela 45, o item olhos omitidos não foi observado com frequência pelos juízes e não mostrou resultados significantes.

Tabela 46 - Frequência de “braços omitidos” em cada desenho por juiz e Teste de Fisher entre grupos

Desenho	Grupo	Juiz 1		Juiz 2		Juiz 3	
		F	Fisher	F	Fisher	F	Fisher
1	CD	1	1,000	2	0,492	1	1,000
	SD	0		0		0	
2	CD	2	0,492	3	0,237	2	0,492
	SD	0		0		0	
3	CD	1	1,000	1	1,000	0	
	SD	0		0		0	
4	CD	2	0,492	1	1,000	2	1,000
	SD	0		2		1	
5	CD	0		1	1,000	0	
	SD	0		0		0	

A Tabela 46 mostra que o “item braços omitidos” teve pouca incidência entre os participantes da pesquisa, e quando foi observado pelos juízes, não revelou diferenças entre os grupos.

Tabela 47 - Frequência de “mãos omitidas” em cada desenho por juiz, Teste de Fisher e Qui-Quadrado entre grupos

Desenho	Grupo	Juiz 1			Juiz 2			Juiz 3		
		F	X ²	Sig.	F	X ²	Sig.	F	X ²	Sig.
1	CD	1	Fs	1,000	5	Fs	0,195	1	Fs	1,000
	SD	2			1			1		
2	CD	4	Fs	0,671	9	7,680	0,006	5	Fs	0,052
	SD	2			1			0		
3	CD	4	Fs	0,671	7	0,098	0,754	5	Fs	0,706
	SD	2			6			3		
4	CD	5	Fs	0,424	10	1,364	0,243	8	1,667	0,197
	SD	2			6			4		
5	CD	5	Fs	0,195	7	0,417	0,519	5	Fs	0,424
	SD	1			5			2		

Somente a avaliação do juiz 2, na segunda unidade de produção, foi significativa. A frequência desse item, embora maior entre os depressivos, não foi muito discrepante entre os dois grupos.

Tabela 48 - Frequência de “pés omitidos” em cada desenho por juiz, Teste de Fisher e Qui-Quadrado entre grupos

Desenho	Grupo	Juiz 1			Juiz 2			Juiz 3		
		F	X ²	Sig.	F	X ²	Sig.	F	X ²	Sig.
1	CD	1	Fs	1,000	3	Fs	0,472	1	Fs	1,000
	SD	2			6			1		
2	CD	3	Fs	0,237	3	Fs	0,612	2	Fs	0,492
	SD	0			1			0		
3	CD	3	Fs	1,000	2	Fs	0,424	2	Fs	0,671
	SD	2			5			4		
4	CD	4	Fs	0,353	4	Fs	1,000	5	Fs	1,000
	SD	1			5			4		
5	CD	4	Fs	0,671	6	0,000	1,000	3	Fs	1,000
	SD	2			6			3		

A Tabela 48 revela que esse item não indicou uma tendência predominante em nenhum dos dois grupos, e não houve resultados significativos nas análises do Qui-Quadrado e do Teste de Fisher.

Tabela 49 - Frequência de “pernas omitidas” em cada desenho por juiz e Teste de Fisher entre grupos

Desenho	Grupo	Juiz 1		Juiz 2		Juiz 3	
		F	Fisher	F	Fisher	F	Fisher
1	CD	1	1,000	2	1,000	1	1,000
	SD	0		2		0	
2	CD	0		0		0	
	SD	0		0		0	
3	CD	0	1,000	0	0,492	0	1,000
	SD	1		2		1	
4	CD	1	1,000	1	1,000	1	1,000
	SD	0		2		2	
5	CD	0	1,000	1	1,000	0	0,492
	SD	1		2		2	

Esse item também apareceu raramente nos protocolos e foi mais observado pelo juiz 2.

Tabela 50 - Frequência de “poucas vestimentas” em cada desenho por juiz, Teste de Fisher e Qui-Quadrado entre grupos

Desenho	Grupo	Juiz 1			Juiz 2			Juiz 3		
		F	X ²	Sig.	F	X ²	Sig.	F	X ²	Sig.
1	CD	3	Fs	0,612	4	Fs	1,000	3	Fs	0,237
	SD	1			3			0		
2	CD	6	Fs	0,254	7	Fs	0,052	5	Fs	0,052
	SD	2			1			0		
3	CD	5	Fs	0,424	7	1,002	0,317	3	Fs	0,237
	SD	2			4			0		
4	CD	3	Fs	1,000	8	1,667	0,197	2	Fs	0,492
	SD	2			4			0		
5	CD	5	Fs	0,195	8	0,373	0,542	2	Fs	1,000
	SD	1			6			1		

Observando a Tabela 50, percebe-se que a frequência desse item foi maior entre os depressivos e que o juiz 2 classificou sua presença mais vezes do que os outros dois juízes. Mesmo assim, os resultados não permitem considerar o item válido para discriminar amostras.

Tabela 51 - Frequência de “expressão facial neutra ou negativa” em cada desenho por juiz e Teste de Fisher entre grupos

Desenho	Grupo	Juiz 1		Juiz 2		Juiz 3	
		F	Fisher	F	Fisher	F	Fisher
1	CD	1	1,000	0		1	1,000
	SD	0		0		0	
2	CD	0		1	1,000	0	
	SD	0		0		0	
3	CD	1	1,000	2	1,000	1	1,000
	SD	0		1		0	
4	CD	1	1,000	2	1,000	1	1,000
	SD	0		1		1	
5	CD	1	1,000	1	1,000	1	1,000
	SD	0		1		1	

Esse item também apareceu poucas vezes nos desenhos avaliados pelos três juízes.

Tabela 52 - Frequência de “braços voltados para si ou atrás das costas” em cada desenho por juiz e Teste de Fisher entre grupos

Desenho	Grupo	Juiz 1		Juiz 2		Juiz 3	
		F	Fisher	F	Fisher	F	Fisher
1	CD	1	1,000	1	1,000	1	1,000
	SD	1		2		2	
2	CD	2	0,492	2	1,000	2	0,492
	SD	0		1		0	
3	CD	1	1,000	2	1,000	1	0,612
	SD	2		1		3	
4	CD	2	1,000	1	0,492	1	1,000
	SD	2		3		2	
5	CD	1	1,000	0	0,492	0	1,000
	SD	1		2		1	

A Tabela 52 mostra que a incidência de “braços voltados para si ou atrás das costas” não foi alta, e quando ocorreu não se mostrou predominante em nenhum grupo.

Tabela 53 - Frequência de “cabelo desvitalizado” em cada desenho por juiz e Teste de Fisher entre grupos

Desenho	Grupo	Juiz 1		Juiz 2		Juiz 3	
		F	Fisher	F	Fisher	F	Fisher
1	CD	2	0,492	4	0,112	2	0,492
	SD	0		0		0	
2	CD	1	1,000	6	0,024	1	1,000
	SD	0		0		0	
3	CD	2	1,000	7	0,011	3	0,237
	SD	1		0		0	
4	CD	2	0,492	3	0,612	2	0,492
	SD	0		1		0	
5	CD	2	0,492	5	0,052	3	0,237
	SD	0		0		0	

Esse item revelou resultados significantes somente na segunda e terceira unidades de produção nas avaliações feitas pelo juiz 2. Nas avaliações dos outros dois juizes, o item só apareceu poucas vezes e apenas nos desenhos dos sujeitos depressivos.

Tabela 54 - Frequência de “cabelo mal enraizado na cabeça” em cada desenho por juiz, Teste de Fisher e Qui-Quadrado entre grupos

Desenho	Grupo	Juiz 1			Juiz 2			Juiz 3		
		F	X ²	Sig.	F	X ²	Sig.	F	X ²	Sig.
1	CD	5	Fs	0,052	6	Fs	0,103	6	4,043	0,044
	SD	0			1			1		
2	CD	8	4,320	0,038	7	Fs	0,145	8	4,320	0,038
	SD	2			2			2		
3	CD	8	4,320	0,038	10	9,017	0,003	9	7,680	0,006
	SD	2			1			1		
4	CD	6	4,043	0,044	6	1,667	0,254	9	7,680	0,006
	SD	1			2			1		
5	CD	6	6,667	0,010	6	6,667	0,010	9	Fs	0,002
	SD	0			0			0		

Observando a Tabela 54, percebe-se que o item “cabelo mal enraizado” teve 11 avaliações significantes, sendo que cinco foram realizadas pelo juiz 3. Nas classificações dos três avaliadores, este critério permitiu discriminar os dois grupos e, entre os não pacientes, a frequência dele foi muito baixa. Isso indica que a incidência deste item foi maior entre os depressivos, o que confirma a hipótese de Grassano (1977/1996), quando comenta ser característica da patologia depressiva esse tipo de manifestação nos desenhos da figura humana.

Tabela 55 - Frequência de “copa da árvore semelhante a de um salgueiro” em cada desenho por juiz e Teste de Fisher entre grupos

Desenho	Grupo	Juiz 1		Juiz 2		Juiz 3	
		F	Fisher	F	Fisher	F	Fisher
1	CD	1	1,000	0	0,492	0	
	SD	0		2		0	
2	CD	1	1,000	1	1,000	1	1,000
	SD	1		1		0	
3	CD	0		1	1,000	0	
	SD	0		2		0	
4	CD	0		1	1,000	0	
	SD	0		0		0	
5	CD	0		0		0	
	SD	0		0		0	

Somente nas avaliações do juiz 2, esse item foi encontrado entre os não pacientes. De uma forma geral, sua frequência não foi alta em nenhum dos dois grupos, por isso os resultados não foram significantes.

Tabela 56 - Frequência de “galhos e ramos para baixo” em cada desenho por juiz e Teste de Fisher entre grupos

Desenho	Grupo	Juiz 1		Juiz 2		Juiz 3	
		F	Fisher	F	Fisher	F	Fisher
1	CD	1	1,000	1	1,000	1	1,000
	SD	0		1		0	
2	CD	1	1,000	0		0	
	SD	0		0		0	
3	CD	0		0		0	
	SD	0		0		0	
4	CD	0		0		0	
	SD	0		0		0	
5	CD	0		0		0	
	SD	0		0		0	

A frequência desse item também foi muito rara nos desenhos dos dois grupos.

Tabela 57 - Frequência de “desvitalização” em cada desenho por juiz e Teste de Fisher entre grupos

Desenho	Grupo	Juiz 1		Juiz 2		Juiz 3	
		F	Fisher	F	Fisher	F	Fisher
1	CD	1	1,000	3	0,237	0	
	SD	0		0		0	
2	CD	2	0,492	2	1,000	2	0,492
	SD	0		2		0	
3	CD	0		1	1,000	0	
	SD	0		0		0	
4	CD	1	1,000	3	1,000	1	1,000
	SD	0		2		0	
5	CD	0		1	1,000	0	
	SD	0		1		0	

De acordo com a Tabela 57, o item “desvitalização” apareceu poucas vezes nos desenhos dos dois grupos, e o juiz 2 foi quem o observou com mais frequência. No estudo de precisão, as avaliações deste juiz com as dos outros dois apresentaram correlações insatisfatórias. Isto indica que a diferença entre as frequências observadas pelo juiz 2 em relação aos outros avaliadores se deve ao fato de ele ter compreendido de maneira diferente o significado do critério, até porque o juiz 1 e o juiz 3 classificaram de maneira muito similar a presença desse item, fato que confirma tal hipótese.

Tabela 58 - Frequência de “ramos em ponta” em cada desenho por juiz e Teste de Fisher entre grupos

Desenho	Grupo	Juiz 1		Juiz 2		Juiz 3	
		F	Fisher	F	Fisher	F	Fisher
1	CD	3	0,612	3	1,000	2	1,000
	SD	1		3		2	
2	CD	2	1,000	2	1,000	2	0,492
	SD	1		2		0	
3	CD	0		0	0,492	0	
	SD	0		2		0	
4	CD	1	1,000	0	1,000	0	
	SD	1		1		0	
5	CD	0		0		0	1,000
	SD	0		0		1	

Os resultados mostram que o item não foi desenhado, segundo as análises dos três juízes, por nenhum dos dois grupos.

Tabela 59 - Frequência de “tronco sombreado, com marcas e cicatrizes” em cada desenho por juiz e Teste de Fisher entre grupos

Desenho	Grupo	Juiz 1		Juiz 2		Juiz 3	
		F	Fisher	F	Fisher	F	Fisher
1	CD	3	1,000	4	1,000	1	1,000
	SD	4		5		2	
2	CD	0	0,112	0	0,112	0	0,237
	SD	4		4		3	
3	CD	1	0,612	1	0,612	1	1,000
	SD	3		3		1	
4	CD	1	0,612	1	0,353	1	1,000
	SD	3		4		1	
5	CD	0	0,237	0	0,237	0	0,492
	SD	3		3		2	

Na tabela 59, “o item tronco sombreado, com marcas e cicatrizes” foi observado pelos três juízes com mais frequência entre os sujeitos não pacientes. Entretanto, a quantidade de vezes que os avaliadores o observaram foi muito baixa. Isso indica que o item não se mostrou sensível o suficiente para discriminar os dois grupos.

Tabela 60 - Frequência de “copa pequena em relação a outros desenhos” em cada desenho por juiz e Teste de Fisher entre grupos

Desenho	Grupo	Juiz 1		Juiz 2		Juiz 3	
		F	Fisher	F	Fisher	F	Fisher
1	CD	0		1	1,000	1	1,000
	SD	0		0		1	
2	CD	1	1,000	2	1,000	2	0,492
	SD	1		1		0	
3	CD	0		0		0	
	SD	0		0		0	
4	CD	0	1,000	1	1,000	1	1,000
	SD	1		2		1	
5	CD	0		0	1,000	0	1,000
	SD	0		1		1	

A Tabela 60 mostra que o item “copa pequena” foi observado raras vezes pelos três juízes nos desenhos da amostra.

Tabela 61 - Frequência de “simples, vazia com portas abertas” em cada desenho por juiz e Teste de Fisher entre grupos

Desenho	Grupo	Juiz 1		Juiz 2		Juiz 3	
		F	Fisher	F	Fisher	F	Fisher
1	CD	3	1,000	4	1,000	1	1,000
	SD	3		3		1	
2	CD	4	0,353	5	0,706	1	1,000
	SD	1		3		1	
3	CD	2	1,000	2	1,000	1	1,000
	SD	3		2		1	
4	CD	0		1	1,000	0	
	SD	0		0		0	
5	CD	2	1,000	3	1,000	0	
	SD	2		2		0	

Esse item foi classificado com mais frequência pelos três juízes nas três primeiras unidades de produção do D-E. Contudo, mesmo que esse critério tenha sido observado nos dois grupos, sua incidência não foi predominante em nenhum deles. Em função disso, os resultados não mostraram diferenças significantes no cálculo do Teste Exato de Fisher.

Tabela 62 - Frequência de “sem janela” em cada desenho por juiz e Teste de Fisher entre grupos

Desenho	Grupo	Juiz 1		Juiz 2		Juiz 3	
		F	Fisher	F	Fisher	F	Fisher
1	CD	2	0,492	2	0,492	1	1,000
	SD	0		0		0	
2	CD	0	1,000	0	0,492	1	1,000
	SD	1		2		1	
3	CD	1	1,000	1	1,000	1	1,000
	SD	0		0		0	
4	CD	1	1,000	1	1,000	0	
	SD	0		0		0	
5	CD	1	1,000	1	1,000	1	1,000
	SD	0		0		0	

O item “sem janela” também apareceu poucas vezes nos desenhos avaliados pelos juízes, e os resultados não foram significantes.

Tabela 63 - Frequência de “casa só, abandonada” em cada desenho por juiz, Teste de Fisher e Qui-Quadrado entre grupos

Desenho	Grupo	Juiz 1			Juiz 2			Juiz 3		
		F	X ²	Sig.	F	X ²	Sig.	F	X ²	Sig.
1	CD	6	1,002	0,317	6	0,480	0,488	4	0,480	0,488
	SD	4			4			2		
2	CD	1	Fs	0,492	3	Fs	1,000	3	Fs	1,000
	SD	3			3			2		
3	CD	1	Fs	1,000	1	Fs	1,000	2	Fs	0,492
	SD	1			2			0		
4	CD	1	Fs	1,000	0	Fs	0,492	1	Fs	1,000
	SD	1			2			0		
5	CD	1	6,667	1,000	1	Fs	1,000	1	Fs	1,000
	SD	1			1			0		

De acordo com a tabela 63, o item “casa só” foi classificado com mais frequência pelos três juízes nas primeiras unidades de produção dos D-E. De maneira geral, sua incidência foi maior entre os depressivos, mas a quantidade de vezes em que foi observado não foi suficiente para considerá-lo discriminante.

Tabela 64 - Frequência de “sem acesso” em cada desenho por juiz, Teste de Fisher e Qui-Quadrado entre grupos

Desenho	Grupo	Juiz 1			Juiz 2			Juiz 3		
		F	X ²	Sig.	F	X ²	Sig.	F	X ²	Sig.
1	CD	4	1,002	0,317	6	0,000	1,000	6	0,480	0,488
	SD	7			6			4		
2	CD	6	Fs	0,524	5	Fs	1,000	5	Fs	1,000
	SD	2			4			4		
3	CD	2	Fs	0,671	4	Fs	1,000	1	Fs	1,000
	SD	4			3			2		
4	CD	1	Fs	1,000	3	Fs	0,492	3	Fs	0,237
	SD	1			1			0		
5	CD	0			2	Fs	1,000	1	Fs	1,000
	SD	0			1			0		

O item “sem acesso” foi observado pelos juízes com mais frequência nas duas primeiras unidades de produção e, do primeiro ao quinto desenho, sua incidência foi diminuindo nos dois grupos. De maneira geral, a frequência desse critério, embora um pouco maior entre os depressivos, não apontou discrepâncias significantes entre os participantes da pesquisa.

Tabela 65 - Frequência de “chaminé com fumaça tênue” em cada desenho por juiz e Teste de Fisher entre grupos

Desenho	Grupo	Juiz 1		Juiz 2		Juiz 3	
		F	Fisher	F	Fisher	F	Fisher
1	CD	1	1,000	1	1,000	2	0,492
	SD	0		0		0	
2	CD	0		0		0	
	SD	0		0		0	
3	CD	3	0,237	2	0,492	0	
	SD	0		0		0	
4	CD	0		0		1	1,000
	SD	0		0		0	
5	CD	0		0		0	
	SD	0		0		0	

O item chaminé com fumaça tênue apareceu raramente nos desenhos dos depressivos e não foi observado no grupo correlato pelos três juízes.

Tabela 66 - Frequência de “o eu faz parte da história” em cada história por juiz e Teste de Fisher entre grupos

Desenho	Grupo	Juiz 1		Juiz 2		Juiz 3	
		F	Fisher	F	Fisher	F	Fisher
1	CD	15	0,000	23	0,000	22	0,000
	SD	1		3		2	
2	CD	19	0,000	25	0,000	22	0,000
	SD	2		3		2	
3	CD	19	0,000	25	0,000	25	0,000
	SD	2		3		1	
4	CD	20	0,000	26	0,000	23	0,000
	SD	1		2		1	
5	CD	18	0,000	25	0,000	23	0,000
	SD	1		3		1	

A Tabela 66 mostra que todas as avaliações feitas pelos três juízes apontaram diferenças significativas entre os grupos. Nessas análises, o juiz 1 observou a presença desse item em 60% das histórias dos depressivos e em 4% das relatadas pelos não pacientes. O juiz 2 observou este item em 82% das histórias dos depressivos e em 9,3% das histórias dos não pacientes, e o juiz 3 em 76% e em 4,6%, respectivamente.

Para Chabert (2004), esse critério é característico do depressivo, e sua presença indica a falta de recursos para lidar com conflitos inconscientes. Em outras palavras, quando o sujeito é solicitado a contar histórias, coloca-se como personagem principal da trama e não encontra meios de afastar os afetos das representações e por isso não consegue simbolizar suas angústias. Isso permite identificar com mais facilidade esse critério no enredo do discurso.

Tabela 67 - Frequência de “predomínio de experiências subjetivas” em cada história por juiz, Teste de Fisher e Qui-Quadrado entre grupos

Desenho	Grupo	Juiz 1			Juiz 2			Juiz 3		
		F	X ²	Sig.	F	X ²	Sig.	F	X ²	Sig.
1	CD	10	12,000	0,001	17	8,531	0,003	2	Fs	0,492
	SD	0			6			0		
2	CD	12	15,000	0,000	18	11,915	0,001	3	Fs	0,237
	SD	0			5			0		
3	CD	10	12,000	0,001	18	10,000	0,002	3	Fs	0,237
	SD	0			6			0		
4	CD	12	15,000	0,000	18	14,067	0,000	2	Fs	0,492
	SD	0			4			0		
5	CD	10	12,000	0,001	18	8,297	0,008	3	Fs	0,237
	SD	0			7			0		

Somente as avaliações do juiz 3 não permitiram discriminar os dois grupos. Esse juiz observou a presença desse item em 8,6% das histórias relatadas pelos depressivos e em

nenhuma história dos não pacientes. O juiz 1, o observou em 37% das histórias dos depressivos e em nenhuma dos não pacientes, e o juiz 2 em 59% das histórias dos depressivos e em 18,6% das histórias do outro grupo. No estudo de precisão, embora os resultados não tenham sido satisfatórios, foi nas correlações entre o juiz 1 e 2 que os resultados foram mais altos. De acordo com a Tabela 67, as maiores frequências encontradas foram as desses dois juizes. Isso indica que o juiz 3 compreendeu de maneira singular o conceito desse critério e por isso não observou diferenças significantes entre os dois grupos. Mesmo assim, como dez das 15 análises apontaram diferenças significativas, foi possível considerar esse item como sendo discriminante.

Esse resultado relaciona-se com as especulações psicanalíticas em que o depressivo costuma investir boa parte de energia psíquica nos objetos do seu mundo interno ao invés de catexizar ou libidinizar elementos do mundo externo. Para Chabert (2004), o depressivo possui dificuldade em separar-se da história e por isso privilegia suas experiências pessoais no momento em que a narra. A autora também comenta que essa patologia é de ordem narcísica e é exatamente esse tipo de estrutura psíquica que sustenta a manifestação desse indicador.

Tabela 68 - Frequência de “negação dos desejos do eu” em cada história por juiz e Teste de Fisher entre grupos

Desenho	Grupo	Juiz 1		Juiz 2		Juiz 3	
		F	Fisher	F	Fisher	F	Fisher
1	CD	1	1,000	0		0	
	SD	0		0		0	
2	CD	0		0		0	
	SD	0		0		0	
3	CD	1	1,000	1	1,000	1	1,000
	SD	0		0		0	
4	CD	0		0		0	
	SD	0		0		0	
5	CD	0		0		0	
	SD	0		0		0	

Esse item não foi observado pelos juizes nas histórias dos não pacientes. Entre os depressivos, só o observaram raríssimas vezes.

Tabela 69 - Frequência de “idealização narcísica do eu” em cada história por juiz e Teste de Fisher entre grupos

Desenho	Grupo	Juiz 1		Juiz 2		Juiz 3	
		F	Fisher	F	Fisher	F	Fisher
1	CD	0		0		0	
	SD	0		0		0	
2	CD	0	1,000	0	1,000	0	
	SD	1		1		0	
3	CD	0		0		0	1,000
	SD	0		0		1	
4	CD	0		0		0	
	SD	0		0		0	
5	CD	0		0	1,000	0	
	SD	0		1		0	

A Tabela 69 mostra a baixa frequência desse item nas histórias de todos os participantes da pesquisa.

Tabela 70 - Frequência de “acusações a si mesmo e censuras” em cada história por juiz e Teste de Fisher entre grupos

Desenho	Grupo	Juiz 1		Juiz 2		Juiz 3	
		F	Fisher	F	Fisher	F	Fisher
1	CD	0	1,000	2	0,492	3	0,237
	SD	1		0		0	
2	CD	0		0		0	
	SD	0		0		0	
3	CD	0		1	1,000	0	
	SD	0		0		0	
4	CD	1	1,000	0		1	1,000
	SD	0		0		0	
5	CD	0		2	0,492	2	0,492
	SD	0		0		0	

O item “acusações a si mesmo e censuras” apareceu poucas vezes nas histórias dos depressivos e não foi observado pelos juízes nas histórias dos não pacientes. Em função disso, os resultados do Teste Exato de Fisher não apontaram diferenças entre os grupos, em nenhuma história.

Tabela 71 - Frequência de “medo de ser incapaz” em cada história por juiz e Teste de Fisher entre grupos

Desenho	Grupo	Juiz 1		Juiz 2		Juiz 3	
		F	Fisher	F	Fisher	F	Fisher
1	CD	1	1,000	0		0	
	SD	0		0		0	
2	CD	1	1,000	1	1,000	0	
	SD	0		0		0	
3	CD	3	0,237	1	1,000	1	1,000
	SD	0		0		0	
4	CD	1	1,000	3	0,237	3	0,237
	SD	0		0		0	
5	CD	1	1,000	2	0,492	1	1,000
	SD	0		0		0	

De acordo com a Tabela 71, o item “medo de ser incapaz” não foi observado nas histórias dos sujeitos sem a patologia, e entre os sujeitos depressivos sua frequência foi muito baixa.

Tabela 72 - Frequência de “histórias curtas” em cada história por juiz e Teste de Qui-Quadrado entre grupos

Desenho	Grupo	Juiz 1			Juiz 2			Juiz 3		
		F	X ²	Sig.	F	X ²	Sig.	F	X ²	Sig.
1	CD	29	48,088	0,000	29	39,095	0,000	26	48,088	0,000
	SD	4			5			1		
2	CD	29	48,088	0,000	29	48,088	0,000	27	45,268	0,000
	SD	4			4			1		
3	CD	29	48,088	0,000	29	48,088	0,000	27	45,268	0,000
	SD	4			4			1		
4	CD	29	48,088	0,000	29	45,268	0,000	27	45,268	0,000
	SD	4			3			1		
5	CD	28	38,571	0,000	28	35,623	0,000	27	45,268	0,000
	SD	4			5			1		

A Tabela 72 mostra que todas as 15 avaliações realizadas pelos três juízes apontaram diferenças significativas. Tanto o juiz 1 quanto o juiz 2 classificaram a presença desse item em 96% das histórias dos depressivos e em 13,3% das histórias do outro grupo, enquanto que o juiz 3 em 89,3% e 3,3%, respectivamente. Cabe ressaltar que este item já tinha sido observado pela primeira dupla de juízes ao separarem os 60 protocolos dos D-E em dois grupos, como observado no Quadro 8.

Esses resultados relacionam-se com as considerações de Rapaport (1976), que já havia dito que os depressivos costumam relatar histórias muito curtas. Ebert et. al. (1984) também afirmam que histórias curtas são comuns aos sujeitos portadores de depressão. Também é possível que tal característica se associe à dificuldade do depressivo em realizar tarefas, bem

descrita pelo DSM-IV-TR (APA, 2002). Além do mais, é provável que a característica de personalidade que torne o grafismo pobre de detalhes seja a mesma característica que torne as histórias curtas e empobrecidas de elementos criativos.

Tabela 73 - Frequência de “desfecho de natureza negativa” em cada história por juiz e Teste de Fisher entre grupos

Desenho	Grupo	Juiz 1		Juiz 2		Juiz 3	
		F	Fisher	F	Fisher	F	Fisher
1	CD	5	0,052	5	0,052	5	0,052
	SD	0		0		0	
2	CD	3	0,237	5	0,052	4	0,112
	SD	0		0		0	
3	CD	2	0,492	4	0,112	3	0,237
	SD	0		0		0	
4	CD	4	0,112	5	0,052	1	1,000
	SD	0		0		0	
5	CD	2	0,492	7	0,052	4	0,112
	SD	0		1		0	

Observando a Tabela 73, percebe-se que a frequência desse item foi maior entre os sujeitos depressivos. Somente o juiz 2 o encontrou entre os não pacientes, e na última unidade de produção dos D-E. Entretanto, a incidência desse critério não foi suficiente para apontar resultados significantes no Teste Exato de Fisher.

Tabela 74 - Frequência de “aparecimento da história por inquérito” em cada história por juiz e Teste de Qui-Quadrado entre grupos

Desenho	Grupo	Juiz 1			Juiz 2			Juiz 3		
		F	X ²	Sig.	F	X ²	Sig.	F	X ²	Sig.
1	CD	25	26,667	0,000	24	13,303	0,000	16	18,468	0,000
	SD	5			10			1		
2	CD	25	29,433	0,000	25	26,667	0,000	16	18,468	0,000
	SD	4			5			1		
3	CD	25	26,667	0,000	23	17,067	0,000	16	18,468	0,000
	SD	5			7			1		
4	CD	24	24,093	0,000	23	19,288	0,000	16	18,468	0,000
	SD	5			6			1		
5	CD	24	29,697	0,000	24	26,786	0,000	18	22,259	0,000
	SD	3			4			1		

A Tabela 74 mostra que nas 15 avaliações, os resultados indicaram diferenças entre os grupos. De acordo com a frequência de vezes em que este item foi observado pelos juízes, é possível afirmar que essa evidência é característica da amostra depressiva, pois o juiz 1 classificou sua presença em 82% das histórias relatadas pelos depressivos e em 14,6% das

histórias do outro grupo, enquanto que o juiz 2 em 79,3% das histórias dos depressivos e em 21,3% das histórias dos não pacientes, e o juiz 3 em 54,6% e em 3,33%, respectivamente.

Esses resultados relacionam-se com as afirmações de Ebert et. al. (1984), que consideram ser comum do depressivo relatar o seu conflito somente no inquérito. Se as histórias são curtas, o examinador deve procurar investigar o não-dito e promover a associação livre do seu examinando. Caso contrário, o conflito não será observado com tanta facilidade.

Tabela 75 - Frequência de “respostas monossilábicas ao inquérito” em cada história por juiz e Teste de Fisher entre grupos

Desenho	Grupo	Juiz 1		Juiz 2		Juiz 3	
		F	Fisher	F	Fisher	F	Fisher
1	CD	1	1,000	0		2	0,492
	SD	0		0		0	
2	CD	2	0,492	2	0,492	2	0,492
	SD	0		0		0	
3	CD	3	0,612	1	1,000	3	0,237
	SD	1		0		0	
4	CD	1	1,000	0		2	0,492
	SD	0		0		0	
5	CD	1	1,000	0		1	1,000
	SD	0		0		0	

O item respostas monossilábicas ao inquérito não foi observado no grupo dos não pacientes e apareceu poucas vezes entre os depressivos.

Tabela 76 - Frequência de “histórias fantasiosas e sentimentais” em cada história por juiz, Teste de Fisher e Qui-Quadrado entre grupos

Desenho	Grupo	Juiz 1			Juiz 2			Juiz 3		
		F	X ²	Sig.	F	X ²	Sig.	F	X ²	Sig.
1	CD	3	Fs	1,000	4	Fs	1,000	2	Fs	1,000
	SD	2			5			3		
2	CD	3	Fs	0,612	3	Fs	1,000	2	Fs	1,000
	SD	1			2			1		
3	CD	2	Fs	1,000	2	Fs	1,000	1	Fs	0,612
	SD	0			3			3		
4	CD	3	Fs	1,000	5	0,417	0,519	3	Fs	1,000
	SD	2			7			2		
5	CD	3	Fs	1,000	4	Fs	1,000	3	Fs	0,706
	SD	3			5			5		

A Tabela 76 mostra que as frequências entre os grupos, de acordo com os procedimentos estatísticos adotados, não foram diferentes entre si, em boa parte das

avaliações. Isso indica que não houve uma tendência de um ou outro grupo a manifestar com mais incidência esse tipo de característica nas histórias.

Tabela 77 - Frequência de “histórias tristes” em cada história por juiz e Teste de Fisher entre grupos

Desenho	Grupo	Juiz 1		Juiz 2		Juiz 3	
		F	Fisher	F	Fisher	F	Fisher
1	CD	3	0,237	5	0,052	4	0,112
	SD	0		0		0	
2	CD	4	0,112	6	0,024	3	0,237
	SD	0		0		0	
3	CD	5	0,052	5	0,052	4	0,112
	SD	0		0		0	
4	CD	4	0,112	6	0,103	4	0,112
	SD	0		1		0	
5	CD	3	0,612	6	0,103	2	0,492
	SD	1		1		0	

Embora esse item tenha sido encontrado com mais frequência pelos três juízes nas histórias dos depressivos, somente no segundo desenho, observado pelo juiz 2, o resultado foi significativo. Os juízes 1 e 2 observaram a presença desse critério entre os não pacientes, mas raramente. Mesmo assim, como a quantidade de vezes que o item apareceu entre os sujeitos da amostra e como boa parte dos resultados do Teste Exato de Fisher não foram significantes, é possível afirmar que este indicador não é discriminante.

Tabela 78 - Frequência de “restrição da atividade ideacional” em cada história por juiz e Teste de Fisher entre grupos

Desenho	Grupo	Juiz 1		Juiz 2		Juiz 3	
		F	Fisher	F	Fisher	F	Fisher
1	CD	1	1,000	0	0,492	1	1,000
	SD	1		2		0	
2	CD	1	1,000	2	1,000	1	1,000
	SD	1		1		0	
3	CD	1	1,000	1	1,000	1	1,000
	SD	1		1		0	
4	CD	2	1,000	2	1,000	1	1,000
	SD	1		1		0	
5	CD	1	1,000	3	0,612	1	1,000
	SD	1		1		0	

A Tabela 78 mostra que o item restrição da atividade ideacional não teve muita incidência entre os 60 sujeitos, por isso seus resultados não foram significantes.

Tabela 79 - Frequência de “lugares e situações idealizadas” em cada história por juiz e Teste de Fisher e Qui-Quadrado entre grupos

Desenho	Grupo	Juiz 1			Juiz 2			Juiz 3		
		F	X ²	Sig.	F	X ²	Sig.	F	X ²	Sig.
1	CD	6	0,000	1,000	13	0,000	1,000	5	Fs	0,052
	SD	6			13			0		
2	CD	3	Fs	0,640	11	0,693	0,405	1	Fs	1,000
	SD	2			8			0		
3	CD	0	Fs	0,052	7	0,739	0,390	0	Fs	0,492
	SD	5			10			2		
4	CD	2	Fs	0,424	6	0,800	0,371	2	Fs	0,492
	SD	5			9			0		
5	CD	2	Fs	0,021	10	0,739	0,390	2	Fs	1,000
	SD	10			7			1		

De acordo com a Tabela 79, apenas o juiz 1 encontrou diferenças significantes entre os dois grupos. O juiz 2 foi quem mais observou a presença desse item entre os participantes da amostra, mas a quantidade de vezes em que cada grupo o manifestou não foi muito discrepante entre eles. O juiz 3 não encontrou esse critério com muita frequência.

Tabela 80 - Frequência de “temas de amor” em cada história por juiz e Teste de Fisher entre grupos

Desenho	Grupo	Juiz 1		Juiz 2		Juiz 3	
		F	Fisher	F	Fisher	F	Fisher
1	CD	1	0,612	0	0,112	0	0,112
	SD	3		4		4	
2	CD	2	1,000	5	0,195	1	1,000
	SD	2		1		1	
3	CD	0	0,492	2	1,000	0	
	SD	2		3		0	
4	CD	2	1,000	2	1,000	2	1,000
	SD	3		3		2	
5	CD	2	0,254	1	0,106	1	1,000
	SD	6		6		1	

A Tabela 80 mostra que, nas avaliações dos três juizes, a frequência desse item foi maior entre os não pacientes, mas as diferenças entre os dois grupos não foi significativa.

Tabela 81 - Frequência de “temas de felicidade” em cada história por juiz e Teste de Fisher e Qui-Quadrado entre grupos

Desenho	Grupo	Juiz 1			Juiz 2			Juiz 3		
		F	X ²	Sig.	F	X ²	Sig.	F	X ²	Sig.
1	CD	7	0,089	0,766	7	0,098	0,754	4	0,480	0,488
	SD	8			6			6		
2	CD	4	1,002	0,317	7	0,089	0,766	4	Fs	1,000
	SD	7			8			5		
3	CD	4	1,667	0,197	3	2,783	0,095	1	Fs	0,195
	SD	8			8			5		
4	CD	6	2,308	0,129	7	3,268	0,071	6	0,480	0,488
	SD	2			2			4		
5	CD	7	0,098	0,754	8	0,884	0,532	5	Fs	0,424
	SD	6			5			2		

O item “temas de felicidade” foi observado pelos três juízes em todas as unidades de produção do D-E, e nos dois grupos. Nas três primeiras unidades, os não pacientes o manifestaram com mais frequência e, nas duas últimas, os depressivos. Contudo, as diferenças entre os grupos não foi significativa.

Tabela 82 - Frequência de “temas de tristeza” em cada história por juiz e Teste de Fisher entre grupos

Desenho	Grupo	Juiz 1		Juiz 2		Juiz 3	
		F	Fisher	F	Fisher	F	Fisher
1	CD	7	0,011	7	0,011	5	0,052
	SD	0		0		0	
2	CD	7	0,052	4	0,112	7	0,011
	SD	1		0		0	
3	CD	5	0,195	4	0,671	4	0,112
	SD	1		2		0	
4	CD	4	0,353	6	0,024	6	0,024
	SD	1		0		0	
5	CD	4	0,353	4	0,353	4	0,671
	SD	1		1		2	

A Tabela 82 mostra que, das quinze análises, cinco apresentaram resultados significantes. Na primeira unidade de produção, os três juízes classificaram a presença desse item nos temas desenvolvidos pelos depressivos, embora a avaliação do juiz 3 não tenha sido significativa, e não a observaram no grupo de não pacientes. O juiz 3 observou a presença do critério na segunda unidade de produção e os juízes 2 e 3, na quarta, sendo que todas foram mais preponderantes entre os portadores da patologia depressiva. Entretanto, o item não foi considerado discriminante pelo fato de não satisfazer a exigência do presente estudo.

Cabe destacar que alguns itens dos desenhos e das histórias não foram pontuados em nenhuma ou quase nenhuma unidade de produção pelos juízes, o que inviabilizou a realização do cálculo do Teste Exato de Fischer e do Qui-Quadrado. Em função disso consideraram-se estes itens como não sendo discriminantes.

Os itens dos desenhos que tiveram a pontuação “zero” constante ou quase constante foram os seguintes: utilização da cor roxa, pernas e/ou pés borrados, ênfase na paisagem como tema dominante, desintegração da gestalt, cabeça pequena e sem ênfase, falta de individuação, exagero nas mãos e braços, dentes expostos, ênfase no tronco, ênfase no rosto, figura caindo, sorriso de palhaço, riso forçado, expressão triste, presença de botões, posição da árvore em forma de arco, desenho como um todo borrado, perspectiva da árvore abaixo do observador, ramos débeis e para baixo, ramos encobertos pela folhagem, raízes finas, casa sem teto e casa sem porta.

Os itens das histórias que também tiveram a pontuação “zero” constante ou quase constante foram os seguintes: apego aos outros personagens da história, preocupação com os personagens fracos e doentes, o outro é o duplo eu, sentimentos de culpa [que para Monti (2008) é, atualmente, uma das manifestações do humor depressivo], medo de ficar só e envelhecer, recusa ao elaborar histórias, frases ligadas ao pecado e à moral, tipo de pensamento ilusionista, mágico ou irreal e restrição de temas.

Dentre os 94 itens indicativos de depressão encontrados na literatura, apenas três relativos aos desenhos e quatro às histórias permitiram discriminar as amostras no D-E: linhas leves, ausência de detalhes, cabelo mal enraizado na cabeça, o eu faz parte da história, predomínio de experiências subjetivas, histórias curtas e aparição do conteúdo da história por inquérito.

Como a presente pesquisa foi feita com sujeitos do sexo feminino, é possível que os resultados sejam diferentes com outras amostras (homens, crianças, adolescentes e idosos). Mas, para confirmar essa hipótese, é necessária a realização de pesquisas futuras com o D-E e com as amostras descritas.

De acordo com o observado na Etapa 4, muitos foram os itens extraídos da literatura que não permitiram discriminar as duas amostras estudadas. Por quê? Qual a razão para esses resultados serem insatisfatórios?

Siegel (1956/1975) comenta que as chances de se obter resultados satisfatórios e representativos de populações, quando se procura validar inferências sobre um determinado constructo, são maiores quando o número da amostra aumenta. Como o número de 30 participantes em cada grupo é o mínimo para se realizar cálculos estatísticos, é possível que o

resultado se torne diferente, caso o número de participantes aumente, bem como se forem incluídas outras amostras para identificar se os itens se manifestam nos desenhos e nas histórias delas. Além do mais, muitos dos itens, aqui estudados, não foram baseados em pesquisas com a população brasileira e tampouco extraídos de trabalhos com proposta psicométrica. Também não foram encontradas pesquisas com a população em questão que tivessem a preocupação em definir parâmetros e dados normativos nas técnicas projetivas que avaliam a depressão.

Por outro lado, devem-se considerar no processo de avaliação, os significados atribuídos pelo sujeito aos estímulos observados nos desenhos e nas histórias. Isso quer dizer que, mesmo com os critérios que permitem reconhecer a amostra depressiva [número consideravelmente pequeno], o avaliador deve articular essas evidências com o significado que o próprio sujeito atribui ao item. No caso do D-E, esse procedimento, se adotado, permite validar as inferências clínicas no processo de diagnóstico. Logo, articular o que é comum ao sujeito com o que é característico de um grupo possibilita, segundo Tavares (2003), minimizar as chances de se avaliar um protocolo, sem considerar as reais características de um dado examinando.

Aplicando a abordagem da validade clínica, descrita no final do capítulo cinco do presente trabalho, seria possível compreender o significado de alguns itens que foram comuns às amostras estudadas com o D-E. Como observado na presente pesquisa e nas pesquisas de Al'Osta (1984), Mestriner (1982) e Moreno (1985), o item ausência de detalhes foi observado no instrumento e tornou-se um critério que identifica diferentes amostras. Portanto, para saber o que significa essa evidência, é necessário relacionar outras informações que possam tornar a compreensão do caso mais condizente com o real.

Também é possível considerar que a definição desse item, nas pesquisas desses autores, seja diferente do aqui exposto. Embora os autores tenham considerado “ausência de detalhes” como indicativo de determinadas patologias, seu conceito não foi apresentado por eles, bem como os dos outros itens comuns às amostras estudadas. Portanto, é possível que “ausência de detalhes”, “desenhos pequenos” e “ausência de cor” tenham definições diferentes para cada estudo.

De acordo com os resultados apresentados neste capítulo, foi possível tanto considerar o D-E um instrumento sensível à detecção de sujeitos com TDM quanto identificar quais são os itens que caracterizam a patologia, embora seja necessário um estudo mais específico com amostragem maior, para ser possível verificar se existem mais critérios comuns à doença depressiva.

10- Considerações finais

Seria possível afirmar, de acordo com o material exposto até o presente capítulo, que o Procedimento de Desenhos-Estórias é um instrumento que possibilita realizar diagnósticos diferenciais de TDM?

Quando Trinca (1987) desenvolveu sua técnica de contar histórias sobre os desenhos, não estava preocupado em transformar seu procedimento em um teste psicométrico. Mas, como em ciência nada fica somente no âmbito da especulação, o autor procurou mostrar, pautando-se em parâmetros utilizados na construção de testes, que sua técnica avalia características da personalidade. Alguns autores citados em nosso trabalho também investigaram a eficácia desse instrumento para avaliar determinadas psicopatologias e observaram que o D-E é válido para diferenciar sujeitos com Esquizofrenia, com Deficiência Mental Leve e crianças com Asma Brônquica de sujeitos que não as possuem. A presente pesquisa caminhou nesse mesmo sentido e procurou demonstrar, cientificamente, a capacidade do D-E em discriminar sujeitos portadores de TDM daqueles que não o possuem, identificando quais elementos das histórias e dos desenhos permitiriam realizar tal discriminação.

Procurou-se estudar mulheres adultas no D-E, pelo fato de o DSM-IV-TR (APA, 2002) apontar que a incidência da patologia depressiva é mais evidente no sexo feminino. Portanto, as conclusões feitas, no presente estudo, se referem ao gênero em questão e não devem ser extrapoladas a outras pessoas.

Em relação ao estudo de precisão, dos 94 indicadores utilizados como pautas de análise 91% deles mostraram-se significativamente claros e bem estruturados para permitir diagnósticos precisos, especificamente, quando realizados por profissionais experientes e bem treinados. Os oito itens que não apresentaram resultados significativos foram considerados critérios com formulação abstrata, o que os torna pouco claros e suscetíveis a interpretações divergentes. Entretanto, em função dessa prevalência de itens que demonstraram resultados significativos foi possível afirmar que, de um modo geral, os critérios utilizados na pesquisa permitem realizar avaliações objetivas de TDM no D-E.

Quanto ao estudo de validade, embora vários autores citados nesta dissertação considerassem o desenho como sendo sensível para discriminar determinadas amostras, em relação à patologia depressiva, os desenhos, isoladamente, não mostraram sensibilidade para discriminar sujeitos portadores de TDM daqueles que não possuem. Um dos fatores que pode explicar esta diferença pode ser o fato de a amostra utilizada, no presente trabalho, ter sido

diferente das estudadas pelos autores, pois, neste caso, estudaram-se, especificamente, mulheres adultas e com patologia diferente das estudadas por eles. Portanto, conclui-se que os desenhos, se empregados de maneira isolada e sem nenhuma pauta de análise, não permitem realizar diagnósticos diferenciais de TDM.

Em relação às histórias tomadas isoladamente, observou-se que os juízes, mesmo sem pautas de análise, conseguiram separar corretamente boa parte dos protocolos. Isso permitiu considerar que o discurso, como postulado por Trinca (1987), direciona o sujeito para áreas mais conflitivas da sua personalidade e, por isso, evidencia, de maneira mais específica, o tipo de pessoa submetida a ele. Portanto, concluiu-se que as histórias são elementos mais sensíveis do que os desenhos para detectar sujeitos portadores de TDM. No entanto, vale destacar que a forma como é administrada a técnica, que toma a história a partir do pedido inicial de um desenho que, por sua vez, funciona como estímulo para a realização da história, impõe que se considere o conjunto desenho/história como inseparável para tais análises.

Quando os juízes puderam dispor de pautas de análise para avaliar as histórias e os desenhos, também foi possível observar que eles foram capazes de separar corretamente boa parte dos 60 protocolos. Mas como esses resultados não foram muito diferentes da etapa anterior, isto reforçou a idéia de que são as histórias os elementos que denunciam a presença da patologia.

A partir do estudo realizado, foi possível concluir que algumas características da produção de sujeitos submetidos a este procedimento podem ser destacadas como capazes de diferenciar pacientes portadores de TDM, a saber:

- 1- Tempo de reação;
- 2- Linhas leves;
- 3- Cabelo mal enraizado na cabeça;
- 4 - Ausência de detalhes nos desenhos;
- 5- O eu fazendo parte da história;
- 6- Predomínio de experiências subjetivas;
- 7- Histórias curtas;
- 8- Aparição do conteúdo da história somente após o inquérito;

Essas oito evidências que foram observadas como válidas para discriminar os sujeitos portadores de TDM podem ser articuladas com a dinâmica psíquica subjacente ao transtorno, nos quais os aspectos, como a falta de investimento psíquico no mundo externo, o empobrecimento do eu e a estrutura narcísica de personalidade, podem gerar esse tipo de resposta no instrumento.

Em relação aos tempos de reação e aos tempos totais, todas as pesquisas feitas com o D-E não se preocuparam em verificar se esses elementos permitiriam caracterizar as amostras estudadas, mas, no presente estudo, esses elementos diferenciaram sujeitos portadores de TDM daqueles que não possuem e podem servir como indicadores da patologia depressiva no D-E. Assim sendo, considerou-se, de um modo geral, que este estudo revelou terem os sujeitos pacientes um tempo de reação maior do que os sujeitos sem a patologia e que essa é uma forma predominante de o depressivo lidar com a tarefa proposta pelo procedimento, aspecto que podemos relacionar à falta de investimento psíquico.

No que concerne aos itens “linhas leves”, “ausência de detalhes”, cabelo mal enraizado na cabeça, “histórias curtas” e “conteúdo da história somente por inquérito”, considerou-se que essas evidências se relacionam ao empobrecimento do eu que, por sua vez, se reflete nas situações corriqueiras e na situação diagnóstica e faz com que o depressivo se sinta desprovido de recursos para realizá-las. Já os itens o “eu faz parte da história” e “predomínio das experiências subjetivas” revelam hipoteticamente, a dificuldade do depressivo para separar-se dos conteúdos despertados pelos estímulos do instrumento e destacam o modo predominantemente narcísico do mesmo se relacionar com o mundo.

Contudo, cabe destacar que, mesmo reconhecendo quais seriam os elementos que caracterizam a patologia depressiva no D-E, o profissional tem que levar em conta outras evidências para realizar diagnósticos mais condizentes com a realidade do sujeito submetido ao instrumento. Segundo Tavares (2003), se em um processo de avaliação psicológica, o psicólogo leva em conta somente as evidências encontradas ou em um instrumento projetivo ou em um teste psicométrico, sem articulá-las com outras informações, a análise clínica torna-se frágil e inconsistente. Portanto, mesmo identificando as pautas de análise que podem ser específicas de sujeitos portadores de TDM, cabe ao avaliador integrar os dados observados no D-E com outras informações relevantes, tais como o histórico de vida, os resultados de outros procedimentos diagnósticos e o significado singular que o examinando atribui aos mesmos. Isso permite circunscrever a abordagem da validade clínica como um método mais eficaz no âmbito da avaliação psicológica.

A partir de todo o exposto, conclui-se que o D-E é um instrumento sensível para detectar a doença, mas os elementos que a identificam não são tão evidentes quando tomados isoladamente e carecem de ser mais estudados. Para isso, estudos futuros fazem-se necessários com uma maior amostragem e incluindo outras variáveis, tais como idade e gênero.

Referências³

- Al' Osta, A. J. S. (1984). *Validação do Procedimento de Desenhos-Estórias em pacientes psicóticos maníaco-depressivos hospitalizados*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica, Campinas.
- American Psychological Association (2002). *Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais* (C. Dornelles, trad.;4ª ed. rev.). Porto Alegre: Artmed.
- Anastasi, A. (1977). *Testes Psicológicos*. (D. M. Leite, trad.; 2ª ed). São Paulo: EPU. (Trabalho original publicado em 1961)
- Antúnez, A. E. A. & Santoantonio, J. (2008). Análise fenômeno-estrutural do Rorschach, TAT, WAIS e desenhos de uma paciente com depressão antes e após um ano de participação em Ateliê de Pintura [CD-ROM]. *V Encontro da Associação Brasileira de Rorschach e Métodos projetivos*. Ribeirão Preto: Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.
- Anzieu, D (1981). *Os métodos Projetivos*. (M. L.E. Silva, trad.;3ª ed.). Rio de Janeiro: Campus. (Original publicado em 1976).
- Aristóteles. (1997). *Problemata XXX, 1*. In: *A dor de existir*. Rio de Janeiro: Kalimeros.
- Aros, M. S. & Yoshida, E. M. P. (2009). Estudos da Depressão: instrumentos de avaliação e gênero. *Boletim de Psicologia*, LIX (130), 61-76.
- Arzeno, M. E.G. (1995). *Psicodiagnóstico Clínico - novas contribuições* (B. A. Neves, trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Original publicado em 1993).
- Azevedo, C. M., Moraes, M. A. V., Nascimento, L. N. S. & Souza, A. M. (2003). Representação mental das relações de apego de um indivíduo diagnosticado com Transtorno Depressivo Maior. *Estudos de Psicologia*, 20 (2), 51-62.
- Bahls, S. C. (1999). Depressão: uma breve revisão dos fundamentos biológicos e cognitivos. *Interação*, 3, 49-60.
- Bahls, S. C. (2000). Uma visão geral sobre a doença depressiva. *Interação em Psicologia*, 4, 61-73.
- Bahls, F. R. S. & Bahls, S. C. (2002). Depressão na adolescência: características clínicas. *Interação em Psicologia*, 6 (1), 49-57.
- Ballone, G. J. & Ortolani, I. V. (2005). *Psicofarmacologia para não-psiquiatras - antidepressivos*. Recuperado em 27 de Julho, 2009, de <http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=209>.

³ De acordo com APA

- Barreto, K. M. L., Carvalho, E. M. F. de, Falcão, I. V. & Leite, V. M. M. (2006). Depressão e envelhecimento: Estudo com os participantes do programa Universidade Aberta à Terceira Idade. *Revista Brasileira de Saúde e Maternidade Infanti*, 6 (1), 31-38.
- Baptista, A. S. D. & Baptista, M. N. (2005). Avaliação de depressão em gestantes de alto risco em um grupo de acompanhamento. *Interação em Psicologia*, 9 (1), 155-163.
- Bellak, L. & Bellak, S. S. (1967). *CAT-H: Teste de Apercepção Infantil com figuras humanas*. (O. Mantovani, trad.). São Paulo: Mestre Jou. (Original publicado em 1965).
- Bernstein, J. (1969) Introducción al TAT. In: H. A. Murray (Org.), *Test de Apercepción Temática. Manual para la Aplicación*. B. Aires: Paidós.
- Boutonier, J. (1968). *El dibujo en el niño normal y anormal*. Buenos Aires: Paidós.
- Bowlby, J. (1989). *Uma base segura: Aplicações clínicas da teoria do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bowlby, J. (1998). *Cuidados maternos e saúde mental*. (2ªed.). São Paulo: Martins Fontes.
- Buck, J. N. (2003). *HTP: Casa-árvore-pessoa, técnica projetiva do desenho. Manual e guia de interpretação*. (R.C. Tardivo, trad.). São Paulo: Vetor (Original publicado em 1992).
- Camon, V. A. A. (2003). *Temas existenciais em psicoterapia*. São Paulo: Thompson.
- Cecconello, A. M. & Koller, S. M. (1999). Avaliação da representação mental da relação de apego através do desenho da família: um estudo com crianças brasileiras. *Arquivos brasileiros de Psicologia*, 51 (4), 39-51.
- Chabert, C. (2004). *Psicanálise e métodos projetivos*. (Á. J. Lelé, M. & A. C. Silva, trads.). São Paulo: Vetor, 2004. (Original publicado em 1998).
- Christofi, A. A. S. N. (1995). *O estudo dos aspectos dos desenhos no Procedimento de Desenhos-Estórias em crianças com dificuldades no aprendizado da leitura e escrita*. Monografia, Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina, São Paulo.
- Código Internacional de Doenças. (1993). Classificação de transtornos mentais e de comportamento da classificação internacional de doenças (10ª ed.; D. Caetano, trad.) Porto Alegre: Artes Médicas.
- Conselho Federal de Psicologia (2003). *Resolução nº 002/2003*. Recuperado em 14 de Julho, 2007, de <http://www.pol.org.br/pol/cms/pol/legislacao/resolucao/#>
- Cunha, J. A. & Nunes, M. L. T. (1993). *Teste das Fábulas: Forma verbal e pictórica*. São Paulo: Centro Editor de Testes e Pesquisas em Psicologia.
- Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Dancey, C. P. & Reidy, J. (2006). *Estatística sem matemática para psicologia usando SPSS para Windows* (3ª ed.). São Paulo: Artmed.
- Delouya, D. (2001). *Depressão*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Di Loreto, O. D. M. (1997). Prefácio. In: W. Trinca (Org.), *Formas de investigação clínica em Psicologia. Procedimento de Desenhos-Estórias e Procedimento de Desenho de Famílias com Estórias* (pp.5-7). São Paulo: Vetor.
- Ebert, T. N. H., Miller, L. M. & Silva, E. F. (1984). *O Teste de Apercepção Temática de Murray (TAT) na cultura brasileira*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas.
- Elkisch, P. (1966). Expressión artística libre. In: A. I., Rabin & M Haworth, (Orgs.), *Técnicas proyectivas para niños*. Buenos Aires: Paidós.
- Esteves, F. C. & Galvan, A. L. (2006). Depressão numa contextualização contemporânea. *Aletheia*, 24, 127-135.
- Fairbain, W. R. D. (1980). Estudos psicanalíticos da personalidade. Rio de Janeiro: Interamericana. (Original publicado em 1952).
- Fédida, P. (2002). *Dos benefícios da depressão: Elogio da psicoterapia*. São Paulo: Escuta.
- Fenichel, O. (2000). *Teoria psicanalítica das neuroses: Fundamentos e bases da doutrina psicanalítica*. São Paulo: Atheneu Editora.
- Figueiredo, A. C. & Tenório, F. (2002). O diagnóstico em psiquiatria e psicanálise. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 5 (1), 29-43.
- Fráguas Jr., R., Paulo, M. S. L. L. de, Rizzini, M. A. & Tardivo, L. S. P. C. (1999). O desenho da figura humana de pacientes com depressão secundária. *Mudanças em Psicoterapia e Estudos Psicossociais*, 7 (11), 229-247.
- Freud, S. (1974). A interpretação dos sonhos [CD-ROM]. In: *Edição eletrônica das Obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. L. Meyer, trad.). Rio de Janeiro: Imago editora (Original publicado em 1900).
- Freud, S. (1974). Sobre o Narcisismo: uma introdução [CD-ROM]. In: *Edição eletrônica das Obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. L. Meyer, trad.). Rio de Janeiro: Imago editora (Original publicado em 1914).
- Freud, S. (1974). Luto e Melancolia [CD-ROM]. In: *Edição eletrônica das Obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. L. Meyer, trad.). Rio de Janeiro: Imago editora (Original publicado em 1917).
- Freud, S. (1974). Inibição, sintomas e ansiedade [CD-ROM]. In: *Edição eletrônica das Obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. L. Meyer, trad.). Rio de Janeiro: Imago editora (Original publicado em 1925).

- Gazalle, F. K., Hallal, P. C., Lima, M. S. de & Tavares, B. F. (2004). Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no Sul do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 38 (3), 365-371.
- Gold, L. Kerber, K., Lohr, N., Silk, K. R. & Westen (1990). Object relations and social cognition in borderlines, major depressives and normals: A thematic apperception test analysis. *Psychological Assessment*, 2 (4), 355-364.
- Gonçalves, L. A.(1997). Outra alternativa de utilização clínica. In: W. Trinca (Org.), *Formas de investigação clínica em Psicologia: Procedimento de Desenhos-Estórias e Procedimento de Desenho de Famílias com Estórias* (pp. 91-97). São Paulo: Vetor.
- Grassano, E. (1996). *Indicadores psicopatológicos nas técnicas projetivas*. (L. S. L. P. C. Tardivo, Trad.). São Paulo: Casa do Psicólogo. (Trabalho original publicado em 1977).
- Hagnell, O., Lanke, J., Rorsman, B. & Ojesjo, L. (1982). Are we entering an age age of melancholy? Depressive illness in a prospective epidemiological study over 25 years. *Psychology Med.* 12 (1), 279-289.
- Hammer (1991), E. F. *Aplicação clínica dos desenhos projetivos*. (E. Nick, Trad.). São Paulo: Casa do Psicólogo. (Trabalho original publicado em 1969).
- Kahill, S. (1984). Human figure drawings in adults: An update of the empirical evidence 1967-1982. *Canadian Psychology / Psychologie Canadienne.* 25 (4), 269-292.
- Kaplan, H. I. Sadock, B. J. & Grebb, J. A. (1994). *Synopsis of Psychiatry*. (7th). Baltimore: Williams and Wilkins. (Original publicado em 1987).
- Kessler, R. C. & Walters, E. E. (1998). Epidemiology of DSM-III-R major depression and minor depression among adolescents and young adults in the national comorbidity survey. *Depression and Anxiety*, 7 (1), 3-14.
- Klein, M. (1981). O luto e sua relação com os estados maníaco-depressivos. In: *Contribuições à psicanálise*. (M. Maillet, trad.). São Paulo: Mestre Jou. (Original publicado em 1940).
- Klein, M. (1991). Nota sobre alguns mecanismos esquizóides. In: *Inveja e gratidão* (Ed. Inglesa, Trad.). Rio de Janeiro: Imago Editora. (Original publicado em 1946).
- Lage, A. M. V. & Monteiro, K. C. C. (2007). Depressão: uma psicopatologia classificada nos manuais de Psiquiatria. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 27 (1), 106-119.
- Laurenti, R. & Lebrão, M. L. (2005). Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no município de São Paulo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 8 (2), 127-141.
- Levy, S. (1959) Figure drawing as a projective test. In: *Projective Psychology*. New York: Grove Press.
- Lenher, G. F. J. & Gunderson, E. K. (1953). Height relationship in the DAP test. *Journal of Personality*, 21(3), 392-399.

- Machover, K. (1949). *Proyección de la personalidad en el dibujo de la figura humana*. Bogotá: Cultural.
- Marzolf, S. S & Kirchner, J. H. (1970). Characteristics of House-Tree-Person Drawings by college men and women. *Journal of Projective Techniques and Personality Assessment*, 34 (2), 138-145.
- Marzolf, S. S & Kirchner, J. H. (1970). House-tree-Pearson drawings and personality traits. *Journal of clinical psychology*, 29 (2), 240-245.
- Mestriner, S. M. M. E (1982). *O Procedimento de Desenhos-Estórias em pacientes esquizofrênicos hospitalizados*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Mestriner, S. M. M. E (1989). *O Procedimento de Desenhos-Estórias em crianças asmáticas*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Mestriner, S. M. M. E. (1997). Pesquisas com o método estatístico. In: W. Trinca (Org.), *Formas de investigação clínica em Psicologia - Procedimento de Desenhos-Estórias e Procedimento de Desenho de Famílias com Estórias* (pp.179-202). São Paulo: Vetor.
- Minkowski, E. (1952). Les dessins d'enfants dans l'oeuvre de Françoise Minkowska. *Annales Médico-Psychologiques*, 5 (2), 711-712.
- Monti, M. R. (2008). Contrato narcisista e clínica do vazio. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 11 (2), 239-253.
- Moreno, N. M. M. (1985). *Estudo da personalidade de adolescentes com deficiência mental leve através do Procedimento de Desenhos-Estórias*. Dissertação de Mestrado, Instituto Metodista de Ensino Superior de Santo André, Santo André.
- Murray, H. A. (1973). *Teste de Apercepção Temática: Manual*. (A. Cabral, trad.). São Paulo: Mestre Jou. (Original publicado em 1943).
- Organização Mundial de Saúde (2001). *Relatório Sobre a Saúde no Mundo*. Recuperado em 17 de Julho, 2007, de <http://www.psiqweb.med.br/acad/oms1.html>.
- Othmer, E. & Othmer, S. C. (2003). *A entrevista clínica utilizando o DSM-IV-TR* (C. Dornelles, Trad.). Porto Alegre: Artmed. (Original publicado em 2002).
- Peres, U. T. (2003). *Depressão e melancolia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Porto, V. R. N. (1985). *Estudo de validação de um Procedimento de Desenhos de Família com Estórias, destinado à exploração clínica da personalidade de crianças*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica, Campinas.
- Rapaport, D. (1976). *Tests de diagnostico psicológico*. Buenos Aires: Paidós.

- Rodrigues, M. J. S. F. (2000). O diagnóstico de depressão. *Psicologia USP*, 11(1). Recuperado em 07 de Junho, 2009, de www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-65642000000001000107script=_arttext&tlng=es.
- Sigal, A. M. (2000). Considerações sobre o psicodiagnóstico: provocando o inconsciente. *Estudos de Psicanálise*, 12 (3), 22-43.
- Siegel, S. (1975). *Estatística não-paramétrica para as ciências do comportamento*. (A. A. Farias, trad.). São Paulo: MacGraw-Hill. (Original publicado em 1956).
- Silva, M. C. de V. (1989). *TAT- aplicação e interpretação do Teste de Apercepção Temática*. São Paulo: EPU.
- SPSS Incorporation (2005). *SPSS 14.0 for Windows*. Chicago, IL: SPSS Inc.
- Stern, E. (1967). Tests de personalidad. In *La observación y los Tests en Psicología Clínica*. B. Aires: Paidós.
- Stoppe Jr. & Louzã Neto, M. R. (1997). Depressão na terceira idade: Apresentação clínica e abordagem terapêutica. São Paulo: Lemos Editorial.
- Swensen, C.H. (1971). Evaluaciones empíricas de Dibujos de la Figura Humana. In: E. Megargee (Org.), *Métrica de la personalidad*. (vol. II; pp. 61-106). México: Ed. Trillas. (Original publicado em 1957).
- Tardivo, L. S. C. (1985). *Normas para avaliação do Procedimento de Desenhos-Estórias numa amostra de crianças paulistanas de 5 a 8 anos de idade*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Tavares, M. (2000). A entrevista estruturada para o DSM-IV. In: J. A. Cunha (Org.), *Psicodiagnóstico - V*. (pp. 75-87). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Tavares, M. (2003). Validade clínica. *Psico-USF*, 8 (2), 125-136.
- Trinca, A. M. T. (1997). Ampliação e Expansão. In W. Trinca (Org.), *Formas de investigação clínica em Psicologia - Procedimento de Desenhos-Estórias e Procedimento de Desenho de Famílias com Estórias*. (pp. 35-66). São Paulo: Vetor.
- Trinca, W. (1987). *Investigação clínica da personalidade - o desenho livre como estímulo de apercepção temática* (2ª ed.). São Paulo: EPU.
- Trinca, W. (1997). Apresentação e Aplicação. In: W. Trinca (Org.), *Formas de investigação clínica em Psicologia - Procedimento de Desenhos-Estórias e Procedimento de Desenho de Famílias com Estórias*. (pp. 11-34). São Paulo: Vetor.
- Urbina, S. (2007). *Fundamentos da testagem psicológica*. (C. Dornelles, trad.). São Paulo: Artmed. (Original publicado em 2004).
- Van Kolck, O. L. (1981). *Interpretação psicológica dos desenhos*. (2ª ed.). São Paulo: Pioneira.

Van Kolck, O. L. (1984). *Testes projetivos gráficos no diagnóstico psicológico*. São Paulo: EPU.

Winnicott, D. D. (1971). *O brincar e a realidade*. (J. O. A. Alves & N. Vanede, trans.). Rio de Janeiro: Imago.

Apêndice

Carta de Informação Sobre Pesquisa

Dados do Pesquisador: Fábio Donini Conti

Endereço: Rua Mato Grosso, nº 25 apto 21-A – Guarulhos – CEP: 07044-030

Telefone para contato: (011) 2425-3187 Res. - (011) 9616-2377 Cel.

Eu, Fábio Donini Conti, psicólogo, CRP 06/83852, aluno regularmente matriculado no Programa de Pós-Graduação da Universidade de São Paulo, nível Mestrado, estou desenvolvendo uma pesquisa orientada pela Prof. Dr. Audrey Setton Lopes de Souza, CRP 06/5194, cujo objetivo é verificar se o Procedimento de Desenho-Estórias constitui-se como instrumento clínico válido no diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior. Para relacionar os resultados da pesquisa com os objetivos da mesma, serão utilizados três métodos de avaliação: o Procedimento de Desenho-Estórias, o Inventário de Depressão Beck (BDI) e a entrevista clínica. Todas as atividades desenvolvidas para a pesquisa, não oferecem nenhum risco de dano à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural e espiritual ao participante, durante ou após o término da pesquisa. Esclareço que todos os dados pessoais serão mantidos em absoluto sigilo como forma de preservar a imagem daqueles que colaborarem com a atual pesquisa e que a mesma poderá vir a ser publicada sem que os participantes sejam identificados. O participante poderá, a qualquer momento, até a data de entrega da pesquisa, retirar seu consentimento a respeito da utilização de seus dados colhidos, sem que isso resulte em qualquer tipo de penalidade ou dano a si, e de pedir esclarecimento sobre qualquer ponto que não tenha ficado totalmente esclarecido. Todos os participantes preencherão um Termo de Consentimento, o qual será redigido em duas vias de igual teor, das quais uma via ficará com o colaborador e outra com o pesquisador. Estando ciente e de acordo com todos os dados acima, você está sendo convidado a participar da pesquisa como colaborador voluntário. Caso aceite todos os termos, assine o documento a seguir.

Fábio Donini Conti - Pesquisador
CRP 06/83852

Audrey Setton Lopes de Souza - Orientadora
CRP 06/5194

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____, RG _____, abaixo assinado, concordo em participar como sujeito da pesquisa descrita acima, cujo Título é:: Um estudo de validade e precisão com o “Procedimento de Desenhos-Estórias no diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior”. Ainda, autorizo a publicação dos dados obtidos com a pesquisa e declaro que fui informado de todo o procedimento da mesma, que recebi de forma clara e objetiva todas as explicações referentes ao projeto e que todos os dados colhidos referentes à minha pessoa serão mantidos em sigilo. Declaro que fui informado que posso me retirar do estudo a qualquer momento, se assim desejar.

Assinatura

São Paulo, _____ de _____ de _____.

Anexos

Anexo A

Informações colhidas na aplicação da pesquisa e instruções quanto à organização do material ⁴

Pesquisa sobre o Procedimento de Desenho-Estórias no Diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior

Aplicação n° _____

Local da aplicação _____

Endereço _____

Informações sobre o examinando

Nome _____

Sexo _____

Idade _____ anos _____ meses _____

Data de nascimento __/__/__ Nacionalidade _____

Naturalidade _____ Escolaridade _____ Série _____

Profissão (caso seja menor ou não trabalhe, indicar a do pai ou responsável) _____

Renda mensal _____

Queixas _____

_____ Medicação (não consta no roteiro original) _____

Tempo de Uso da medicação (não consta no roteiro original) _____

Possui orientação Médica (não consta no roteiro original) _____

Informações relativas à aplicação

N° de unidades de produção na primeira sessão _____ data de aplicação __/__/__

N° de unidades de produção na segunda sessão _____ data de aplicação __/__/__

Aplicador _____

Relate no verso desta folha todas as informações que julgar úteis ao interesse desta pesquisa e ocorridas durante a aplicação da prova: a) dificuldades do sujeito em submeter-se à prova; b) recursos utilizados pelo aplicador para contornar as dificuldades; c) dificuldades do próprio aplicador em conduzir a prova; d) sugestões.

Observações: Com o caráter de uniformizar o controle, solicita-se do aplicador a organização do material da seguinte maneira: a) numere os desenhos na ordem em que foram realizados; b) numere as estórias (incluindo “inquéritos” e títulos correspondentes, formando unidades de produção); d) coloque as unidades de produção em ordem numérica crescente.

⁴ Modelo de trabalho baseado em Trinca (1987).

Anexo B
Roteiro para entrevista clínica baseado nos critérios do DSM-IV-TR (SCID-NP)⁵

Transtornos cognitivos

1- Qual o seu nome completo?

Vou dizer três palavras que gostaria que você lembrasse. Elas são lápis, carro e relógio. Você poderia dizê-las? Ótimo. Quero que você se lembre das três palavras. É muito importante. Vou lhe pedir para dizê-las para mim dentro de alguns minutos. Lembre-se, as palavras são lápis, carro e relógio.

2- Quando você nasceu? Qual a data de seu nascimento?

3- Que dia da semana é hoje?

4- Em que mês estamos?

5- Qual é a data de hoje?

6- Em que ano estamos?

7- Qual é o nome deste lugar em que estamos agora?

8- Qual é o nome da cidade (ou vila, distrito, município) em que estamos agora?

9- Você poderia me dizer o nome de dois presidentes do país?

10- Agora eu vou dizer uma frase. Quando tiver terminado, quero que repita exatamente o que eu disse. Pronto? Ouça.

a) Semana que vem vou dar uma volta no meu carro verde.

b) Amanhã vou buscar um pouco de açúcar e farinha do armazém.

⁵ Roteiro de entrevista copiado de E. Othmer & S. C. Othmer (2002/2003).

11- Você poderia me dizer as três palavras que lhe pedi para lembrar? Quais são as três palavras?

12- Agora, vou lhe pedir para escrever uma frase: O céu é azul.

Retardo mental

1- Quando você estava na escola, alguém, alguma vez, disse que você aprendia muito devagar?

Em caso negativo:

Você Alguma vez foi para uma turma de educação especial, quando estava na escola?

Transtornos relacionados a substâncias

1- Você já teve problemas na sua vida causados pelo uso intenso de drogas ou álcool?

Em caso afirmativo:

O uso intenso de drogas ou álcool foi um problema para você no passado?

2- Você usou maconha, *speed*, *crack*, heroína ou qualquer outra droga para se sentir bem?

Em caso afirmativo:

Alguém já fez algum comentário quanto ao seu uso de drogas no ano passado?

Esquizofrenia

1- Já aconteceu de você ouvir vozes ou ver coisas que ninguém mais podia ouvir ou ver?

2- Alguma vez você já sentiu que sua mente ou seu corpo estava sendo secretamente controlado ou sendo controlado de alguma forma contra sua vontade?

3- Aconteceu alguma vez de você sentir que os outros queriam feri-lo ou realmente pegá-lo por alguma razão especial, talvez por você ter segredos ou poderes especiais de alguma natureza?

4- Você alguma vez teve qualquer outro tipo de coisas estranhas, esquisitas ou muito peculiares acontecendo com você?

Em caso afirmativo:

Por favor, conte-me quais são elas.

Em caso afirmativo a qualquer uma dessas perguntas:

5- Isso aconteceu mesmo quando você não estava bebendo ou usando drogas?

Transtorno bipolar, episódio maníaco

1- Alguma vez aconteceu de você sentir eufórico, excitado, cheio de energia em um nível fora do comum, ou então inquieto por uma semana inteira?

2- Aconteceu alguma vez de outras pessoas lhe dizerem que você estava demasiadamente eufórico, cheio de energia, demasiadamente excitado ou falando demais?

Em caso afirmativo:

3- Quanto tempo essas mudanças de humor costumam durar?

Se menos do que uma semana:

Quanto foi a duração máxima desses períodos?

Se ainda tiver sido menos do que uma semana:

Alguma vez esse humor eufórico excitável permaneceu com você durante a maior parte do tempo por, pelo menos, uma semana?

Transtorno Depressivo Maior (sintomas essenciais)

1- Já houve momentos em que você se sentiu extraordinariamente deprimido, vazio, triste ou desesperançado por vários dias, semanas, meses, de uma vez só?

2- Já houve vezes em que você se sentiu muito irritável ou cansado a maior parte do dia por nenhuma razão aparente?

Em caso afirmativo para o item 1 ou 2:

3- Por quanto tempo esses sentimentos costumam durar:

Se por menos de duas semanas:

Qual foi a duração mais longa?

Se ainda for menos do que duas semanas:

Alguma vez esses sentimentos permaneceram com você durante a maior parte do tempo num período de duas semanas?

Transtorno Depressivo Maior (gravidade clínica e psicossocial)

1- Os sentimentos que lhe deixaram deprimido, vazio, triste ou desesperançado chegaram alguma vez a interferir com a escola, o seu trabalho ou o seu emprego?

2- Os sentimentos que lhe deixaram deprimido, vazio, triste ou desesperançado chegaram alguma vez a causar qualquer problema com sua família, ou levou sua família a se preocupar com você?

3- Os sentimentos que lhe deixaram deprimido, vazio, triste ou desesperançado chegaram alguma vez a interferir com suas atividades sociais ou suas amizades?

4- Você já entrou em conflito com as autoridades por causa dos sentimentos que lhe deixaram deprimido, vazio, triste ou desesperançado?

5- A sua saúde já sofreu em razão dos sentimentos que lhe deixaram deprimido, vazio, triste ou desesperançado?

6- Você já foi medicado ou recebeu tratamento por seus sentimentos que lhe deixaram deprimido, vazio, triste ou desesperançado?

7- Você já foi hospitalizado por seus sentimentos que lhe deixaram deprimido, vazio, triste ou desesperançado?

8- Quando você teve sentimentos que lhe deixaram deprimido, vazio, triste ou desesperançado, você era capaz de viver sozinho?

Transtorno de pânico

1- Já aconteceu de você ter crises ou ataques súbitos de nervosismo, pânico ou forte medo que parecem tomá-lo completamente de repente, assim do nada, sem nenhuma razão particular?

Em caso afirmativo:

2- Você tinha esses ataques mesmo que seu médico tenha dito que não havia nada de errado, ou nada de preocupante com seu coração?

Em caso negativo:

Diga-me o que seu médico disse que havia de errado com seu coração.

Transtornos fóbicos

1- Você sempre teve muito mais medo das coisas do que a média das pessoas, como medo de voar, de altura, de animais, de agulhas, de trovões, de relâmpagos, de ver sangue e coisas desse tipo?

Em caso afirmativo:

De que é que você tinha medo?

2- Você já teve tanto medo de sair de casa sozinho a ponto de não sair, mesmo sabendo que, na verdade, era seguro?

3- Você já teve medo de ir a lugares como supermercado, túneis ou elevadores porque tinha medo de não conseguir sair?

4- Você já teve tanto medo de se sentir constrangido em público a ponto de não fazer certas coisas que a maioria das pessoas faz, como comer em um restaurante, usar um banheiro público ou falar alto em um ambiente cheio de pessoas?

Em caso afirmativo para qualquer uma dessas questões:

Quando os seus medos eram mais fortes, você tentou evitar ou manter distância de (nome do estímulo temido) sempre que podia?

Transtorno obsessivo-compulsivo

1- Você já foi incomodado por certos pensamentos constrangedores, assustadores ou ridículos que vêm à sua mente muitas e muitas vezes, mesmo que você tente ignorá-los ou dar um basta neles?

Em caso afirmativo:

Por favor, descreva-os.

2- Você alguma vez sentiu que deveria repetir um certo ato muitas e muitas vezes, embora isso não fizesse muito sentido, como verificar e contar algo de novo e de novo ou lavar as mãos repetidamente, mesmo sabendo que elas estavam limpas?

Transtorno de estresse pós-traumático

Você já experimentou *flashbacks* ou lembranças em que revivia alguma experiência muitas e muitas vezes?

Transtorno de ansiedade generalizado

1- Já houve dias seguidos em que você se sentiu extremamente nervoso, ansioso ou tenso sem nenhuma razão especial?

Em caso afirmativo:

Algumas vezes já aconteceu de você se sentir assim mesmo estando em casa, sem nada de especial para fazer?

Em caso afirmativo:

2- Esses sentimentos de nervosismo ou ansiedade lhe perturbaram, ora sim, ora não, ao longo de seis meses contínuos ou mais?

Transtorno de somatização

1- Você teve muitos problemas físicos na sua vida que o forçaram a consultar vários médicos?

Em caso afirmativo:

Os médicos tem tido dificuldade par encontrar causa para esses problemas físicos?

2- Você começou a ter estes problemas antes dos trinta anos?

Anorexia nervosa

1- Já aconteceu de você deliberadamente perder tanto peso em uma dieta que as pessoas começaram a se preocupar seriamente com a sua saúde?

Em caso afirmativo:

Você tinha medo de engordar mesmo quando as outras pessoas diziam que você já estava magro o bastante?

Bulimia nervosa

1- Alguma vez já aconteceu de você ter problema com a ingestão de grandes quantidades de comida num período de tempo muito curto? Quando você come tanto e tão rapidamente, isso o faz sentir náuseas?

Em caso afirmativo:

2- Quando você estava fazendo isso, tinha a sensação de que esses excessos de comida, assim concentrados no tempo, não eram de fato tão normais?

Em caso afirmativo:

3- A urgência para comer, às vezes, era tão forte que você não poderia parar, mesmo que quisesse?

Em caso afirmativo:

4- Depois de haver comido dessa maneira, você costumava se sentir deprimido, envergonhado e enjoado consigo mesmo?

Em caso afirmativo:

5- Já aconteceu de você vomitar depois de comer, usar laxativos ou se exercitar em excesso?

Transtornos de adaptação

1- Nos últimos três meses você tem estado muito preocupado ou chateado com alguma coisa que lhe aconteceu, como a morte de uma pessoa amada, a perda de um emprego, uma separação, um divórcio, um acidente, uma doença grave ou esse tipo de coisa?

Em caso afirmativo:

2- Você acha que teve mais dificuldade para lidar com esse tipo de situação do que a maioria das pessoas teria?

**Árvore de Decisão para Diagnóstico Diferencial de Transtornos de Humor
(copiado de APA, 2002)**



